

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Departamento de Ciência Política
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciência Política

José Geraldo Leandro Gontijo

**RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, FEDERALISMO E
POLÍTICAS PÚBLICAS: decisões intergovernamentais verticais no
âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil**

Belo Horizonte
2015

José Geraldo Leandro Gontijo

**RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, FEDERALISMO E
POLÍTICAS PÚBLICAS: decisões intergovernamentais verticais no
âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação
stricto sensu em Ciência Política da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Ciência Política.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Telma Maria Gonçalves
Menicucci

Belo Horizonte
2015

320
G641r
2015

Gontijo, José Geraldo Leandro

Relações intergovernamentais, federalismo e políticas públicas [manuscrito] : decisões intergovernamentais verticais no âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil / José Geraldo Leandro Gontijo. - 2015.

255 f.

Orientadora: Telma Maria Gonçalves Menicucci.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1.Ciência política – Teses. 2.Federalismo - Teses.
3.Política de saúde - Teses. 4.Assistência social - Teses. I.
Menicucci, Telma Maria Gonçalves. II.Universidade Federal
de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. III.Título.

José Geraldo Leandro Gontijo

**RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, FEDERALISMO E
POLÍTICAS PÚBLICAS: decisões intergovernamentais verticais no
âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação
stricto sensu em Ciência Política da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Ciência Política.

Telma Maria Gonçalves Menicucci (Orientadora) – UFMG

Márcia Miranda Soares – UFMG

José Ângelo Machado – UFMG

Carlos Aurélio Pimenta de Faria – PUC-MG

Fernando Luiz Abrucio – FGV-SP

Belo Horizonte, 10 de agosto de 2015

*Aos meus pais, irmãos e a todos aqueles que
me acompanharam até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela estrutura familiar, educacional e material que me possibilitaram iniciar a caminhada acadêmica que hoje dou continuidade.

À Professora Telma Menicucci, que foi muito mais que uma orientadora durante estes quatro anos; que de forma generosa me abriu diversas portas e ampliou enormemente minhas possibilidades no meio acadêmico. Agradeço pelas preciosas orientações, pela enorme disponibilidade de sempre e pelo cuidado e precisão na leitura das minhas produções. Agradeço de coração por ter acreditado em mim e espero que possamos trabalhar juntos ainda por muito tempo.

Aos professores Márcia Soares e José Ângelo Machado pelas importantes sugestões dadas ao meu trabalho na defesa do projeto, na banca de qualificação e pela disponibilidade em indicar leituras e caminhos metodológicos relacionados ao tema.

Ao professor Carlos Aurélio Pimenta de Faria, que durante o mestrado encorajou minha inserção acadêmica no campo da ciência política. Agradeço pelo companheirismo, abertura e disponibilidade de sempre.

À professora Eleonora Schettini, pela relação sempre amistosa e respeitosa no dia-a-dia do DCP.

Ao professor Fernando Abrucio, agradeço muito pela disponibilidade de participar da minha banca de defesa.

Aos professores e professoras do DCP, Leonardo Avritzer, Bruno Reis, Magna Inácio, Natália Sátyro, Ernesto Amaral, Carlos Ranulfo e também José Ângelo Machado, com os quais cursei disciplinas que possibilitaram o ampliar dos meus horizontes acadêmicos.

À Estagiária Lorena Mariano, pelo precioso auxílio no trabalho empírico de organização inicial das atas analisadas.

Aos funcionários do departamento, Alessandro, Adílisa, Marlene, Vander e Assis, pelo profissionalismo, respeito e companheirismo com que sempre me trataram.

Aos colegas de doutorado, em especial à colega Iris (minha grande parceira durante o processo), ao José Carlos, Adenílson, Pedro e Ronaldo, dos quais sempre me lembrarei pelos debates e momentos de convivência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento destes quatro anos de estudos e pesquisa.

Aos gestores e acadêmicos entrevistados, pela atenção e disponibilidade com que atenderam minhas solicitações, fornecendo as informações e dados necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

*(...) we need think about causes and effects that are often separated in time,
rather than focusing exclusively on synchronic explanations
(...) it is not just a question of what happens, but of when it
happens. Issues of temporality are at the heart of the
analysis (Paul Pierson)*

RESUMO

A tese analisa de forma comparada as relações intergovernamentais verticais, entre os três níveis de governo, no âmbito das políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil pós-1988, com foco: nas (i) estruturas e regras estabelecidas para a produção de decisões conjuntas entre os entes federados, em que assumimos as Comissões Intergestores Tripartite (CITs) de cada política como *proxy* do processo de produção decisória intergovernamental em cada setor; (ii) na dinâmica das relações entre os atores, forjada a partir da trajetória dos subsistemas de cada setor de política; e (iii) na dinâmica das relações entre os três níveis de governo, que se desenvolveu a partir das estruturas e regras estabelecidas. As hipóteses que orientam o trabalho são que: (1) as políticas nacionais de saúde e assistência social contam com estruturas e regras decisórias formais similares para a produção das decisões conjuntas entre os níveis de governo. Mas que, (2) em razão da natureza das políticas e das particularidades do processo de constituição dos seus respectivos subsistemas, forjados por trajetórias históricas peculiares, no caso (i) do Sistema Único de Saúde, as decisões relacionadas às suas áreas de atuação (Assistência à Saúde, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico e Assistência Farmacêutica) são produzidas a partir da observância das regras básicas para a construção das decisões intergovernamentais verticais; enquanto que, no âmbito (ii) do Sistema Único de Assistência Social, decisões sobre ações e serviços centrais, especificamente relacionados à garantia de proteção social por meio da transferência de renda (referentes ao Benefício de Prestação Continuada e ao Programa Bolsa Família) passam às margens da CIT. De forma adicional, operacionalizamos também (3) a tese de que, no Brasil pós 1988, o poder decisório sobre as políticas públicas (*policy decision-making*) continuaram concentrados no nível federal de governo, cabendo às subunidades governamentais, na maioria dos casos, o papel de executar as políticas (*policy-making*), com possibilidades limitadas (embora existentes) de influenciar as decisões. Adotamos como estratégias metodológicas: a análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas. Os achados indicam a corroboração das hipóteses do estudo.

Palavras-chave: Relações Intergovernamentais; Federalismo; Política de Saúde; Política de Assistência Social.

ABSTRACT

The thesis analyzes in comparative form vertical intergovernmental relations (between the three levels of government) in national health and social assistance policies after 1988 in Brazil, focused: on (i) structures and rules established for the production of joint decisions between the federal entities; (ii) the dynamic of relations between actors, forged from the trajectory of the subsystems of each policy sector; and (iii) the dynamics of the relationship between the three levels of government, which developed from the structures and rules. We work with the hypotheses that: (1) national health and social assistance policies have similar structures and formal decision-making rules for the production of joint decisions between levels of government. But that (2) because of the political nature and the particularities of their respective subsystems, in the case of the Unified Health System, such rules are observed in the production of decisions related to all its internal faces while under the Unified Social Assistance, decisions about some kind of interventions pass the shores of the decision-making areas established for deliberation and agreement between levels of government. Additionally, we operationalized also (3) the thesis that in Brazil after 1988, the decision-making power over public policy remained concentrated at the federal level of government, leaving the governmental subunits, in most cases, the role of implementing policies (policy-making) with limited possibilities to influence decisions. We adopted as methodological strategies: the documental analysis and semi structured interviews. The findings indicate the confirmation of the hypotheses that guided the study.

Keywords: Intergovernmental Relations; Federalism; Health Policy; Social Assistance Policy.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAD-ÚNICO	Cadastro Único
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNSS	Conselho Nacional de Serviço Social
COEGEMAS	Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde e Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONGEMAS	Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Estaduais de Saúde

CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
FEAS	Fundo Estadual de Assistência Social
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FONSEAS	Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNDEF	Fundo de Manutenção do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério
FUNRURAL	Fundo de Assistência Rural
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto Sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto Sobre Renda e Proventos de Qualquer Natureza
ISSB	Instituto de Serviços Sociais do Brasil

ITBI	Imposto Sobre a Transferência de Bens Imóveis
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MESA	Ministério Especial de Segurança Alimentar
MOPS	Movimento Popular em Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PBF	Programa Bolsa Família
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Serviços
PMC	Projeto Montes Claros
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI	Programação Pactuada e Integrada em Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores

RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência Social
SENARC	Secretaria Nacional de Renda e Cidadania
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – Relações intergovernamentais, Federalismo e Políticas Públicas: elementos teóricos e definições para a análise	27
1.1. Relações intergovernamentais: os fatores estruturantes de um objeto multideterminado e algumas definições analíticas.....	28
1.2.1. <i>Sistemas Políticos e processo decisório: a perspectiva dos atores com poder de veto</i>	41
1.2.2. <i>Federalismo, sistemas políticos e processo decisório</i>	46
1.3. Federalismo Fiscal: centralização, descentralização e o papel das transferências intergovernamentais.....	50
1.4. Gestão intergovernamental das políticas públicas: centralização versus autonomia? ..	56
1.5. Relações Intergovernamentais no Brasil: configuração geral.....	61
CAPÍTULO 2 – O institucionalismo histórico aplicado à reconstrução analítica dos subsistemas de políticas públicas	74
2.1. Positive Feedback e a constituição dos processos políticos.....	75
2.2. Subsistemas de políticas públicas: o conceito e seus fatores constitutivos.....	79
2.3. Institucionalismo histórico: policy feedback, efeito lock-in e efeitos de aprendizagem.....	83
2.3.1. <i>As políticas públicas produzindo efeitos institucionais: o conceito de Policy feedback e seus aspectos correlatos (lock-in e policy learning)</i>	89
2.3.2. <i>Juntando os pontos: análise dos subsistemas a partir da abordagem institucionalista histórica</i>	94
CAPÍTULO 3 – Políticas de saúde e assistência social no Brasil: as trajetórias de constituição dos subsistemas	96
3.1. Proteção Social no Brasil: notas históricas sobre o desenvolvimento da atuação estatal.....	100
3.2. Política de Saúde no Brasil: trajetória e características do subsistema.....	116
3.3. Política de Assistência Social no Brasil: trajetória e características do subsistema ...	140
CAPÍTULO 4 – As políticas de saúde e assistência social no Brasil: configuração atual e o formato das relações intergovernamentais	161
4.1. Políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil: sobre a distribuição das competências federativas e a organização dos serviços e ações.....	162

4.1.1. Política nacional de saúde: natureza e estrutura	166
4.1.2. Política nacional de Assistência Social: natureza e estrutura.....	172
4.1.3. A Organização institucional das políticas e as relações intergovernamentais: similaridades e implicações.....	178
CAPÍTULO 5 – Os padrões das relações e decisões intergovernamentais no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite (CITs) das políticas nacionais de saúde e assistência social	182
5.1. Os Passos metodológicos e a organização dos dados	184
5.2. O padrão e a dinâmica das decisões intergovernamentais no âmbito das comissões intergestores tripartite.....	190
5.2.1. O caso da Política de Assistência Social.....	194
5.2.2. O caso da Política de Saúde	207
5.3. As semelhanças e divergências das decisões intergovernamentais no âmbito das CITs das políticas de saúde e assistência social	222
CONCLUSÕES	229
REFERÊNCIAS.....	238
ANEXOS	250

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, dois grandes temas relacionados ao Estado Brasileiro entraram na agenda dos debates e pesquisas acadêmicas no país, em virtude de suas respectivas relevâncias no período histórico recente e pelas próprias reformas e iniciativas governamentais que os envolveram; são eles: a reconfiguração do sistema federativo a partir da Constituição de 1988 e a descentralização das políticas públicas neste novo cenário institucional, associada aos problemas existentes na interação entre os três níveis de governo, no que diz respeito à gestão e ao financiamento das políticas (Arretche, 2000; 2002a; 2002b; 2003; 2010; 2012; Souza, 2001; 2005; Abrucio, 2005; Machado, 2008; Menicucci, 2014). É nesta seara de discussões e produções acadêmicas que localizamos esta tese.

Nosso objeto de estudo é a produção de decisões conjuntas sobre as políticas públicas cogерidas e cofinanciadas pelos três níveis de governo. Como já se sabe, em decorrência da promulgação da Constituição Federal de 1988, no início da década de 1990 iniciou-se no Brasil um extenso processo de descentralização das políticas nacionais, antes concentradas no nível federal. Distintos aspectos da gestão e do financiamento de tais políticas passaram a compor as atribuições dos estados e municípios; e diversos mecanismos foram criados para viabilizar as relações federativas/intergovernamentais necessárias aos seus respectivos desenvolvimentos: a criação de fundos para a execução de transferências financeiras entre os níveis de governos; o estabelecimento de espaços institucionais destinados ao controle social das políticas, como os conselhos constituídos por representantes do Estado e da sociedade civil, nos três níveis de governo; e as Comissões Intergestores Bipartite (constituídas por representantes dos estados e dos municípios) e Tripartite (constituídas, no âmbito de cada política, por representantes do Governo Federal, dos estados e dos municípios), que são instâncias destinadas à produção de decisões intergovernamentais sobre as políticas.

As Comissões Intergestores Tripartite (CITs) são, especificamente, as instâncias que adotamos para pesquisar os padrões interativos existentes entre atores, propostas de intervenção e níveis de governo, na produção de decisões intergovernamentais sobre determinadas políticas públicas descentralizadas no Brasil. Escolhemos duas políticas nacionais como casos para serem comparados: saúde e assistência social; em ambos as CITs podem ser definidas como espaços de articulação e interlocução entre os gestores dos níveis federal, estadual e municipal, para viabilizar a execução da política; caracterizando-se como instâncias de negociação e pactuação sobre questões relacionadas à gestão e ao financiamento das ações constitutivas dos setores.

Portanto, nesta tese objetivamos analisar de forma comparada o padrão da produção de decisões intergovernamentais verticais, entre os três níveis de governo, no âmbito das políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil pós-1988, com foco: nas (i) estruturas e regras estabelecidas para a produção de decisões conjuntas entre os entes federados, em que assumimos as Comissões Intergestores Tripartite (CITs) de cada política como *proxy* do processo de produção decisória intergovernamental em cada setor; (ii) na interação entre os atores e as perspectivas de intervenção (ou ideias), que se construíram no decorrer da trajetória dos subsistemas de cada política; e (iii) na dinâmica das relações entre os três níveis de governo em cada setor.

Trabalhamos com as hipóteses de que: (1) as políticas nacionais de saúde e assistência social contam com estruturas e regras decisórias formais similares para a produção das decisões conjuntas entre os níveis de governo. Mas que, (2) em razão da natureza das políticas e das particularidades do processo de constituição dos seus respectivos subsistemas, forjados por trajetórias históricas peculiares, no caso (i) do Sistema Único de Saúde, as decisões relacionadas às suas áreas de atuação (Assistência à Saúde, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico e Assistência Farmacêutica) são produzidas a partir da observância das regras

básicas para a construção das decisões intergovernamentais verticais, quais sejam: a participação de representantes dos três níveis de governo no espaço da CIT, que funciona efetivamente como instância decisória para todas as questões pertinentes ao SUS; enquanto que, no âmbito (ii) do Sistema Único de Assistência Social, decisões sobre ações e serviços centrais, especificamente relacionados à garantia de proteção social por meio da transferência de renda (aquelas referentes ao Benefício de Prestação Continuada e ao Programa Bolsa Família) passam às margens da CIT. Isso ocorreria apesar da legislação recente da assistência social no país, tratar os benefícios que garantem proteção social por meio da renda como um aspecto constituinte deste setor.

De forma adicional, operacionalizamos também (3) a tese de Arretche (2012) de que, no Brasil pós 1988, o poder decisório sobre as políticas públicas (*policy decision-making*) continuaram concentrados no nível federal de governo, cabendo às subunidades governamentais, na maioria dos casos, o papel de executar as políticas (*policy-making*), com possibilidades limitadas (embora existentes) de influenciar as decisões sobre as mesmas.

Trabalhamos com a perspectiva de que, de fato, existem características macro institucionais – como as que sustentam a tese de Arretche (2012) – que impactam a modelagem de aspectos elementares da estrutura geral das relações intergovernamentais no país; mas assumimos também que os padrões e as dinâmicas existentes nos distintos setores de políticas públicas são, em parte, resultado das características forjadas na trajetória dos seus respectivos subsistemas, quais sejam: os formatos institucionais assumidos pelas políticas ao longo do tempo e suas propostas de intervenção sobre os problemas (ou ideias) subjacentes; a distribuição de competências entre os entes federados (no que diz respeito aos aspectos de execução, financiamento e poder de decisão sobre as ações e serviços); os atores constituídos em cada campo e a dinâmica de interação entre eles; além das relações entre o setor público e o setor privado em cada política.

A opção de captar a interação entre atores de diferentes níveis de governo em uma instância decisória foi uma escolha metodológica de ordem econômica e prática, mas que entendemos ser adequada para analisar o processo intergovernamental e a relação entre os entes federados nesta arena federativa. Embora existam outros espaços destinados à coordenação federativa intergestores, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e as recentes Comissões Intergestores Regionais (CIRs) (essas apenas no caso da saúde), a única em que a interação entre os três entes, para a produção de decisões conjuntas, pode ser considerada formalmente constante (devendo ocorrer em todas as reuniões) e simultânea (representantes dos três níveis ao mesmo tempo) é a CIT.

Ou seja, a adoção das CITs como *proxy* dos processos decisórios intergovernamentais no âmbito das duas políticas se justifica, centralmente, pelo fato de tratar-se de instâncias em que os representantes dos três entes federados deliberam juntos sobre as propostas de ações, distribuição de recursos e outras questões pertinentes às respectivas políticas, o que torna possível também captar os reflexos da atuação de cada nível de governo sobre os demais. Importa esclarecer também que optamos por não trabalhar com os conselhos nacionais destas políticas, pelo fato destes serem instâncias voltadas ao exercício da participação e controle também por parte da sociedade civil. Nosso foco são as relações e decisões intergovernamentais internas ao Estado, produzidas a partir da interação exclusiva entre os três níveis de governo. Portanto, as decisões no âmbito dos conselhos nacionais denotam outra seara de deliberações não condizente com o objeto da tese.

Para justificar a escolha das duas políticas, salientamos ser comum encontrar na literatura e entre os posicionamentos de gestores e especialistas, a compreensão de ter havido um processo de difusão das características do Sistema Único de Saúde (SUS) para o campo da Assistência Social, principalmente no que diz respeito aos aspectos institucionais da descentralização, da repartição das competências executivas e fiscais; e dos tipos de instâncias

e fluxos formais estabelecidos para as relações intergovernamentais. Ou seja, seriam políticas similares no que diz respeito à estrutura institucional formal constituída.

Se por um lado concordamos com o argumento de ter havido tal processo de difusão, e que este realmente impactou a elaboração do desenho do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); por outro, entendemos que os padrões das decisões intergovernamentais produzidas no campo da assistência social, não podem ser compreendidos, exclusivamente, a partir da estrutura institucional forjada pelo processo de difusão, assim como também não é possível compreender a dinâmica decisória no campo da saúde, unicamente a partir da observação de suas características institucionais.

Ou seja, apesar de concordarmos com a existência do processo de difusão que faz com que as duas políticas apresentem características de similaridade do ponto de vista da estruturação formal, trabalhamos com a já mencionada hipótese de que os campos possuem naturezas de intervenção distintas e subsistemas de política pública específicos, que dão contornos diferenciados aos processos políticos desenvolvidos em seus respectivos âmbitos. Assim, o argumento central da tese, desenvolvido a partir da análise dos casos estudados, é de que padrões e dinâmicas políticas distintas, aqui especificamente relacionadas à produção de decisões intergovernamentais no âmbito das CITs dos dois setores, podem se desenvolver sob estruturas decisórias formalmente similares, quando a natureza das políticas é distinta e seus respectivos subsistemas têm trajetórias particulares, com conseqüentes diferenciações no que diz respeito aos atores, interesses, ideias e práticas em seus respectivos interiores.

Do ponto de vista operacional, a produção da tese se deu a partir do desenvolvimento dos seguintes trabalhos: (i) discussão da literatura pertinente e apresentação dos argumentos teórico-analíticos a partir dos quais o trabalho empírico foi desenvolvido. Nesta parte, em primeiro lugar, discutimos conceitos e problematizações referentes às relações intergovernamentais em países federados e abordamos especificamente as características

gerais do caso brasileiro; e em segundo, discutimos a perspectiva teórica do institucionalismo histórico, que dá sustentação à análise do processo de constituição dos subsistemas em cada setor; (ii) desenvolvimento do primeiro trabalho empírico, de reconstrução da trajetória dos subsistemas de política pública de cada setor; (iii) realização do segundo trabalho empírico, de produção descritivo-analítica dos aspectos estruturais atuais das políticas analisadas e suas características específicas relacionadas às relações intergovernamentais; (iv) realização de pesquisa empírica sobre a forma como as decisões intergovernamentais vêm sendo produzidas no âmbito da CIT em cada setor e sistematização de tais resultados; por fim, (v) a elaboração de um trabalho analítico que articula elementos de todos os passos da produção e faz considerações objetivas sobre as hipóteses de pesquisa – ou seja, a tese propriamente dita.

No que diz respeito às fontes de dados e estratégias metodológicas, o primeiro ponto (*apresentação dos argumentos teórico-analíticos*) foi produzido exclusivamente a partir de pesquisa bibliográfica (literatura técnica especializada). Para o desenvolvimento do segundo e terceiro pontos (*desenvolvimento dos trabalhos empíricos de reconstrução dos subsistemas de política pública e produção descritivo-analítica dos aspectos estruturais atuais das duas políticas*), além de utilizar as produções bibliográficas, adotamos como estratégias metodológicas: a análise de documentos públicos (leis, decretos e portarias, etc.) (May, 2004); e a realização de entrevistas semiestruturadas (Flick, 2002) com atores que integram e integraram os subsistemas das políticas.¹ Ao todo foram realizadas 10 entrevistas com gestores e acadêmicos que atuam ou atuaram em cargos de direção e como consultores (nos níveis federal e municipal de governo) nestes dois campos; e, no caso específico dos acadêmicos, que vêm dedicando suas pesquisas e produções intelectuais às questões relacionadas aos dois setores.

¹ Dado o volume de trabalhos já publicados sobre a trajetória de constituição da política de saúde no país, centramos maiores esforços na realização de entrevistas para a obtenção de informações a respeito do processo de formação do campo da assistência social, cuja produção acadêmica ainda é bastante lacunar.

Adotamos os pressupostos teóricos do institucionalismo histórico para a reconstrução dos subsistemas de política pública de cada setor. Neste sentido, operamos com a perspectiva de que os subsistemas e seus elementos constituintes (instituições, atores, interesses e sistemas de crença ou ideias) são construções políticas forjadas a partir de trajetórias históricas peculiares, desenvolvidas no âmbito de macro conjunturas institucionais, que tiveram lugar em momentos específicos do tempo. Assim, a análise desse processo implicou regressar ao passado e remontar a trajetória que deu origem às políticas e seus subsistemas tal como é possível observá-los no presente. Tratou-se do trabalho de compreensão da configuração dos setores a partir das suas próprias trajetórias, identificando os mecanismos por meio dos quais as sequências de decisões levaram à constituição das regras, atores, interesses e ideias identificadas atualmente em cada política.

Para a execução do quarto trabalho (*realização de pesquisa empírica sobre a forma como as decisões intergovernamentais vêm sendo produzidas em cada setor e sistematização de tais resultados*) utilizamos também a estratégia de (a) entrevistas semiestruturadas junto aos gestores e acadêmicos que compõem os subsistemas de cada campo; e (b) a análise das informações contidas nas atas das Comissões Intergestores Tripartite das políticas de saúde e assistência social. Foram analisadas 71 atas, correspondentes à realização do mesmo número de reuniões, entre fevereiro de 2009 e dezembro de 2012, nos dois campos de política; sendo 31 reuniões da CIT da Política de Assistência Social e 40 reuniões da CIT da Política de Saúde. Os passos metodológicos adotados para o trabalho de análise das atas e a justificativa do recorte temporal são tratados em detalhes no quinto capítulo.

Adiantamos que, no caso da política de assistência social, trata-se do período de maturação e revisão institucional da Política Nacional de assistência social e do Sistema Único de Assistência Social, instituídos e normatizados recentemente, em 2004 e 2005, respectivamente. Entre os anos de 2009 e 2012 três documentos foram produzidos com a

finalidade de revisão e avanço institucional do setor: a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Norma Operacional Básica/SUAS 2012.

No caso da política de saúde, também houve importantes decisões de impacto intergovernamental neste período, como o Decreto Presidencial 7.580, de 28 de junho de 2011, cujos dispositivos visam assegurar o compromisso dos entes federados com a assistência à saúde integral e de qualidade, reforçando a perspectiva da gestão compartilhada; e a Lei 12.466/2011, que deu maior institucionalidade às comissões intergestores, enquanto espaços de coordenação federativa no âmbito do SUS, além de ter estabelecido a criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Ou seja, no que diz respeito ao nível de importância das deliberações no âmbito das CITs dos dois setores, o período recortado é adequado. Além disso, salientamos que assumir um período distinto no caso da política de saúde, com decisões similares àquelas que elencamos do campo da assistência social, nos traria o problema de não manter constante as características conjunturais externas às CITs. Isto porque, no período em que ocorreram as primeiras normatizações e processos de implementação do SUS, o contexto macro político de crise econômica e reformas austeras por parte do Governo Federal, afetou a gestão das políticas e as relações entre os níveis de governo; características não presentes entre 2009 e 2012, que é o período recente mais adequado para a análise do caso da assistência social.

A tese está estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo, abordamos os aspectos constituintes do fenômeno de natureza multideterminada que se convencionou chamar no mundo acadêmico e político de relações intergovernamentais. Tendo em vista que o objetivo da tese consiste em comparar a estrutura formal e o padrão das decisões intergovernamentais verticais no âmbito de duas políticas nacionais brasileiras, neste capítulo damos ênfase aos

estados federados e às instituições, regras e dinâmicas federativas, tratando do impacto de tais aspectos sobre os processos intergovernamentais de formulação e implementação das políticas públicas. Na primeira seção do capítulo, apresentamos os distintos fatores explicativos da configuração das relações intergovernamentais encontrados na literatura e definimos como o conceito será utilizado. As três seções seguintes tratam de forma pormenorizada dos aspectos relacionados às relações intergovernamentais, que entendemos centrais à compreensão do caso brasileiro.

Abordamos primeiramente os aspectos relacionados à configuração dos sistemas político-democráticos e suas implicações para os processos decisórios intergovernamentais em âmbito federativo; posteriormente, voltamos nossa atenção aos aspectos paradoxais das escolhas entre centralização e descentralização fiscal e discutimos o papel das transferências intergovernamentais; em seguida abordamos os aspectos relacionados à gestão das políticas públicas, debatendo centralmente o binômio centralização–autonomia; e, na última seção, abordamos as especificidades do caso brasileiro no que diz respeito ao conjunto de elementos apresentados nas seções anteriores. Salientamos que a discussão dos aspectos das seções antecedentes, deve-se à necessidade de observarmos o caso brasileiro de forma razoavelmente informada, nesta última seção do capítulo.

No segundo capítulo, abordamos os pressupostos básicos da perspectiva teórica do institucionalismo histórico e as características constituintes do conceito de “subsistema de políticas públicas”, retirado do modelo *Advocacy Coalition Framework* (Sabatier e Jenkins-Smith, 1999). Na primeira seção, apresentamos uma imagem introdutória do conceito de *positive feedback* (caro à abordagem teórica do institucionalismo histórico) e suas principais características. Em seguida, tratamos do conceito de subsistema de políticas públicas e suas dimensões constituintes observadas nas políticas de saúde e assistência social. Posteriormente, voltamos aos aspectos relacionados à abordagem institucionalista histórica, no intuito

aprofundar a compreensão sobre suas principais características e explicitar a forma como a utilizamos na análise dos subsistemas. O objetivo do capítulo é explicitar o argumento de que os fatores que compõem os subsistemas de política pública (instituições, atores e interesses e sistemas de crença ou ideias) têm processos históricos de formação e legados peculiares; e compreendê-los de forma razoável implica necessariamente regressar ao passado e remontar a trajetória causal de suas respectivas constituições.

No terceiro capítulo, remontamos de forma analítica o processo de constituição, ao longo do tempo, dos dois subsistemas de política pública em análise, visando evidenciar os fatos e escolhas que forjaram: os atores e interesses; as características da relação público-privado; além dos formatos institucionais que foram sendo adotados durante as trajetórias; e da distribuição de competências entre os entes federados, no que diz respeito aos aspectos de execução, financiamento e poder de decisão sobre as duas políticas.

Neste capítulo, inicialmente fazemos uma incursão nas décadas iniciais do Século XX, nascedouro da proteção social brasileira, para tratar de algumas das decisões de tal período que reverberaram sobre as trajetórias específicas das políticas de saúde e assistência social nas décadas subsequentes. Em seguida, tratamos especificamente da trajetória de constituição do subsistema da política de saúde no Brasil, com foco em três períodos: as décadas entre os anos 1930 e 1980, caracterizadas pela vinculação da assistência à saúde ao contrato de trabalho, pela expansão da assistência médica aos trabalhadores assalariados urbanos e pela correlata montagem e expansão do modelo médico assistencial privatista, além da concentração decisória no nível federal; o período entre 1975 e 1988, marcado pelo surgimento de novos atores e ideias, novas experiências institucionais e, particularmente, pela ampla reforma do sistema de saúde a partir da Constituição de 1988, que consagrou a saúde como direito, descentralizou a política e fortaleceu as subunidades governamentais; e o período a partir da década de 1990, caracterizado pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que

inicialmente deu-se ênfase à municipalização, mas desdobramentos posteriores retomaram a importância do nível estadual para o desenvolvimento da política. Posteriormente, reconstruímos o processo de constituição do subsistema da política de assistência social, abordando as características do período compreendido entre as décadas de 1930 e 1960, marcado pela criação e o desenvolvimento da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e pela relação entre o setor público e o privado filantrópico; a década de 1970, importante pelas inovações institucionais e pelo surgimento de grupos reformistas alinhados à ideia da assistência social como um direito de cidadania; a década de 1980, caracterizada pela constitucionalização da política de assistência social como um direito de cidadania e de responsabilidade dos três níveis de governo; e as décadas de 1990 e 2000, centrais em função do lento processo de implementação e consolidação da política constitucionalizada.

O quarto capítulo trata, de forma breve, da configuração institucional atual das políticas nacionais de saúde e assistência social, com foco nas dimensões das relações intergovernamentais. O objetivo central é apresentar os aspectos que possibilitam verificar a hipótese de que, resguardadas as respectivas naturezas dos setores, as políticas nacionais de saúde e assistência social contam atualmente com estruturas e regras decisórias similares, no que diz respeito (entre outros aspectos) à produção de decisões conjuntas entre os níveis de governo. Inicialmente, a partir das determinações da legislação, fazemos uma apresentação sintética das características estruturais das duas políticas; abordamos os aspectos constitucionais e seus desdobramentos consolidados por legislações posteriores, dando ênfase à organização dos serviços e às características gerais da distribuição de competências entre os entes federados. Posteriormente, traçamos uma linha comparativa sintética das características de organização dos serviços e ações ofertados pelas duas políticas; e dos aspectos das relações intergovernamentais em cada setor. Além disso, à luz dos aspectos apresentados no primeiro

capítulo, fazemos algumas considerações sobre as implicações, para as relações intergovernamentais, das características fiscais e de gestão existentes.

No quinto capítulo analisamos os padrões decisórios identificados no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite (CITs) das duas políticas, articulando elementos explicativos provenientes da macroestrutura institucional das relações intergovernamentais no país e das características particulares dos subsistemas das políticas. O capítulo objetiva demonstrar que (a) a garantia de poderes desproporcionais ao nível federal (administrativos e financeiros) – uma tendência histórica que foi mantida pela constituição de 1988 e reforçada na década de 1990 (Arretche, 2012), em que pese ter havido também um contundente processo de descentralização neste período –, e (b) os aspectos específicos de cada subsistema (formatos institucionais adotados ao longo do tempo, além dos atores e propostas de intervenção constituídos), estão relacionados aos padrões de interação identificados atualmente em cada setor. Inicialmente apresentamos os procedimentos metodológicos que foram adotados para o trabalho analítico com as atas das comissões intergestores. Posteriormente, passamos à apresentação e análise dos dados, abordando separadamente as informações sistematizadas das CITs das duas políticas. Ao final do capítulo, sintetizamos de forma comparada as características das decisões intergovernamentais nos dois campos de política analisados.

CAPÍTULO 1 – Relações intergovernamentais, Federalismo e Políticas Públicas: elementos teóricos e definições para a análise

O presente capítulo objetiva tratar dos aspectos constituintes da problemática de natureza multideterminada que se convencionou chamar no mundo acadêmico e político de relações intergovernamentais. Em que pese o fato de autores como Wright (1974) salientar a existência de tais relações também no âmbito de estados unitários, dado que o objetivo da tese consiste em comparar a estrutura e o padrão da produção de decisões intergovernamentais verticais no âmbito de duas políticas nacionais brasileiras, damos ênfase aqui aos estados federados e aos aspectos constituintes centrais das relações intergovernamentais que deles decorre: as instituições, regras e dinâmicas federativas. Tratamos ainda do impacto das mesmas sobre os processos intergovernamentais de formulação e implementação das políticas públicas.

Entendemos que focar as implicações das instituições, regras e dinâmicas federativas é um caminho de produção adequado, tendo em vista que as políticas em análise são desenvolvidas no interior de uma federação. Salientamos que este capítulo e o posterior (que aborda os pressupostos e argumentos do institucionalismo histórico) dão os contornos teórico-conceituais a partir dos quais a estrutura e o padrão das decisões intergovernamentais no âmbito das políticas de saúde e assistência social são analisadas subsequentemente.

Além desta breve introdução, o capítulo está dividido da seguinte forma: na primeira seção, apresentamos os distintos fatores explicativos da configuração das relações intergovernamentais comumente encontrados na literatura e definimos como o conceito será utilizado no desenvolvimento da tese (*1.1. Relações intergovernamentais: fatores estruturantes de um objeto multideterminado*). As três seções seguintes tratam de forma pormenorizada dos aspectos relacionados ao fator constituinte que entendemos central aos

propósitos da tese: as instituições, regras e dinâmicas federativas e suas implicações.

Abordamos primeiramente os aspectos relacionados à configuração dos sistemas político-democráticos e suas implicações para os processos decisórios e para as relações intergovernamentais em âmbito federativo (*1.2. Federalismo, sistemas políticos e processo decisório: impactos sobre as relações intergovernamentais*). Na terceira seção, voltamos nossa atenção aos aspectos paradoxais das escolhas entre centralização e descentralização fiscal; e discutimos o papel das transferências intergovernamentais (*1.3. Relações Intergovernamentais e Federalismo Fiscal: centralização, descentralização e o papel das transferências*).

Na quarta seção, tratamos dos aspectos relacionados à gestão das políticas públicas, debatendo centralmente o binômio centralização–autonomia (*1.4. Gestão intergovernamental das políticas públicas: centralização versus ou & autonomia?*). Nesta seção trazemos articulações de elementos apresentados nas duas seções anteriores em virtude da necessidade de abordar as distinções entre (a) descentralização de competências sobre as políticas (*policy-making*) e (b) descentralização da autoridade decisória sobre as mesmas (*policy decision-making*), conceitos que expressam diferentes aspectos da autonomia sobre as políticas públicas e mantêm relação com o arranjo institucional político e fiscal dos países. Por fim, na última seção, abordamos as especificidades do caso brasileiro no que diz respeito ao conjunto de aspectos apresentados (*1.5. Relações Intergovernamentais no Brasil: configuração geral*). Ou seja, as discussões sobre os aspectos das seções anteriores são necessárias para que possamos observar o caso brasileiro com conhecimento prévio razoável.

1.1. Relações intergovernamentais: os fatores estruturantes de um objeto multideterminado e algumas definições analíticas

Apesar de atualmente tratar-se de um (quase) ponto-pacífico da literatura, entendemos ser necessário iniciar a exposição esclarecendo que, embora fortemente influenciado e, até certo momento da produção acadêmica, restringido ao conjunto teórico voltado ao tema das relações federativas, o campo e objeto de estudos denominado relações intergovernamentais, não se restringe às questões relacionadas ao federalismo (Wright, 1974). Trata-se, na verdade, de uma questão notoriamente mais ampla e complexa, que constrange os interessados no exercício de elaboração de modelos explicativos a considerar um extenso conjunto de fatores determinantes, entre os quais figuram as características de organização do Estado (se federados ou unitários), mas também outros elementos que terão importância explicativa similar dependendo do contexto investigado. Nesta seção abordamos estes elementos e definimos o recorte particular de relações intergovernamentais que utilizamos no desenvolvimento da tese. Contudo, antes de abordar tais elementos, uma primeira definição de relações intergovernamentais faz-se necessária. Vejamos a elaboração de Wright (1974) sobre o fenômeno, complementada por algumas colocações de Cameron (2001).

Ao tratar de relações intergovernamentais Wright (1974) didaticamente se refere ao amplo conjunto de interações (*políticas, fiscais e administrativas*) existentes entre (i) os estados nacionais e suas subunidades regionais e locais (*Governo Central & Governos Regionais; Governo Central & Governos Locais*), (ii) das subunidades regionais com as locais (*Governo Regional & Governos Locais*); (iii) das relações entre as subunidades regionais (*Governos Regionais entre si*); e (iv) também entre as locais (*Governos Locais entre si*), sendo os estados constitucionalmente federados ou não (Wright, 1974; Cameron, 2001). Ou seja, na visão destes autores, as relações políticas, fiscais e administrativas entre os níveis de governo podem se configurar tanto em função de determinações constitucionais sobre a organização do Estado (que criam no âmbito das federações, por exemplo, governos regionais e locais autônomos), quanto por meio de arranjos de outra ordem (legalmente estabelecidos

ou informais) requeridos em função do desenvolvimento prático das relações administrativas, fiscais e políticas internas de cada país, mesmo se tratando de estados unitários.

Dada a amplitude e complexidade do fenômeno, os estudos sobre relações intergovernamentais enfrentam o desafio da elaboração de recortes que sejam ao mesmo tempo suficientes e exequíveis. Os estados democráticos, por exemplo, geralmente contam com poderes distintos, instâncias governamentais múltiplas e, conseqüentemente, atores de diferentes níveis, funções e interesses que se relacionam de maneiras muito diversas. A definição dos agentes governamentais que são investigados e quais poderes e níveis de governo são considerados é um enfrentamento essencial que dá contornos particulares às pesquisas e seus respectivos achados.²

Portanto, iniciando a exposição dos aspectos explicativos que de maneira geral importam no exercício de compreensão das relações intergovernamentais, podemos dizer que: em pese o fato de haver instituições e regras formais e informais que objetivam (a) estruturar e/ou organizar o Estado em um dado formato e (b) garantir relações padronizadas entre as unidades governamentais estabelecidas, é preciso estar atento ao fato de que são atores (indivíduos e/ou grupos), com objetivos e interesses diversos, que sob a roupagem das instituições estatais estabelecem as relações entre as unidades governamentais (Wright, 1974). Em uma palavra, os atores, seus interesses e dinâmicas de interação importam. Fatores de outra ordem como: cultura organizacional, capacidades administrativas, interesses corporativos e ideologia política, exercem influência sobre os padrões comportamentais dos mesmos e, conseqüentemente, sobre as relações entre níveis de governo. Ou seja, políticos e burocratas de diversas funções e níveis que participam destes processos também precisam ser considerados como fatores explicativos. A partir de suas interações, práticas informais, por

² Os desenhos de pesquisa sobre relações intergovernamentais quase sempre apresentam lacunas quando observados por outras disciplinas acadêmicas; o que, entretanto, não é exclusividade deste campo de pesquisa no âmbito da Ciência Política.

exemplo, podem se desenvolver dando às relações intergovernamentais contornos diferentes daqueles formalmente estabelecidos (Wright, 1974). Neste sentido, não devemos nos referir às relações intergovernamentais como um objeto cujas definição e explicação possam ser resumidas à descrição operacional de um conjunto de fluxos relacionais estáticos, fixados formalmente por instituições, leis e normas.

Cameron (2001) acrescenta que aspectos relacionados à extensão territorial e ao contingente populacional, como as distinções de densidade demográfica entre as regiões internas dos países, podem afetar a constituição das estruturas e a dinâmica das relações intergovernamentais. Países de maior extensão geográfica geralmente têm mais e/ou maiores subunidades nacionais do que os países de menor extensão; o que pode ampliar o arranjo das relações intergovernamentais e/ou os custos finais das transações estabelecidas entre atores, governos e agências (Tsebelis, 2002). Assim como países demograficamente densos terão particularidades/complexidades possivelmente não presentes naqueles populacionalmente enxutos.

A grande extensão geográfica, associada ao adensamento demográfico podem implicar também maiores diferenças étnicas e culturais, outro fator explicativo da estruturação dos estados federados (Riker, 1975) e das relações intergovernamentais (Cameron, 2001). Sociedades multilinguísticas e multiculturais em geral têm suas estruturações federativas e padrões de relações intergovernamentais estabelecidos de maneira mais complexa do que aquelas em que tais aspectos estão mais próximos da homogeneidade. Nas palavras do autor: (...) *profound socio-cultural differences within a country may create mutual ignorance and suspicions that inhibit effective intergovernmental relations* (CAMERON, 2001: 122). Junto deste e dos demais fatores, os processos históricos (sequência e conjuntura em que os eventos críticos ocorreram) de formação da sociedade, de constituição dos sistemas políticos e de

formação dos setores de políticas públicas são elementos de grande poder explicativo (Pierson, 2004).

É no desenrolar de seus fatos constituintes que as distintas nacionalidades constroem conjuntos de regras e comportamentos relacionados à configuração e, conseqüentemente, à dinâmica das relações políticas, que serão mais ou menos favoráveis ou desfavoráveis à manutenção de determinados modelos de Estado, padrões de políticas públicas e tipos de relações intergovernamentais. Dito de outra forma, é como resultado das transformações e encaixes factuais proporcionados por trajetórias particulares que as características constitucionais e/ou institucionais ganham forma no âmbito das diferentes nacionalidades (Stepan, 1999; Cameron, 2001). O tipo de sistema político constituído, se parlamentarista ou presidencialista (Tsebelis, 2002; Cheibud e Elkins, 2009); e se o Estado é unitário ou federado; são algumas das importantes variações da macro engenharia institucional constituída no âmbito dos estados-nação que dão contornos distintos à estruturação das relações intergovernamentais³.

Também sobre a configuração dos sistemas políticos, cabe destacar que a existência ou não de representação efetiva das regiões, localidades e minorias (no caso de estados multinacionais) no âmbito do governo central é uma das características elementares, tendo em vista que daí decorrerá boa parte da estruturação restante do jogo decisório e da legitimidade necessária à manutenção coesa do sistema como um todo (Tsebelis, 2002). Na mesma linha, a configuração do sistema político-partidário é outro fator de grande importância explicativa. Sobre tal aspecto podem haver variações relacionadas, por exemplo, à maior ou menor “pluralização partidária” (Riker, 1975), assim como das características de nacionalização ou regionalização dos partidos, fatores que impactam as características de centralização e

³ É preciso salientar tratar-se de um processo de determinação em dois níveis: (i) a formação da sociedade e suas estruturas institucionais e, dentro desta, (ii) a organização do sistema político que, por sua vez, impacta a configuração das relações intergovernamentais.

descentralização das decisões, logo, também os processos e padrões político-comportamentais e, conseqüentemente, as relações entre os níveis de governo nos processos de formulação e implementação das políticas (Limongi e Figueiredo, 2009).

Se tratando de estados federados é preciso ainda considerar: (i) a quantidade e o tamanho das unidades governamentais e suas respectivas possibilidades de influenciar efetivamente as decisões no âmbito da federação – sendo sempre necessário levar em conta a existência de assimetrias de diversas ordens (Tsebelis, 2002); e (ii) o grau de autonomia destas unidades na criação de mecanismos formais e informais de cooperação e coordenação para executar suas políticas (Cameron, 2001). Esta margem de autonomia decisória pode ser formalmente prevista ou forjada a partir das lacunas constitucionais; não se tratando, contudo, na maioria das situações, de ações fora da legalidade. Em alguns casos poderá haver tensões entre formalidade e informalidade; e em outros, o entendimento de que se tratam de ações complementares e justificadamente necessárias.

Ainda no bojo das características constitucionais e/ou institucionais está a configuração do sistema fiscal. Sobre tal aspecto, várias elaborações teóricas e pesquisas empíricas sobre os reais benefícios e malefícios das escolhas por centralização ou descentralização dos mecanismos de taxaço e recolhimento de recursos, assim como de quem deve utilizá-los, sob quais condições e em quais rubricas, vem sendo desenvolvidas desde meados da segunda metade do século passado, tendo como referência o caso norte-americano e de alguns países da Europa Central (Tiebout, 1956; Oates, 1999; Oates, 2005). A configuração dos sistemas de arrecadação e execução dos gastos para a implementação das políticas (*policies*) e manutenção da estrutura estatal é um fator caro à compreensão do funcionamento das relações intergovernamentais, principalmente no âmbito dos estados federados; contextos em que a definição e estruturação de tais arranjos tende a ser mais

complexa e conflitiva. Voltaremos a estes dois últimos pontos (sistema político e fiscal) de maneira detalhada nas duas próximas seções do capítulo.

Outro fator explicativo destacado por Wright (1974) é a natureza dos setores de políticas públicas. Para o autor, os campos de atuação estatal possuem especificidades relacionadas à necessidade de recursos e às estratégias de intervenção; por isso, impactam a configuração das relações intergovernamentais em seus respectivos âmbitos. Apesar da importante percepção das políticas e suas especificidades como fator explicativo, o ponto de vista do autor sobre este aspecto é limitado. É certo que, embora boa parte da literatura opere com uma direção de causalidade que implica a existência de atuação apenas da macro estrutura intergovernamental sobre as políticas públicas, existem impactos também no sentido inverso; ou seja, das políticas sobre a institucionalização e a dinâmica das relações intergovernamentais, conforme postulou Wright (1974). Contudo, para além do argumento de visualização mecanicista de que a “natureza das políticas” (conceito de carácter estático) influencia a configuração dos processos políticos, elementos dinâmicos de ordem institucional, política e ideológica, existentes no âmbito das mesmas, também precisam ser considerados. Os achados do campo de estudos das políticas públicas no âmbito da ciência política dão maior profundidade e solidez ao argumento do efeito explicativo inverso (de que políticas públicas geram Política). Vejamos.

Em meados das décadas de 1930 e 1940, os trabalhos de Lasswell (1936) e Simon (1947) deram origem a um campo de estudos que, posteriormente, na contra mão das perspectivas de pesquisa vigentes, passou a dedicar atenção aos setores de política pública e seus impactos sobre os processos políticos (Lowi, 1964; Salisbury, 1968). Tal campo se desenvolveu e, ao longo das últimas décadas, um amplo conjunto de estudos em seu interior vem buscando verificar as particularidades das interações existentes entre (i) fatores institucionais (*polity*), (ii) fatores relacionados à dinâmica de interação entre os grupos de

interesse envolvidos e afetados pelas políticas (*policy*) e (iii) contextos e dinâmicas políticas (*politics*) de surgimento, desenvolvimento, consolidação e/ou mudanças nos distintos setores de atuação estatal/governamental – investigados de forma particular e/ou comparativa (Skocpol e Amenta, 1986; John, 1998). Sob tal proposta teórico-metodológica, os pesquisadores passaram a conceber o processo decisório (até então, no singular) como múltiplo, em virtude do seguinte achado: *a existência de configurações institucionais, ideológicas e dinâmicas políticas distintas em cada setor de política pública no âmbito de um mesmo Estado Nacional* (Simon, 1947; Lasswell e Lerner, 1951; Deleon, 2006; Marques, 2013).

Ou seja, as percepções de Estado e Sistema Político como estruturas que contam com alcance decisório e *enforcement* idênticos sobre todos os setores de intervenção passaram a ser matizadas em função do achado de que os campos de atuação estatal dispõem do que Sabatier e Jenkins-Smith (1999) denominaram subsistemas de política pública específicos – instituições, atores interessados e sistemas de crença ou ideias particulares, com dinâmicas de interação distintas. Cada setor, com seu respectivo subsistema possui uma combinação de (i) tecnologias, problemas e possíveis soluções, (ii) grupos interessados ou atores (com padrões de interação próprios), além de (iii) instituições e experiências prévias que podem induzir tais atores à escolha das alternativas para a resolução dos problemas; e/ou indicar, a partir de processos de aprendizagem, a necessidade de mudanças dos seus padrões de funcionamento ou manutenção do seu *status*; o que a literatura denominou *positive feedback* e/ou *path dependencies* diferenciados de cada campo (Weir, 1994; Pierson, 1994; 2004; 2006; John, 1998; Sabatier e Jenkins-Smith, 1999).

De forma a qualificar a perspectiva de Wright (1974), podemos dizer, portanto, que em função de suas respectivas naturezas e especificidades relacionadas à trajetória de constituição de seus subsistemas, as políticas dos distintos setores são diferenciadas em

relação: ao nível de necessidade/urgência social; aos recursos políticos para atuar em âmbito estatal e na relação com a sociedade; ao modo de atuação estatal necessário (por exemplo, se compartilhado entre níveis governamentais ou não); aos procedimentos operacionais necessários à implementação; aos recursos financeiros alocados; e aos custos e benefícios políticos provenientes das execuções. O que torna possível trabalhar com a perspectiva de que os distintos setores de políticas públicas exercem influência particularizada sobre (a) a estrutura e a dinâmica de funcionamento dos arranjos administrativos, assim como sobre (b) as estratégias políticas e fiscais estabelecidas para suas respectivas execuções. Assim, se existe impacto setorializado das políticas públicas (*policies*), em função de todas as suas especificidades, sobre o jogo político (*politics*) e sobre a configuração institucional (*polity*), é pertinente inferir a existência de impacto destas também sobre a estruturação e a dinâmica das relações intergovernamentais, que como o Estado e o sistema político também são constituídas por múltiplas realidades setoriais.

Além dos fatores apresentados até aqui, existem aspectos de caráter operacional que precisam ser considerados. Alexander (1993), ao discutir os problemas relacionados à coordenação intergovernamental, nos chama atenção para a existência de distintos mecanismos operacionais voltados a viabilização das relações entre níveis governamentais, agências e políticas no âmbito dos estados nacionais. O autor organizou estes mecanismos em dois tipos complementares: *estruturas* e *ferramentas*.

As estruturas são entendidas como organizações com quadro de profissionais específicos, criadas com o objetivo de transformar relações intergovernamentais não coordenadas em sistemas integrados. São exemplos de estruturas: as agências nacionais fiscalizadoras de setores de atuação do Estado e da iniciativa privada, além de ministérios, secretarias e coordenadorias e instâncias decisórias, que visam promover e organizar relações intergovernamentais horizontais e verticais. Já as “ferramentas” são descritas como

instrumentos (formais e informais) internos às estruturas, utilizados para dinamizar as relações intergovernamentais estabelecidas. Entre as ferramentas formais estão os conselhos de gestão e governança; os colegiados de planejamento; mecanismos de revisão, controle e aprovação de planos; leis, contratos, estatutos e regulamentações. Entre as informais temos: grupos de trabalho, reuniões, correspondências (ofícios, e-mails) e contatos telefônicos. A configuração e utilização destes mecanismos variam entre estados nacionais e setores de política pública; o que também contribui com a formatação estrutural e o funcionamento das relações intergovernamentais.

Em suma, a constituição e modelagem do conjunto de práticas e fluxos relacionais que se convencionou chamar de relações intergovernamentais – que podem ser tanto verticais (entre instâncias governamentais de níveis distintos) quanto horizontais (entre instâncias governamentais de mesmo nível) – são influenciadas pelas especificidades da configuração histórico-política (que envolve atores) dos seguintes fatores: (i) demográfico, (ii) geográfico, (iii) sociocultural, (iv) constitucional e político-institucional (níveis de concentração e dispersão do poder, sistema fiscal e organização administrativa, em que a existência ou não de uma federação e suas características tem lugar); além (v) das respectivas naturezas setoriais e demais características particularizadas dos subsistemas de políticas públicas; e (vi) da configuração e utilização dos mecanismos operacionais utilizados para dinamizar as relações. Conforme escreveu Cameron: (...) *these are combined in distinctive ways in each country to create the unique pattern of intergovernmental institutions and processes* (...) (CAMERON, 2001: 122). Entretanto, para enfrentar o desafio metodológico de elaborar um recorte que seja ao mesmo tempo suficiente e exequível, foi necessário fazer algumas escolhas em relação ao conjunto de características e dimensões apresentadas; vejamos.

Adotamos o conceito de relações intergovernamentais apresentado por Wright (1974), entendendo o fenômeno, portanto, como um amplo conjunto de interações (políticas, fiscais e

administrativas) entre distintos níveis e instâncias governamentais, forjado a partir de processos histórico-políticos. E ainda, que mecanismos formais e informais são utilizados para a estruturação e desenvolvimento destas interações. Esses vão desde o estabelecimento de instituições para a representação das subunidades governamentais no âmbito do governo central, passando pela organização e funcionamento do sistema fiscal, que garante força política variada às instâncias governamentais, até a adoção de mecanismos político-operacionais como espaços de deliberação e pactuação sobre o funcionamento de setores particulares de intervenção (como as CITs, no caso brasileiro), entre outras estruturas e ferramentas.

Entretanto, neste trabalho nos atemos somente a um dos tipos de relações intergovernamentais mencionados pelo autor, aquele que no caso brasileiro ocorre entre o Governo Federal e os governos estaduais e locais. No que diz respeito aos fatores explicativos das relações intergovernamentais (entre todos os apresentados), com que trabalhamos no desenvolvimento da tese, operacionalizamos: (i) a configuração dos sistemas político, fiscal e administrativo; aspectos que são abordados em detalhes nas próximas três seções do capítulo, sob o viés da literatura que discute o federalismo e suas implicações; (ii) os aspectos relacionados à natureza das políticas públicas e às especificidades de seus respectivos subsistemas (Sabatier e Jenkins-Smith, 1999); e (iii) os mecanismos político-operacionais adotados como espaços de deliberação intergovernamental sobre as políticas executadas por mais de um nível de governo.

Conforme já exposto, analisamos de forma comparada o padrão da produção de decisões intergovernamentais verticais, entre os três níveis de governo, no âmbito das políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil pós-1988, com foco: nas (i) estruturas e regras estabelecidas para a produção de decisões conjuntas entre os entes federados, em que assumimos as CITs de cada política como *proxy* do processo de produção

decisória intergovernamental em cada setor; (ii) na dinâmica das relações entre os atores, forjada a partir da trajetória dos subsistemas de cada setor de política; e (iii) na dinâmica das relações entre os três níveis de governo em cada setor.

1.2. Federalismo, sistemas políticos e processo decisório: impactos sobre as relações intergovernamentais

A partir da segunda metade do século XX, transformações estruturais relacionadas às instituições estatais e aos modelos de organização governamental tiveram início em boa parte dos países ocidentais. A tendência reformista surgida em tal período e que ganhou força ao longo das últimas décadas, pode ser explicada por um amplo conjunto de fatores políticos, sociais e econômicos, entre os quais figuram: (i) o fortalecimento de segmentos sociais, cujos direitos foram historicamente negligenciados pelas instituições formais já existentes, assim como o adensamento do coro de suas respectivas demandas por poder e efetiva participação na produção das decisões; a (ii) consequente pluralização das demandas endereçadas ao Estado em um contexto de crise fiscal; o (iii) declínio das relações pautadas em princípios não republicanos entre governantes e governados (Dillinger e Fay, 1999), além (iv) do acirramento das tensões entre culturas e nacionalidades conviventes no interior de alguns países (Stepan, 1999).

Os estados nacionais passaram a ser impelidos à realização de transformações e/ou ajustes em seus respectivos sistemas políticos e administrativos. Contudo, em função dos distintos níveis de organização/estruturação e em virtude das particularidades culturais e históricas de cada caso, respostas foram produzidas em direções variadas. Alguns países (i) adotaram a democracia como novo arranjo decisório institucional, outros (ii) vêm se empenhando em tornar mais efetivas as suas instituições democráticas já existentes; a (iii)

criação de políticas compensatórias e/ou pautadas no reconhecimento da diferença, voltadas às minorias sociais, também passaram a ser mais difundidas; (iv) em alguns países foram tomadas medidas de reorganização territorial e redistribuição do poder decisório e administrativo, o que Stepan (1999) descreveu como a constituição de federações devolutivas (*devolutionary federation*); além do fato (v) das descentralizações política, fiscal e de competências (Arretche, 2012), com vistas à obtenção de melhorias em eficiência, efetividade e *accountability*, terem se tornado engenharias político-institucionais relativamente comuns. É especialmente sobre este último ponto que pretendemos nos ater nesta e nas próximas duas seções do capítulo.

Sob o argumento de que a devolução, por parte do governo central, de fontes orçamentárias, recursos e competências aos governos regionais e locais (que estão mais próximos dos cidadãos) melhoram os aspectos de controle e responsividade do setor público, tornando-o mais apto e ávido pelo desenvolvimento de novas e melhores formas de execução dos serviços ofertados à população, diversas formas de descentralização vêm sendo experimentadas por países industrializados e em desenvolvimento (Oates, 1999). No cenário internacional podem ser encontradas experiências que vão da descentralização de competências com vistas à execução de determinadas políticas (*policies*); ao estabelecimento, para os governos regionais e locais já existentes ou criados, de estruturas político-decisórias e fiscais próprias.

Nesta seção, abordaremos detidamente as questões relacionadas à forma como as características institucionais dos sistemas políticos em âmbito federativo afetam a tomada de decisão, podendo tornar tais processos mais ou menos custosos em termos de adequação de estratégias e uso dos recursos políticos; trazendo consequências à configuração das relações entre os níveis de governo. Mesmo tratando-se de um estudo que objetiva compreender exclusivamente as relações entre poderes executivos verticalmente posicionados, os aspectos

relacionados aos problemas da relação Executivo-Legislativo incluídos na discussão são necessários; tendo em vista que as instituições e regras que delineiam a estrutura e a dinâmica de interação entre estes poderes no âmbito do governo central, implicam também concessão de maiores ou menores poderes às subunidades governamentais dentro das federações (Arretche, 2012); questão central às discussões dos tópicos subsequentes sobre o papel das transferências intergovernamentais e a autonomia decisória sobre as políticas dos distintos níveis de governo.

1.2.1. Sistemas Políticos e processo decisório: a perspectiva dos atores com poder de veto⁴

A característica constitucional básica classicamente utilizada para o exercício de distinção entre sistemas políticos é o tipo de regime adotado pelos países: se parlamentarista ou presidencialista. A distinção central entre tais regimes, que direcionou os estudos comparativos sobre a efetividade dos mesmos, é o grau de interdependência entre os poderes Executivo e Legislativo (Cheibud e Elkins, 2009). No parlamentarismo, a fusão entre os poderes garantiria a efetividade do governo, tanto no que diz respeito (i) aos custos e agilidade do processo decisório, quanto (ii) na adequação entre decisões tomadas e preferência dos eleitores. O pressuposto é da existência de uma cadeia única de transmissão das demandas do eleitorado aos políticos do parlamento, que seriam posteriormente processadas pelo gabinete e implementadas pela burocracia (Figueiredo, 2004). Ao passo que, no presidencialismo, a característica central é a separação dos poderes. O que viabiliza o

⁴ Em que pese o fato de haver impactos de outras ordens sobre os aspectos políticos das relações intergovernamentais no âmbito de estados federados, provocados por características nacionais (distintas nações internas), culturais e étnicas, optamos pela discussão quase que exclusiva dos pontos de veto por tratar-se de um modelo pragmático e passível de aplicação tanto às realidades em que diferenças étnicas e culturais estão em confronto, quanto àquelas (como é o caso brasileiro) em que o problema central é objetivamente, conforme defendeu Arretche (2012), a distribuição das riquezas (por meio de serviços e repasses de recursos) entre as jurisdições ricas e pobres, na interação com o governo federal.

mútuo controle e diminui a probabilidade de governos autoritários ou com características populistas (Colomer e Negretto, 2005); mas, ao mesmo tempo, institucionaliza o conflito entre os poderes formados por bases eleitorais distintas, tendo como consequência: (i) a ampliação das dificuldades para imprimir unidade à ação governamental; (ii) o fato de que a cadeia existente entre demandas, decisões e políticas torna-se menos inteligível ao eleitor (Pierson, 1994; 1996; 2004); (iii) além da competição entre a Presidência e o Congresso no controle da burocracia (Figueiredo, 2004).

A compreensão dos regimes políticos a partir destes “*pacotes* [interpretativos] *completos*” (FIGUEIREDO, 2004: 08) vêm, entretanto, sendo repensada pela literatura, principalmente em função de estudos empíricos voltados ao real funcionamento dos sistemas no âmbito de distintos países. Conforme Tsebelis (2002), Figueiredo (2004), Colomer e Negretto (2005) e Cheibud e Elkins (2009) demonstram, ao ampliar o número de casos a serem analisados para além dos seus arquetípicos correspondentes (Estados Unidos e Inglaterra), as investigações comparativas dos regimes parlamentaristas e presidencialistas passaram a indicar que os modelos/pacotes fechados eram insuficientes (...) *para a compreensão das condições institucionais que [realmente] determinam a dinâmica dos governos e suas políticas* (FIGUEIREDO, 2004: 08). Os estudos demonstraram, por exemplo, haver variações de diversas ordens entre os sistemas parlamentaristas europeus, tanto no que diz respeito à institucionalidade formal quanto em relação à dinâmica dos atores políticos em interação com as regras estabelecidas. Assim como a configuração institucional clássica do presidencialismo e suas respectivas argumentações não encontram evidências empíricas para generalizações amplas e seguras ao serem aproximadas, por exemplo, dos casos latino-americanos.

Em suma, o fato é que os achados indicaram que a adoção do regime parlamentarista nem sempre implica radical fusão dos poderes; assim como existem configurações

institucionais, graus e dinâmicas de interação distintas relacionadas à separação entre os poderes nos regimes presidencialistas. Ou seja, no agregado de experiências parlamentaristas, os poderes não estão tão fusionados da forma como os pressupostos clássicos supunham, assim como no agregado das experiências presidencialistas, os poderes não estão necessariamente separados. É a partir destes achados que Tsebelis (1997; 2002) alavanca seu modelo analítico sobre os atores com poder de veto.

Em seus postulados sobre o processo decisório no âmbito dos distintos sistemas políticos, Tsebelis (1997) trabalha com os conceitos de estabilidade das políticas (*policies*) e estabilidade dos governos ou regimes. O autor argumenta existir uma relação inversa entre os dois tipos de estabilidade: o primeiro seria, em muitos contextos, fonte de instabilidade do segundo. Ou seja, a impossibilidade dos governos promoverem alterações nas políticas de acordo com seus respectivos programas e com os interesses populacionais pode causar paralisia decisória e, em casos extremos, fissura dos regimes. O ponto é que a estabilidade ou não das políticas é condicionada pelas prerrogativas e atuação dos atores e/ou instituições com poder de veto; ou seja, atores ou instituições cuja concordância é necessária nos processos de decisão sobre políticas particulares.

De forma resumida, o modelo de análise elaborado por Tsebelis (1997) trabalha com três proposições que relacionam os *veto players* com as características de mudança ou manutenção do *status quo* das *policies*. A primeira delas diz respeito ao número de atores com poder de veto nos sistemas políticos. Em suas palavras: “à medida que aumenta o número de atores cuja concordância é necessária para haver uma mudança no *status quo*, o *winset* do *status quo* não aumenta (isto é, a estabilidade da política não diminui)” (TSEBELIS, 1997: 05). Esclarece-se que o *winset* do *status quo* é o campo abstrato, formado pela junção de características de concordância das posições políticas dos *veto players*, em relação ao objeto em votação, que permite derrotar o *status quo*; ou seja, trata-se da área abstrata de

convergência das posições dos atores que tornam possível a aprovação das mudanças. O que a primeira proposição postula, portanto, é que quanto maior o número de atores com poder de veto, participantes de um dado processo decisório, menor será o campo/área que possibilita a aprovação de mudanças.

A segunda proposição aborda a congruência (ou sua ausência) entre os atores com poder de veto: *“a medida que a distância entre os atores cuja concordância é necessária para haver uma mudança no status quo aumenta ao longo da mesma linha, o winset do status quo não aumenta (isto é, a estabilidade das políticas aumenta)”* (TSEBELIS, 1997: 06). Ou seja, quanto maior for a incongruência, medida pelo distanciamento das posições políticas entre atores; ou dito de outra forma, quanto maior a discordância em relação ao conteúdo da matéria, menor será o *winset* do *status quo* e, conseqüentemente, a estabilidade da política em votação aumentará, diminuindo as possibilidades de aprovar mudanças.

A terceira e última proposição trata da coesão interna de cada *veto player* existente no jogo. *“À medida que aumenta o tamanho do *yolk* dos atores coletivos que devem concordar com uma mudança do status quo, a área que contém o winset do status quo também aumenta (isto é, a estabilidade das políticas decresce)”* (TSEBELIS, 1997: 09). O *yolk* representa o campo de concordância interna dos atores coletivos; quanto menor o raio desse núcleo, menores serão as probabilidades de mudança, tendo em vista que o *winset* do *status quo* também diminuirá em sua função. Um *yolk* pequeno diz de maior coesão interna e, conseqüentemente, menor flexibilidade do ator; ao passo que *yolks* ampliados representam coesões internas reduzidas e maiores possibilidades de abertura e flexibilidade, o que aumenta o campo de concordância com os demais *veto players* e as possibilidades de derrotar o *status quo*.

Em suma, o modelo analítico de Tsebelis (1997) assume que a estabilidade das políticas tende a se fortalecer com o aumento: do número de atores com poder de veto, da

incongruência entre eles e da coesão interna de cada um deles. Ou seja, em tais condições a probabilidade das *policies* serem alteradas são menores; e no inverso das mesmas (número reduzido de *veto players*, maior congruência entre eles e menor coesão interna de cada um deles) tal probabilidade aumenta. O número de *veto players* de caráter institucional geralmente é especificado pela constituição (em tese, as constituições de estados federados os especificam em maior número);⁵ existem também os *veto players* partidários, que são decorrentes do funcionamento interno do sistema político e das características das coalizões de governo em cada país. Contudo, Tsebelis (1997) assume que nos exercícios analíticos voltados à compreensão dos processos decisórios no âmbito das distintas nacionalidades, conjunturas históricas e *issues* particulares podem fazer com que outros *veto players* sejam identificados e tenham que ser incluídos nas análises.

Portanto, em função da insuficiência preditiva e do engessamento analítico a partir das características clássicas de fusão ou separação dos poderes, Tsebelis (1997) elaborou um modelo passível de aplicação a todas as experiências existentes; tendo como fator explicativo central, as particularidades de configuração dos atores com poder de veto. Ou seja, sejam os estados parlamentaristas ou presidencialistas, determinadas conjunturas históricas, configurações institucionais específicas e a necessidade de decisão sobre *issues* particulares, forjam distintas relações entre poderes, partidos e níveis governamentais, dando aos atores interessados possibilidades distintas de influência e participação no processo decisório. Trazendo o argumento para o que precisamente importa aos nossos propósitos, vejamos de que forma a configuração federativa pode impactar a estruturação e a dinâmica das relações

⁵Além de estabelecer os atores centrais com poder de veto, as determinações constitucionais definem as etapas pelas quais as propostas deverão passar para serem transformadas em leis, os órgãos participantes do processo e seus respectivos papéis, além da autoridade e força dos atores envolvidos (Montero e Sáez, 2009).

entre os atores com poder de veto; o que obviamente traz consequências às relações intergovernamentais⁶.

1.2.2. Federalismo, sistemas políticos e processo decisório

O modelo analítico dos atores com poder de veto assume que as federações tendem a configurações decisórias com elevado número de atores imbuídos de reais poderes passíveis de barrar mudanças ou produções de políticas. As pesquisas voltadas à compreensão dos processos decisórios no âmbito dos estados federados, além de utilizar o modelo dos atores com poder de veto, recorrentemente trabalham com a tese da autoridade sobre as jurisdições (Leibfried e Pierson, 1995; Weingast, 1995; Obinger, 2005); que de forma similar à perspectiva dos *veto players* opera com o pressuposto de que a descentralização da autoridade para legislar, prática comum em estados federados, constitui-se como um mecanismo de constrangimento às iniciativas do governo central para a criação de políticas voltadas à determinados problemas públicos, sejam estes concernentes à regiões específicas ou à toda população. Neste sentido, não haveriam no âmbito dos estados federados, mecanismos institucionais suficientemente garantidores das prerrogativas legislativas ao governo central; além disso, a tese destes autores assume que, em tais arranjos, sem o consentimento das subunidades governamentais, torna-se inviável a aprovação de medidas que interfiram em suas respectivas dinâmicas internas. Ou seja, em linhas gerais, as duas perspectivas entendem que as estruturas federativas aumentam os custos para a produção de decisões.

Apesar de haver variações institucionais de diversas ordens entre os países, que nos permitem matizar a afirmação de que as federações instauram processos decisórios que

⁶ Tendo em vista tratar-se de uma exposição conceitual que dará base à apresentação e análise posterior das características do caso brasileiro, apresentado na última seção deste capítulo, reservamo-nos o direito de abordar as características dos estados federados de forma geral e agregada; ou seja, sem adentrar de maneira detalhada as distintas configurações existentes entre os mesmos.

necessariamente inibem a atuação do governo central e aumentam o número de atores com poder de veto (Stepan, 1999);⁷ o fato é que as instituições que dão os contornos das características de maior integração ou separação dos poderes legislativo e executivo, de fato, não esgotam o conjunto de aspectos que moldam o processo decisório no âmbito dos estados federados. Combinações particulares de fatores institucionais relacionados às relações entre as subunidades governamentais com o governo central também têm forte poder explicativo e, por isso, precisam ser consideradas e discutidas.

O *primeiro destes fatores*, que inclusive é utilizado por parte da literatura (Tsebelis, 1997; Lipjhart, 1999; Stepan, 1999; Rodden, 2006) como característica definidora da existência de uma federação (e que de certa forma está embutido nos problemas das relações Executivo-Legislativo), é a constituição de uma segunda câmara legislativa no âmbito do governo central, cuja composição representa os direitos e interesses das subunidades regionais constituintes; podendo, portanto, tratar-se de um ponto adicional de veto às tentativas de mudança institucional (Arretche, 2012).⁸ Em geral, as propostas de mudança que retrocedem direitos ou ganhos das subunidades (mesmo que o fim último seja a redistribuição para o conjunto da nação) teriam maiores dificuldades de aprovação, já que os representantes das jurisdições dispõem de recursos institucionais para vetar tais propostas. Dito de outra forma, principalmente em relação a este tipo de mudança, o esperado é que os estados federados apresentem maiores características de manutenção do *status quo* (estabilidade).

Em pesquisa empírica, Arretche (2012) encontrou evidências que corroboram tal perspectiva e, ao mesmo tempo, casos contra factuais que não permitem sustenta-la. Para analisar as relações existentes entre federalismo, bicameralismo, partidos nacionais e representação territorial *versus* mudança institucional, a autora trabalhou com uma amostra de

⁷ O caso brasileiro é contrafactual neste aspecto, conforme demonstramos na quinta seção do capítulo.

⁸ Cabe esclarecer que a existência de duas câmaras legislativas não necessariamente implica dois pontos de veto, tal definição dependerá do tipo de composição e alinhamento político-partidário entre as casas.

32 países; tendo a aprovação de emendas constitucionais como *proxy* de mudança institucional. Os achados do estudo foram os seguintes: (i) apenas o bicameralismo teve impacto sistemático negativo sobre as taxas anuais de emendas aprovadas; ou seja, o bicameralismo faz reduzir as taxas de emendamento; (ii) mas, alguns casos/países (entre eles o Brasil) que adotam o bicameralismo, apresentaram taxas elevadas de mudança institucional. Uma das conclusões de Arretche (2012), tendo o caso brasileiro como exemplo, é de que mesmo em contextos institucionais em que exista uma segunda câmara legislativa, a prerrogativa do veto (que garantiria força política às jurisdições) poderá não se fazer valer em função da configuração nacional do sistema partidário. A câmara legislativa destinada aos interesses das jurisdições pode se tornar uma casa em que a disciplina e coesão partidária nacional prevalecem sobre a coesão e a representação jurisdicional.

Ao discutir o problema da política orçamentária no presidencialismo de coalizão, Figueiredo e Limongi (2008) haviam apresentado, anteriormente, ponto de vista alinhado ao entendimento de Arretche (2012). Tendo o caso brasileiro como objeto – país presidencialista, bicameralista e multipartidário –, os autores argumentam que embora interesses particulares e regionais dos parlamentares tenham espaço na formulação do orçamento da união, estes não têm primazia sobre aqueles de ordem político-partidária mais gerais.

Com exceção da política econômica, prioridade dos partidos que encabeçam as coalizões formadas para exercer governos nacionais, a partilha dos recursos orçamentários relacionados às demais áreas, segundo os autores, reflete a divisão de poderes entre os partidos que compõem a coalizão governamental e ocupam os ministérios responsáveis por cada setor de política – o que garantiria o bom funcionamento da coalizão. Em suas palavras: “*Os interesses individuais e regionais estão subsumidos às prioridades gerais da política governamental*” (FIGUEIREDO e LIMONGI, 2008: 23). Ou seja, a existência de uma segunda casa legislativa, em um sistema multipartidário, não garante de forma definitiva a

constituição efetiva do veto jurisdicional, estando as casas alinhadas politicamente ou não. Em alguns casos, a primazia dos interesses partidários nacionais inviabiliza a atuação das bancadas regionais.

Os achados de Figueiredo e Limongi (2008) e Arretche (2012) nos levam à perspectiva de Riker (1975) de que a existência de estados efetivamente federados – ou seja, que assegure às jurisdições: autonomia e garantias institucionais contra expropriações por parte do governo central – está mais relacionada ao grau de jurisdicionalização do sistema partidário (*segundo fator institucional a ser considerado*) do que estritamente à existência de uma segunda câmara legislativa. Para o autor, quanto mais ampla for a pluralização e a disciplina partidária de base regional, menor será a probabilidade das tendências centralizadoras das federações modernas vingarem. De forma contrária, independente da existência de uma segunda câmara legislativa, sistemas partidários não plurais (com alta probabilidade de que um mesmo partido ocupe o governo central e muitas jurisdições regionais) e com partidos nacionais disciplinados (dado que tal disciplina pode dividir representantes de uma mesma jurisdição) tenderão a minimizar os efeitos da segunda casa no processo decisório.

Por um lado, parece haver incongruência entre a existência de sistemas federativos funcionalmente robustos, com poucos atores com potenciais poderes de veto. Por outro, existe o argumento de que o elevado número de atores com poder de veto torna os processos decisórios no âmbito das federações mais complexos, custosos e tendentes à estabilidade negativa das políticas. Ou seja, para evitar ações de expropriação por parte do governo central junto às subunidades é necessário garantir a estas últimas reais condições de veto, mas tal concessão dificultará posteriormente os processos políticos e administrativos voltados à criação e implementação das políticas nacionais. Seria este, inclusive, o dilema federativo central no que diz respeito aos aspectos políticos.

No caso brasileiro, por exemplo, existem duas teses concorrentes, uma de que as subunidades governamentais dificultam a atuação mais efetiva e padronizada por parte do governo federal, em alguns setores de políticas públicas; e outra que assume a perspectiva de que, na verdade, o governo federal atua com poderes demasiados e tendentes à centralização na relação com as subunidades. De uma forma ou de outra, é fato (até pela preocupação das duas teses) que a configuração federativa das relações políticas tem impacto sobre a organização e dinâmica da gestão administrativa das políticas executadas de forma conjunta por distintos níveis de governo (que é o foco deste estudo). A distinção conceitual apresentada por Arretche (2012) entre *policy-making* e *policy decision-making* é uma referência fundamental para abordar e esclarecer tal ponto, discutido na quarta seção do capítulo. Antes, contudo, passemos por outro tema correlacionado às questões relativas à autonomia decisória das subunidades governamentais: a face fiscal do federalismo e os distintos usos das transferências intergovernamentais.

1.3. Federalismo Fiscal: centralização, descentralização e o papel das transferências intergovernamentais

A problemática central desta face dos sistemas federativos é o alinhamento entre: o nível de governo apropriado para a atribuição de certas responsabilidades e competências; e os mecanismos fiscais adequados à viabilização dos recursos necessários (Oates, 1999; 2005). Tal tarefa não deve ser compreendida como simples procedimento operacional de descentralização fiscal e executiva de políticas. Ao aceitar o argumento de que o estabelecimento de fontes orçamentárias e competências particulares para os governos regionais e locais são procedimentos vantajosos para os estados nacionais, deve-se assumir conjuntamente que a organização exitosa de arranjos para tal fim não é algo trivial. Para que

sejam experiências proveitosas é essencial haver clara compreensão de quais competências e instrumentos fiscais, em determinados contextos, funcionarão melhor centralizados; e quais devem ser descentralizados para outra(s) esfera(s) de governo (Oates, 1999). É este o objeto do federalismo fiscal; vejamos separadamente suas duas partes constituintes.

No que diz respeito à atribuição de responsabilidades e competências aos distintos níveis governamentais, a perspectiva de Tiebout (1956) sistematizada em seu clássico “*A pure theory of local expenditures*”, recomenda que seja atribuído ao nível central as responsabilidades pela estabilização macroeconômica, redistribuição de renda e produção dos bens públicos nacionais; – aqueles que beneficiam toda a população (como a política de defesa, por exemplo) –; cabendo às subunidades governamentais, a provisão de bens e serviços cujos acesso e consumo estão limitados às suas jurisdições (Oates, 1999; 2005).

O argumento é de que em virtude da ausência de prerrogativas monetárias e cambiais e com economias altamente abertas, o que praticamente inviabiliza o controle sobre as distorções geradas pelo estímulo fiscal, governos subnacionais têm possibilidades limitadas de realizar intervenções plausíveis tanto sobre a macroeconomia quanto em suas próprias economias. Além do fato de que a possibilidade de locomoção dos indivíduos entre as subunidades pode trazer agudas complicações aos esforços internos de redistribuição de renda. Ou seja, a implantação de programas com tal finalidade por governos regionais ou locais provavelmente induziria movimentos imigratórios de indivíduos de baixa renda para tais jurisdições e encorajaria a emigração daqueles de renda elevada, pelo receio ou constatação de estarem arcando (no mínimo de forma desigual) com o ônus dos impostos (Oates, 1999).

Por outro lado, em virtude das variações relacionadas às particularidades territoriais e às preferências dos cidadãos que constituem as jurisdições, é desejável que a produção de bens e serviços destinados ao consumo interno das mesmas esteja sob suas respectivas

responsabilidades. Aqui, o argumento é de que: além da já esperada melhoria em efetividade dos serviços públicos, em virtude da maior proximidade entre governo e população beneficiária; assumir que entre as jurisdições existem preferências e custos diferenciados na produção dos bens e serviços, faz aumentar as possibilidades de êxito das estratégias voltadas à maximização dos recursos. Ou seja, sob a responsabilidade dos governos locais, os gastos relacionados a tais bens e serviços ganham em eficiência e refletem melhor as preferências populacionais. Obviamente, haverá variação entre os países (e em um mesmo país em momentos históricos distintos) do entendimento substantivo de quais bens e serviços devem ser produzidos pelo governo central e pelas subunidades governamentais (Oates, 1999).

O caminho adotado por Tiebout (1956) é bastante intuitivo, mas não deve ser considerado definitivo. Oates (1999) argumentou que embora pareça uma modelagem relativamente óbvia, existem aspectos não previstos que são elementares ao entendimento aprofundado das relações fiscais entre os governos. Entre estes aspectos está a escolha dos mecanismos fiscais a serem utilizados. A adoção inadequada de mecanismos fiscais pode implicar em distorções como: (i) a competição excessiva entre as subunidades, no que diz respeito à criação de políticas de incentivo fiscal, gerando o fenômeno *denominado “race to the bottom”* ou diminuição consecutiva das arrecadações e conseqüentemente da provisão e/ou qualidade dos serviços públicos (Oates, 1999; Arretche, 2001); (ii) o desvirtuamento dos objetivos das políticas; além (iii) da diminuição das características de cooperação entre entes governamentais de mesmo nível (Machado, 2008; 2009).

A ferramenta básica, de carácter intergovernamental, para a provisão de receitas aos distintos níveis de governo no âmbito dos estados federados são as transferências financeiras.⁹

⁹ Salienta-se que os governos provinciais, estaduais e locais fazem uso também de tributações próprias. Em geral tratam-se de taxações sobre imóveis e serviços públicos acessados em função da obtenção de propriedade dos mesmos (Oates, 1999). No caso brasileiro, por exemplo, os governos municipais exercem tributação sobre a propriedade residencial, sobre a transferência de propriedade e sobre serviços; além dos governos estaduais taxarem a propriedade dos veículos automotores (Arretche, 2012). Existe, contudo, uma dinâmica específica de redistribuição destes recursos, sobre a qual trataremos na quinta seção do capítulo.

Procedimento que implica o exercício anterior de arrecadação de impostos excedentes, por uma ou mais instâncias governamentais, para o posterior repasse às outras, visando cobrir parte das suas respectivas despesas (Oates, 1999). Tal instrumento tem duas funções centrais no âmbito das federações: (i) indução das subunidades nacionais à internalização da necessidade de promover benefícios para públicos além dos seus limites territoriais; e (ii) equalização fiscal entre tais subunidades; o que implica, conseqüentemente, melhoria do sistema fiscal como um todo (Oates, 1999).

As transferências intergovernamentais geralmente adquirem duas formas: (a) as transferências condicionadas, em que são definidos limites e condições específicas para a utilização dos recursos transferidos; e (b) as transferências não condicionadas, cujo uso dos recursos está sob a responsabilidade autônoma, dentro dos princípios republicanos legalmente constituídos, das jurisdições que os recebem.¹⁰

Embora também tenham efeitos redistributivos, as transferências condicionadas são entendidas como mais pertinentes aos casos em que existe a necessidade de que algumas jurisdições produzam benefícios para além de suas fronteiras, tendo em vista a necessidade de promover o acesso a determinados bens e serviços aos cidadãos de outras localidades (Oates, 1999); seja porque tais localidades estão em situação econômica ou técnica desigual; ou pela existência de critérios que recomendam (indicadores) ou determinam (leis e similares) a gestão compartilhada de determinadas políticas públicas.

Já as transferências não condicionadas são tipicamente apropriadas aos esforços de promover equalização fiscal. A dinâmica básica de funcionamento deste mecanismo consiste na transferência de recursos das jurisdições relativamente mais ricas para aquelas mais pobres; utilizando como parâmetro a relação necessidade-capacidade fiscal, que implica realização de transferências mais robustas àquelas jurisdições com maiores necessidades do

¹⁰ Outra forma de definição encontrada na literatura é a seguinte: transferências obrigatórias e transferências discricionárias.

que capacidades fiscais. Entretanto, autores como Oates (1999; 2005) de forma normativa salientam que o mais indicado é a conjugação dos dois tipos de transferência, dado que a primeira (condicionada) está voltada mais centralmente (embora também tenha efeitos redistributivos) à coordenação dos serviços e benefícios ofertados e a segunda (não condicionada) à equalização fiscal.

De forma particular, principalmente as transferências não condicionadas, exercem papel de fundamental importância no âmbito das federações, por tornar o jogo político mais nivelado ao possibilitar que jurisdições pobres (com fraca capacidade fiscal) tenham maiores possibilidades de competir com jurisdições ricas (com forte capacidade fiscal). Ou seja, tal mecanismo auxilia na criação de um ambiente interjurisdicional minimamente competitivo (Oates, 1999). Cabe salientar que as desigualdades existentes entre jurisdições, na maioria dos casos são (ao menos em parte) fruto de processos históricos que originaram fronteiras geográficas de forma estritamente auto-interessada, não considerando as necessidades e particularidades do contexto nacional como um todo; ou de maneira quase acidental, sem nenhum exercício racional de distribuição dos recursos naturais, sociais e de outras ordens. Assim, algumas localidades ficaram com maiores riquezas e capacidades de desenvolvimento, enquanto outras com debilidades de diversas ordens (Oates, 1999).

Dito de outra forma, a equalização fiscal se justifica tanto a partir de critérios de justiça quanto de eficiência. Na ausência destas transferências intergovernamentais, as jurisdições já fiscalmente favorecidas teriam, por exemplo, suas chances de perpetuar continuados ciclos particulares de crescimento econômico aumentadas. O que ampliaria as desigualdades financeira, política, técnica e da provisão de serviços entre as subunidades governamentais existentes (Oates, 1999).

Entretanto, algumas críticas são endereçadas às transferências intergovernamentais enquanto mecanismo equalizador. Alguns economistas entendem que o exercício de

transferência de recursos das jurisdições ricas para as pobres produz distorções, tendo em vista que inevitavelmente haverá transferências de recursos dos indivíduos pobres residentes em jurisdições ricas para indivíduos ricos residentes em jurisdições pobres. Neste sentido, defendem que os mecanismos que operam a partir da redistribuição de renda entre indivíduos (dos mais ricos aos mais pobres) e não entre jurisdições é que são os mais adequados.

Outra linha crítica aborda os pressupostos estruturais do argumento que recomenda o mecanismo. Para McKinnon apud Oates (1999), a equalização fiscal a partir das transferências intergovernamentais, na verdade, prejudica o crescimento e, conseqüentemente, o fortalecimento fiscal das jurisdições pobres. O autor apresenta como exemplo o caso do sul dos Estados Unidos, cujo crescimento após a Segunda Guerra Mundial teria como fatores explicativos: os baixos salários e baixos custos fiscais para fins comerciais. Tais características teriam induzido maiores investimentos econômicos na região, proporcionando uma condição fiscal próspera posteriormente.¹¹

Em resumo, dadas as características das transferências intergovernamentais exaltadas e/ou criticadas pela literatura, o fato é que se trata de um mecanismo básico para a constituição da face fiscal das relações federativo-intergovernamentais. Em alguns casos, a implantação das transferências (visando equalização) pode significar a manutenção coesa do sistema federado, como Oates (1999) sugere ao tratar do Canada e Arretche (2012) ao falar do Brasil; por outro lado, em casos como a Itália do período da pesquisa de Oates (1999), podem surgir movimentos separatistas por parte das regiões (ricas) que arcam com o ônus da distribuição. Ou seja, é preciso ter claro que estamos lidando com um tema complexo que não deve ser encerrado em princípios e fatores econômicos *stricto sensu*; trata-se de uma construção que também envolve fatores políticos estruturais e relacionais (Figueiredo e

¹¹ O argumento é inclusive próximo da perspectiva econômico-liberal de organização dos estados nacionais. Ou seja, a defesa de que proporcionar redistribuição a partir de transferências não condicionadas de recursos das jurisdições ricas para as pobres, acaba provocando a redução das iniciativas próprias de crescimento por parte das localidades.

Limongi, 2008). Ao discutir o problema da gestão intergovernamental das políticas na próxima seção e, posteriormente, ao tratar das características particulares do caso brasileiro ao final do capítulo, veremos que a distribuição de competências e autonomia entre os entes governamentais é resultado de aspectos da configuração política e da estruturação fiscal discutidos até aqui.

1.4. Gestão intergovernamental das políticas públicas: centralização versus autonomia?

Nesta seção abordamos as relações verticais entre os níveis governamentais no que diz respeito à gestão compartilhada das políticas públicas. Sobre tal ponto, já sabemos que o uso de determinados mecanismos pelos governos centrais visa manter determinadas políticas sob sua coordenação (Oates, 1999; 2005); ao passo que também existem medidas descentralizadoras que garantem autonomia decisória às subunidades governamentais sobre outras ações (Arretche, 2012). O ponto é que existem discordâncias analíticas sobre as perdas e ganhos impostos às subunidades governamentais a partir da adoção de tais procedimentos. Estas discordâncias podem ser visualizadas a partir de três distintas perspectivas presentes na literatura, pautadas em achados de pesquisas empíricas. Antes de abordar tais percepções, vejamos rapidamente a distinção conceitual apresentada por Arretche (2012) sobre as dimensões de descentralização possíveis em âmbito federativo. O refinamento teórico da autora nos permite apresentar de forma mais precisa, em seguida, os distintos entendimentos sobre a distribuição da autoridade decisória sobre as políticas públicas.

Arretche (2012) argumenta existirem dimensões distintas de descentralização da autoridade sobre as políticas que não devem ser tratadas como equivalentes ou de forma aglutinada no desenvolvimento das investigações empíricas e organizações teórico-conceituais (como vem sendo feito por parte das produções acadêmicas). Existem

substantivas diferenças entre: (a) descentralização de competências (ou sobre a execução das políticas públicas), o que ela denominou *policy-making*; e (b) descentralização da autoridade decisória sobre as políticas, o que configura *policy decision-making*. Além disso, é preciso atentar-se também ao fato de que: a (i) descentralização política, referente à possibilidade das jurisdições realizarem suas próprias eleições, com a garantia de que os mandatos não serão revogados por níveis superiores de governo; a (ii) descentralização fiscal, que diz respeito à participação das receitas e gastos das jurisdições sobre o agregado; e (iii) a descentralização de competências ou decisória sobre as políticas, não podem ser tomadas uma(s) como *proxy* para o exame da(s) outra(s). Tratam-se de processos de descentralização distintos que nem sempre são encontrados de forma aglutinada na realidade. Na verdade, além de haver variação na forma como tais processos são interagidos, um pode existir sem a presença do outro (Arretche, 2012).

A execução de determinadas atribuições, por exemplo, não deve ser considerada sinônimo de autonomia decisória sobre tais atribuições. Dito de outra forma, a autoridade para executar políticas não necessariamente implica em autoridade para tomar decisões sobre as mesmas. Tais aspectos de autoridade irão variar em função da relação entre as instituições federativas e as características particulares das políticas públicas; mesmo havendo autonomia formal das subunidades governamentais em relação ao nível central de governo. Ou seja, em que pese o fato de haver jurisdições com eleições, mecanismos fiscais e receitas próprias, suas respectivas autonomias decisórias (no todo ou referente a um dado campo de política pública) poderão ser restringidas, por exemplo, por dispositivos constitucionais e/ou provenientes de leis nacionais posteriores; e também por mecanismos como o estabelecimento de condicionalidades para o repasse de transferências intergovernamentais. Neste sentido, podemos assumir que as descentralizações fiscal e de competências aos entes politicamente autônomos, podem ocorrer alinhadas a prerrogativas constitucionais que centralizam a

autoridade decisória sobre as políticas em âmbito nacional. Dito isto, passemos às três compreensões sobre os ganhos e perdas dos arranjos institucionais caracterizados por maior centralização ou descentralização da autoridade decisória.

A primeira perspectiva encontrada na literatura advoga contra a centralização da autoridade sobre as políticas no âmbito do governo nacional, por entender que tal configuração: (i) fere o princípio federativo básico da autonomia jurisdicional das subunidades governamentais (Riker, 1975; Dahl, 1986), (ii) é menos eficiente à adequação das políticas às distintas realidades jurisdicionais; tanto do ponto de vista do uso dos recursos públicos, quanto do conteúdo das intervenções (Oates, 1999; 2005; Tiebout, 1956); além (iii) da percepção de que, ao deixar a função redistributiva a cargo do governo central, o aumento das desigualdades jurisdicionais torna-se mais provável; tendo em vista que em tal nível governamental haveria grupos regionais de atuação clientelista, com efetivas possibilidades de influenciar as decisões. Ou seja, as políticas públicas e transferências intergovernamentais seriam distribuídas desigualmente entre as jurisdições, sendo privilegiadas aquelas cujas elites são mais fortes no âmbito do governo central. Portanto, para tal perspectiva, tanto a autoridade decisória sobre as políticas (*policy decision-making*) quanto a autoridade sobre a execução (*policy-making*) deveriam ser descentralizadas (Weingast, 1995).

Um segundo ponto de vista, faz a discussão do problema no sentido inverso. Ou seja, a descentralização excessiva de autoridade às subunidades governamentais é que é vista como problemática; por prejudicar a coordenação e efetividade das políticas nacionais, além de aumentar as características de desigualdade entre as jurisdições (Abrucio e Soares, 2001; Arretche, 2000; 2003; 2004; 2010). Tal ponto de vista está ancorado nas postulações de Wildavsky (1984), cujo entendimento central é de que: (a) igualdade de resultados e (b) instituições federativas são condições contrárias e incompatíveis. Para o autor, a prerrogativa das subunidades governamentais de posicionar-se de forma divergente (seja na relação com o

governo federal ou com as demais subunidades) favoreceria a multiplicidade de ações e, conseqüentemente, a desigualdade entre as políticas implementadas no interior dos estados federados. De forma resumida, a perspectiva é crítica da concessão de autonomia às jurisdições, principalmente no que diz respeito à autoridade decisória fiscal e de elaboração de políticas públicas (*policy decision-making*); mas, concorda com algum grau de descentralização de competências ou de execução das políticas (*policy-making*), desde que haja centralização das decisões e/ou regulação pelo governo nacional.

Entretanto, uma terceira via (que percebemos de maior capacidade explicativa) entende que em função da natureza das políticas públicas e das características de seus respectivos subsistemas, haverá necessidade (em contextos nacionais específicos) de níveis particulares de coordenação nacional e de autonomia jurisdicional. A defesa é de que em função da relação entre (i) arranjos institucionais e (ii) especificidades das políticas públicas, há um *trade-off* entre autonomia das jurisdições e melhoria dos serviços destinados à população, em que a centralização decisória se torna justificável (Arretche, 2012). Ou seja, tal perspectiva não assume de forma irrefletida os argumentos de que (a) a adoção de instituições federativas, com efetiva descentralização decisória, necessariamente implica posteriores desigualdades entre jurisdições e políticas implementadas; nem (b) que a centralização decisória é sempre menos efetiva no que diz respeito à adequação das políticas às distintas realidades jurisdicionais. Aqui, o grau de centralização e descentralização são sempre função da articulação entre (a) regras institucionais, (b) características particulares das políticas públicas e (c) a necessidade de intervenções específicas a partir das mesmas, em virtude das particularidades das realidades nacionais.

Existem algumas proximidades desta última perspectiva com a apresentada anteriormente. Mesmo a partir de caminhos distintos, ambas defendem que, em alguma medida, as possibilidades de redução das desigualdades nacionais na oferta de serviços

públicos passam pela centralização da autoridade decisória, no âmbito do governo central. O avanço desta terceira percepção, entretanto, está justamente no entendimento de que as interações entre os níveis de governo irão variar em função das distintas possibilidades de encaixe entre os fatores apresentados. Ou seja, tanto a descentralização da autoridade decisória (*policy decision-making*) quanto a descentralização executiva (*policy-making*) dependem das possibilidades de acomodação existentes entre os fatores mencionados (regras institucionais, características particulares das políticas públicas e necessidade das intervenções).

O ponto central é que tal debate sobre centralização e descentralização decisória se desenvolveu no âmbito da literatura especializada (seja no campo da ciência política ou da economia) que articula relações intergovernamentais e federalismo. Ou seja, os autores não estavam tratando, com raras exceções em que breves menções são feitas, de estados unitários. O que torna evidente, portanto, a julgar pelas preocupações daqueles que têm se debruçado sobre o problema, que a forma como os mecanismos institucionais internos às clássicas instituições federativas são forjados e organizados, podem tornar os estados federados com características de estados unitários, no que diz respeito à centralização decisória sobre as políticas públicas (*policy decision-making*).

A seguir veremos como os aspectos estruturais apresentados e discutidos até aqui ganham forma e estão articulados na federação brasileira. Será possível observar, entre outros pontos, que no que diz respeito às características de autonomia sobre as políticas (objeto desta seção), as instituições federativas no Brasil não estabelecem possibilidades centrífugas definitivas às subunidades governamentais. As características de descentralização no país, vista como exagerada por alguns pesquisadores, é compensada pela concentração da autoridade regulatória e legislativa no âmbito da União (Arretche, 2012).

1.5. Relações Intergovernamentais no Brasil: configuração geral

Riker (1974) sugere que em contextos onde as instituições políticas garantem demasiados poderes ao governo central e mínimas capacidades de veto às jurisdições, estas últimas acabam se tornando extensão administrativa do primeiro. Em direção similar, Machado (2012), ao identificar padrões de relações intergovernamentais no caso brasileiro, argumentou que as regras institucionalizadas do país garantem ao governo federal prerrogativas-chave para exercer (...) *“poder diferenciado na definição da agenda, desenho, monitoramento e controle [das políticas] bem como, na maioria das vezes, da capacidade de aplicar sanções aos entes desviantes”* (MACHADO, 2012: 03).

A federação brasileira apresenta características de homogeneidade linguística, étnica e cultural não presentes em vários outros países (Costa, 2003); mas, trata-se de uma realidade em que existem acentuadas disparidades na organização territorial, demográfica e, principalmente, dos aspectos econômicos, fiscais e de distribuição de renda entre os habitantes das regiões (Costa, 2003; Soares, 2012; Arretche, 2012). Em consequência, o que se instalou sob as instituições federativas brasileiras ao longo das décadas foi *“(...) uma complexa estratificação dos estados em termos de importância econômica e demográfica”* (COSTA, 2003: 77). Conforme argumenta o autor: (a) São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro formam o grupo principal; existindo ainda: (b) um grupo intermediário formado por estados da região Centro-Oeste; (c) outro grupo de estados situados na região norte, que apesar de serem dotados de grandes extensões geográficas têm pequenas populações e peso econômico reduzido; e (d) os estados nordestinos, que dispõem de pequenos territórios geográficos, são densamente povoados (o Estado da Bahia é exceção nestes dois aspectos), mas extremamente pobres. Heterogeneidade que têm reflexos também *“(...) na força política dos estados dentro da federação (...)”* (COSTA, 2003:78).

No caso dos 5.570 municípios (IBGE, 2013) existentes no país, as disparidades fiscais, políticas e técnico-administrativas são ainda mais aprofundadas, tendo em vista que além de sofrer o impacto das desigualdades regionais, tais entes possuem trajetórias históricas particulares e tempos de criação/emancipação distintos. Data de janeiro de 2013, por exemplo, a criação dos últimos cinco municípios brasileiros localizados nos estados do Pará, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina (Brasil, 2014).

A atual configuração federativa do Brasil não é, conforme mencionamos, uma estrutura forjada estritamente a partir dos anos posteriores à constituição de 1988. Trata-se de um arranjo modelado ao longo de um extenso e complexo processo, “(...) *um continuum, que saiu de um federalismo “isolado” dos primeiros anos republicanos para a centralização nos regimes autoritários, até chegar à sua atual configuração*” (SOUZA, 2001: 11). Após o chamado federalismo oligárquico (dos primeiros anos republicanos), cuja característica principal foi a substantiva autonomia política e fiscal dos estados governados por elites latifundiárias, o país passou por oscilações no que diz respeito aos aspectos de centralização e descentralização de autoridade e autonomia – em função dos regimes autoritários e liberais instalados ao longo do século XX (Costa, 2003) –, até chegar ao estágio contemporâneo que conjuga autonomia e centralização, além das características de consolidação das desigualdades regionais e, ao mesmo tempo, de esforços estatais/governamentais visando minimizá-las.

Ao longo de tal processo de constituição, instituições e práticas federativas que concentravam ou dispersavam autoridades políticas, fiscais e administrativas foram criadas, algumas passaram por mudanças substantivas nos momentos de inflexão histórica que propiciaram reformas (como na formulação da Constituição Federal de 1988); mas outras foram mantidas – como as que garantem força desproporcional ao governo federal nas relações estabelecidas junto aos estados e municípios da federação.

A trajetória das instituições federativas no Brasil, conjugada com todo o legado proveniente de um histórico com curtos períodos democráticos¹² teve como consequência, portanto, esta que é uma das mais importantes características da configuração contemporânea das relações intergovernamentais no país (Arretche, 2010; 2012). A “(...) *notável força política e fiscal da União (governo federal) em relação aos governos dos estados (...)*” (COSTA, 2003: 79) e municípios. Conforme argumenta o autor, a dinâmica das relações continua sendo fortemente centralizada nas mãos do executivo nacional; e embora os governos estaduais e municipais tenham alguma força, suas respectivas capacidades de influência dependem dos seus respectivos poderes econômicos e da representação parlamentar de que dispõem no âmbito federal (Costa, 2003). Tal característica de centralização do caso brasileiro também é vista pela literatura de forma dúbia: (i) como problema, sob a ótica de haver constrangimentos ao exercício da autoridade dos governos sobre suas próprias jurisdições; e (ii) como oportunidade à minimização dos aspectos dispares historicamente constituídos. Vejamos alguns dos achados que dão sustentação a estes distintos olhares.

Do ponto de vista fiscal, Soares (2012) e Arretche (2012), tomando os municípios como unidade de análise, demonstram existir um conjunto de regulamentações provenientes de legislação federal que implicam em constrangimentos à “(...) *adoção de políticas alternativas ou outras prioridades de gasto (...)*” (ARRETCHÉ, 2012: 160) por tais subunidades governamentais. Com a redemocratização e, mais especificamente, a partir das determinações da Constituição de 1988 teve início no Brasil um processo que culminou no aumento das receitas municipais (Soares, 2012). Tal processo passou pela transferência de competência do Imposto Sobre a Transferência de Bens Imóveis (ITBI), dos estados para os municípios; e pelo aumento das transferências constitucionais redistributivas, como aquelas

¹² Sobre tal ponto, Diniz (2001) argumenta que a trajetória ziguezagueante de constituição das instituições democráticas no Brasil influenciou, entre outros processos: (a) a consolidação de uma cultura política frágil (sobre tal assunto ver também “*Cidadania: tipos e percursos, Carvalho, J. M., 1996*”), (b) a configuração de um Executivo Nacional desproporcionalmente forte, além (c) de debilidades na constituição de mecanismos de controle, tanto internos quanto externos ao Estado.

provenientes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), composto pelos dois maiores impostos arrecadados pela União: o Imposto Sobre Renda e Proventos de Qualquer Natureza (IR) e o Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI). Contudo, tal processo de descentralização fiscal não foi acompanhado de mecanismos que garantissem a responsabilização posterior das subunidades governamentais pela utilização das receitas, o que teve como consequência a elevação dos níveis de endividamento de estados e municípios (Soares, 2012); fato que impulsionou um conjunto de mudanças restritivo-centralizadoras, por parte da União durante a década de 1990.

A primeira medida implementada pelo governo federal foi a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, que posteriormente, em 1996, foi rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, por fim, convertido na Desvinculação de Receitas da União (DRU) no ano 2000. As duas primeiras medidas implicaram, principalmente, retenção pelo governo federal de parte das transferências financeiras aos estados e municípios – ação *que* “(...) revertia uma das mais reconhecidas medidas descentralizadoras da CF 88, pois reduziu o montante de receitas tributárias que a união é obrigada a transferir (...)” (ARRETICHE, 2012: 44). Por sua vez, a DRU passou a permitir que o governo federal utilizasse 20% dos recursos provenientes de um pacote de impostos e contribuições de forma livre, ou seja, desvinculados de despesas obrigatórias definidas pela constituição (Arretche, 2012; Soares, 2012) – medida prorrogada sucessivamente no anos de 2003, 2007, 2011 e em vigor atualmente. Conforme argumenta Arretche (2012), ainda que tenha havido negociações e concessões envolvendo a união e as subunidades governamentais, é notório tratarem-se de medidas amplamente favoráveis à primeira, no que diz respeito à distribuição de autoridade sobre as políticas.

Outra medida importante do pacote centralizador iniciado na década de 1990 foi a aprovação pela União (no Governo FHC) da Lei Kandir, que desonerou exportações e

produtos da incidência do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); impactando consideravelmente as receitas dos estados e prejudicando também as receitas municipais, dado que parte da arrecadação do ICMS é repassada aos municípios. Tal lei dispôs ainda sobre as regras de devolução da quota do ICMS cabível aos municípios constituídos no âmbito de cada Estado (Arretche, 2012). Ou seja, trata-se de um fato que exemplifica a atuação legislativa da União sobre impostos estaduais e municipais, inclusive impondo perdas a estes últimos. Adiante veremos de que forma as instituições federativas relacionadas à distribuição da autoridade política no Brasil, facilitam a aprovação, por parte da União, de medidas contrárias aos interesses das subunidades governamentais, mesmo existindo uma casa legislativa (potencial ponto de veto) de representação exclusiva das jurisdições estaduais.

Ainda durante os dois mandatos presidenciais de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), outras medidas/leis em que a União regulamentou políticas e atividades estaduais e municipais foram aprovadas. Como a Lei de Concessões¹³, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)¹⁴, as regulamentações que envolveram a reforma administrativa e, por fim, o Estatuto da Cidade¹⁵. Tratado como um conjunto de medidas que podem ser articuladas, tal produção legal:

(...) envolve os regimes previdenciários de Estados e Municípios, bem como sua participação nos regimes de previdência complementar; (...) determina salários e subsídios dos cargos eleitos em todos os níveis de governo; estabelece os termos para a concessão de serviços públicos dos governos subnacionais, assim como as regras para contratações e licitações; define as regras para a criação de municípios no âmbito de cada Estado; disciplina as normas gerais para demissão de funcionários públicos, além de disciplinar as regras segundo as quais os municípios devem exercer suas competências na política de desenvolvimento urbano. Em suma (...) disciplina grande

¹³ Lei Nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995.

¹⁴ Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

¹⁵ Lei Nº 10.257, de 10 de julho de 2001.

parte das condições de execução das políticas públicas sob a competência de Estados e Municípios (ARRETCHE, 2012: 218).

A produção de mecanismos legais voltados à restrição da autonomia decisória dos estados e municípios sobre seus próprios gastos foi um dos pontos centrais da agenda governamental nos mandatos de FHC. Tanto que, além das medidas já mencionadas, ainda em seu primeiro mandato FHC conseguiu (i) aprovar a denomina Lei Camata¹⁶ – que estabeleceu um teto de 60% das receitas correntes brutas municipais para os gastos com pessoal (Soares, 2012); e (ii) criar o Fundo de Manutenção do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF)¹⁷ – que deveria ser constituído no âmbito de cada Estado com recursos estaduais e municipais (até 15% de ambos), que seriam posteriormente redistribuídos entre as redes de ensino (dos estados e municípios) a partir do número de alunos matriculados (Soares, 2012, Arretche, 2012)¹⁸.

De forma ainda mais contundente no segundo mandato de FHC, a União aprovou (a) a Emenda Constitucional Nº 29/2000, vinculando 12% das receitas municipais e 15% das receitas estaduais com gastos na área da saúde; (b) a Emenda Constitucional Nº 25/2000, que delimitou as despesas com os poderes legislativos municipais entre 3% e 8% da receita tributária e proveniente de transferências; (c) a Emenda Constitucional Nº 31/2000, que estabelece o Fundo Federal de Combate à Pobreza e obriga estados e municípios a criarem seus fundos específicos de combate à pobreza; (d) a Emenda Constitucional Nº 30/2000 que fixou prazos para o pagamento de precatórios judiciais pelos estados e municípios (Arretche, 2012); além (e) da Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁹ que inibe a capacidade de endividamento das subunidades governamentais – “(...) *todas as operações de crédito contratadas pelos*

¹⁶ Lei Complementar Nº 82, de 27 de março de 1995.

¹⁷ Emenda Constitucional Nº 14/1996.

¹⁸ Aprovado no segundo mandato do Governo Lula, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) – Lei Nº 11.494, de 20 de junho de 2007 – substituiu o FUNDEF e ampliou a expropriação das receitas dos estados e municípios para até 20%, além de estabelecer um piso para o salário dos professores estaduais e municipais.

¹⁹ Lei Complementar Nº 101 de 2000.

municípios precisam ser aprovadas previamente pelo Ministério da Fazenda (...)” (ARRETCHE, 2012:160); e (f) do estabelecimento de fundos particulares relacionados à determinadas políticas e transferências dos recursos destes fundos aos municípios, sob determinadas condicionalidades, como forma de induzir gastos municipais em políticas sociais – como o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), cujos recursos são transferidos respectivamente aos fundos municipais de saúde e de assistência social (Soares, 2012); aspecto abordado no quarto capítulo.

Este conjunto de medidas legislativas reduziu substancialmente a *“autonomia decisória dos governos estaduais e municipais sobre a alocação de suas próprias despesas”* (ARRETCHE, 2012: 47). Ou seja, é plausível o entendimento de que, a partir da década de 1990, a autoridade da União sobre estados e municípios tornou-se acentuadamente fortalecida no Brasil. Isto porque os mecanismos para a arrecadação de impostos, as escolhas na alocação dos recursos, assim como as estratégias e interesses relacionados à implementação de políticas pelas subunidades governamentais tornaram-se ainda mais constrangidos pelos limites impostos pela União – *“(...) parte expressiva das decisões de gasto dos governos locais no Brasil não é disciplinada pelo mercado ou pelos cidadãos (como preveem as teorias do federalismo fiscal), mas pela regulação federal”* (ARRETCHE. 2012: 160).

Contudo, dados sobre outra face deste processo demonstram ganhos gerais ao país com a implementação de parte destas medidas. Ou seja, em que pese o fato da autoridade tributária dos estados e municípios brasileiros serem condicionadas por regras federais que visam homogeneização e controle; a partir de tais medidas o governo federal brasileiro acaba também cumprindo um importante papel de redução das desigualdades de receita e, conseqüentemente, desigualdades na qualidade das políticas que são ofertadas à população pelas subunidades governamentais.

Conforme demonstram Arretche (2010; 2012) e Soares (2012), as receitas municipais no caso brasileiro, por exemplo, são compostas: (a) pela cobrança de impostos próprios (taxação sobre a propriedade urbana, os serviços e as transferências de propriedade); (b) por transferências constitucionais (advindas do Governo Federal, como o FPM que redistribui os montantes arrecadados em 10% para as capitais e 90% para os demais governos locais – a partir de cálculo (com fim redistributivo) que permite a realização de transferências proporcionais à população e inversamente proporcionais à receita per capita dos estados –; e também dos governos estaduais, que repassam aos municípios sob sua jurisdição 25% do arrecadado com o ICMS e 50% do arrecadado com o Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA); (c) transferências condicionadas universais, como aquelas provenientes de políticas públicas específicas como o Sistema Único de Saúde, o Sistema Único de Assistência Social e da Política de Educação; que condicionam o repasse dos recursos à execução de determinados programas e ações pelos governos subnacionais (Machado, 2012); e (d) por transferências não condicionadas ou voluntárias, que não decorrem de determinação constitucional e também não são provenientes dos sistemas de políticas públicas – são repassadas aos entes locais mais comumente a partir de convênios e contratos com contrapartida municipal (Soares, 2012).

O ponto é que, de acordo com o estudo de Arretche (2010; 2012), estas fontes combinadas diminuem a desigualdade geral entre os municípios brasileiros. As transferências constitucionais, principalmente, impactam positivamente e de forma substantiva as receitas municipais – sendo esta, inclusive, a maior fonte de receita da maioria dos municípios –; tendo ainda as transferências condicionadas proporcionado impactos positivos adicionais. De acordo com os dados da autora, caso os municípios operassem exclusivamente a partir dos recursos provenientes de seus próprios impostos, deixariam de contar com um aumento médio em suas respectivas receitas que passa de R\$100,00 (cem reais) para cerca de R1.000,00 (mil

reais) per capita; com um dado adicional importante: a maior parte destas receitas não são provenientes das transferências negociadas ou voluntárias, o que garante maior estabilidade dos repasses e, conseqüentemente, da proposta de redução das desigualdades interjurisdicionais.

Ou seja, no caso brasileiro, de fato, parece haver “(...) *um trade-off entre a redução das desigualdades territoriais e a plena autonomia dos governos locais*” (ARRETICHE, 2012: 199), cujo fator explicativo principal seriam as regulamentações e supervisões realizadas pelo governo federal. Dito de outra forma, “*na ausência das transferências, a capacidade dos municípios brasileiros para prover serviços públicos seria altamente desigual*” (ARRETICHE, 2012: 199).

Adicionalmente, importa ressaltar que o *trade-off* estabelecido não elimina por completo a autonomia das subunidades governamentais que, em geral, detêm autoridade sobre a execução das políticas (*policy-making*) e são formalmente entes federados politicamente independentes, o que lhes permitem a discordância ou não adesão às propostas federais (obviamente sob custos de diversas ordens, em algumas situações, em função do não repasse dos recursos). De todo modo, mesmo sob forte regulamentação e fiscalização federal, continuam havendo meios para que as subunidades governamentais tenham algum nível de influencia sobre a atuação da União, o que contribui para a garantia de que os aspectos diferenciais de cada jurisdição sejam considerados pelos formuladores das políticas, localizados no âmbito do governo federal (Arretche, 2012).

Passando a tratar dos aspectos políticos das instituições federativas brasileiras, cabe salientar que a aprovação do conjunto de medidas centralizadoras a partir da década de 1990, só foi possível porque ao contrário das percepções mais gerais da literatura especializada sobre o caso – de que se tratava de um país em que as instituições políticas “(...) *são uma espécie de “máquina de triturar presidente”, pois a combinação de presidencialismo, sistema*

multipartidário, indisciplina partidária e federalismo gera um excesso de pontos de veto no processo decisório (...)” (RIKER *apud* ARRETICHE, 2001: 27) – as instituições políticas pós 1988 no Brasil, na verdade, apresentam características que garantem à União, amplo poder legislativo sobre assuntos relacionados aos governos subnacionais, conjugado com reduzidas possibilidades de veto por parte destes últimos. Isto porque a constituição de 1988 não estabelece distinção processual para a aprovação de medidas (por parte da União) que afetem os interesses das subunidades governamentais; e ainda, dada a característica de nacionalização partidária, a casa representativa das subunidades apresenta configuração e dinâmica centralmente partidária e não jurisdicional. Não há, por exemplo, mecanismos que determinem a composição de amplas maiorias quando o que está em jogo são matérias legislativas que envolvem o *status quo* federativo – inclusive decisões referentes aos impostos estaduais e municipais –; tais leis são aprovadas de forma ordinária (Arretche, 2012).

Também as emendas constitucionais com tal finalidade seguem o mesmo processo decisório das emendas que dispõem sobre outras matérias. E, como dissemos, não há garantias de exercício do veto pelo senado federal, dado que a fidelidade e disciplina dos partidos é superior ao alinhamento político dos representantes em relação às suas respectivas jurisdições. Ou seja, os representantes de uma mesma subunidade governamental acabam divididos pelo aspecto político-partidário. O jogo político não é entre o governo federal e os governos subnacionais e sim entre partidos nacionais, o que diminui fortemente as possibilidades de veto jurisdicional.

Tal configuração traz consequências significativas também para as relações verticais entre os níveis governamentais no que diz respeito à gestão compartilhada das políticas públicas (Arretche, 2010; 2012). Conforme demonstrou a autora, o artigo 21 da Constituição Federal de 1988 determina 25 áreas de competência da União – o que autoriza o governo federal a legislar sobre as mesmas, mesmo que suas respectivas implementações sejam

realizadas pelos outros níveis de governos – entre elas estão campos de intervenção governamental estratégicos como: comunicação, infraestrutura, desenvolvimento urbano, energia, transporte (Arretche, 2009; 2012), além da elaboração e execução de “(...) *planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social* (...)” (ARRETCHÉ, 2012: 62). Em seu artigo 22, a constituição estabelece ainda que as áreas do direito, águas, telecomunicações, radiodifusão, emprego, polícia militar, seguridade social, diretrizes da educação e normas para licitação e contratação são todas de competência privativa da união, mesmo sendo algumas também executadas por estados e municípios (Arretche, 2012).

Portanto, em que pese o fato de ter havido, a partir da constituição de 1988, descentralização de competências às subunidades governamentais para a execução de políticas (Arretche, 2000; 2003; 2004 e 2010), existem dispositivos constitucionais que autorizam o governo federal a legislar sobre as mesmas; arranjo que (entre outros fatores) contribui com a caracterização das subunidades governamentais (em vários campos de atuação) como *agents* na relação com a União.

Ou seja, o fato das instituições políticas garantirem força demasiada ao governo central na relação com as subunidades governamentais, já a partir da constituição de 1988, associado à existência, por exemplo, de mecanismos de controle como as transferências condicionadas vinculadas à execução de políticas sociais (Machado, 2012), resvala de forma substantiva na gestão intergovernamental das políticas. Em geral os governos subnacionais acabam cumprindo o papel de *policy-making* (autoridade apenas sobre a execução), ficando as atribuições decisórias principais sobre as políticas (*policy decision-making*) a cargo do governo federal. Ainda assim, conforme mencionamos, a autoridade sobre a execução garante às subunidades governamentais o exercício de algum grau de influência sobre as decisões

relacionadas às políticas, o que torna as diferenciações e/ou as necessárias variedades de implementação algo factível (Arretche, 2010; 2012).²⁰

Com este capítulo tivemos o objetivo de discutir os aspectos mencionados pela literatura como fatores constituintes e explicativos das relações intergovernamentais; e explicitar o recorte que realizamos para a abordagem de tal problemática no desenvolvimento da tese. Além disso, importa frisar que esta última seção do capítulo é fundamental, por consistir na aplicação dos aspectos recortados (adotados para a análise), às características macroestruturais das relações intergovernamentais que se desenvolvem no âmbito federalismo brasileiro.

Os elementos explicitados neste capítulo são essenciais principalmente às análises realizadas no quarto e quinto capítulos, em que tratamos, respectivamente, da configuração institucional das políticas nacionais de saúde e assistência social, com foco nos aspectos das relações intergovernamentais; e dos padrões identificados na produção das decisões

²⁰ Tendo apresentado o atual *mainstream* analítico sobre os problemas relacionados às instituições federativas e as relações intergovernamentais no Brasil, não podemos nos furtar de fazer menção ao fato de que, em seu clássico livro – proveniente de sua pesquisa e tese de doutorado – e em artigos que abordaram especificamente os problemas de coordenação e autonomia no âmbito das políticas sociais no Brasil, Arretche (2000; 2003 e 2004) ao tratar dos principais dilemas do federalismo brasileiro operou com as seguintes características: (a) o problema do sistema tributário e fiscal do país, que além de gerar desigualdades regionais, reduz a capacidade de coordenação das políticas por parte do governo federal – em função da autonomia fiscal que é concedida aos governos estaduais e municipais; (b) e o elevado grau de descentralização política, que ao tornar os entes federados autônomos em relação aos processos eleitorais para ocupação de seus respectivos cargos executivos e legislativos e também daqueles relacionados à representação destas unidades junto à união, aumentam em larga medida o custo das implementações coordenadas de políticas com objetivos nacionais. Para autora, assim como para Souza (2001) e Abrucio (2005), a nova correlação de forças políticas no país teria como marcas centrais a difusão e fragmentação do poder – tidas como as principais características do sistema político brasileiro, que afetam diretamente a dinâmica de funcionamento das relações entre as subunidades governamentais. Os dois fatores associados, fiscal e político, permitiriam aos governos subnacionais, entre outras coisas, a adoção de agendas próprias independentes daquela que almeja e implementa o Governo Executivo Federal. Ou seja, assim como informa Marques (2012) na contracapa do trabalho de Arretche (2012), de que se trata de uma produção que “navega contra a corrente”, entendemos ter sido feito um extenso e precioso trabalho de reorganização metodológica e conceitual que permitiu à autora apresentar achados contrários inclusive a muitas de suas proposições anteriores. O que demonstra inquietude e constante investigação do problema. Parece estar mantida a percepção, ainda que a partir de outros enquadramentos, de que o federalismo brasileiro atualmente mantém: (a) variados centros de poder e um sistema complexo de dependência política e financeira entre esferas de governo; (b) estratégias e capacidades administrativas distintas na provisão de serviços públicos; em função (c) da grande disparidade entre regiões, estados e municípios (Souza, 2001; Arretche, 2000). E ainda, que tais fatores afetam sobremaneira os processos de descentralização das políticas nacionais, causando variações em suas implementações entre regiões, estados, municípios e entre as próprias áreas de políticas públicas (Arretche, 2000).

intergovernamentais no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite (CITs) das duas políticas. Antes, de forma a complementar os argumentos teórico-analíticos de referência da tese, apresentamos no próximo capítulo os pressupostos teóricos do institucionalismo históricos, perspectiva utilizada no processo de reconstituição analítica dos subsistemas das políticas de saúde e assistência social, no terceiro capítulo.

CAPÍTULO 2 – O institucionalismo histórico²¹ aplicado à reconstrução analítica dos subsistemas de políticas públicas

Visando complementar os aportes teórico-conceituais que dão base aos trabalhos descritivo-analíticos posteriores, a elaboração conceitual deste capítulo discute: (i) os pressupostos básicos da perspectiva teórica do institucionalismo histórico, abordagem bastante difundida entre os pesquisadores do campo das políticas públicas; e (ii) as características constituintes do já mencionado conceito de subsistema de políticas públicas, retirado do modelo analítico “*Advocacy Coalition*” de Sabatier e Jenkins-Smith (1999). Este capítulo é parte fundamental dos argumentos teórico-analíticos da tese; dado que a produção subsequente, de reconstituição das características dos subsistemas das políticas de saúde e assistência social, é desenvolvida com base nos argumentos apresentados aqui; e também, por termos assumido que as características forjadas ao longo da trajetória de constituição dos subsistemas são fatores explicativos dos padrões das decisões intergovernamentais no âmbito das CITs.

O capítulo está estruturado da seguinte maneira: inicialmente, de forma ilustrativo-introdutória, apresentamos a partir de Pierson (2004) uma primeira imagem/definição do conceito de *positive feedback* (caro à abordagem teórica do institucionalismo histórico) e suas principais características que implicam, na verdade, pressupostos a serem assumidos pelos pesquisadores que o adotam como argumento explicativo (2.1. *Positive Feedback e a trajetória dos processos políticos*). Posteriormente, apresentamos sinteticamente a ideia de subsistema de políticas públicas elaborada por Sabatier e Jenkins-Smith (1999) e suas

²¹ Entendemos que a utilização do prefixo “*neo*” ao tratar do institucionalismo histórico se justificava no contexto de surgimento de tal perspectiva durante os anos 1980. Passados aproximadamente 30 anos, a consolidação da abordagem torna pertinente mencioná-la sem o prefixo que caracterizava a emergência de uma *nova* vertente de compreensão dos fenômenos políticos e sociais. Atualmente, o institucionalismo histórico é amplamente difundido e utilizado como referencial teórico por pesquisadores em inúmeros trabalhos acadêmicos; figurando no bojo das mais respeitadas referências conceituais sobre a realidade. Por isso, faremos menção ao mesmo tão somente como: institucionalismo histórico.

dimensões constitutivas a serem observadas nas políticas de saúde e assistência social no quarto capítulo (2.2. *Subsistema de políticas públicas: definição e dimensões constitutivas*).

Como trabalhamos com a hipótese de haver implicações da natureza das políticas e das especificidades dos seus respectivos subsistemas sobre as dinâmicas de produção das decisões intergovernamentais; e assumimos que os subsistemas são forjados por trajetórias históricas particulares, voltamos em seguida aos aspectos/conceitos relacionados à abordagem institucionalista histórica, no intuito aprofundar a compreensão sobre a mesma e explicitar a forma como a utilizamos na análise dos subsistemas (2.3. *Institucionalismo histórico: policy feedback, efeito lock-in e efeitos de aprendizagem*). O objetivo é dar suporte à elaboração do argumento de que os fatores que compõem os subsistemas de política pública (instituições, atores, interesses e sistemas de crença ou ideias) têm processos históricos de formação e legados peculiares, que impactam o desenvolvimento das políticas e, conseqüentemente, as relações intergovernamentais em seus respectivos âmbitos.

2.1. Positive Feedback e a constituição dos processos políticos

Valemo-nos da metáfora, apresentada por Pierson (2004), do recipiente com duas bolas coloridas, para introduzir a discussão relacionada à dependência, em termos de estruturação e dinâmica de funcionamento, que as organizações e os processos políticos observados na atualidade têm de suas próprias trajetórias de constituição. Utilizando-se de um modelo matemático conhecido como “*Polya urn process*”, articulado com alguns pressupostos apresentados por Arthur (1994) sobre os processos que implicam retornos crescentes e dependência de trajetória, Pierson (2004) introduz o seguinte exercício reflexivo: primeiramente, solicita ao leitor *imaginar um recipiente contendo duas bolas, uma da cor preta e outra vermelha*; posteriormente, o autor explicita um processo a ser desenvolvido com

tais objetos: *sem ver as cores, deverá ser retirada uma bola do recipiente que, em seguida, deverá ser devolvida ao mesmo junto com outra bola da mesma cor.* O autor então indaga: *o que podemos pensar sobre a distribuição das bolas coloridas dentro do recipiente, depois de realizar tal processo uma centena de vezes?*

Sua resposta é a seguinte: o que acontece nos primeiros movimentos, cujos resultados são consideravelmente aleatórios, tem um poderoso efeito sobre os possíveis resultados posteriores de distribuição das cores dentro do recipiente (Pierson, 2004). De fato é possível pensar que a primeira bola sorteada aumenta de 50% para 66,7% as chances de que sua cor seja novamente retirada do recipiente em uma segunda tentativa. Sendo retirada novamente em seguida, as chances para a mesma cor sair do recipiente em uma terceira jogada aumentariam para 75%. Ou seja, estamos tratando de uma situação em que uma ação inicialmente de consequência aleatória (cujas chances de ocorrência de dois fatos distintos são idênticas) é conduzida para um resultado particular, em função da existência de uma regra que modifica as probabilidades a partir da sequência dos resultados prévios.

Este seria, de forma simplificada, um processo com características de *positive feedback* ou retornos crescentes; cujos passos ao longo de uma trajetória particular produzem consequências que aumentam a probabilidade da mesma trajetória ser mantida durante os passos posteriores. Em outras palavras, as ações prévias produzem um ciclo de atividades que se auto reforçam (Pierson, 2004). Ancorado em Arthur (1994), Pierson (2004) argumenta que, sob a perspectiva institucionalista histórica, os processos de *positive feedback* em geral e, principalmente, aqueles relativos à realidade sócio-política (conforme veremos, muito mais complexa do que consegue elucidar o exemplo do recipiente com bolas de duas cores, tendo em vista tratar-se de situações em que resultados particulares podem ser consequência de trajetórias múltiplas) têm as seguintes características: *imprevisibilidade*: em função da aleatoriedade e dos amplos efeitos dos eventos iniciais, não é possível dizer nos momentos

próximos às suas respectivas ocorrências, quais resultados serão produzidos nos estágios avançados do processo; *inflexibilidade*: quanto mais enraizado o processo estiver em uma determinada trajetória, maiores serão as dificuldades de mudança para outras direções. Ou seja, o uso prévio de certas ideias, tecnologias e técnicas podem tornar as possibilidades de solução “*lock in*” (fechadas em si mesmas). Assim, as alterações tenderão a ser apenas de natureza incremental e/ou na mesma direção instaurada; mas isso só é possível de ser observado a partir de investigações posteriores ao desenvolvimento do processo;²² *não há ergodicidade*: não é possível prever os próximos passos da trajetória de forma probabilística, dado que sempre haverá eventos menores (ou externos) de difícil controle, que também terão impacto sobre as decisões futuras; *trajetória potencialmente insuficiente*: ao analisar períodos extensos de tempo, pode-se concluir que os recursos e práticas não foram adequadamente operados (ou não eram as melhores escolhas) para viabilizar toda a maximização de ganhos possível.

Ou seja, os atores interagem dentro de ambiências e dinâmicas relacionais disponíveis em períodos ou momentos históricos particulares; a possibilidade de cálculo das ações está condicionada às construções anteriores a tais interações e à dinâmica relacional possível nos momentos em que as decisões foram tomadas, não sendo possível haver controle pragmático sobre os resultados futuros das escolhas realizadas. Além do aspecto fundamental de que *a sequência dos fatos é um fator crítico para a constituição das trajetórias*: diferentes sequências em geral produzem diferentes resultados. Ou seja, trata-se de processos em que as particularidades do encadeamento histórico dos fatos importam.

De forma resumida, a adoção de tal conceito implica assumir que para a compreensão suficiente dos processos políticos e sociais, os pesquisadores devem atentar-se: (i) À existência de conjuntos particulares de fatos constituintes que acontecem ao longo do tempo,

²² O efeito *lock-in* é discutido em maiores detalhes na terceira seção do capítulo.

cuja sequência dos momentos críticos é fundamental do ponto vista explicativo. “(...) *we need think about causes and effects that are often separated in time, rather than focusing exclusively on synchronic explanations* (PIERSON, 2004: 20). Dito de outra forma, o tempo em que os fatos ocorrem é fator explicativo dos processos políticos, tendo em vista que momentos históricos específicos podem apresentar conjunturas e possibilidades mais ou menos favoráveis a adoção de determinadas propostas ou alternativas; e complementarmente, salienta-se que os acontecimentos prévios destes processos podem guiar as trajetórias, exercendo forte influência sobre as decisões futuras (o que vem antes ou depois é algo que precisa ser cuidadosamente observado). Ou seja, “(...) *it is not just a question of what happens, but of when it happens. Issues of temporality are at the heart of the analysis*” (PIERSON, 2004: 19); (ii) Aos eventos costumeiramente percebidos como de menor importância (ou contingenciais), dado que as origens das grandes estruturas e instituições podem ser os acontecimentos de pouca expressão e não aqueles de magnitude similar à grande estruturação constituída que está sob investigação; (iii) À perspectiva de que o curso de ação iniciado em um dado processo político torna-se em si mesmo elemento constrangedor das mudanças que implicam alteração da trajetória estabelecida; (iv) Além da existência de momentos históricos críticos que possibilitam inflexões nas trajetórias e mudanças mais rápidas e aprofundadas. Este último fator é extremamente importante, dado que retira (ou minimiza) a característica determinística que pode transparecer ao leitor em um exame descuidado do conceito de *positive feedback* e da perspectiva institucionalista histórica, que comunga de tais percepções sobre a realidade.

Visando definir de forma mais contundente a abordagem institucionalista histórica e o uso que fazemos dos seus pressupostos no desenvolvimento da tese, na terceira seção do capítulo abordamos de maneira detida: o que a literatura nos diz sobre o uso da história nas pesquisas desenvolvidas no âmbito das Ciências Sociais e da Ciência Política; a definição

precisa do conceito de “instituição” na perspectiva do institucionalismo histórico; além de outros conceitos, ancorados sob tal abordagem teórica, que também são caros aos nossos propósitos analíticos: *policy feedback*, efeito *lock-in* e efeitos de aprendizagem. Entretanto, dado que utilizamos os pressupostos do institucionalismo histórico para a reconstrução analítica dos subsistemas das políticas de saúde e assistência social; vejamos antes, rapidamente, a partir de Sabatier e Jenkins-Smith (1999), o que são “subsistemas de política pública”.

2.2. Subsistemas de políticas públicas: o conceito e seus fatores constitutivos

Discutindo com (i) os chamados modelos ou teorias lineares dos processos relacionados à produção das políticas públicas, que no geral elaboraram postulações pautadas em estágios ou etapas discretos e sequenciais para explicar a forma como as políticas são produzidas e alteradas (ver, por exemplo, Lasswell, 1936); e também (ii) com as perspectivas teóricas de cunho mais abstrato, como aquelas ancoradas no difundido modelo “*garbage Can*”, que dão importância analítica central às ideias; mas, apresentam estruturas conceituais e argumentativas fluidas²³ (Cohen, March e Olsen, 1972; Kingdon, 1995; 2003); Sabatier e Jenkins-Smith (1999) organizaram uma ferramenta analítica batizada de *Advocacy Coalition Framework*. Tal ferramenta também assume a existência da relação *polity-politics-policy*, operando com regras institucionais, atores interessados e ideias, mas dentro de uma estrutura de organização positiva (pragmática), de forma a dar conta da complexidade dos processos que envolvem as políticas públicas e também da necessidade de elaboração de hipóteses

²³ A complexidade dos processos organizacionais e políticos é um dos argumentos dos autores que adotam a perspectiva “*garbage can*” para justificar estas características de fluidez. Ou seja, a realidade é fluida, logo, os modelos analíticos deverão contemplar tal característica.

passíveis de testes empíricos, características que tais autores entendem como não presentes de forma articulada nas outras propostas mencionadas.

Para Sabatier e Jenkins-Smith (1999), há certa polarização destas características: de um lado a irrealista perspectiva sequencial das teorias lineares (demasiadamente pragmáticas), que trata o processo de produção das políticas públicas de forma quase automatizada; e do outro, os pressupostos de complexidade e fluidez dos processos políticos e, conseqüentemente, a organização de modelos falhos para a tarefa de identificação consistente das relações causais existentes (Sabatier e Jenkins-Smith, 1999). A intenção dos autores foi, portanto, a elaboração de um modelo analítico que congregasse as características pragmáticas da ciência positiva e os aspectos de natureza política, relacional e subjetiva.

Apesar desta breve introdução sobre o modelo, não nos ateremos de forma pormenorizada aos aspectos e dinâmicas relacionadas à aplicação do “*Advocacy Coalition Framework*” como um todo, que tem como um de seus objetivos centrais, explicar mudanças de políticas públicas a partir do conflito entre coalizões com sistemas de crença distintos. A intenção é tratar (e se apropriar) de apenas um dos seus conceitos centrais, que utilizamos na perspectiva analítica que construímos para o desenvolvimento da tese, a saber: a ideia de subsistema de políticas públicas.²⁴ Entre outras premissas que sustentam o modelo *Advocacy Coalition*, Sabatier e Jenkins-Smith (1999) entendem que as unidades de análise das perspectivas teóricas e modelos analíticos voltados à compreensão dos processos relacionados às políticas públicas, não devem ser concebidas como estruturas ou campos estáticos de atuação governamental; e sim como um dinâmico subsistema de política pública: *conceito que denota a existência, em cada setor de atuação estatal, de um conjunto particular de regras interativo-decisórias, sob as quais, atores adeptos de sistemas de crença ou ideias*

²⁴ Para maiores informações sobre o modelo “*Advocacy Coalition Framework*” ver: SABATIER, P. JENKINS-SMITH, H. The Advocacy Coalition Framework an assessment. In. SABATIER, P. Theories of the policy process. University of California, 1999.

particulares (estrategicamente interessados e/ou atingidos pelo problema que é objeto da intervenção) desenvolvem suas interações e escolhas. É a este conjunto de dimensões (regras institucionais, atores e sistemas de crença ou ideias) inter-relacionadas que os autores dão o nome de “subsistema de política pública”.

Visando dar clareza ao conceito, Sabatier e Jenkins-Smith (1999) elaboram as seguintes postulações: em primeiro lugar, os atores se organizam no interior dos subsistemas a partir de suas respectivas crenças ou ideias, formando os grupos que inspiraram o nome do modelo analítico: as coalizões que defendem determinados valores, prioridades e percepções relacionados à definição do objeto e às alternativas mais adequadas para que o Estado intervenha sobre ele.²⁵

Em segundo lugar, é a partir das relações políticas entre tais coalizões, que atuam sob um conjunto particular de regras, que as decisões no âmbito das políticas públicas acontecem. As coalizões em geral são formadas por atores dos distintos níveis de governo, dos diferentes poderes institucionais constituídos, por comunidades epistêmicas, atores com interesses privados, além do público atendido pela política pública. Elas dispõem de recursos políticos e estratégias de atuação particulares; como exemplos destes recursos podemos mencionar: o suporte da opinião pública; informações qualificadas, por pesquisas acadêmicas ou pelos dados de intervenções já realizadas, que reforçam a importância das alternativas defendidas; a capacidade de mobilização de parte do público atingido pela política; o financiamento de estudos e campanhas midiáticas, entre outros (Sabatier e Weible, 2007).

²⁵ Os autores estruturam conceitualmente os sistemas de crença em três níveis hierárquicos: o primeiro, denominado *deep core* das crenças compartilhadas, inclui os elementos normativos e pautados em ideologias mais amplas; como, por exemplo, as posições dos atores sobre “liberdade individual versus igualdade social”, além de suas respectivas compreensões sobre esquerda e direita no jogo político. O segundo nível é classificado como *policy core beliefs* e inclui as crenças sobre valores e prioridades relacionados à política pública; as percepções de causa e efeito mais gerais que a envolvem; e os instrumentos/ações mais adequados para intervenção. Por fim, o nível dos *secondary aspects*, que compreende (i) as percepções sobre a plausibilidade das relações de causa e efeito estabelecidas, quando aplicadas a contextos regionais e locais específicos; além (ii) da compreensão de quais seriam os desenhos institucionais e as estratégias de implementação mais pertinentes.

Estes recursos políticos são utilizados em distintas estratégias que visam constituir o que Baumgartner e Jones (1999) denominaram *Policy Monopoly*: a construção e aplicação no setor de uma única compreensão ou imagem sobre a política pública (envolvendo: relações causais, organização estrutural e alternativa de intervenção).²⁶ Contudo, como se trata de um processo negociado, geralmente o que a coalizão vencedora consegue é fazer com que suas crenças sejam contempladas em maior proporção, mas quase nunca de forma total, dado que ajustes e acomodações de outros interesses e percepções são feitos ao longo do processo.

Em terceiro lugar, salienta-se que os resultados e impactos das políticas produzidas a partir das negociações e disputas entre coalizões, têm efeito retroalimentador, impactando (podendo modificar ou ratificar) as crenças sobre a política pública e a disponibilidade dos recursos políticos a serem utilizados pelas coalizões nas negociações futuras.

Obviamente, os subsistemas de política pública não são ilhas decisórias sem relação com a macroestrutura e com as conjunturas externas. Fatores não restritos aos seus respectivos domínios podem dificultar ou incentivar as atuações e estratégias dos atores. Sabatier e Jenkis-Smith (1999) organizam estes fatores em dois conjuntos: um *com características relativamente estáveis*, composto pela estrutura constitucional, pelos valores socioculturais do tecido social e pela distribuição institucional dos recursos no sistema político; e o outro *formado por elementos mais prováveis de sofrerem alterações* no curso de uma década ou mais, como o sistema socioeconômico, as coalizões governamentais e as decisões tomadas em outros subsistemas centrais à atuação governamental como um todo, como alterações nas políticas tributária e econômica.

Entendemos que a adoção do conceito de subsistema de política pública nos auxilia na análise das relações intergovernamentais no âmbito das políticas de saúde e assistência social, tendo em vista que o mesmo propicia uma organização dos elementos que constituem a

²⁶ Ver: BAUMGARTNER, F. JONES, B. Punctuated Equilibrium Theory: explaining stability and change in American Policymaking. In. In. SABATIER, P. Theories of the policy process. University of California, 1999.

estrutura interna de cada setor de política. Ou seja, estamos assumindo que os setores pesquisados são subsistemas de política pública ou *conjuntos particulares de regras institucionais interativo-decisórias, sob as quais, atores adeptos de sistemas de crença ou ideias particulares desenvolvem suas interações e escolhas*. Entretanto, acrescentamos ao nosso modelo analítico a perspectiva de que os distintos subsistemas têm suas dinâmicas interativas forjadas pela trajetória histórica de constituição dos seus respectivos atores, crenças, regras decisórias e coalizões.

Dito de outra forma, para utilizar os subsistemas das políticas de saúde e assistência social como fatores explicativos das relações intergovernamentais verticais, o primeiro passo é compreender suas respectivas trajetórias de formação. O conceito *de positive feedback* e suas premissas gerais, apresentados na primeira seção do capítulo, nos dá o esboço da compreensão teórica de que o tempo em que os fatos acontecem e a sequência dos mesmos importam para a compreensão dos processos políticos (como a formação de um dado subsistema de política pública e sua dinâmica interativo-decisória). Mas, visando dar maior profundidade a tal perspectiva e explicar de maneira precisa a forma como ela é aplicada à reconstrução dos subsistemas, retomamos em seguida a perspectiva institucionalista histórica e outros dos seus conceitos internos.

2.3. Institucionalismo histórico: *policy feedback*, efeito *lock-in* e efeitos de aprendizagem

Conforme argumentou Pierson (2004), o campo das Ciências Sociais e da Ciência Política contemporâneas comumente utilizam-se da história apenas como fonte de dados empíricos e/ou recurso que serve à exemplificação de modelos analíticos abstratos; negligenciando-a como fator explicativo central dos processos políticos. Ou seja, “(...) *the adoption of a historical orientation has generally failed to exploit its greatest potencial*

contribution to the more systematic understanding of social processes” (PIERSON, 2004: 04).

O autor menciona três formas em que a história é operacionalizada de maneira subutilizada nas pesquisas no âmbito das Ciências Sociais e da Ciência Política. A primeira, originária do campo de estudos sobre o desenvolvimento da política norte-americana, é classificada “*a história como estudo do passado*”. Os pesquisadores adeptos deste tipo de operacionalização estudam, por exemplo, eventos ou processos particulares da história política dos países, visando ampliar e acumular conhecimento sobre suas características. O argumento é de que discutir um determinado processo ou evento ocorrido nos anos 1920, por exemplo, tem claras implicações à compreensão de sua configuração e/ou desdobramentos na atualidade. O que é fato, mas não há preocupação destes estudos, por exemplo, em promover ligações entre uma produção e outra (o que tem consistido em um ponto de crítica), em geral assume-se que as principais contribuições acadêmicas estão na riqueza das particularidades observadas sobre os fatos que se forjam de forma única.

A segunda operacionalização utiliza a “*história como fonte de material ilustrativo*” para embasar modelos analíticos formais e/ou justificar a inclusão de alguns dos seus fatores explicativos constituintes. Em tal perspectiva, o processo de retroceder no tempo visa apenas angariar imagens exemplificadoras não disponíveis no presente. E o terceiro uso é bastante próximo deste segundo, por utilizar a “*história como fonte de dados para geração de novos estudos de caso*”. O pressuposto é que o exercício de retornar aos eventos e processos chave de alguns períodos históricos, como o desenvolvimento industrial e o advento da modernidade, possibilitam a elaboração de novas problematizações e projetos de pesquisa (por vezes comparada) sobre fenômenos que ocorrem no presente (como o tipo de organização dos trabalhadores contemporâneos, para fazer *jus* ao exemplo do processo de industrialização mencionado).

Embora haja alguma plausibilidade do uso da histórica a partir destas finalidades, a crítica central de Pierson (2004) está ancorada no entendimento de que a conexão mais produtiva entre história e processos sociais não é aquela de cunho empirista, como operacionalizam os adeptos do primeiro tipo citado; e nem de ordem metodológica, como fazem os pesquisadores da segunda e da terceira perspectiva; mas sim, de natureza teórica. Ou seja, a história deve ser operacionalizada pelas pesquisas no âmbito das Ciências Sociais e da Ciência Política porque os processos relacionados à vida social (e política) se forjam ao longo do tempo. “(...) *Without a deep understanding of time, you will be lousy political scientists, because time is the dimension in which ideas and institutions and beliefs evolve*” (NORTH *apud* PIERSON, 2004: 01). É ancorado nesta crítica que o institucionalismo histórico se desenvolve. “(...) *los institucionalistas históricos se toman la historia muy seriamente, como algo que es mucho más que eventos situados en el pasado. (...) no simplemente mirar el pasado, sino analizar un proceso a través del tiempo* (PIERSON; SKOCPOL, 2008: 12).

Em diálogo com premissas e achados de outras perspectivas que tomam as instituições como fator explicativo dos processos sociais e políticos, o institucionalismo histórico postula, como seu diferencial teórico-analítico, a compreensão dos fenômenos como processos em movimento; ou seja, que para serem corretamente interpretados precisam ser situados nos distintos momentos/períodos históricos (incluindo o presente) em longas sequências temporais de eventos e processos. *Placing politics in time can greatly enrich our understanding of complex social dynamics* (PIERSON, 2004: 02). Um mesmo fato ou evento analisado a partir de “fotografias sociais”, que geralmente superestimam os processos observados no presente, quando localizado no tempo pode passar a ser compreendido de forma distinta (como algo inacabado ou desdobramento de outros eventos).

Os trabalhos realizados a partir do conhecido institucionalismo que se sustenta nas premissas da teoria da escolha racional (Arrow, 1963; Hall e Taylor, 2003), por exemplo, (i)

elaboram modelos formais que estabelecem previamente os interesses e preferências de atores racionais nos processos políticos; e (ii) calculam as probabilidades de suas respectivas ações a partir de momentos “fotografados” do tempo, sem haver preocupação sistemática com a sequência e a localização histórica de tais aspectos. Embora Bates (1998) argumente que a perspectiva da escolha racional está alinhada ao entendimento de que os aspectos temporais são importantes para a explicação dos processos políticos, observa-se a partir das reflexões de Pierson (2004; 2006) e Pierson e Skocpol (2008), que as características temporais contempladas por tal campo teórico são de escopo limitado, bastante distintas daquelas operacionalizadas pela perspectiva do institucionalismo histórico. Embora haja percepção de que as regras institucionais determinam a sequência dos procedimentos e impactam os resultados, o olhar sobre tais fatores é restrito às regras institucionais em um determinado período do tempo e à sequência das ações desenvolvidas pelos atores que interagem naquele contexto (em que o jogo é jogado).

A análise sistemática dos mesmos processos a partir do entendimento teórico do institucionalismo histórico, *de que a história deve ser operacionalizada de forma sistemática porque os processos sociais e políticos se forjam ao longo do tempo*, não apenas permite uma compreensão mais aprofundada do objeto entorno do qual as disputas políticas se desenvolvem, como garante maior segurança para estabelecer (hipoteticamente) os interesses e preferências dos atores no jogo político; dado que estes últimos também são elementos constituídos ao longo do tempo e de maneira consideravelmente complexa (Pierson, 2004; 2006; Pierson e Skocpol, 2008); complexidade ligada ao fato de que as estruturas e fenômenos sociais são resultado de múltiplas trajetórias históricas e sequências factuais inter-relacionadas, não se tratando (geralmente) de construções forjadas por trajetórias históricas únicas e lineares (Streeck e Thelen, 2005): “(...) *“Time” serves as the dimension that links together quite separate social processes in highly consequential ways* (PIERSON, 2004: 55).

Dito de outra forma, os esforços para explicar resultados ou padrões de desenvolvimento institucional particulares, geralmente envolvem o estudo de múltiplas e inter-relacionadas trajetórias que se tornam conectadas ao longo do tempo (Pierson, 2004; Pierson e Skocpol, 2008). A configuração institucional da política de saúde no Brasil (cujas características são apresentadas em detalhes no próximo capítulo) é um exemplo notável de como a trajetória e constituição de um dado campo de atuação estatal pode influenciar as escolhas estabelecidas no processo de desenvolvimento de outros. Conforme já mencionamos, o campo da política de assistência social é um dos domínios cujo desenho institucional foi influenciado pela configuração estabelecida previamente na política de saúde.

Além dos efeitos provocados pela difusão (Shipan e Volden, 2006) e/ou interconexão de características e ideias forjadas em outros setores e contextos, o institucionalismo histórico prevê a existência de conjunturas que criam o que Kingdon (2003) denominou *policy window*, que são momentos históricos em que mudanças de natureza mais contundentes dos rumos dos subsistemas de política pública se tornam mais prováveis de serem formalizadas.²⁷ Portanto, a abordagem assume também a possibilidade de haver inflexões históricas em caminhos distintos do forjado e auto reforçado pela trajetória em curso. O que não se trata de um ponto de incoerência; mas, ao contrário, o que deve ficar claro é que não se trata de uma perspectiva de cunho determinístico, como as características do conceito de *positive feedback* descritas na primeira seção do capítulo pretenderam elucidar.

A perspectiva institucionalista histórica entende que mudanças podem ocorrer e que novos processos (ainda que com inovações parciais²⁸) podem ser iniciados; em primeiro lugar,

²⁷ O conceito de *policy window* (Kingdon, 2003) denota momentos históricos de duração limitada em que a configuração política torna os atores e o Estado mais propensos à recepção de novas compreensões sobre antigos problemas (e à inclusão de problemas novos) e alternativas para enfrenta-los. No caso brasileiro, um dos momentos utilizados como exemplo de *policy window* é o processo de redemocratização e a assembleia constituinte que culminou nas determinações da Constituição de 1988.

²⁸ Conforme argumenta Menicucci (2007), ancorada em North (1990), “(...) mudanças descontínuas nunca o são completamente, em razão dos estrangimentos informais nas sociedades, que limitam a possibilidade de

em função das características da macro conjuntura política, que podem passar a dar visibilidade e maior influência aos atores interessados na mudança. Dito de outra forma, “(...) *ao mesmo tempo que as instituições filtram a política, seu impacto é mediado pelo contexto político*” (MENICUCCI, 2007: 37); e, em segundo lugar, por haver características de sustentação das políticas que podem passar por crises e ocasionar o processo que Baumgartner e Jones (1999) denominaram “esgotamento da imagem que sustenta a política pública” (*policy image*). “*Diferente dos períodos de estabilidade, quando as escolhas são limitadas, nos momentos de crise há maior liberdade de ação (...) a crise engendra debates políticos e torna mais evidentes as divergências prescritivas entre diferentes atores*” (MENICUCCI, 2007: 38).

Além disso, as questões relacionadas à sequência são significativas mesmo sem o entendimento de que trajetórias particulares necessariamente constroem por completo qualquer tipo de mudança fora da rota estabelecida. “(...) *events in a sequence influence outcomes and trajectories, but not necessarily by inducing continuous movement in the same direction*” (PIERSON, 2004: 68). É fato, contudo, que a trajetória torna as mudanças em outras direções mais custosas aos atores mudancistas e menos prováveis de ocorrer (Pierson, 2004).

Em suma, para o institucionalismo histórico, compreender os processos políticos do presente implica necessariamente regressar ao passado e localizar no tempo os fatos que os constituíram e verificar sob quais conjunturas os mesmos foram produzidos. Só assim é possível remontar a sequência causal que deu origem ao objeto estudado e compreendê-lo de forma aprofundada. Isto porque a trajetória é resultado das possibilidades de desdobramentos dos eventos (continuidade ou mudança) propiciadas pelos distintos períodos no tempo. É preciso estar atento ao fato de que os caminhos que geram os resultados observados podem

ruptura institucional (...) mesmo quando há mudança, instituições nunca são construídas do nada, o mais comum é que sejam reconstruídas com base em elementos anteriores” (MENICUCCI, 2007:36).

ser vários e concomitantes. “(...) *los institucionalistas históricos (...) prestan mucha atención a las formas, como múltiples áreas institucionales y procesos que se intersectan, a menudo creando intencionalmente aperturas para actores que desatan câmbios*” (PIERSON e SKOCPOL, 2008: 19); por isso, é preciso observar (dentro das possibilidades metodológicas) todos os aspectos da macro estrutura e das outras trajetórias relacionadas existentes. Além da conjuntura sócio-política geral, fatores internos aos processos investigados (aqui, especificamente às políticas públicas) têm impacto sobre as possibilidades de desdobramento dos fatos e constituição das trajetórias em seus respectivos âmbitos. Alguns destes mecanismos por meio dos quais decisões anteriores afetam as decisões posteriores são classificados pela abordagem institucionalista histórica como: *policy feedback*, efeito *lock-in* e efeito de aprendizagem; vejamos a seguir.

2.3.1. As políticas públicas produzindo efeitos institucionais: o conceito de Policy feedback e seus aspectos correlatos (lock-in e policy learning)

Conforme demonstram Pierson e Skocpol (2008), o institucionalismo histórico se caracteriza tanto pela operacionalização particular que faz da variável histórica, quanto pela compreensão e uso do conceito de instituição. Em uma perspectiva mais ampliada e reflexiva sobre tal conceito, Offe (2006) argumenta tratar-se de um dos termos mais utilizados e, ao mesmo tempo, mais raramente definido de forma precisa pelos pesquisadores das ciências sociais. Menicucci (2007) coloca a questão de maneira próxima, mas em outros termos; a autora salienta a existência de distintos institucionalismos que assumem significados diversos do conceito de instituição a partir de suas respectivas concepções teórico-analíticas. Valemos aqui, inicialmente, do exercício compilatório de Offe (2006) que, a partir dos pontos de concordância observados entre os pesquisadores das ciências sociais e das ciências

econômicas (de modo geral), apresenta um conjunto de definições sobre a estrutura do conceito de instituições. Vejamos:

Primeiro, tratam-se de sistemas de regras (que podem ser sancionadas a partir de dispositivos estabelecidos em contratos, leis e/ou por ação de estruturas organizacionais) aplicadas aos comportamentos futuros dos atores; ou seja, que precedem suas respectivas ações. Estas regras são conscientemente ou habitualmente observadas e cumpridas por atores que sabem também que cursos desviantes a elas sofrerão sanções. Ou seja, as instituições sempre impõem constrangimentos aos comportamentos dos atores e, por isso, podem ser constantemente desafiadas e ter demandas de mudanças a elas direcionadas; daí a necessidade de haver “guardiães” e “enforcers”. De acordo com Offe (2006), não devemos confundir “instituições” com regularidades ou convenções; estas últimas são padrões de ação irrefletidos, cujos descumprimentos geralmente não são passíveis de sanções formais.

Segundo, não devemos investigar as instituições concebendo-as estritamente como resultados de propostas racionais. Elas são mais proficuamente explicadas a partir da função social que refletem (ou seja, pelo seu funcionamento empírico) do que pelos objetivos para os quais foram criadas. *Terceiro*, as instituições possuem teorias implícitas que as suportam e possibilitam defendê-las em momentos de ataque. As instituições políticas democráticas, por exemplo, evocam as ideias de soberania popular, limitação dos poderes e imparcialidade dos procedimentos; enquanto aquelas constituídas no âmbito dos estados autoritários se sustentam sobre as perspectivas de seguridade coletiva e/ou proteção social igualitária.

Quarto, em contraste com a ideia de organização, as instituições não têm fundadores ou autores. São resultados de manifestações coletivas e emergem de forma anônima sobre certas condições e contextos. Não é possível nomear de forma precisa quem as inventou ou criou. O que é positivo, dado que a vinculação pessoal expõe a regra ao risco de ser denunciada posteriormente como arbitrária ou auto-interessada. *Quinto*, as instituições podem

ser organizadas em distintas tipologias: de forma hierarquizada como, por exemplo, instituições básicas (constituições), instituições intermediárias (leis e estatutos) e instituições operativas (decretos administrativos); ou em relação às características de formalidade e informalidade das regras (Offe, 2006).

O institucionalismo histórico discute a perspectiva relativamente “consensual” apresentada por Offe (2006), acrescentando outras importantes características. A abordagem concebe as instituições como regras forjadas a partir de processos temporais extensos²⁹, que definem a dinâmica do jogo político ao estabelecer quem pode jogar e qual será a dinâmica do jogo (Steinmo, 2001); mas, operacionaliza o conceito em uma perspectiva mais ampla, incluindo em sua definição “(...) *tanto organizações formais quanto procedimentos informais (...)*”, identificando as instituições tanto como “(...) *regras do jogo [quanto] limites que estruturam a interação humana (...)*” (MENICUCCI, 2007: 25). Isto porque “(...) *creen que los patrones de recursos y relacionamiento en los que se encuentran los individuos tienen poderosos efectos canalizadores y delimitadores*” (PIERSON e SKOCPOL, 2008: 20). É nesta perspectiva que as políticas públicas também podem ser entendidas como importantes instituições/regras do jogo, por influenciar “(...) *a alocação de recursos econômicos e políticos, modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas*” (MENICUCCI, 2007: 25).

As políticas geralmente induzem à constituição de instituições formais e regras que estruturam os comportamentos para viabilizar suas implementações, mas elas mesmas (em suas versões prévias) constroem a atuação dos atores no que diz respeito à produção e distribuição dos bens públicos em outras direções possíveis (Pierson, 2006; Menicucci, 2007). Por alterar incentivos e recursos entre atores sociais, as políticas públicas podem transformar

²⁹ (...) *los institucionalistas históricos descubren balances de poder y recursos complejos, y ven a las instituciones como productos desarrollados [historicamente] a partir de luchas entre actores desiguales* (PIERSON e SKOCPOL, 2008: 19).

profundamente o jogo político ao longo do tempo; mudando não apenas as expectativas dos atores sobre as possibilidades existentes, mas também os tipos de atores no entorno dos processos políticos, suas capacidades e preferências. Dito de outra forma, as políticas criam ambientes que geram incentivos e selecionam certos tipos de atores ao longo do tempo, alterando a estrutura dos debates políticos no futuro (Pierson, 2006). *“If policies as institutions matter (...) it is because the influence of policies on social actors – on who they are, on what they want, on how and with whom they organize – is such that it changes the way these actors engage in politics”* (PIERSON, 2006: 116).

É a este conjunto de características de impacto das políticas prévias sobre o jogo político, o comportamento dos atores e as decisões (operativas e instrumentais) posteriores, que se convencionou chamar de *policy feedback* (Pierson, 1994; 2004; Weir, 1994; Streeck e Thelen, 2005; Menicucci, 2007; 2009). Trata-se de uma elaboração conceitual cara à abordagem institucionalista histórica por sistematizar o processo pelo qual políticas definidas em momentos históricos anteriores terão impacto sobre os contornos e a dinâmica dos processos políticos que se desenvolverão posteriormente.

Por exercer influencia na formação (mudança ou continuidade) dos interesses e ideias/sistemas de crença, na organização e hierarquização das preferências, na configuração do conjunto institucional estabelecido e na geração de capacidades administrativas de diversas ordens (Menicucci, 2007), as políticas prévias são fatores que condicionam as possibilidades de mudanças e continuidade, por direcionar as alternativas possíveis e viáveis e restringir os processos políticos e administrativos a um determinado conjunto de práticas e comportamentos, guiando a trajetória para caminhos específicos (Coelho, 1998; Menicucci, 2007). Tal aprisionamento dentro das próprias regras, enquadramentos de ideias e capacidades administrativas produzidas é denominado “efeito *lock-in*”; ou seja a *“(...) definição de padrões de comportamento que são difíceis de ser revertidos* (MENICUCCI, 2007: 29); que

se desenvolvem a partir da estrutura de incentivos fornecida (a determinados atores) pela própria política pública (relação entre organizações e instituições).

Em seu processo de desenvolvimento, as políticas produzem também importantes efeitos cognitivos, por fornecerem informações e apresentarem aos atores sociais e *policymakers*, enquadramentos específicos sobre a realidade social e o problema (a ser) enfrentado. Ou seja, a partir de processos múltiplos de aprendizagem desenvolvidos ao longo tempo, as políticas vão dando contornos particulares às alternativas de atuação e suas respectivas viabilidades, o que se convencionou chamar de “*Policy Learning*”. As consequências de tais efeitos podem ser positivas ou negativas, tanto para o Estado quanto para a sociedade. Podem possibilitar reflexões sobre os equívocos ou reproduzir o *status quo*.

Cabe destacar que o desenvolvimento de ideias ou enquadramentos sobre a realidade é um fator que vem se tornando cada vez mais importante na análise dos processos políticos e especificamente das políticas públicas. John (1998), Campbell (2002) e Faria (2003) chamam atenção ao fato das pesquisas acadêmicas, ao longo das últimas décadas, terem passado a demonstrar interesse pela compreensão dos caminhos pelos quais as ideias influenciam os processos de produção das políticas. Os autores chamam atenção aos distintos tipos ou classificações de ideias identificados por pesquisadores que têm se debruçado sobre tal questão, entre as quais estão: paradigmas cognitivos, visões de mundo, enquadramentos e interpretações dos problemas, entre outros.

As ideias têm um lugar importante na estrutura analítica do novo institucionalismo histórico (MENICUCCI, 2007: 39). A existência de ideias novas, por exemplo, é fator preponderante aos objetivos de obtenção de novas configurações das políticas, ainda que existam filtros institucionais em tais processos de elaboração. Por isso, compreender os processos pelos quais determinados conjuntos de percepções e enquadramentos dos problemas sociais conseguem dominar o discurso político em detrimento de outros, fazendo

inclusive com que determinados interesses e grupos tenham maiores poderes de influência sobre o processo decisório, é um exercício fundamental. “(...) *uma abordagem histórica permite entender como ideias e ação podem ser conduzidas por políticas prévias, como certas rotas se tornam bloqueadas, esclarecendo as conexões entre políticas através do tempo (...)*” (MENICUCCI, 2007: 39).

2.3.2. Juntando os pontos: análise dos subsistemas a partir da abordagem institucionalista histórica

Vimos que adotar o tempo como fator explicativo a partir da abordagem institucionalista histórica implica assumir que o encadeamento histórico causal (sequência) dos fatos afeta os processos políticos. Portanto, desenvolver estudos em tal perspectiva não é um exercício de mera recuperação e reconstrução descritiva dos eventos; é essencialmente necessário explicitar as relações causais, desvendando quando, como e porque tais eventos influenciaram acontecimentos subsequentes e, conseqüentemente, a trajetória de constituição do fenômeno ou objeto estudado como um todo (Pierson, 2004).

Deixamos claro que, no que diz respeito às suas características de institucionalidade, o diferencial da abordagem está na concepção ampliada do conceito de instituições, operando tanto com regras formais do jogo, quanto com limites e procedimentos informais que regulam as interações e comportamentos dos atores; cabendo inclusive a compreensão de que as próprias políticas públicas podem produzir os mesmos efeitos de instituições formais. Isso nos permite articular essa definição com as características da organização conceitual denominada “subsistema de política pública”, cunhada por Sabatier e Jenkins-Smith (1999), que denota a existência, em cada setor de atuação estatal, de um conjunto particular de regras interativo-

decisórias, sob as quais, atores adeptos de sistemas de crença ou ideias particulares desenvolvem suas interações e escolhas.

Ora, o argumento central que retiramos deste capítulo para o desenvolvimento da tese é que, assumindo os pressupostos teóricos do institucionalismo histórico, entendemos que os subsistemas de política pública e seus elementos constitutivos também são construções políticas forjadas a partir de trajetórias históricas peculiares que se desenvolveram em contextos institucionais amplos. Neste sentido, estudar a relação entre os subsistemas (x) e a estruturação e a dinâmica das relações intergovernamentais (y) no âmbito dos setores da saúde e assistência social no Brasil, implica necessariamente regressar ao passado e remontar a trajetória causal que deu origem aos subsistemas das políticas, tal como é possível observá-los no presente.

O trabalho analítico do próximo capítulo é exatamente esta reconstituição; que dá às características internas dos dois subsistemas, sentidos objetivos de existência, ao localizar suas respectivas construções no âmbito de complexas sequências temporais. Em outras palavras, entendemos que adotar os pressupostos de tal abordagem teórica permite uma operacionalização profícua; que permite sair de uma compreensão estática para a percepção do objeto em movimento. O aprofundamento nas características de formação dos subsistemas é um passo prévio fundamental à análise realizada no quinto capítulo, que formula as ligações explicativas entre os aspectos dos subsistemas, os aspectos macroestruturais das relações intergovernamentais no país e a dinâmica de produção das decisões intergovernamentais.

CAPÍTULO 3 – Políticas de saúde e assistência social no Brasil: as trajetórias de constituição dos subsistemas

Neste capítulo apresentamos de forma analítica o processo de formação histórica dos dois subsistemas de política pública em análise. Partimos pressuposto de que os subsistemas de política pública e seus elementos constituintes (instituições, atores, interesses e sistemas de crença ou ideias) são construções políticas forjadas a partir de trajetórias históricas peculiares – ou seja, não são resultados produzidos naturalmente pela realidade e sim escolhas que envolvem prioritizações e tomadas de decisão frente a outros problemas e alternativas concorrentes ao longo do tempo.

Dados os objetivos da tese, damos ênfase aos eventos que influenciaram as trajetórias no que diz respeito: à constituição de atores e interesses, e as características da relação público-privado; os formatos institucionais que foram sendo adotados durante as trajetórias e as ideias subjacentes aos mesmos; e a distribuição de competências entre os entes federados, no que diz respeito aos aspectos de execução, financiamento e poder de decisão sobre as duas políticas. A partir de tais aspectos (e daqueles provenientes da macro estrutura institucional) visamos explicar, nos capítulos subsequentes, a atual divisão de atribuições e autoridade existentes entre o Governo Federal, os estados e os municípios, e a atual dinâmica das relações entre atores, serviços e ações, no âmbito de cada política.

Antes de tratar da organização estrutural do capítulo, cabe retomar de forma sumarizada os pontos centrais da perspectiva teórica que adotamos para o desenvolvimento desta parte da pesquisa. Primeiramente é preciso deixar claro que ao associar a perspectiva institucionalista histórica ao conceito de subsistema de política pública para o desenvolvimento da análise, estamos assumindo que os processos políticos observados na atualidade são dependentes de suas próprias trajetórias de constituição. É neste sentido que

investigar e apresentar a sequência dos fatos e localizá-los no tempo (momentos conjunturais) em que ocorreram, se justifica como linha de estruturação central do capítulo. Ou seja, a sequência dos fatos é um fator crítico para a constituição das trajetórias que apresentamos, dado que diferentes sequências em geral produzem diferentes resultados. E ainda, o tempo em que os fatos ocorrem é um fator explicativo complementar de grande relevância, tendo em vista que momentos históricos específicos podem apresentar conjunturas e possibilidades mais ou menos favoráveis a adoção de determinadas propostas ou alternativas.

Portanto, o que acontece nos passos iniciais de uma dada trajetória, geralmente tem fortes efeitos sobre a sequência e as possibilidades posteriores. Neste sentido, entendemos operar aqui a reconstituição de um processo com características do que se convencionou chamar de *positive feedback* ou retornos crescentes. Ou seja, buscamos ao longo do capítulo demonstrar que os passos ao longo de uma trajetória particular (da constituição do sistema de proteção social brasileiro), e de trajetórias específicas internas a esta (dos setores das políticas de saúde e de assistência social), produziram consequências no decorrer do tempo que aumentaram a probabilidade de manutenção de traços de escolhas ou decisões iniciais, ainda que tenham havido reformas substantivas que implicaram redirecionamentos das trajetórias.

Dito de outra forma, entre outros elementos, as características das políticas definidas em momentos históricos anteriores impactaram a dinâmica dos processos políticos que se desenvolveram nos momentos subsequentes (efeito que se convencionou chamar no âmbito do institucionalismo histórico de *policy feedback*). Ou seja, as políticas prévias influenciam a formação e sustentação dos interesses e sistemas de crença, a hierarquização das preferências, a configuração institucional e o desenvolvimento ou não de novas capacidades administrativas, contribuindo para o estabelecimento de padrões comportamentais e organizacionais difíceis de serem revertidos.

É preciso deixar claro, contudo, que mobilizar o institucionalismo histórico para uma empreitada analítica implica também aceitar a possibilidade de haver inflexões históricas capazes de possibilitar guinadas das trajetórias para cursos distintos daquele reforçado pelos eventos até um dado momento. Ou seja, assumimos que alguns momentos históricos críticos podem possibilitar inflexões nas trajetórias e mudanças mais rápidas e aprofundadas; não se tratando, portanto, da adoção de uma perspectiva analítica determinística desde o seu ponto de partida.

Em suma, a partir do institucionalismo histórico operamos com a compreensão de que os fenômenos políticos e sociais são sempre processos em movimento; que para serem interpretados precisam ter suas características constituintes situadas e compreendidas no decorrer de longas sequências temporais. Contudo, não se trata apenas de observar e descrever o passado, mas de analisar os fenômenos através do tempo, buscando os encadeamentos que denotam causalidades.

Salientamos que o exercício de explicar padrões de desenvolvimento institucional particulares pode requerer o estudo de múltiplas e inter-relacionadas trajetórias que se conectaram em um dado momento do tempo. Conforme demonstraremos, a configuração institucional da política de saúde no Brasil é um exemplo de como a trajetória e constituição de um dado campo de atuação estatal ou subsistema de política pública pode influenciar as escolhas estabelecidas no processo de desenvolvimento de outros. Dito de forma clara, o campo da política de assistência social é um domínio cujo desenho institucional foi influenciado, a partir de um processo difusivo, pela configuração estabelecida na política de saúde.

A análise empreendida, portanto, implica demonstrar que a estrutura organizacional, a natureza do financiamento e a dinâmica político-decisória em cada campo foi sendo forjada ao longo do tempo. Da mesma forma que os subsistemas de política pública foram

paulatinamente se constituindo nestes setores.³⁰ Lembramos que, para o desenvolvimento deste passo da pesquisa, além de utilizar as produções bibliográficas e documentos públicos, adotamos como estratégia a realização de entrevistas semiestruturadas com atores (gestores e acadêmicos) ligados aos dois campos de atuação estatal.

A estruturação do capítulo segue a seguinte ordem: tendo em vista que ao tratar separadamente da trajetória de cada setor centramos esforços em momentos-chave a partir da década de 1950, inicialmente fazemos uma incursão geral nas décadas iniciais do Século XX, nascedouro da proteção social brasileira, para tratar de algumas das decisões pioneiras de tal processo, que impactaram aspectos centrais nas trajetórias específicas das políticas de saúde e assistência, a partir da segunda metade do mesmo século (*4.1. Proteção Social no Brasil: notas históricas sobre o desenvolvimento da atuação estatal*). Em seguida apresentamos os aspectos específicos da trajetória da política de saúde no Brasil, com foco em três períodos: as décadas entre os anos 1930 e 1980, caracterizadas pela vinculação da assistência à saúde ao contrato de trabalho, pela expansão da assistência médica aos trabalhadores assalariados urbanos e a correlata montagem e expansão do modelo médico assistencial privatista, além da concentração decisória no nível federal; o período entre 1975 e 1988, marcado pelo surgimento de novos atores e ideias, novas experiências institucionais e, particularmente, pela ampla reforma do sistema de saúde a partir da Constituição de 1988, que consagrou a saúde como direito, descentralizou a política e fortaleceu as subunidades governamentais; e o período a partir da década de 1990, caracterizado pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que inicialmente deu-se ênfase à municipalização, mas desdobramentos posteriores

³⁰ Entendemos que os fatos que ocorreram antes do início do processo de configuração dos subsistemas das políticas no âmbito do Estado – ou seja, o período em que ainda não havia clareza sobre o objeto específico de cada campo de atuação; e que as questões constituídas ainda não haviam sido tomadas como problemas públicos (Kingdon, 2003) – também devem ser considerados na trajetória de constituição, dado que já haviam intervenções junto à população e, conseqüentemente, a formação de atores, interesses e ideias ligadas aos respectivos campos.

retomaram a importância do nível estadual para o desenvolvimento da política (*4.2. Política de Saúde no Brasil: trajetória e características do subsistema*).

Na terceira seção, reconstruímos o processo de constituição do campo da assistência social, abordando as características do período compreendido entre as décadas de 1930 e 1960, marcado pela criação e o desenvolvimento da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e pela relação entre o setor público e o privado filantrópico; a década de 1970, importante pelas inovações institucionais e pelo surgimento de grupos reformistas alinhados à ideia da assistência social como um direito de cidadania; a década de 1980, caracterizada pela constitucionalização da política de assistência social como um direito de cidadania e de responsabilidade dos três níveis de governo; e as décadas de 1990 e 2000, centrais em função do lento processo de implementação e consolidação da política constitucionalizada. (*4.3. Política de Assistência Social no Brasil: trajetória e características do subsistema*).

3.1. Proteção Social no Brasil: notas históricas sobre o desenvolvimento da atuação estatal

Conforme chamam atenção Aureliano e Draibe (1989), Cardoso Jr. e Jaccoud (2005), Pochmann (2004), entre outros, os registros de investigações sobre a política social brasileira em seu conjunto, como um modelo de proteção sistêmico, são raros. Isso ocorre em virtude da tradição acadêmica de recortar os objetos de estudo, mas também – e principalmente – em função da percepção dos pesquisadores sobre uma não adequação (ao caso brasileiro) das premissas da literatura clássica sobre o que seria um sistema de proteção social. A maioria dos estudos brasileiros tem trabalhado com o conceito de “políticas sociais”, no plural, abordando o objeto de forma setorializada, ou seja, por meio das distintas políticas implementadas: previdência, saúde, educação, assistência social, etc.; o que não é uma característica exclusiva das pesquisas sobre o caso brasileiro, já que existem produções com a mesma perspectiva de

recorte em outros contextos nacionais (inclusive países da Europa Central). Contudo, é fato que, sobre a realidade brasileira, os estudos voltados à compreensão das características de interação e complementaridade entre o conjunto das políticas sociais existentes são mais escassos; dito de outra forma, a produção acadêmica sobre as especificidades do Sistema de Proteção Social Brasileiro é lacunar (Aureliano e Draibe, 1989; Cardoso Jr. e Jaccoud, 2005);³¹ o que entendemos ser consequência (a) do próprio processo de constituição fragmentado das ações e acessos à proteção social no país e também, paradoxalmente, (b) da associação intelectual dos acadêmicos brasileiros aos modelos analíticos europeus.

Sobre este segundo aspecto, Aureliano e Draibe (1989) já argumentaram que não deveria ser surpresa que ao pensar a proteção social no Brasil, as formulações dos pesquisadores adquirissem tonalidades negativas; já que os casos latino-americanos, quando mencionados pela literatura euro-centrada, são quase sempre exemplificadores do não desenvolvimento de um Sistema de Proteção Social. Aqui, contudo, nos concentraremos especificamente nos aspectos relacionados à sustentação da primeira afirmativa, de que o nascedouro do processo de constituição da Proteção Social Brasileira se deu por caminhos que fragmentaram acessos e ações; fato que contribuiu para uma determinada modelagem do olhar dos pesquisadores sobre as políticas sociais no país; mas que, principalmente, impactou o desenvolvimento posterior dos setores de políticas públicas. Vejamos como tal processo se desenvolveu.

Assim como em grande parte dos países, também no Brasil, a constituição da proteção social surge em resposta à necessidade de regulação da relação capital-trabalho em contextos de transformações econômicas. De forma mais específica, tal processo se deu, principalmente, por meio da regulamentação do mercado de trabalho e da estruturação da previdência social

³¹ São importantes exceções os trabalhos de Santos (1979), Reis (2000), Boschetti (2006), Carvalho (2008), Aureliano e Draibe (1989), Pochmann (2004) e Cardoso Jr. e Jaccoud (2005), que abordaram tal problemática a partir da necessidade de compreensão do conjunto.

(Cardoso Jr. e Jaccoud, 2005, Boschetti, 2006). Para entender tal processo precisamos regressar ao que se convencionou chamar na história brasileira de república velha, período que têm início com a proclamação da república em 15 de novembro de 1889, indo até a revolução de 1930.³² Ainda antes da proclamação da república, algumas leis criaram mecanismos de garantia de assistência em caso de doenças e/ou morte aos empregados da estrada de ferro (Lei 3.397, de 24/11/1888); e estabeleceram fundos e pensões aos funcionários da Imprensa Nacional – Decreto 10.269, de 20/07/1889 (Santos, 1987; Boschetti, 2006).

Já nos primeiros anos do período republicano, outras leis foram promulgadas visando à ampliação da cobertura de proteção aos trabalhadores como forma de garantir o funcionamento das relações de trabalho. Estas leis incorporaram novas categorias profissionais (restritas apenas ao funcionalismo público) ao sistema de aposentadorias: “(...) *funcionários do Ministério da Economia (31/10/1890); funcionários civis do ministério da Guerra (20/01/1891); operários do arsenal da marinhada da capital federal (29/11/1892); e empregados da companhia de estrada de ferro Central do Brasil (17/05/1890)*” (BOSCHETTI, 2006: 12). Posteriormente, com a Lei Eloy Chaves de 1923,³³ a legislação passou a se dirigir pontualmente a alguns trabalhadores dos principais setores de produção da época, garantindo aos mesmos uma pequena aposentadoria – padrão de proteção que contava com a atuação complementar de algumas instituições filantrópicas existentes desde o período colonial. Embora tenha havido avanços a partir de 1923, tal período ainda denotava frágil intervenção estatal nas relações entre trabalhadores e empregadores (Boschetti, 2006). Vejamos os fatos que justificam este ponto de vista.

³² Lembramos que em 13 de maio de 1888, ou seja, um ano antes da proclamação, o país havia abolido de forma tardia a escravatura (Pochmann, 2004; Boschetti, 2006).

³³ Lei sancionada em 14 de janeiro de 1923, que leva o nome do deputado federal por São Paulo que a apresentou ao congresso. Conforme afirma Malloy *apud* Boschetti (2006), tal lei fora definida por um pequeno grupo de advogados, homens de negócio e homens públicos, do qual Eloy Chaves fazia parte.

As tentativas de organização da vida econômica e social durante o período da república velha tiveram como pano de fundo os princípios *laissez-fairianos* clássicos (Santos, 1979; Carvalho, 2008); perspectiva que, em outros termos, denota o liberalismo econômico em seu sentido mais puro, ou seja, de que o mercado deve funcionar livremente, sem interferências ou intervenções estatais e assim se constituirá a ordem social ótima (Keynes, 1926). Podem ser encontradas divergências na literatura sobre o momento exato em que a perspectiva liberal começa a entrar em colapso no país, mas existe concordância sobre o fato de que no período anterior a 1930 as relações entre trabalhadores e empregadores eram predominantemente privadas, em função de tais princípios; e de que as intervenções estatais existentes foram frágeis e pontuais (Santos, 1987; Boschetti, 2006). Ou seja, as elites se orientavam pelos princípios de um liberalismo econômico radical (Santos, 1979; Carvalho, 2008) e não havia regulamentações estatais contundentes sobre as relações no mercado de trabalho – ainda que as legislações sociais promulgadas impusessem alguns limites à livre organização.

Entretanto, naquele contexto, em função das crescentes disfunções nas relações estabelecidas entre trabalhadores e empregadores e das conseqüentes demandas e movimentações dos trabalhadores urbanos, já em 1907 o Estado Brasileiro promulgou a chamada “Lei de Sindicalização”, que determinou a livre organização do trabalho e dos trabalhadores urbanos, mas sem nenhuma atenção ao inchaço demográfico dos grandes centros existentes à época e suas características e implicações sociais para as relações no mercado de trabalho³⁴. Em virtude das precárias condições salariais e pela inexistência de

³⁴ Em tal período se estabeleceram também os primeiros padrões institucionais de descompasso entre as relações de trabalho nos meios rural e urbano. Santos (1979) e Gomes (1988 e 2002) assinalaram que o padrão de relações no setor agrícola/rural do país, em momento algum chegou a se aproximar dos princípios orientadores do liberalismo de mercado. Houve um descompasso entre a lenta penetração da economia de mercado no meio rural e seu desenvolvimento no cenário urbano, onde mesmo havendo problemas de outras ordens, era possível perceber certa prevalência da aplicação dos princípios liberais (Santos, 1979). Por tais razões, o meio rural não figurava como problema passível de intervenção estatal neste cenário.

qualquer indício de proteção social,³⁵ os trabalhadores urbanos passaram a se organizar em grupos e sindicatos e demandar melhorias nas condições de trabalho e intervenções por parte do Estado (Santos, 1979; Carvalho, 2008; Gomes; 1988; 2002). As principais reivindicações direcionadas ao Estado eram pelo (...) *fim da degradação das condições de vida e trabalho e da exploração da mão-de-obra feminina e infantil, bem como a redução das longas jornadas de trabalho* (...) (BOSCHETTI, 2006: 14).³⁶

Portanto, sob as pressões causadas pelas disfunções sociais e pela atuação de grupos organizados de trabalhadores,³⁷ no início da década de 1920 o Estado Brasileiro promulgou novas medidas visando regulamentar outros aspectos das relações de trabalho, embora a produção de decisões, respaldada por tais medidas, continuassem se desenvolvendo majoritariamente nas negociações diretas e desiguais entre trabalhadores e empregadores, não contrariando substantivamente as premissas da proposta de liberalismo econômico.

O exemplo central neste aspecto é a promulgação da mencionada Lei Eloy Chaves de 1923, que estabeleceu a criação das “Caixas de Aposentarias e Pensões (CAPs)”; um mecanismo de proteção social (previdenciário e médico-assistencial) que passou a beneficiar um maior número de trabalhadores brasileiros urbanos ainda no período da república velha. Importa salientar que, em que pese ter havido leis e mecanismos anteriores, existe um relativo consenso na literatura sobre o fato de que a Lei Eloy Chaves e as CAPs são os verdadeiros embriões do sistema público de proteção social brasileiro (representam uma inflexão histórica). Mesmo tendo sido de forma tímida, no que diz respeito às características de intervenção estatal sobre as relações de trabalho, foi tal lei que determinou pela primeira vez

³⁵ Naquele contexto talvez fosse mais plausível falar em acesso a serviços e benefícios básicos, como saúde, saneamento e habitação (Pochmann, 2004).

³⁶ Nos setores desenvolvidos da indústria em 1919, (...) a *mão-de-obra infantil representava 5,4% dos trabalhadores do setor têxtil, 9,1% no setor de alimentação, 15% no setor de cerâmicas e 8,5% no setor metalúrgico. As mulheres representavam 42,7% dos trabalhadores do setor têxtil, 28,9% no setor de alimentação, 55,1% no setor de fabricação de vestuário e 30% no setor químico* (BOSCHETTI, 2006, p. 14).

³⁷ O número de greves passou de 23 entre 1889 e 1900 para 90 entre 1901 e 1910, chegando a 108 greves entre 1911 e 1920 (Santos, 1987).

às empresas privadas (embora, inicialmente, restritas ao setor responsável pelas estradas de ferro), a criação de um mecanismo de proteção social voltado aos trabalhadores. Tais caixas, contudo, eram mecanismos de natureza jurídica privada, organizadas por empresas e financiadas majoritariamente pelos trabalhadores e seus empregadores (financiamento bipartite). Entretanto, é inegável ter se tratado do primeiro mecanismo pautado na solidariedade entre contribuintes ativos e trabalhadores inativos (organizados por empresas), cuja criação fora induzida pelo Estado Brasileiro.

Ainda tratando dos seus aspectos de financiamento e manutenção, importa explicitar que cada trabalhador contribuía com 3% do salário e às empresas cabia contribuir com o montante de 1% de suas respectivas rendas bruta anual e recolher um imposto também anual de 1,5% sobre os seus serviços prestados (o faturamento com a venda de bilhetes, por exemplo). Era incumbência também das empresas recolher os valores destas três contribuições e depositá-los em uma conta bancária em nome da CAP.

Não havia nenhum tipo de controle estatal do processo; a lei determinava apenas a instituição da caixa e as contribuições. A partir daí, as decisões eram tomadas por membros eleitos entre os empregados e os empregadores, sendo que o presidente de cada caixa era sempre um representante do segundo grupo. Em função deste mecanismo, os trabalhadores urbanos passaram a ter garantidos os direitos ao atendimento médico (incluindo medicamentos), à aposentadoria e à pensão em caso de morte. A implantação das caixas se inicia junto aos setores de trabalhadores urbanos considerados indispensáveis ao desenvolvimento econômico (ligados principalmente à exportação dos produtos agrícolas); mas, de forma rápida, vão sendo progressivamente adotadas em outros setores empresariais da iniciativa privada. “(...) em 1930 existiam 47 CAPs, beneficiando aproximadamente 8.009 aposentados e 7.013 pensionistas” (SANTOS *apud* BOSCHETTI, 2006: 16). Em 1932 já

havia 140 CAPs, que abrangiam 189.482 contribuintes ativos, 10.279 aposentados e 8.820 pensionistas (Oliveira e Teixeira apud Boschetti, 2006).

Existem ao menos dois outros aspectos centrais sobre as características das CAPs que precisam ser mencionados. O primeiro, já bastante discutido pela literatura, diz respeito ao desenvolvimento de um sistema de benefícios desiguais, entre os trabalhadores urbanos em geral e, até mesmo, entre os trabalhadores de uma mesma categoria profissional, já que a qualidade dos serviços, aposentadorias e pensões dependiam do total de contribuintes e dos recursos arrecadados pelas caixas. Como pode ser observado, prevalecem as características de fragmentação e desigualdade de acesso. O segundo aspecto está ligado à lógica contributiva da proteção social, que também já começa a demonstrar características de enraizamento, dado que somente os empregados das empresas e seus dependentes podiam acessar os benefícios, mesmo havendo contribuições indiretas por parte de todos os usuários no pagamento dos impostos sobre serviços prestados – estes eram repassados à população por meio dos preços praticados (Boschetti, 2006). Estas são algumas características que existiram (em um cenário inicial) e perduraram por décadas no processo de constituição do sistema de proteção social brasileiro; impactando também a trajetória das decisões e dos arranjos organizacionais das políticas de saúde e assistência social.

Cabe frisar, contudo, que as relações políticas entre o Estado e a sociedade brasileira são também um importante elemento explicativo do processo de criação deste primeiro mecanismo de proteção social (as CAPs). Até o final da década de 1910, como dito, as mobilizações sociais, organizações sindicais e demandas dos trabalhadores aumentaram substantivamente e ações repressivas passaram a ser adotadas como resposta aos trabalhadores (Santos, 1979). Leis foram promulgadas, por exemplo, visando coagir a atividade sindical e tendo como principais alvos os trabalhadores estrangeiros, aos quais era atribuída a responsabilidade de propagação das experiências sindicais do contexto europeu.

A atuação repressiva do Estado, contudo, não logrou êxito e os atores privados passaram a reconhecer a força dos trabalhadores e a questionar as reais possibilidades do modelo econômico liberal para a manutenção da estabilidade e coesão social. *“Foi, portanto, num contexto de emergência do movimento operário, mas também de crise política das oligarquias rurais predominantes até então, que foi votada e aprovada a Lei Eloy Chaves (...)”* (BOSCHETTI, 2006: 15). Ou seja, embora se trate talvez da primeira conquista objetiva dos trabalhadores na trajetória de constituição da proteção social no Brasil, é preciso frisar que as “Caixas de Aposentadorias e Pensões” foram criadas como um paliativo às garantias demandadas pelos trabalhadores, que sofriam os malefícios da relação de mercado que se implementava.

Neste período, portanto, não houveram intervenções contundentes do Estado nas relações entre os trabalhadores e os empregadores; mas, os procedimentos implementados já apontavam para o reconhecimento da incapacidade do mercado para promover uma dinâmica econômica voltada ao crescimento e, ao mesmo tempo, à estabilidade e manutenção da ordem social. De fato, conforme argumenta Boschetti (2006), não deveria ser surpreendente que neste período as iniciativas governamentais fossem tão tímidas no que diz respeito à proteção dos trabalhadores e dos cidadãos de maneira geral, *“(...) recém-saído do regime do Império (1889) e com economia e sociedade fundadas, até recentemente, na escravidão (1888), o país entrou no século XX sob a supremacia, ao mesmo tempo, da ideologia econômica liberal e do clientelismo político”* (BOSCHETTI, 2006: 13-14).

Associado ao contexto de emergência do movimento operário e de crise política das oligarquias rurais, o cenário das relações internacionais brasileiras passou a exigir que o Estado interviesse em sua economia interna, o que acelerou o processo de fragilização política, social e econômica da proposta *laissez-fairiana*; contribuindo para que o curto período de adoção dos princípios liberais clássicos chegasse ao fim. Nas palavras de Santos

(1979): *a hegemonia ideológica do laissez-faire teve vida curta no Brasil, restrita à área urbana, entre 1888 e 1931, no que concerne à economia, e vulnerada a partir de 1923 no que diz respeito às relações sociais* (SANTOS, 1979: 72).

Naquele contexto, havia ficado evidente a necessidade indispensável de haver uma mudança na composição dos grupos (oligarquias coronelistas) que davam os rumos da política interna e externa brasileira, de forma a permitir uma inovação ideológica em relação à organização social e econômica. A revolução de 1930 ocorre orientada por estes objetivos³⁸, tanto que até 1937 uma das linhas centrais do governo é o que a literatura denominou “período de depuração das elites” (Gomes, 1999).

Com a revolução e, posteriormente, com a instituição do Estado Novo (1937-1945), período de fortes esforços de construção de uma nacionalidade brasileira, o governo liderado por Getúlio Vargas passa a realizar intervenções estatais substantivas na vida econômica e social do país. O grande problema identificado na esfera econômica era a organização do setor industrial; e o Governo Vargas entendeu que o Estado deveria intervir reestruturando a dinâmica da acumulação a partir de medidas que fizessem com que tal processo se desenvolvesse da forma mais rápida possível.

No que tange às relações entre trabalhadores e empregadores, ponto importante no bojo da organização industrial, o que se herdou do período anterior foram os aumentos/expansão (a) das CAPs e, ao mesmo tempo, da (b) pressão dos trabalhadores por outras demandas como: férias, segurança, higiene, entre outras; e, conseqüentemente, o também (c) aumento das repressões do poder público (Carvalho, 2008). O Governo Vargas, com vistas a atingir seus objetivos programáticos, implementou uma nova configuração

³⁸ Não nos atermos aos detalhes pormenorizados da revolução de 1930. Existe, contudo, ampla literatura que aborda o tema. Ver, por exemplo, o trabalho organizado por Pandolfi (1999), “*Repensando o Estado Novo*”, que dispõe de um conjunto de textos de diversos autores sobre o período, com variados recortes analíticos. Aqui, cabe apenas mencionar que (a) tal revolução não significou uma ruptura total com as elites dominantes, mas a instauração de um Estado forte, com características nacionalistas e populistas; e (b) que se tratou de um movimento constituído por forças sociais divergentes: setores dissidentes da oligarquia rural, atores da burguesia industrial, atores das classes médias urbanas, sindicatos e tenentes militares.

institucional, reorganizando o processo acumulativo. Arranjo que teve impacto profundo na ordem social brasileira e nos padrões de cultura cívica do país.

Um conceito chave utilizado para compreender a política econômica e social implantada pelo Governo Vargas é o de “*cidadania regulada*” cunhado por Santos (1979). O termo denota uma concepção de cidadania desvinculada de raízes e valores políticos e ancorada em um sistema de organização ocupacional determinado por lei. Ou seja, a ideia subjacente na política do Governo Vargas, evidenciada por sua engenharia institucional, era de tornar à “conta-gotas” cidadãos, com direito de acesso à cobertura da proteção social pública (recém-estabelecida), os indivíduos que faziam parte de categorias profissionais regulamentadas – reconhecidas e definidas – por lei.³⁹

Como já amplamente difundido na literatura brasileira, as demandas herdadas do período anterior passaram a ser contempladas a partir da paulatina regulamentação das profissões e dos distintos benefícios sociais disponibilizados a elas (ou aos trabalhadores que as compunham). Aos demais trabalhadores como, por exemplo, aqueles da área rural (já que as profissões regulamentadas eram estritamente do contexto industrial/urbano), além dos trabalhadores autônomos e também àqueles cujas profissões ainda não haviam sido regulamentadas, restava o *status* de pré-cidadãos ou de trabalhadores informais, que mesmo sendo parte ativa do processo produtivo, não eram cobertos pela proteção social. A distância entre a provisão social aos trabalhadores rurais e àqueles do contexto urbano é reforçada e regulamentada neste período (Carvalho, 2008).

³⁹ Sobre tal aspecto cabe salientar que Reis (2000), de forma crítica, apresenta uma reflexão que matiza a perspectiva de Santos (1979). Para o autor, tal processo tratou-se de uma consequência do desenvolvimento, ainda que de forma precária, da lógica de “mercado político” no país. Especificamente sobre o conceito de “*cidadania regulada*” ele argumenta que a conotação negativa errônea que o termo traz, deixa subjacente uma distinção pautada na existência alternativa de um modelo de cidadania livre, embora o que se percebe no geral sobre tal aspecto seja sempre a crescente regulação. Mesmo havendo casos de cidadania neste molde alternativo, em que a coletividade se afirma por si mesma, seria necessário reformular tal conceito de maneira a lidar com os casos onde tal situação não é/foi possível. Em contextos como o brasileiro, foi papel do Estado produzir o mercado político, argumenta. No Brasil era necessária, primeiramente, a construção do cidadão-cliente, para posteriormente torná-lo cidadão pleno; dito de outra forma, as possibilidades mais eficientes e coerentes naquele contexto, eram aquelas possíveis de realização (Reis, 2000).

Dito de forma resumida, no bojo das medidas que visavam reorganizar as relações econômicas e sociais no contexto urbano industrial, o Estado implementou três ações centrais: (i) em 19 de outubro de 1931 promulgou uma nova lei de sindicalização, a qual, entre outras disposições, determinou a sindicalização por profissões e a necessidade de reconhecimento de tais instituições trabalhistas pelo Ministério do Trabalho, o chamado “ministério da revolução” (Carvalho, 2008). A nova lei tornou os sindicatos uma espécie de braço do Estado, dado que a criação dos mesmos passou a depender de inscrição prévia junto ao ministério que, por sua vez, fora dotado ainda da prerrogativa de poder intervir nos processos eleitorais sindicais.

Além disso, o governo passou a autorizar apenas um sindicato dos trabalhadores e outro dos empregadores por município e por categoria profissional; e, um ano depois da promulgação da lei, foi determinado que somente os trabalhadores sindicalizados poderiam recorrer à Justiça do Trabalho; dois anos depois, foi estabelecido ainda que o direito de férias remuneradas ficaria restrito apenas aos trabalhadores sindicalizados (Boschetti, 2006). Com tais medidas de controle que, de certa forma, também reservavam algumas “vantagens” àqueles que pertencessem aos sindicatos reconhecidos, as entidades de classe perderam força nas reivindicações e ampliou-se a tutela estatal sobre os trabalhadores e o mercado de trabalho (Gomes, 1988).⁴⁰

Em 1932 foi (ii) criada a carteira de trabalho, documento de identidade profissional que era necessária ao trabalhador que buscava acessar os benefícios sociais. A carteira passou a ser exigida “(...) *para a resolução de todos os conflitos trabalhistas e para a comprovação do tempo de trabalho necessário à aposentadoria (...)*” (BOSCHETTI, 2006: 20)⁴¹; por fim,

⁴⁰ Ainda em 1931 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, forte instrumento do processo de regulação das relações de trabalho pelo Estado; além do estabelecimento de uma comissão para elaboração de uma nova lei de regulamentação das férias remuneradas (Boschetti, 2006)

⁴¹ Também em 1932 o governo promulgou o Código de Menores que, entre outras coisas, fixou a idade mínima para o trabalho em 14 anos, estabeleceu a jornada de trabalho de oito horas para menores e proibiu o trabalho noturno para os mesmos; determinou também a jornada de trabalho de oito horas para o comércio e a indústria;

(iii) em 1933 foram criados, de forma setorializada (por categoria profissional), os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que contavam com conselhos paritários em que tinham acento: organizações sindicais, empregadores e empregados; mas, cujos presidentes eram nomeados pelo governo. Salienta-se que, em que pese ter havido avanços institucionais com a criação desta nova estrutura em comparação às CAPs, a lógica fragmentada da cobertura prevaleceu, tendo em vista que os IAPs eram criados por profissões/categorias profissionais; além de ter sido mantida também a necessidade de contribuição para acesso aos benefícios, o que fez com que o acesso aos direitos permanecesse restrito aos trabalhadores formais do setor urbano. Vejamos algumas características mais específicas dos IAPs e do processo que lhes deu origem.

Ainda em 1931, o governo brasileiro sancionou algumas medidas que modificaram a forma de financiamento e a provisão de benefícios das CAPs, mantendo a natureza jurídica privada das mesmas. Em um primeiro momento, este processo pareceu significar um movimento de reforma visando adequação, fortalecimento institucional e, conseqüentemente, manutenção das CAPs; ou seja, seria aquela a incrementada política de proteção social adotada pelo governo após a revolução de 1930. Contudo, a partir de 1933, características de redirecionamento dos aspectos forjados até ali, começaram a se tornar mais evidentes. Nesse ano, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com natureza jurídica pública começaram a ser implantados.

Enquanto a responsabilidade pela criação das CAPs era das empresas, os IAPs eram criados pelo Estado. Também de forma distinta das CAPs, os IAPs aglutinavam trabalhadores/profissionais de uma mesma categoria lotados em diferentes empresas. Além disso, o financiamento dos IAPs passou a receber contribuições financeiras estatais, o que garantia ao Estado ingerência sobre a gestão; embora, como dissemos, tenha sido mantida a

regulamentou o trabalho feminino, proibindo o trabalho noturno às mulheres e estabelecendo regras de proteção das trabalhadoras gestantes, além de proibir a discriminação salarial em função do sexo (Santos, 1987).

lógica de vincular o acesso aos benefícios à contribuição prévia dos trabalhadores formalmente empregados – portanto, além do estado, os trabalhadores e os empregadores continuaram contribuindo obrigatoriamente.

O Estado utilizou a complexificação do sistema de financiamento deste novo mecanismo como argumento para justificar a concentração de parte dos recursos, até então depositados em contas específicas das CAPs e dos próprios IAPs (até um dado momento), em uma única conta no Banco do Brasil em nome do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Este ministério passou a ser responsável pela redistribuição dos recursos entre os institutos. “(...) o governo federal (...) tornou-se um mediador entre os assalariados, as empresas, os consumidores e as instituições de previdência e assistência social (...)” (BOSCHETTI, 2006: 29).

Além disso, o Estado estabeleceu na estrutura dos IAPs o cargo de presidente ou diretor (função designada pelo presidente da república), a quem um Conselho Administrativo, composto por trabalhadores e empregadores, eleitos por seus pares, ficava submetido. Posteriormente, também por determinação estatal, os membros de tal conselho deixaram de ser eleitos de forma direta, ficando a cargo dos sindicatos das categorias profissionais, controlados pelo governo, escolhê-los. Portanto, a criação dos IAPs, organizados a partir de categorias profissionais, contribuiu com o processo deliberado de centralização da gestão e do financiamento das instituições previdenciárias e, ao mesmo tempo, com a fragmentação da atuação dos trabalhadores.⁴²

Mesmo com todo este aparato de controle e centralização do poder político e financeiro, entre os anos de 1933 e 1953 os dois modelos, CAPs e IAPs, conviveram como

⁴² Como vimos, a organização dos trabalhadores surge de forma reativa e com algumas características de concentração das demandas ainda no período da república velha. Mas, os anos seguintes são de fragmentação tanto da classe trabalhadora quanto da própria institucionalização de acesso aos benefícios. O que do ponto de vista governamental (da proposta do Governo Vargas) pode ter se tratado de um processo relativamente exitoso, mas para a classe trabalhadora implicou em uma modelagem restritiva da participação política que minou/enfraqueceu as possibilidades de viabilizar demandas coletivas e impor/negociar um padrão real de redistribuição.

alternativas ao estabelecimento de garantias sociais no mundo do trabalho. Salienta-se que, com a criação dos IAPs, instaurou-se pela primeira vez – pelo menos de forma pragmática no interior do Estado – o conflito entre uma perspectiva de intervenção privada e outra pública, de proteção social. A partir de 1938 o governo adotou a política de não autorizar mais a criação das CAPs e de transformar aquelas existentes em IAPs, o que se arrastou até 1953 (Santos, 1979; Carvalho, 2008; Boschetti, 2006).

Ou seja, a escolha política definitiva pelos IAPs ocorreu somente vinte anos após a sua criação.⁴³ Associada à política estatal de controle do acesso aos direitos pelo reconhecimento das profissões, a expansão dos IAPs seguiu a lógica de cobertura progressiva das categorias profissionais reconhecidas legalmente pelo Estado. No final do período do estado novo, em 1945, “(...) *somente as categorias urbanas cujas profissões tinham sido regulamentadas pelo Estado tinham direito a benefícios, sob a condição de seus trabalhadores estarem inseridos no mercado*” (BOSCHETTI, 2006: 22).

Nos anos seguintes, novas categorias profissionais, surgidas em função do acelerado processo de divisão do trabalho e do crescimento da população urbana, fizeram aumentar as demandas junto ao Estado por regulamentações. De forma concomitante à criação dos IAPs, outras categorias profissionais foram, em decorrência de tal processo, sendo contempladas. Para os já regulamentados, as demandas passaram a ser pela ampliação e melhoria dos benefícios já adquiridos; e tendo em vista que a lógica de funcionamento dos IAPs era contributiva, outro conflito/tensão se desenvolvia de forma concomitante: as categorias profissionais de maior poder aquisitivo e também, maior capacidade de pressão política, acessavam benefícios melhores do que as categorias menos abastadas.⁴⁴

⁴³ O problema da escolha entre o público e o privado na proteção social brasileira não se estancou com o fim das CAPs; na verdade trata-se de uma questão que reverberou durante as décadas seguintes e que tem implicações para os setores das políticas de saúde e assistência social até os dias atuais, ponto que será explorado com maior profundidade no decorrer do capítulo.

⁴⁴ Cabe salientar que somente em 1966 estes institutos foram integrados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em suma, estas três medidas: (i) a intervenção e controle sobre os sindicatos, (ii) a regulamentação das profissões (e criação da carteira profissional) e (iii) a criação dos IAPs – ações que convergiram para a Consolidação das Leis do Trabalho em 1943 –, podem ser compreendidas como eixos centrais da estratégia política e econômica do chamado Estado Corporativo Autoritário da Era Vargas. O padrão de provisão desenvolvido neste contexto, portanto, apresenta fortes características de desigualdade de acesso e fragmentação dos trabalhadores, além da inexistência de um acordo real entre os trabalhadores e as elites; tendo sido praticamente todo o processo conduzido pelo aparelho estatal sob forte controle político.

Ou seja, a Era Vargas foi marcada por intensa legislação na área social (previdência social, legislação trabalhista e sindical) – organizadora e ao mesmo tempo, excludente e segmentária – com frágil participação política (Santos, 1979; Carvalho, 2008). E, o poder público a partir de então passou a ter papel ativo e centralizador das decisões sobre a gestão e o financiamento dos serviços e benefícios voltados à população; processo que impactou substantivamente a estruturação das políticas sociais brasileiras.

No campo da política previdenciária, por exemplo, a dependência de trajetória é notável nos anos subsequentes, visto que somente na década de 1970 houve certo afrouxamento da lógica contributiva restrita aos trabalhadores assalariados formais; e os trabalhadores autônomos, domésticos e rurais passaram a ser cobertos pela política previdenciária (Pochmann, 2004). Ainda hoje, a inserção no mundo formal do trabalho continua sendo uma importante porta de entrada do sistema de proteção social brasileiro (Cardoso Jr. e Jaccoud, 2005) – principalmente em relação à cobertura/proteção dos riscos das atividades profissionais e da garantia de renda nas situações de inatividade.

Mas, ao longo das últimas seis décadas, também ocorreram importantes movimentações sociais que ocasionaram substantivas reformas no âmbito do Estado, possibilitando a incorporação dos indivíduos excluídos da lógica do assalariamento formal.

Como exemplos de políticas nesta direção, podemos mencionar as iniciativas governamentais voltadas à intermediação de mão de obra, qualificação profissional e geração de emprego e renda; e, principalmente, as políticas de saúde e assistência social, por suas respectivas características de universalização e não necessidade de contribuição direta para o acesso aos serviços prestados – aspectos que abordaremos de forma pormenorizada nas duas próximas seções.

Conforme nos esforçaremos em demonstrar, a seguridade social que emergiu após a constituição de 1988 se forjou a partir da convergência de trajetórias históricas desarticuladas; já que a partir da segunda metade do Século XX intensifica-se a propagação de novas ideias e a atuação de atores vinculados aos distintos campos da política social brasileira. Apesar do movimento de reformulação da atuação do Estado no campo das políticas sociais, no sentido de formatar um sistema de proteção social amplo e universal e, portanto, articulado, esse vai ter como ponto de partida as características e o legado do período anterior à constituição. Ou seja, a primeira metade do século XX é fundamental para a compreensão do que se desenvolve posteriormente.

É no período apresentado até este ponto da história que três – entre outras – importantes características relacionadas à atuação estatal e às políticas públicas brasileiras tomam forma. São elas: (a) a fragmentação do sistema de atenção/proteção social aos cidadãos, que nas décadas subsequentes tomará a forma de um modelo de seguridade social não integrado, com propostas de intervenção que competem entre si e grupos políticos distintamente influentes e interessados; (b) as relações entre as perspectivas de intervenção pública (estatal) e privada (tanto filantrópica quanto fixada em objetivos mercadológicos), como alternativas à garantia de proteção social aos cidadãos; e (c) a concentração de recursos financeiros e poder político no nível federal de governo.

3.2. Política de Saúde no Brasil: trajetória e características do subsistema

Cabe lembrar que utilizamos o conceito de “subsistema de política pública” ancorados na definição elaborada por Sabatier e Jenkins-Smith (1999). Ou seja, entendemos tratar-se da existência, em cada campo de política pública, de um conjunto delimitado de regras interativo-decisórias (formais e informais), atores interessados e ideias ou sistemas de crença. Assumimos que no interior destes complexos – específicos, portanto, de cada setor de intervenção pública – os atores se organizam a partir de suas respectivas crenças ou ideias e interesses sobre a política, formando grupos que defendem distintos valores, prioridades e percepções relacionados ao campo e às alternativas mais adequadas de intervenção sobre os problemas que lhe dizem respeito.

O ponto central desta seção, portanto, é demonstrar que a trajetória história específica do campo da saúde no Brasil pode ser adotada como fator explicativo das suas características gerais e daquelas referentes à dinâmica interativo-decisória do subsistema de política pública forjado em tal domínio – argumento que será desdobrado no quinto capítulo, ao analisarmos as decisões nas Comissões Intergestores Tripartite.

Entre as décadas de 1930 e 1980: vinculação ao contrato de trabalho, provisão privada e centralização no governo federal

O campo da política de assistência à saúde no Brasil nasceu imbricado – como aspecto secundário de intervenção – aos mecanismos de previdência social implementados a partir dos anos 1920 (Menicucci, 2007; Cardoso Jr. e Jaccoud, 2005; Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009; Castro e Fausto, 2012);⁴⁵ e, portanto, foi também a partir de tal processo que as

⁴⁵ É preciso chamar atenção ao fato de que já haviam ações de saúde coletiva no país, o que se desenvolve de forma mais ampla na previdência social é a atenção médica individual.

características e a dinâmica relacional interna do seu respectivo subsistema começaram a ganhar forma no âmbito do Estado Brasileiro.

Primeiramente, cabe explicitar que a prestação de assistência médica à população, como uma garantia de proteção, inicia-se no âmbito das CAPs, também com acesso condicionado à afiliação e contribuição prévia a tais mecanismos previdenciários. Além disso, não haviam dispositivos legais que induzissem a padronização do formato dos serviços de saúde ofertados e o montante de recursos que deveria ser destinado aos mesmos em cada caixa; tais decisões ficavam a cargo dos responsáveis privados pela gestão das caixas. Desde tal período, a oferta de serviços em saúde teve como elemento estruturante a compra de atendimentos médicos privados, dado que a fragmentação do seguro social por empresa tornava muito custosa e improvável, principalmente do ponto de vista organizacional, a manutenção de estruturas próprias de atendimento por cada CAP (Menicucci, 2007; Cardoso Jr. e Jaccoud, 2005; Castro e Fausto, 2012). Como veremos no decorrer da seção, a formação e o fortalecimento de atores ligados à prestação privada da saúde é um dos elementos estruturantes do subsistema de política pública deste setor.

A partir da década de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação com a criação dos IAPs, que sucederam e foram absorvendo as CAPs. Com os IAPs – instituições de natureza jurídica pública – a cobertura da assistência médica foi, ainda que de forma lenta e gradual, ampliada em função da incorporação das distintas categorias profissionais ao sistema previdenciário; mas, foram mantidas: a lógica contributiva para acessar os serviços; a diferenciação da assistência médica ofertada, em função das características gerais de cada instituto (uma nova forma de fragmentação, agora por

profissões)⁴⁶; além da política de comprar os serviços a serem ofertados aos trabalhadores junto ao setor privado (Menicucci, 2007).

A nova estrutura previdenciária estabelecida a partir dos IAPs foi implementada junto com a legislação trabalhista e sindical, durante o Governo Vargas, que visava estabelecer uma nova forma de regulamentação das relações de trabalho no país. Como vimos, o período Vargas, que se inicia em 1930, teve como um de seus objetivos principais, a incorporação dos trabalhadores urbanos ao jogo político, embora de forma subordinada ao Estado. O que ocorreu a partir do reconhecimento das categorias profissionais e pelo acesso dos trabalhadores aos direitos sociais, processos que foram implementados de forma paulatina. Ou seja, eram garantidos determinados direitos sociais aos setores de trabalhadores urbanos assalariados que passavam a ser reconhecidos pelo Estado como categoria profissional. Entre esses direitos garantidos vai se inserido o da assistência à saúde, mesmo que de forma secundária no bojo das garantias previdenciárias (Menicucci, 2014).

Em suma, como teve o seu desenvolvimento ligado à institucionalização da política previdenciária, desde sua origem a política de assistência à saúde carrega as características de tal estrutura institucional, a saber: segmentação e exclusão de clientela, tendo em vista a diferenciação das formas e dos serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores urbanos e a não prestação de tais serviços aos trabalhadores do meio rural; a assistência médica governamental entendida como um benefício que pressupõe contribuição prévia, a partir do vínculo formal de trabalho; além do não desenvolvimento de capacidades administrativas governamentais para a execução dos serviços, tendo se optado, em grande parte, por contratá-los junto ao setor privado (Menicucci, 2007; Piola, Barros, Nogueira, *et al.*, 2009).

⁴⁶ “(...) a extensão dos serviços médicos e assistenciais era, em parte, condicionada às pressões da massa segurada, que apresentavam variações de intensidade entre as categorias profissionais. Isso se refletia nas variações do gasto com assistência médica, que, por exemplo, em 1964 iam de 20,2% do total de despesas no IAPI [Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários] a 63,4% no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (...)” (MENICUCCI, 2007: 65).

De fato, é somente a partir do final da década de 1950 e início dos anos 60 que ocorrem ganhos reais em escala na prestação de assistência médica no país e que, de forma concomitante, inicia-se o desenvolvimento mais explícito de uma política governamental especificamente focada no setor da saúde – embora ainda ligada ao campo previdenciário.

Ainda no final da década de 1950, um conjunto de transformações científicas e tecnológicas impactaram os saberes e práticas médicas no cenário internacional (novos medicamentos e equipamentos) e elevaram de forma substantiva os custos com assistência médica em diversos países. Neste mesmo período, aumentaram as pressões, por parte da sociedade brasileira, para que o Estado garantisse cuidados médicos com maior cobertura, efetividade e padronização à população, dado que, em função dos processos de urbanização e industrialização, o número de trabalhadores assalariados, mal remunerados e em más condições de trabalho continuava crescendo nas grandes cidades.

Na sequência deste encadeamento de fatos e conjunturas, o Estado Brasileiro, a partir dos anos 1960, tornou mais explícita sua intenção em reconhecer e estabelecer o campo da assistência à saúde como uma política governamental específica. Mas, as principais medidas governamentais adotadas entre o início dos anos 1960 e meados dos anos 1970, além de promoverem a assunção da saúde como uma atribuição do sistema previdenciário e de ampliar a cobertura dos serviços à uma maior parcela da população, também contribuíram para o fortalecimento do setor privado ligado à prestação de tais serviços.

A mencionada elevação dos custos da assistência médica a partir do final dos anos 1950 inviabilizou o acesso de grande parte da população à medicina privada, o que fez aumentar as demandas pela ampliação da assistência pública. O caminho adotado pelo governo para ampliação e padronização da cobertura inicia-se com a LOPS e torna-se mais

evidente em 1966 (durante o governo militar) com a unificação de todos os IAPs a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).⁴⁷

A partir da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960, o governo uniformizou os benefícios previdenciários e a assistência médica passou a ser assegurada a todos os beneficiários. No entanto, essa mesma lei legitimou a prática das empresas de atender seus trabalhadores e dependentes a partir de serviços próprios ou contratados no mercado; além de manter o financiamento da saúde sem definição específica. Além disso, até a década de 1960 a rede privada ligada ao setor da saúde seguia um curso de desenvolvimento específico, de forma quase que totalmente independente do setor público. Informação que pode ser corroborada ao se verificar que até o ano de 1964, as compras de serviços privados de saúde, embora consistissem em uma prática relativamente consolidada, ainda eram minoritárias, fortes apenas em alguns dos IAPs existentes, como no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. A maioria dos outros IAPs contava, por exemplo, com alguma estrutura de serviços próprios. Foi a partir de 1966, com a criação do INPS, que o governo passou a priorizar de forma contundente a contratação dos serviços na rede privada, em detrimento da ampliação de sua rede própria de atendimento.

As justificativas utilizadas pelo Estado para a adoção de tais procedimentos estiveram relacionadas: aos limites impostos pela crise financeira daquele contexto, à necessidade de regulação dos prestadores de serviços existentes e à perspectiva de se estar assumindo uma nova racionalidade para lidar com a demandada expansão dos serviços; o que, na verdade, não era algo realmente novo e sim a velha forma do estado brasileiro, constituído até aquele momento, para resolver questões de tal natureza, ou seja, contratar os serviços não existentes

⁴⁷ O processo de unificação dos IAPs a partir da criação do INPS significou uma inflexão na trajetória corporativa da Previdência Social no país. Contudo, tal processo só foi possível porque o governo autoritário não necessitava articular e ser apoiado pelos trabalhadores. A unificação não foi decorrente de um movimento da classe trabalhadora urbana assalariada em direção a políticas, benefícios e acessos mais igualitários; ao contrário, em muitos casos os trabalhadores perceberam a unificação como perda de benefícios adquiridos por suas respectivas corporações e se posicionaram favoráveis à manutenção dos IAPs.

junto aos atores do setor privado. Portanto, o fato da previdência assumir a saúde como uma de suas incumbências a partir da década de 1960, não implicou necessariamente a instalação de uma infraestrutura própria de produção de serviços de saúde; na verdade, fora mantida e ampliada a prática de contratação dos serviços junto ao setor privado.

Além da compra de serviços, outra forma de articulação da Previdência Social com o setor privado neste período ocorreu por meio do estabelecimento de convênios e repasse de recursos (subsídios) para empresas (empregadores) que assumiriam a responsabilidade pela atenção médica de seus empregados, desobrigando o INPS da incumbência de garantir diretamente atenção médica aos mesmos. Na grande maioria dos casos, as empresas passaram a contratar os serviços médicos de outras empresas especializadas (empresas médicas ou grupos médicos), passando a existir uma relação entre o INPS, a empresa empregadora e as empresas médicas para a provisão de assistência à saúde.

O ponto é que, em função de tal procedimento, principalmente no eixo sul-sudeste (regiões mais desenvolvidas), as empresas e grupos médicos se expandiram consideravelmente. Ou seja, a partir do incentivo dos convênios por parte do Estado, se desenvolveram formas pragmaticamente privadas de assistência à saúde. O que significou a recriação das demandas particularistas e das desigualdades de acesso entre os trabalhadores, dado que havia diversificadas ofertas de planos de saúde e que as possibilidades de acessá-los estavam condicionadas aos distintos contratos de trabalho. Este é, inclusive, o alicerce a partir do qual o setor de assistência suplementar à saúde vai se desenvolver e consolidar nas décadas seguintes – ponto que voltaremos a abordar adiante.

A partir deste processo, atores privados passaram a compor objetivamente a arena política da assistência à saúde nos anos 60. Entre estes, os principais eram: os proprietários de hospitais e clínicas credenciados pelo INPS; empresários interessados em ampliar a assistência à saúde de seus empregados de forma direta ou subsidiada pelo Estado; e os

proprietários das empresas prestadoras dos serviços médicos para outras empresas. Como expressão dos interesses em jogo foram criadas naquele contexto: a Federação Brasileira dos Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria posteriormente na Federação Brasileira dos Hospitais e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Menicucci, 2014). Naquele contexto, havia forte pressão dos representantes dos interesses privados no âmbito da política, o que contribuiu com o baixo desenvolvimento da capacidade estatal (i) para a produção de serviços hospitalares e (ii) para a regulação dos serviços ofertados à população. O Estado havia se tornado dependente do setor privado para a expansão da assistência à saúde; processo que teve como consequência: a prevalência dos interesses privados, o aumento das contratações de serviços e, em decorrência, a elevação dos gastos assistenciais em saúde a níveis que passaram a comprometer o financiamento público do setor.

Importa salientar que neste período havia uma divisão institucional e funcional no setor da saúde. A previdência social era responsável pelos serviços de assistência à saúde, disponíveis apenas aos trabalhadores assalariados urbanos e o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia ações coletivas (universalizadas) de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária. A década de 1960 no setor é marcada, portanto, pela constituição do que se convencionou classificar de “(...) *medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar (...)*” e ainda privatista, dado que a assistência à saúde se dava, em grande parte, por meio da compra de serviços privados (MENICUCCI, 2007: 69). Tal processo fortaleceu político-institucionalmente a assistência à saúde; e fragilizou as ações de saúde pública preventivas. O que pode ser verificado a partir das características orçamentárias precárias e declinantes do Ministério da Saúde, naquele contexto; e pela ampliação do gasto com assistência médica individual a cargo do INPS (Menicucci, 2014).

Contudo, o processo de expansão a partir da contratação de serviços privados, em meados dos anos 1970 passou a apresentar sinais de que se tratava de algo economicamente inviável – tendo em vista os altos custos das contratações e a ausência de fiscalização/controlado sobre os serviços prestados –; ocasionando uma conjuntura de crise na política previdenciária que desembocou em algumas reformas institucionais. Já em 1972, por exemplo, uma portaria do INPS (portaria 48) tentou induzir alterações substantivas na política assistencial vigente. O documento determinou que os contratos e convênios com as organizações privadas fossem estabelecidos somente em último caso. Na esteira de tal medida, o Estado ampliou a capacidade hospitalar da rede própria, mas os hospitais públicos inaugurados e reativados à época não foram suficientes para alterar o padrão de assistência à saúde implementado (Menicucci, 2007).

Como medida complementar, ainda na primeira metade da década, o governo optou pela priorização das relações convencionais com os sindicatos prestadores de serviços à classe trabalhadora, em detrimento da manutenção das relações com as empresas privadas. Mas, de forma quase que concomitante, em 1974, o governo estabeleceu o chamado Plano de Pronta Atenção, que implicou uma controversa contribuição no sentido de universalização da cobertura assistencial. Tratou-se de um conjunto de medidas que disciplinava os diferentes setores constituintes da política previdenciária, no intuito de articular todas as capacidades administrativas produzidas até aquele momento – independentes de serem públicas ou privadas – para garantir a ampliação do atendimento por meio dos serviços prestados.

As principais medidas adotadas no âmbito deste plano foram: (i) o estabelecimento da universalização do atendimento nos casos de emergência, independente da condição do segurado. O atendimento emergencial, antes restrito aos estabelecimentos públicos, passou a ser possível também nos estabelecimentos privados; (ii) o ato que deu aos segurados a possibilidade de optar por instalações especiais em hospitais particulares contratados pela

previdência, desde que eles arcassem com os custos adicionais que deveriam ser pagos ao hospital utilizado; além (iii) de prever a prestação de serviços médicos por cooperativas médicas e a livre escolha dos cidadãos em relação aos hospitais, clínicas e profissionais vinculados a estas organizações. O saldo final da implementação do plano foi o aumento dos convênios e contratos com organizações privadas. De maneira geral, tal mecanismo impulsionou a universalização da cobertura dos serviços, mas também contribuiu com o fortalecimento do setor privado no âmbito da política de saúde (Menicucci, 2007), características que justificam a conotação controversa de tal instrumento.

Uma mudança institucional de grande relevância para o setor ocorreu no ano de 1977. Tratou-se da criação, pelo Governo Federal, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)⁴⁸ e, integrado a ele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a operar toda a assistência médica existente nos órgãos previdenciários e incorporou as receitas de tais órgãos. A criação de um departamento específico para tratar das questões da saúde no campo previdenciário, expressou o reconhecimento da importância do setor para o Estado e para a sociedade; significando ainda um primeiro movimento na direção da emancipação institucional. A partir de tal medida houve também uma nova ampliação da assistência médica, com aproximação da universalização do acesso; mas, o problema é que tal ampliação não foi acompanhada pelo estabelecimento de novas fontes orçamentárias e a crise previdenciária se agravou.

O agravamento de tal crise coincidiu com o processo de redemocratização do país. Neste contexto, a defesa de propostas de fortalecimento da atuação governamental direta tornou-se viável e, paralelamente, constituiu-se no âmbito da sociedade um ator coletivo que

⁴⁸ O SINPAS era integrado pelos seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); e, como órgão autônomo, a Central de Medicamentos (CEME).

defendia uma reforma de maiores proporções no setor de saúde. Como veremos, este ator, autointitulado “movimento sanitário”, soube tirar proveito da conjuntura e apresentar uma proposta alternativa para o contexto de crise (atuando, na linguagem de Kingdon (2003), como um *policy entrepreneur*⁴⁹). Cabe salientar, contudo, que o processo da reforma foi marcado pelo surgimento e fortalecimento deste e de outros novos atores, mas também pelo embate entre eles e aqueles ligados ao setor privado, que se fortaleceram durante a década de 1960 e, posteriormente, também em função da crise previdenciária, nos anos 1980.⁵⁰ Enquanto os primeiros atuaram no sentido de conquistar mudanças, estes últimos visaram (i) garantir a preservação dos arranjos institucionais já estabelecidos e, conseqüentemente, (ii) impedir a criação de um sistema substantivamente público e de acesso universal (Menicucci, 2007; 2014).

Entre 1975 e 1988: o processo da reforma sanitária

O desenvolvimento da proposta de reforma para o setor de saúde que fora firmado na Constituição de 1988, inicia-se em meados dos anos 1970, justamente a partir do surgimento do movimento sanitário, entendido como a liderança política e intelectual da reforma

⁴⁹ Ator individual ou coletivo, especializado em uma determinada área de atuação pública, com habilidades e interesses em representar ideias de outros indivíduos ou grupos. Em geral, estes atores ocupam posições de destaque e prestígio no cenário político, o que aumenta a probabilidade de suas ideias serem consideradas no processo de formulação das políticas públicas (Kingdon, 2003).

⁵⁰ Um mecanismo legal estabelecido na década de 80, que implicou fortalecimento do setor privado foi a renúncia fiscal, um incentivo estatal indireto para as empresas manterem planos de saúde para seus empregados. A partir da implementação deste mecanismo, as empresas passaram a deduzir os gastos com saúde de seus empregados no pagamento do Imposto de Renda. Com tal medida, a atuação do poder público contribuiu com a expansão da assistência médica de caráter privado no âmbito das empresas, que já haviam sido estruturadas nas décadas de 60 e 70, quando contaram com incentivos diretos do poder público (Menicucci, 2007). Além disso, a política tributária passou a permitir deduções com gastos em saúde no pagamento do imposto de renda também para pessoas físicas, o que fragilizou ainda mais o setor público, dado que a medida favorecia a exclusão dos cidadãos de maior poder aquisitivo da cobertura pública. Como consequência destas escolhas, ainda nos anos 80, a assistência privada deixa de ser complementar para se tornar suplementar, passando a ser autônoma, tanto em relação ao financiamento quanto à forma de captação da clientela. Neste período, as formas privadas de assistência à saúde (do setor suplementar) se expandem significativamente, tanto pela ampliação de cobertura de planos empresariais para trabalhadores, quanto pela comercialização autônoma de planos de saúde. No final da década de 1980, o setor privado suplementar já era bastante vigoroso (Menicucci, 2014).

(Escorel, 1998; Menicucci, 2007). Este movimento se originou no meio acadêmico e, no decorrer do seu processo de fortalecimento gradativo, se articulou com outros atores coletivos que também ganhavam forma no contexto da transição democrática, como a categoria dos médicos e o Movimento Popular em Saúde (MOPS); além disso, o movimento sanitário teve o apoio de segmentos burocráticos não satisfeitos com a política de saúde vigente e do Movimento Municipalista em Saúde, composto por secretários e técnicos municipais de saúde (Gerschman, 1995; Menicucci, 2007).

O marco teórico de sustentação do movimento sanitário foi a teoria social da saúde, concepção marxista histórico-estrutural sobre as condições e os problemas de saúde da população, desenvolvida no interior dos departamentos de medicina preventiva de algumas universidades brasileiras, na interação com estudos sobre saúde produzidos no campo das ciências sociais. Em linhas gerais, a partir do pensamento médico social, os aspectos políticos do campo da saúde se tornaram mais evidentes e o objeto do campo foi descolado do indivíduo para a sociedade, delimitando um novo campo de estudos denominado “saúde coletiva” (Fleury, 1997; Rodrigues Neto, 1997).

O movimento sanitarista desenvolveu várias ações no intuito de promover a difusão das suas ideias. Com apoio de agências de financiamento nacionais e internacionais, os departamentos de medicina preventiva, por exemplo, produziram conhecimento sobre saúde coletiva por meio dos seus cursos de mestrado e doutorado; e foram criados programas de residência em medicina social. E ainda, entre os anos de 1974 e 1978 foram promovidas as “Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária”, que aglutinaram estudantes, professores e profissionais médicos. Na mesma linha estratégica, de produção de conhecimento e difusão de ideias, em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Em 1976, a atuação do núcleo da CEBES de Brasília junto à parte dos parlamentares que compunham a Comissão de Saúde, deu origem ao I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, grande marco do movimento pela reforma sanitária, por ter contado com grande participação de atores de várias partes do país e iniciado, de fato, a vinculação concreta do movimento com as discussões reformistas sobre a política de saúde. Neste encontro foi elaborado e aprovado um documento, como proposta alternativa à política de saúde em vigência, que sugeriu um conjunto de medidas muito próximas ao que, posteriormente, veio a se tornar o SUS: saúde como direito de todos e dever do Estado; detenção do processo de privatização da medicina, considerando os atos médicos como bem social gratuito; unificação do sistema de saúde, cabendo ao Estado a administração do sistema; participação popular na política; mecanismos mais eficazes de financiamento; descentralização; e o fim dos convênios com pagamento por unidade de serviço (Menicucci, 2007).

No início dos anos 1980, o processo de reformulação da política de saúde – e, conseqüentemente, o movimento sanitário – ganharam a adesão dos movimentos populares em saúde (MOPS), organizações que se forjaram na relação com associações comunitárias e outras entidades localizadas em favelas e bairros populares das grandes cidades, demandando um conjunto de melhorias relacionadas ao saneamento, à moradia, ao transporte público e à saúde.

Ou seja, o movimento sanitarista, que defendia uma proposta de reforma institucional mais contundente no campo da saúde, “(...) *partiu de uma teoria sobre a determinação social da saúde, construiu uma proposta de reforma da política de saúde com base na crítica ao modelo vigente, estabeleceu estratégias para divulgação das ideias e (...) conseguiu articular um conjunto diversificado de atores (...)*” (MENICUCCI, 2007: 175). O movimento teve papel substantivo no processo de redemocratização e na elaboração de uma nova *policy image*

para a política de saúde – contribuindo como uma nova força e com novas ideias na formulação da política no processo de constitucionalização.

Ainda no decorrer da década de 1970, o movimento sanitário passou a se orientar pela crítica ao crescimento do setor privado no âmbito da política de saúde, que era impulsionado pelo financiamento e pelas decisões do próprio poder público (nível federal). Naquele contexto, a crise do setor previdenciário, ao qual a política de saúde ainda encontrava-se vinculada, e a priorização dada às políticas sociais como uma estratégia de legitimação do Governo Geisel (1974-1979) favoreceram a entrada das novas ideias sanitaristas no âmbito do Estado. Técnicos alinhados ao pensamento médico social foram incorporados às instituições públicas e propostas alternativas e inovadoras (ainda que ensaísticas) começaram a ser elaboradas e implementadas pelo poder público.

O Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS) foi a primeira destas propostas, consistindo na experimentação de uma metodologia de viés público e universalizante, que programaria os serviços a partir das reais necessidades da população. O plano foi criado em 1975, mas derrotado logo em seguida em função da atuação dos atores do setor privado que se sentiram ameaçados pelo que denominaram pensamento estatizante da proposta.

No mesmo ano (1975) foi desenvolvido o Projeto Montes Claros (PMC), uma proposta de âmbito regional, que aplicou vários dos princípios defendidos pelo movimento sanitário, que posteriormente vieram a ser contemplados no texto constitucional: “(...) *universalização, regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade da assistência e participação comunitária*” (MENICUCCI, 2007: 178). O projeto também enfrentou a oposição de forças conservadoras e dos interesses privados vinculados ao setor privado, mas obteve apoio de setores da burocracia pública vinculados ao movimento sanitário e acabou, posteriormente, sendo expandido para outras regiões do país, a partir do

Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), outra ação alternativa e inovadora do período.

O PIASS adotou o modelo de medicina comunitária e extensão da cobertura por meio da oferta de serviços básicos, priorizando vilas e povoados rurais da região nordeste (Escorel, 1998). Tendo em vista que as ações eram implementadas por meio da cooperação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, além de agudizar a crítica sobre a condução (centralizada) da política realizada pelo INAMPS, a proposta acabou fortalecendo o setor público e propiciando, em 1980, o surgimento de outro ator coletivo importante na trajetória de desenvolvimento do subsistema da política de saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), forjado a partir da interação dos secretários das regiões que participavam do PIASS e alinhado à perspectiva reformista do movimento sanitário.

Durante a década de 1980, a crise no setor previdenciário se aprofundou e, de propostas governamentais localizadas e ensaísticas, o poder público passou a desenvolver políticas racionalizadoras de âmbito global, visando reformular as características gerais da assistência à saúde implementada até então, tendo a contenção de gastos como o objetivo principal. As principais características do conjunto de medidas implementadas foram as seguintes: privilegiar as ações do setor público (dado que já havia se tornado evidente os altos custos da estratégia de estabelecer convênios com o setor privado); a integração institucional, a partir da criação de instâncias colegiadas de gestão e programação conjunta; a desconcentração da saúde para os níveis estadual e municipal; além de maior abertura à participação da sociedade civil na elaboração das políticas do setor (Menicucci, 2007).

A primeira proposta com tais características, que surgiu na década de 1980, foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que pretendia fixar condições para a inclusão dos serviços privados no setor público, limitando-os às instituições

sem fins lucrativos, mas que não chegou a ser implementado por gerar intensa reação dos demais atores privados (que visavam lucro com a oferta de serviços).

Em 1981, outra proposta foi criada e obteve maior êxito, a criação, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), uma instância reguladora que contou com figuras notáveis da área médica, representantes de ministérios, dos trabalhadores e dos prestadores privados. Com a criação de tal mecanismo, o governo pretendeu racionalizar a prestação da assistência médica e seus custos crescentes, disciplinando principalmente o atendimento médico-hospitalar da rede privada conveniada (Menicucci, 2007; 2014; Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009).

A proposta do CONASP apresentou também redefinições institucionais na direção do estabelecimento de uma rede única de serviços de saúde, a partir de maior integração (por meio de convênios) entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e os governos estaduais. Tal proposta se concretizou na criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), outra estratégia de unificação das ações e serviços do setor por meio da atuação cooperada das instituições públicas de saúde dos níveis federal, estadual e municipal.

O modelo das AIS é o arranjo anterior mais próximo do reordenamento da política firmado na constituição, dado que suas diretrizes de referência eram, entre outras: a responsabilidade e a integração interinstitucional do setor público; a regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; a utilização prioritária das capacidades da rede pública; e a descentralização dos processos de planejamento e gestão da política (Escorel, 1998). A partir das AIS e, posteriormente, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – outra inovação institucional estabelecida em 1987 – os convênios do Governo Federal com os Estados e Municípios foram ampliados,

tendo havido um acréscimo significativo das transferências financeiras do INAMPS para outros órgãos públicos, saltando de 5,7% em 1981, para 30,4% em 1987.

Neste contexto se desenvolvem também as primeiras experiências de criação de instâncias colegiadas de gestão entre os níveis de governo: as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), presididas pelo secretário estadual de saúde e compostas também, pelo superintendente regional do INAMPS e por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação; e a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), formada pelos representantes regionais das secretarias estaduais, representante do INAMPS e representantes das diferentes entidades que aderiam às AIS.

As práticas governamentais alternativas que se desenvolveram nas décadas de 1970 e 1980, funcionaram como embriões dos princípios da reforma que seria definida no final da década de 1980. Neste período houve experimentações de aspectos como: descentralização da gestão; integração das ações preventivas e curativas; expansão da cobertura de forma desvinculada do vínculo contributivo prévio; participação e controle social; e o fortalecimento do setor público em si mesmo (Menicucci, 2007; 2014). Ainda que, com alcance reduzido, estas experiências demonstravam que uma perspectiva institucional alternativa da política de saúde estava sendo gestada a partir da articulação entre novos atores. Contudo, apesar do fortalecimento destes atores, defensores de propostas universalistas e publicistas, o período também é marcado pela expansão das atividades do setor de saúde suplementar que, conforme abordamos, foi favorecido – ao longo da trajetória da política – por um conjunto de mecanismos governamentais e pela própria crise da assistência pública na década de 80.

O processo de constitucionalização da reforma foi precedido pela convocação de vários fóruns coletivos. Entre eles se destacaram: a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986 pelo Governo Federal, que contou com a participação de representantes de diferentes segmentos sociais, sem a presença dos prestadores privados; e a Comissão

Nacional de Reforma Sanitária, constituída por decisão dos ministérios da previdência, da saúde e da educação. Diferentemente da VIII conferência, esta comissão agregou representantes do governo, dos trabalhadores e também do setor privado. Apesar das divergências internas, este fórum foi exitoso na tarefa de elaborar uma proposta comum sobre as condições mínimas da reforma sanitária (Menicucci, 2007).

No entanto, em função dos aspectos institucionais e das características dos atores e interesses que haviam se forjado anteriormente na trajetória da política, no processo constituinte foram explicitadas duas visões antagônicas sobre a assistência à saúde: uma de perspectiva estatizante e outra privatizante. A primeira representava a perspectiva inovadora dos atores mudancistas e a segunda os interesses do setor privado, forjados na trajetória da política, como um efeito de *feedback* do sistema vigente há várias décadas (Menicucci, 2014).

As possibilidades de mudança alavancadas pelo movimento sanitário, despertaram a mobilização dos representantes das instituições privadas (medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras) e também dos prestadores de serviços privados, unidos na defesa do pluralismo das formas de atendimento no setor. Juntos, estes grupos demonstraram forte poder de influência sobre as decisões e, apesar de não terem conseguido impedir as mudanças institucionais mais significativas, como a criação de um sistema público universal, eles conseguiram preservar alguns dos arranjos estabelecidos previamente (Menicucci, 2014).

Em síntese, a Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como um direito social e universal, a ser garantido pelo Estado. Determinou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do qual as ações e serviços de saúde deveriam se organizar de modo descentralizado e com direção única nas três esferas de governo, que passaram a ser corresponsáveis pelo seu financiamento; além de dar as diretrizes para a integralização da atenção à saúde (em todos os níveis), e para a participação da sociedade na gestão. Mas, estabeleceu também que a assistência à saúde seria livre à iniciativa privada e que participaria

do SUS de modo complementar, determinações inseridas em função da atuação dos atores privados que se fortaleceram entre os anos 1960 e 1980.

A constituição vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas sem fins lucrativos, mas não tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado, que permaneceu como uma não decisão (Menicucci, 2007; 2014; Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009).⁵¹ Além disso, determinou ser incumbência do SUS, o controle e a fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiologia. Estes aspectos de intervenção encontravam-se institucionalmente separados em décadas anteriores, em função da divisão de papéis entre o MPAS e o MS, sendo que o primeiro era responsável pelos serviços de assistência à saúde e o segundo, pelas ações de saúde pública, como a vigilância sanitária e o controle epidemiológico.

Portanto, os novos atores que surgiram e se fortaleceram no âmbito da política atuaram no sentido de conquistar mudanças e tiveram êxito no processo constituinte que consagrou a saúde como um direito universal e estabeleceu um novo arranjo institucional para a setor. Mas, o legado das políticas prévias fez com que parte das mudanças pretendidas fosse dificultada, configurando um processo de inovação limitada, expresso pela contemplação dos interesses publicistas, mas também dos privatistas.

Ou seja, os processos desenvolvidos no período de reforma da política de saúde durante os anos 1980 podem ser explicados, em grande parte, pelos limites que as consequências das políticas prévias impuseram às possibilidades de mudanças que, por sua vez, foram impulsionadas pela crise do setor previdenciário responsável pela política de

⁵¹ “A maior polarização no âmbito da Comissão da Reforma Sanitária se deu em razão da participação de representantes da iniciativa privada. Mas, além dessa polarização, evidenciaram-se os conflitos intra-segmentos no âmbito dos apoiadores da reforma. O MOPS, durante o processo constituinte, vai sofrer grande cisão em facções com perspectivas ideológicas distintas (...); [e] (...) o próprio movimento sanitário como um todo vai apresentar fissuras no seu interior (...)” (MENICUCCI, 2007: 188).

saúde, pelo contexto político da redemocratização e pelo surgimento e fortalecimento de novos atores (mudancistas) no setor da saúde. Este processo impactou a formulação dos aspectos constitucionais do setor, dado que a assistência privada fora reconhecida na Constituição de 1988 como componente da política.

Veremos a seguir que as ambiguidades do texto constitucional ficaram ainda mais explícitas durante a década de 1990, no contexto de implementação da reforma; momento em que os empecilhos ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde, conforme fora definido pela constituição, ficaram ainda mais evidentes.⁵²

Após o processo de redemocratização, já no governo do Presidente Fernando Collor de Melo –, o país entrou em um período de ajustes fiscais como estratégia de estabilização econômica. As medidas adotadas naquele contexto impactaram o financiamento dos serviços públicos de maneira geral; e, além disso, as alternativas de reorganização da máquina pública a partir da perspectiva da *new public management* se fortaleciam no país (Diniz, 2001), sendo desfavoráveis à implementação do SUS, dado que limitavam as possibilidades de ampliação dos serviços necessários à universalização do acesso à saúde.

A implantação do SUS a partir da década de 1990: a ênfase na municipalização e seus desdobramentos

Em função da conjuntura econômica pós 1988, a regulamentação dos dispositivos constitucionais estabelecidos foi retardada. Somente em 1990 a Lei Orgânica da Saúde foi aprovada em duas etapas – por meio das leis 8.080/1990 e 8.142/1990 –, se limitando, contudo, à regulamentação do sistema público; na ocasião não foram elaborados dispositivos

⁵² “(...) a implantação da reforma se mostrou, de fato, como um processo ainda de reformulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema híbrido – público e privado (...)” (MENICUCCI, 2007:196).

legais voltados às práticas existentes no setor privado. Mas, a partir da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, o Governo Federal se viu pressionado a dar início a um processo mais contundente de operacionalização do Sistema Único de Saúde.

O tema central da conferência foi a municipalização, uma das diretrizes básicas da reforma e considerada um dos mecanismos fundamentais para torna-la menos vulnerável ao nível central de decisão (Gerschman, 1995). Naquele contexto, outro importante ator coletivo do subsistema da política de saúde se fortaleceu, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), responsável pela coordenação da comissão organizadora da conferência.⁵³ Cabe ressaltar que o movimento municipalista em saúde começou a se organizar em meados dos anos 1980, a partir do fortalecimento dos municípios que fora propiciado (i) pelas experiências das AIS, que facilitaram a criação de uma rede de contatos também entre secretários municipais de saúde (ou seja, não só entre os representantes dos governos estaduais); e pela própria reforma constitucional, que os colocou como importantes atores da política de saúde. (Menicucci, 2007).

Sob a conjuntura de pressão junto ao Governo Federal pela implementação das determinações constitucionais, a descentralização municipal foi adotada como eixo central de viabilização da reforma (Menicucci, 2007; 2014; Abrucio, 2005), o que agudizou os problemas e debates relacionados ao financiamento do SUS; tanto no que diz respeito ao volume de recursos, quanto no que tange à forma de repasse do Governo Federal aos estados e municípios.

⁵³ Atualmente o CONASEMS é o representante do nível municipal de governo na Comissão Intergestores Tripartite. Importa salientar que tal comissão, que adotamos como lócus de verificação das decisões intergovernamentais, foi criada no âmbito do SUS pela NOB/SUS 01/93, que instituiu diferentes condições de gestão das ações e serviços de saúde nos Estados e Municípios, com a incumbência de produzir decisões pactuadas sobre aspectos de gestão e financiamento, relativos a todas os serviços e ações constituintes da política de saúde. Na ocasião de sua criação, ficou estabelecido que tivessem acento na instância: representantes do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O problema era que, em um contexto de ajustes fiscais e tentativa de estabilização econômica, caracterizado pela redução das despesas públicas e gastos sociais, os recursos disponíveis para a viabilização da política eram insuficientes. Além disso, não haviam mecanismos específicos para o financiamento do SUS; somente em 1996 foi instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e, no ano 2000, aprovada a Emenda Constitucional 29, que passou a garantir recursos mínimos para a execução do SUS, a partir da vinculação de recursos orçamentários dos níveis estadual e municipal de governo (12 e 15%, respectivamente). Contudo, a emenda acabou deixando sem determinação precisa o montante de recursos da União a ser investido no setor da saúde; o que foi problemático, por manter o financiamento do setor vulnerável, dado que a maior fatia de contribuição ainda seria de tal nível federativo⁵⁴ – além de demonstrar a força do Governo Federal nos processos decisórios que envolvem os outros níveis de governo (já que parte da receita dos mesmos foram vinculadas). No arranjo cooperativo firmado nestas décadas, apesar das características de descentralização, o nível federal continuou ocupando posição central, detendo o controle do processo decisório, definindo o formato da cooperação e da destinação dos recursos transferidos.

Importa frisar, no entanto, que (a exemplo do nível municipal) a partir do início dos anos 2000, com a circulação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002), que objetivou fortalecer a gestão estadual, ao atribuir à mesma as responsabilidades pela coordenação e pactuação das decisões referentes à organização das redes de assistência à saúde (Machado, 2009), o nível estadual também ganhou papel de destaque no âmbito da política. Tratou-se de uma estratégia de regionalização do sistema, a partir da integração das ações e serviços municipais, dado que o processo de descentralização focada nos municípios

⁵⁴ Tendo em vista que os gastos com o setor de saúde nos estados e municípios foram ampliados, tais decisões acabaram tendo resultados positivos, mesmo tendo havido decréscimo, em termos relativos, do desembolso financeiro por parte da União (Menicucci, 2007; 2014).

na década de 1990, produziu problemas e desequilíbrios, entre os quais está o que se convencionou chamar de “municipalismo autárquico” – fenômeno em que os municípios concorrem entre si pelos recursos públicos e privados disponíveis, além de repassarem custos dos serviços e ações do setor a outros entes federados (Abrucio, 2005; Menicucci, 2014).⁵⁵

De forma paralela a este processo, as divergências entre os interesses em jogo no setor se tornaram mais explícitas e acirradas, especialmente durante a década de 1990. Isto tendo em vista que a IX Conferência Nacional de Saúde foi marcada também por intensos debates, que tonaram evidentes a não coesão e a perda de vigor do Movimento Sanitário, que se tornou desarticulado e fragilizado no início da década de 1990 (Gerschman, 1995). Havia divergências partidárias; a academia acabou se distanciando da prática política; o movimento popular em saúde (MOPS) já vinha se esvaziando desde o final da década de 1980, o que enfraqueceu a possibilidade dos defensores da reforma contar com o apoio mobilizado de parte significativa do público beneficiado; além do fato de que as categorias profissionais ligadas à saúde passaram a se orientar por questões relacionadas ao exercício da profissão, de forma corporativa; e ainda, boa parte dos atores apoiadores formais da reforma não lhe deu sustentação de fato no momento da implementação – como o movimento sindical, cujas categorias, em grande parte cobertas por planos privados de saúde, não seriam diretamente beneficiadas com a implantação do SUS (Menicucci, 2007).

Ou seja, o legado corporativo constituído na trajetória da política, também impactou a implantação da reforma nos anos 1990. De fato, a proposta de estabelecimento de um sistema

⁵⁵ Do mesmo modo, é importante lembrar que o nível estadual também já vinha se posicionando no subsistema da política de saúde desde antes da constitucionalização em 1988. Cabe mencionar também que no ano de 2011, por meio do decreto 7.508 de 26 de junho do mesmo ano, que teve como foco a consolidação das relações federativas e da gestão compartilhada entre os níveis de governo no âmbito do SUS, o governo voltou a tratar da regionalização, um processo necessário e ainda não resolvido no âmbito da política. Neste mesmo decreto, foi determinada a criação das redes temáticas de serviços de atenção à saúde, uma inovação recente do ponto de vista organizacional, que remete a um sistema integrado a partir de regiões de saúde, que conta com aporte de recursos da União, dos Estados e Municípios. Atualmente, o Ministério da Saúde tem dado prioridade à construção de três redes temáticas: Materno-infantil, Urgência e Emergência e Enfrentamento do Crack, Álcool e outras Drogas (Menicucci, 2014).

de saúde igualitário colidiu com “(...) o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação (...), [em que] o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados (...)” (MENICUCCI, 2007: 202).

A partir dos processos políticos que se desenvolveram no campo da saúde, nos anos de 1990, se consolidou outro importante aspecto da relação entre o setor público e o privado na conformação do subsistema do setor, a saber: a regulamentação dos planos de saúde ou “assistência médica supletiva”. O debate sobre tal ponto ganhou visibilidade e adesão de atores governamentais e da sociedade civil, culminando na promulgação da Lei 9.665 de 1998, que colocou as atividades privadas, já institucionalizadas no país, sob o controle governamental, estabelecendo para tanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instância com elevado grau de autonomia, mas vinculada ao Ministério da Saúde.

Estas medidas consolidaram o que Menicucci (2007; 2014) denomina sistema de saúde dual no país, tendo em vista que, a partir das mesmas, a oferta dos serviços de saúde como mercadoria passou a estar acomodada no âmbito do Ministério da Saúde. Embora haja uma clara divisão de funções no que diz respeito (i) à gestão do SUS, que conta com instâncias participativas e de pactuação intergovernamental, contemplando tanto a sociedade civil quanto os gestores dos três níveis de governo; e (ii) ao papel da ANS, que é responsável, exclusivamente, pelo controle sobre a rede suplementar. Não há participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no âmbito das instâncias intergovernamentais estabelecidas para gestão do SUS (Menicucci, 2007; 2014).

A constituição do subsistema da política de saúde é marcado, portanto, pela conformação de uma dualidade entre a perspectiva pública e a perspectiva privada de intervenção (e a formação de atores e interesses nestes dois setores); característica que se inicia com as propostas de intervenção implementadas ainda na primeira metade do Século

XX, e que são mantidas e aprofundadas a partir dos anos 1960, com a implementação do modelo assistencial privatista por parte do Estado Brasileiro – estas escolhas irão reverberar nos processos políticos e decisões ao longo das décadas de 1980 e 1990.

Do ponto de vista das ideias, portanto, além da concepção de um grupo defensor da perspectiva pública de intervenção, se formou outro pautado na defesa da conjugação das intervenções de caráter público, com aquelas provenientes da lógica mercadológica do setor privado; ou seja, da venda dos serviços de saúde para a parcela da população interessada. Tanto que, institucionalmente, se forjam duas estruturas: o SUS, com sua perspectiva publicista, participativa e descentralizada; e a ANS, voltada exclusivamente ao controle e regulação do setor suplementar.

Ainda no que diz respeito às características institucionais é possível perceber a centralidade e força do Governo Federal, ao longo de toda a trajetória da política, na relação com os entes estaduais e municipais; ainda que estes últimos tenham se fortalecido entre os anos 1980 e 2010, a partir das determinações constitucionais relacionadas à descentralização, que lhes atribuiu papel diferenciado no desenvolvimento da política de saúde; e, também, em função das experiências institucionais implementadas entre as décadas de 1970 e 1990, que contribuíram para o surgimento/formação de dois atores coletivos ligados, respectivamente, aos Estados e aos municípios, o CONASS e o CONASEMS. Alguns dos conflitos centrais neste subsistema estão relacionados ao problema público-privado e à relação entre os entes federados no processo de gestão da política, principalmente no que diz respeito às características de financiamento – exemplificamos tais pontos na análise empreendida no quinto capítulo.

3.3. Política de Assistência Social no Brasil: trajetória e características do subsistema

Assim como o setor da saúde, o campo da assistência social também teve seu processo de constituição – no âmbito do Estado – iniciado de forma imbricada à política previdenciária implementada no início do Século XX.⁵⁶ De forma também semelhante ao que ocorreu com as ações do setor de saúde, as práticas e benefícios relacionados à assistência social foram incorporadas aos mecanismos previdenciários como uma das categorias secundárias de serviços ofertados (Boschetti, 2006). Contudo, em comparação com o campo da saúde, o objeto da assistência social naquele período encontrava-se ainda mais turvo e indefinido no interior das CAPs e dos IAPs. Boschetti (2006) demonstra que a própria noção conceitual de assistência social no âmbito destes mecanismos era genérica e aglutinava um conjunto diversificado de práticas, serviços e benefícios – englobando inclusive aqueles que, posteriormente, foram delimitados como específicos do campo da saúde. Dito de outra forma, o objeto central de intervenção das CAPs e IAPs eram as aposentadorias e pensões, havendo clara distinção entre previdência e assistencial social; mas, tanto os serviços médicos, quanto os benefícios como, por exemplo, o auxílio-funeral e o auxílio maternidade eram considerados assistência social, no sentido geral do termo (Boschetti, 2006).

O fato é que até o final dos anos 1920, o Estado Brasileiro atuou de forma muito residual no que diz respeito às ações que posteriormente vieram a ser definidas como específicas do campo da assistência social. Seu papel se resumia, quando muito, ao estímulo às iniciativas já desenvolvidas por entidades filantrópicas a partir do repasse de recursos

⁵⁶ É importante ressaltar que estamos operando com a perspectiva da constituição do campo no âmbito estatal. Essa ressalva é importante, tendo em vista que as ações de assistência social, como oferta de cuidados aos indivíduos pobres, já existiam no Brasil anteriormente (de forma semelhante à também existência prévia das ações de assistência à saúde). Do período colonial até o fim da segunda década do século XX, as Santas Casas de Misericórdia, mantidas pela Igreja Católica, e algumas outras entidades filantrópicas se encarregavam das tarefas de prestar assistência às famílias pobres, aos idosos, à comunidade carcerária e às crianças. Ocorreu, no entanto, que com as transformações econômicas do início do Século XX, outras necessidades decorrentes das novas relações entre capital-trabalho, fizeram com que os problemas e ações específicos da assistência social passassem a ser percebidas e operacionalizadas com outros fins e em outras proporções pelo poder público.

públicos, por meio de convênios e contratos; não havia nenhum tipo de controle sobre os gastos e nem padronização dos serviços ofertados. Tratava-se de uma espécie de donativo ao trabalho caritativo já desenvolvido, cujo objeto da intervenção não era percebido como um problema de incumbência do poder público. Do ponto de vista institucional, o que existiu neste período, portanto, foram serviços assistenciais financiados e desenvolvidos por entidades filantrópicas, com algum subsídio de caráter voluntário do poder público; ou seja, não haviam também mecanismos que induzissem a responsabilização do Estado na prestação de atendimentos socioassistenciais à grande maioria da população; assim como não existia uma proposta governamental de oferta de serviços – o que começa a ser modificado na década seguinte.

Entre as décadas de 1930 e 1960: a criação e o desenvolvimento da LBA e a relação entre o setor público e o privado filantrópico

Os anos 1930 foram importantes em função da promulgação de um conjunto de leis, que evidenciaram uma primeira delimitação do olhar estatal sobre as características de vulnerabilidade de grupos sociais específicos – principalmente em função do ciclo de vida ou faixa-etária –; além do reconhecimento da necessidade de haver algum tipo de proteção institucionalizada a estes, garantida pelo poder público. Como exemplos de dispositivos legais implementados neste período, podemos citar: a já mencionada promulgação (em 1932) do Código de Menores que, entre outras coisas, fixou a idade mínima para o trabalho em 14 anos, estabeleceu a jornada de trabalho de oito horas para os menores e proibiu o trabalho noturno aos mesmos;⁵⁷ além das determinações governamentais que regulamentaram o trabalho

⁵⁷ A regulamentação da jornada de oito horas para os menores pode ser considerada um avanço para o período, tendo em vista que as relações no mercado de trabalho desenvolviam-se quase que exclusivamente a partir das desiguais negociações entre trabalhadores e empregadores. Ou seja, a atuação estatal era frágil ou inexistente.

feminino, proibindo o trabalho noturno às mulheres e estabelecendo regras de proteção das trabalhadoras gestantes, objetivando ainda coibir a discriminação salarial em função do sexo (Boschetti, 2006).

A década de 1930 também foi importante pelo surgimento de algumas instituições e atores, que foram centrais na constituição dos primeiros contornos – e no desenvolvimento posterior – do subsistema da política de assistência social no âmbito do Estado Brasileiro. São os casos da criação da primeira Escola de Serviço Social, no Estado de São Paulo, em 1936; do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), em julho de 1938; e da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1939. A Escola foi fundada por um grupo de senhoras ligadas à Ação Católica Brasileira, com o objetivo estratégico de formar profissionais e qualificar os trabalhos sociais que já vinham sendo desenvolvidos. Ao CNSS, formado no âmbito do Estado e constituído por dirigentes de entidades filantrópicas indicados pelo Governo Vargas, foi atribuído na época a função de avaliar os pedidos de auxílios assistenciais destinados ao poder público e enviá-los aos ministérios da saúde e da educação. Importa salientar que, nas situações de deferimento dos pedidos, os valores repassados eram definidos pelo Governo Federal, sem a existência de nenhum tipo de controle social ou trabalho técnico prévio. Já a LBA é o caso mais emblemático da trajetória de desenvolvimento do campo da assistência social no Brasil. Fundada em 1939 – de natureza jurídica privada – com o objetivo inicial de atender, especificamente, os pracinhas brasileiros enviados à II Guerra Mundial e suas respectivas famílias, esta instituição ampliou consideravelmente o seu raio de atuação, passando a atender em um curto período de tempo, uma grande parcela da população pobre do país.

Tratou-se da primeira instituição de assistência social com atuação de abrangência nacional; cuja experiência, contudo, é atualmente vista com muitas ressalvas pelos profissionais da área social. As críticas centrais são endereçadas ao modelo assistencial

praticado pela instituição, entendido como reforçador dos laços de dependência do público beneficiário com os prestadores dos serviços. Ou seja, a crítica é pautada principalmente no não desenvolvimento da autonomia dos assistidos; e no fato de que o modelo de prestação dos serviços favoreceu o estabelecimento de práticas clientelistas, dado que os mesmos eram ofertados sem o *status* de se tratar de um direito. Dito de outra forma, é ponto pacífico entre os especialistas que o aspecto caritativo e benevolente do trabalho da instituição facilitou o estabelecimento de barganhas entre o público atendido e atores governamentais orientados por interesses fisiológicos.⁵⁸ Tais características, na verdade, foram alçadas das experiências de atendimento das entidades filantrópicas privadas ao âmbito estatal; e, a partir da criação e do desenvolvimento da LBA, passaram a ter importantes reverberações no processo de constituição da política de assistência social e seu respectivo subsistema. Vejamos algumas características mais detalhadas desta instituição.

Em 1942, a Primeira-dama do país, Darcy Vargas, assumiu a presidência da LBA (que passou a estar incorporada formalmente ao Estado), inaugurando o que se convencionou chamar no processo de desenvolvimento das políticas sociais brasileiras de *primeiro-damismo*. Expressão que denota a prática, empregada por várias décadas no país, de nomeação compulsória das primeiras-damas presidenciais para o cargo de direção da principal instituição assistencial existente no território brasileiro; havendo uma forte expressão simbólica de caridade e benemerência da função das primeiras-damas e dos benefícios e serviços ofertados. Com o desenvolvimento e expansão da entidade, este papel e seus atributos simbólicos foram igualmente transferidos e desempenhados nos estados e municípios pelas primeiras-damas estaduais e municipais (Boschetti, 2006).

Entre 1945 e 1964 a LBA “(...) consolidou-se como organismo público dotado de estrutura administrativa e corpo de funcionários próprios, expandindo-se e instalando-se em

⁵⁸ Informação consensual entre os gestores e acadêmicos entrevistados.

todo do país (...)” (Sposati e Falcão, 1989). Em 1945 a instituição já estava presente em 90% dos municípios brasileiros; e de forma paralela à política previdenciária, que ofertava benefícios e serviços assistenciais de forma restrita aos trabalhadores formais urbanos (contribuintes), a instituição se encarregava do atendimento aos demais públicos, ainda não reconhecidos pela política de inclusão do Governo Vargas, como cidadãos com acesso garantido aos direitos sociais; além disso, a instituição atendia também, de forma complementar, parte da população já coberta pelas CAPs e IAPs existentes.

As características do financiamento das ações implementadas pela LBA tornam ainda mais explícito o aspecto de imbricação *público-privado filantrópico* em sua criação e desenvolvimento. Em 1942, momento de formalização de sua incorporação ao Estado, o financiamento da instituição sustentava-se nas contribuições previdenciárias de empregados e empregadores. Contudo, a partir de 1945, apenas as contribuições dos empregadores passaram a ser transferidas à LBA, que retomou a perspectiva de receber doações particulares. É partir deste momento que ocorre o seu maior crescimento, tanto em termos de cobertura do atendimento, quanto de sua estrutura física e patrimonial.

A instituição tornou-se proprietária de suas sedes administrativas e sociais, além de implantar diversos equipamentos em todas as regiões do Brasil. As ações ofertadas à população tornaram-se ainda mais diversificadas, “(...) *estendendo-se a campos bastante variados como creches, orfanatos, hospitais e centros sociais (...), (...)* *assistência em espécie e em natura (alimentação, vestimenta, medicamento), além de cursos profissionalizantes e subvenções a instituições não governamentais*” (Boschetti, 2006: 52). Contudo, não havia nenhum tipo de garantia legal à manutenção dos serviços ofertados. E ainda, tais ações não dispunham de um orçamento claro e transparentemente definido, além do fato de que, os serviços eram executados por funcionários contratados pela LBA, mas também por uma

grande quantidade de grupos voluntários recrutados a partir da perspectiva do apelo humanitário.

A Legião Brasileira de Assistência (LBA) acabou se consolidando “(...) *como uma “estranha” instituição pública de assistência social (...)*” (Boschetti, 2006: 52). Afirmção justificada pelo fato da LBA ofertar serviços assistenciais em todo o território nacional com recursos públicos e, ao mesmo tempo, provenientes de doações; além de sustentar suas intervenções a partir dos princípios da beneficência e benevolência advindos das práticas assistenciais privado-filantrópicas. A instituição representa “(...) *o mais nítido exemplo de simbiose público-privado que marca as relações sociais brasileiras no campo da assistência social*” (Boschetti, 2006: 52); tendo se desenvolvido vinculada e, ao mesmo tempo, paralela ao sistema previdenciário implementado. Ainda que passando por mudanças, como veremos adiante, a LBA se manteve na estrutura do sistema de proteção social brasileiro até os anos 1990.

Ainda entre os anos de 1945 e 1964, o governo regulamentou a prática de subvenções às instituições assistenciais privadas – outra importante inovação institucional. A partir da atuação do CNSS, o Governo Federal passou a certificar entidades sociais com o título de filantropia. Medida que tornou possível isentá-las do pagamento de impostos e contribuições sociais; e que, principalmente, institucionalizou: (i) as práticas filantrópicas e suas relações com o poder público; (ii) a transferência de recursos financeiros às entidades sociais; e (iii) a transferência de responsabilidades públicas estatais para a iniciativa privada – sem o estabelecimento de mecanismos de controle adequados. Dito de outra forma, as entidades sociais certificadas poderiam atender a população da maneira que melhor lhes aproovessem, não havendo nenhum dispositivo indutor da padronização dos serviços ofertados e do público a ser atendido.

O período (1945-1964) é marcado, portanto, pelo destaque das questões sociais no âmbito estatal, a partir do funcionamento dos já existentes Institutos de Aposentadorias e Pensões – organizações de natureza jurídica pública, centralizadas no nível federal de governo –, que garantiam acesso (como direito constituído) aos seus serviços e benefícios ofertados de forma restrita aos trabalhadores urbanos formalmente empregados; e, de forma paralela, pelo desenvolvimento de outro conjunto de práticas assistenciais de natureza caritativa e, ao mesmo tempo, amparadas por instituições públicas – com fortes traços de clientelismo – destinadas principalmente àqueles que se encontravam na condição de pré ou não cidadãos.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1946, que tinha características descentralizadoras, dando poderes e competências aos entes federados estaduais e municipais, esperava-se uma nova configuração das práticas sociais; que deveriam se tornar mais abrangentes, de natureza pública e articuladas (de forma concertada) entre os três níveis governamentais (Boschetti, 2006). Mas, o que se assistiu foi a expansão e consolidação da LBA, que aprofundou no âmbito do Estado o modelo assistencial surgido no setor privado (caritativo e filantrópico). Além disso, o Estado incentivou a criação não coordenada de outras instituições assistenciais públicas e privadas, promovendo o desenvolvimento de uma conjuntura marcada por ações fragmentadas, pontuais e desordenadas.

Portanto, o que se tem até aqui é: (i) o estabelecimento de um sistema assistencial excludente, no que diz respeito à oferta de serviços como um direito; com aspectos de dualidade expressos na existência de serviços públicos (ofertados pelos IAPs sem especificação clara, ou seja, no bojo do que era considerado assistencial) e também ações de cunho caritativo; (ii) uma estrutura de sustentação financeira que congrega o financiamento público e o privado; (iii) o fortalecimento dos atores filantrópicos e suas respectivas ideias, a partir da atuação do próprio poder público; além (iii) da centralização das decisões sobre todo este conjunto no nível federal de governo, tanto em função do controle exercido sobre os

institutos públicos, quanto pelas ações desenvolvidas por meio da LBA e das certificações concedidas pelo CNSS.

A partir de 1964, o governo militar, no intuito de conquistar o apoio da população, implementou medidas que implicaram (a) expansão da cobertura social e, ao mesmo tempo, (b) acentuação da centralização das decisões e recursos no nível federal. A expansão mais significativa – conforme já demonstramos – ocorre no processo de unificação dos IAPs com a criação do INPS (em 1966), centralizado e gerido pela burocracia tecnocrática do governo federal. Importa salientar que a proposta de criação de algo semelhante, um Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB), já existia no projeto original da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), aprovada em 1960, que previa a uniformização dos benefícios, universalização da cobertura e unificação administrativa (Malloy, 1986; Boschetti, 2006). Contudo, também é fato que o governo militar fez uso de tal alternativa com o objetivo exercer maior controle sobre os trabalhadores e as entidades de classe. (salientamos que, neste momento, ainda não havia definição clara sobre as especificidades de uma política de assistência social no âmbito do Estado, as ações pertinentes ao setor ainda estavam no bojo das intervenções e serviços considerados genericamente assistenciais).

Outras medidas (previdenciárias e trabalhistas) do período merecem ser mencionadas: como a incorporação do Seguro Acidente de Trabalho à previdência social; a instituição do Fundo de Assistência Rural (FUNRURAL) em 1971, que passou a incluir trabalhadores rurais na previdência;⁵⁹ e a incorporação dos trabalhadores domésticos e autônomos ao sistema previdenciário, o que ocorreu, respectivamente, nos anos de 1972 (até então, o trabalho doméstico não era reconhecido como profissão e não havia um salário mínimo definido) e 1973 (Boschetti, 2006). Medidas que significaram ruptura parcial com a lógica do direito à assistência (de maneira genérica) apenas aos trabalhadores estáveis. Mas, os trabalhadores

⁵⁹ Os trabalhadores rurais passaram a ter direito a quatro tipos de benefícios: aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade aos 65 anos, pensão por morte e auxílio-funeral.

urbanos sem vínculo formal de trabalho permaneciam excluídos da política previdenciária e, conseqüentemente, contando com o amparo das instituições assistências de cunho caritativo, como a LBA e outras entidades subsidiadas.

A década de 1970: formulações centralizadas, inovações institucionais e o surgimento de grupos reformistas alinhados à ideia da assistência social como um direito de cidadania

As inovações específicas do campo da assistência social começam a ocorrer na década de 1970, a partir da criação de um conjunto de agências centralizadas no governo federal, que vão dando um caráter mais público ao setor, mas, ao mesmo tempo, mantendo aspectos marcantes já estabelecidos na trajetória. Em 1974, como mais uma estratégia de legitimação, o governo militar, que já apresentava fortes sinais de crise, criou o já mencionado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao qual a LBA foi incorporada com o *status* de fundação pública. Neste mesmo período, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) – instituição assistencial criada em 1964 e vinculada ao Ministério da Justiça – também passou a integrar a carteira de serviços coordenados pelo MPAS. A FUNABEM consolidou-se como uma entidade que desenvolvia atividades “(...) assistenciais e punitivas a jovens e adolescentes autores de atos infracionais (...)” (BOSCHETTI, 2006: 55). E também o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que atuava principalmente com o aspecto nutricional no campo assistencial, passou a fazer parte do ministério – como veremos, este é o traço embrionário de uma das frentes de atuação do campo da assistência social (a segurança alimentar). Tal frente foi se modificando ao longo das décadas e tornou-se parte constituinte do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) nos anos 2000.

Ainda em 1974 foi instituído pelo Governo Federal um benefício denominado Renda Mensal Vitalícia (RMV), que possuía características tanto da assistência social não contributiva, quanto da lógica do seguro social que sustentava a maior parte da política previdenciária vigente. O benefício consistia na garantia mensal do valor de meio salário mínimo às pessoas maiores de 70 anos e pessoas com deficiência. No caso destas últimas, não havia necessidade de já ter contribuído com o sistema previdenciário em algum momento da vida; já aos idosos, a concessão do benefício era condicionada à comprovação de baixa-renda (o que é uma característica histórica da assistencial social no Brasil) e à contribuição prévia de 12 meses à previdência ou à comprovação de ter exercido atividade remunerada durante pelo menos cinco anos, mesmo sem ter recolhido as contribuições (Boschetti, 2006).

Alguns anos depois, em 1977, o governo implementou, a partir do MPAS, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Um esforço em estabelecer um sistema coerente de proteção social, integrando as políticas de previdência, assistência médica/farmacêutica e assistência social; além de mecanismos que permitissem ao poder público supervisionar as entidades não governamentais vinculadas. A tentativa de distinção entre previdência e assistência social era visível; e, embora tenha sido alcançado algum sucesso na separação das funções institucionais, a fonte de financiamento permaneceu sendo única, o Fundo de Previdência e Assistência Social (estabelecido em 1979). Tal aspecto reforçou as características de imbricação entre os dois campos.

O que ocorre até o final dos anos 1970 no âmbito do Estado Brasileiro é a expansão das políticas assistenciais de forma fortemente centralizada no âmbito federal. Houve algumas inovações institucionais e, ao mesmo tempo, a manutenção de características estruturais forjadas a partir dos anos 1940. Ou seja, a assistencial social se manteve como prática governamental residual, difusa em termos de objetivos, frágil no que diz respeito ao financiamento e fortemente sustentada pela prestação de serviços por entidades privadas –

com a contribuição do setor público por meio de subvenções. O campo ainda encontrava-se fortemente marcado por características de clientelismo e paternalismo (Sposati, 1989).

Mas, já vinham se constituindo movimentos reformistas que defendiam alterações no setor, visando à constituição de uma política assistencial específica e de caráter não contributivo, garantida como um direito de cidadania. Parte deste movimento ganhou força em função da realização do II e III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, respectivamente em 1976 e 1979; eventos que tiveram como marca o alinhamento dos profissionais e intelectuais do Serviço social à concepção (ideia) de que a assistência social deveria ser assegurada pelo Estado como um direito, contrapondo-se à prática vigente de deixar tais responsabilidades a cargo das instituições filantrópicas (Sátyro e Cunha, 2011).

Os anos de 1980: a constitucionalização da política de assistência social como um direito de cidadania e de responsabilidade dos três níveis de governo

Assim como no processo que se desenvolveu no campo da saúde, nos primeiros anos da década de 1980 foram realizados diversos eventos acadêmicos e debates organizados por entidades de classe (assistentes sociais), com o objetivo de difundir a ideia da assistência social como um direito de cidadania. Em 1986, com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), abriu-se uma *policy window* (Kingdon, 2003) para que estas novas ideias, gestadas a partir do final dos anos de 1970 pudessem ser apresentadas como alternativas à reforma do campo social e, principalmente, da política de assistência social (Sátyro e Cunha, 2011). Como resultado deste processo, a constituição lavrada em 1988 deu novo desenho institucional ao campo social, determinando o estabelecimento de um sistema nacional de seguridade social, constituído pela política previdenciária, pela política de saúde e pela política de assistência social – tornando o acesso a esta última um direito não

[diretamente] contributivo e a quem dele necessitar –; além de determinar a descentralização das políticas aos entes estaduais e municipais da federação; mas, mantendo suas respectivas coordenações no nível federal de governo.

Especificamente no caso da assistência social, importa frisar que a Carta Magna (1988), embora tenha dado diretrizes de caráter público-estatal à política – determinando sua execução e financiamento tripartite, por meio de esforços conjuntos entre a União, os estados e os municípios; além de instituir o Benefício (não contributivo) de Prestação Continuada (BPC)⁶⁰ –, também consolidou (endossando a legitimidade) as ações desenvolvidas pelo setor privado (filantrópico) a partir do estabelecimento de contratos e convênios com o poder público.⁶¹ Era previsível que as entidades filantrópicas, garantidoras dos trabalhos assistências no âmbito do Estado desde a década de 1930, não fossem alijadas completamente da nova política assistencial constituída. Ou seja, embora os movimentos reformistas do campo tenham se fortalecido no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, as ideias, instituições e atores do campo filantrópico vinham se enraizando no âmbito estatal desde o início dos anos 1940 e, por isso, tinham recursos políticos suficientes para exercer influencia durante o processo decisório da ANC (atores vinculados à LBA, por exemplo, tiveram papel ativo nos eventos e debates ocorridos neste processo). O campo de atuação específico da política de assistência social no âmbito do Estado ganha forma explícita no processo constituinte; a partir deste marco, os atores e ideias forjados de forma latente e dispersa, nas décadas anteriores, vão se posicionar no subsistema da política, conforme veremos a seguir.

⁶⁰ Com características bastante semelhantes à Renda Mensal Vitalícia (RMV); ou seja, destinada aos idosos (65 anos) e deficientes pobres, mas tornando-se totalmente não contributiva. Mais tarde o benefício terá a característica de ser pago pela previdência – que controla seu financiamento – mas gerido em alguns aspectos pela assistência social, que o tem como um dos seus benefícios.

⁶¹ A participação da população nos processos posteriores de formulação e regulamentação da política de assistencial social, assim como de controle de sua execução também foram garantidos pela constituição.

Os anos de 1990 e 2000: a implementação e consolidação da política constitucionalizada, a concentração decisória no âmbito federal e o posicionamento dos atores no subsistema

Assim como no campo da saúde, a década seguinte à constituição (1990) é marcada pelos primeiros esforços de implementação das determinações constitucionais (reformadoras) sobre a política de assistência social. Contudo, o processo de consolidação institucional no âmbito da assistência social acabou sendo mais lento do que o processo que se desenvolveu na área da saúde. A exemplo do que ocorreu neste último setor, na área da assistência social também foi elaborada e sancionada, em 1993, uma lei de regulamentação geral; a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Importa salientar que se fortaleceu também, no final dos anos 1980, o movimento de defesa dos direitos das crianças e adolescentes, que culminou na promulgação da Lei 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) que, entre outras determinações, institui medidas que extinguem a FUNABEM.

Formulada a partir de um amplo debate social, fomentado por vários seminários e eventos, contando com a participação de trabalhadores da LBA, assistentes sociais, políticos e acadêmicos, a LOAS teve como pontos centrais: (i) a definição de que a gestão da política se daria por meio da criação de um sistema único nacional, descentralizado e participativo, composto pelos três níveis de governo e pelas entidades sociais filantrópicas – havendo também a previsão de fóruns voltados à viabilização das relações e decisões conjuntas entre o governo, os Estados e os Municípios; (ii) a extinção do CNSS e o estabelecimento do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), como instância deliberativa de composição paritária, incluindo o governo e a sociedade civil⁶² – além de induzir a criação de instituições equivalentes nos níveis estadual e municipal, em função das regras de financiamento; (iii) e o

⁶² O estabelecimento deste novo Conselho no âmbito federal objetivou garantir a participação popular e o fortalecimento da ideia da política de assistência como um Direito. Contudo, naquele contexto, o novo arranjo também herdou aspectos e atores ligados à filantropia e às práticas assistencialistas forjados nas décadas anteriores.

ato de estabelecer o planejamento e o financiamento da assistência social como competências estatais; criando como mecanismos de transferências intergovernamentais no âmbito da política, o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS); os Fundos Estaduais de Assistência Social (FEAS) e os Fundos Municipais de Assistência Social (FMAS).

A partir da aprovação, pelo CNAS, da primeira Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 1998 (já no Governo FHC) – esta última determinação da LOAS (referente ao financiamento) passou a significar o estabelecimento de fluxos mais práticos e dinâmicos nos processos de transferências intergovernamentais; dado que os aportes financeiros passaram a ocorrer de forma quase automática (do governo federal aos estados e municípios), desde que as exigências para a adesão – especificadas pela PNAS – fossem cumpridas; quais sejam: a criação e o efetivo funcionamento de um Conselho de Assistência Social; a criação de um Fundo de Assistência Social, com aportes próprios de recursos (municipais ou estaduais); e a elaboração de um Plano de Assistência Social. Importa salientar, conforme demonstram Sátyro e Cunha (2011) e – de forma transversal – Arretche (2012), que as determinações da LOAS e alguns dos seus desdobramentos posteriores significaram, de maneira geral, maior concentração dos aspectos de formulação e financiamento da política, no âmbito da União; ficando os entes estaduais e municipais quase que somente com a função objetiva de executar a política, ao aderir às propostas elaboradas no nível federal.

Entretanto, outras decisões durante os mandatos do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) merecem ser mencionadas. (i) A primeira delas é a extinção da LBA⁶³ e do então Ministério do Bem-estar Social, que foram substituídos pela Secretaria de Assistência Social (SAS), criada no âmbito do ainda existente Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Foi em função da criação desta secretaria que a elaboração da já

⁶³ Na reforma da previdência social, enviada pelo governo ao congresso naquela ocasião, havia sido proposto o fim da isenção fiscal para as entidades filantrópicas. Mas, houve forte movimentação e pressão destas entidades (e também dos funcionários da LBA) junto aos parlamentares para que o fosse retirado da reforma.

referida primeira Política Nacional de Assistência Social tornou-se viável, vindo a ser aprovada três anos mais tarde pelo CNAS.

Ainda em 1995, o governo criou (ii) o Programa Comunidade Solidária; uma iniciativa considerada controversa e retrógrada pelos profissionais do campo,⁶⁴ por se tratar de uma proposta de coordenação das atividades sociais existentes no âmbito do governo, no intuito de criar uma ação concertada, voltada ao atendimento dos segmentos mais vulneráveis da população; mas que não fornecia financiamento complementar às atividades já existentes (o que acabou inviabilizando a proposta) e era coordenada pela primeira dama do país. Em função da política de reforma administrativa daquele contexto – e também pelos efeitos das ideias e interesses forjados na trajetória da política – o governo federal voltou a legitimar a atuação da Sociedade Civil na provisão de serviços sociais, ao fortalecer a política de contratos e convênios com organizações públicas sem fins lucrativos.

Em 1999, (iii) a SAS regulamentou a primeira Norma Operacional Básica do campo da assistência social (NOB 01/99), que definiu com maior clareza as funções de cada nível de governo no sistema único nacional, estabelecido pela LOAS em 1993; além de criar as Comissões Intergestores Bipartite (âmbito estadual) e a Comissão Intergestores Tripartite (âmbito Federal), como instâncias de deliberação e pactuação entre os gestores dos três níveis de governo.⁶⁵ Por fim, (iv) uma última e destacada inovação ocorrida neste período, é a criação das políticas federais de transferência direta de renda: o Programa Bolsa-Escola do Ministério da Educação (criado no nível local e levado para o âmbito federal); o Programa Nacional de Renda Mínima do Ministério da Saúde (que ficou conhecido como Bolsa-Alimentação); além do Programa Auxílio-Gás, do Ministério de Minas e Energia – propostas, portanto, não especificamente do campo da assistencial social, mas que serão unificadas pela

⁶⁴ Compreensão consensual entre os entrevistados.

⁶⁵ Mais tarde, a exemplo do caso da saúde (embora não tenha se tratado de um processo de constituição com as mesmas características), foram criados: o Fórum Nacional de Secretários de Estado da Assistência Social (FONSEAS) e o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Saúde (CONGEMAS). Coletivos que passaram a representar os acentos reservados aos estados e municípios no âmbito da CIT do setor.

lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004, a partir da criação do Programa Bolsa Família (PBF), um benefício assistencial de renda, forjado de forma paralela ao conjunto de serviços e benefícios específicos da política de assistência definidos constitucionalmente.

A primeira grande proposta de cunho assistencial do Governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) foi o Programa Fome Zero.⁶⁶ Tratou-se de uma proposta de erradicação da fome e suas causas estruturais em todo o território nacional, que atuou em três frentes: a construção participativa de uma Política Nacional de Segurança Alimentar; a articulação e compartilhamento das ações entre os três níveis de governo e todos os ministérios; e a criação e coordenação de um conjunto de políticas e ações complementares voltadas ao combate das causas imediatas da fome e da insegurança alimentar (Brasil, 2003). Contudo, já em janeiro de 2004, o governo criou o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); tratou-se do estabelecimento de uma estrutura que agregou outras já existentes, incumbidas de atuar em aspectos sociais distintos – inclusive o setor responsável pelo Programa Fome Zero. No âmbito do MDS foram gestados os últimos contornos institucionais e constituídos os mais recentes atores do subsistema da política de assistência social no país.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome foi constituído a partir da junção de três estruturas já existentes: o Ministério da Assistência e Promoção Social (criado também em 2003, durante a primeira formação ministerial do Governo Lula); o Ministério Especial de Segurança Alimentar (MESA); e a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC). Tratam-se de agências públicas que se constituíram por meio de processos de formação burocrático-institucionais distintas. Embora representem frentes de atuação que estiveram imbricados em boa parte da trajetória do campo assistencial, vimos que a partir da primeira metade dos anos 1970, algumas decisões estatais, como a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e o estabelecimento da Renda Mensal Vitalícia

⁶⁶ Programa Nacional de Acesso à Alimentação – Fome Zero, Lei 10.689 de 13 de junho de 2003.

(RMV), iniciaram um processo de especificação dos problemas passíveis de intervenção pelo setor; deste processo foram maturadas ideias específicas e forjadas estruturas distintas no âmbito do Estado, que passaram a conviver institucionalmente com a criação do MDS.⁶⁷ Com isso, alguns conflitos se tornaram mais evidentes e, entre eles, os que mais nos interessam (e que nos ateremos aqui) são provenientes das relações entre o campo e a estrutura constituída da assistência social *estricto-sensu* e os benefícios de transferência de renda.

A construção da ideia de transferir renda a uma parcela específica da população, como forma de proteção social, acabou tomando dois caminhos distintos no decorrer da trajetória. De um lado, próximo à perspectiva inicial da Renda Mensal Vitalícia (RMV), configurou-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC); com uma proposta de gestão, no mínimo híbrida, se consideramos tratar-se de um Benefício do campo da Assistência Social, mas pago e controlado financeiramente no âmbito da previdência social, o que possibilita alguma entrada do setor da assistência social em sua gestão, mas, ao mesmo tempo, diminui drasticamente a autonomia de tal setor em relação às possibilidades de expansão, ajustes financeiros e alterações nos critérios de inclusão e recebimento. Ainda assim, este é um benefício que não é alvo de disputa entre os diferentes setores de atuação que passaram a compor o MDS; as tensões existentes neste caso são externas ao ministério, se dando na relação entre assistência e previdência social.

No outro caminho em que as ideias relacionadas à transferência de renda se implementaram, constituíram-se os diversos benefícios que, em 2004, foram aglutinados e transformados no Programa Bolsa Família. Aqui é preciso tratar da distinção conceitual e de trajetória existente entre: (i) o campo dos serviços de assistência social, representado no âmbito do MDS pelos atores provenientes do Ministério da Assistência e Promoção Social,

⁶⁷ Atualmente o MDS é constituído pelas seguintes instâncias: Secretaria Nacional de Renda e Cidadania; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; Secretaria Nacional de Assistência Social; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; e a Secretaria de Articulação Institucional e Parcerias.

que mais tarde, já alocados na Secretaria Nacional de Assistência Social, criariam o Sistema Único de Assistência Social (SUAS); e (ii) a política de transferência de renda representada e implementada pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC).

Encabeçado por profissionais do campo da assistência social (em grande parte, assistentes sociais), que vinham participando desde a década de 1970 dos congressos, movimentos sociais e conferências específicas, que possibilitaram a inclusão dos artigos sobre a assistência social na constituição de 1988 e, posteriormente, a elaboração e aprovação da LOAS na década de 1990, o grupo ligado à perspectiva de implementação de uma política de assistência social garantida pelo Estado em todos os seus aspectos, como um direito de cidadania, viu na eleição do primeiro Governo Lula, uma oportunidade para elaborar e consolidar, de fato, a proposta de um Sistema Único de Assistência Social.⁶⁸ Dado que, desde a década de 1990, já se ensaiava no âmbito da assistência social, a estruturação de uma proposta mais efetiva para o funcionamento de um arranjo com tal envergadura.

Ocorre que, no âmbito da política de Saúde neste período, já havia o funcionamento relativamente exitoso (de aproximadamente 20 anos) do Sistema Único de Saúde (SUS); além de se tratar de uma política em que vários assistentes sociais haviam tido experiências profissionais anteriores ao estabelecimento de uma política específica no campo da assistência. Um destes profissionais – que tiveram a experiência de atuar no SUS – foi exatamente o então responsável, no âmbito da Secretaria Nacional de Assistência Social, pela articulação e desenho do Sistema Único de Assistência Social. Em decorrência destes aspectos, o SUAS acaba sendo elaborado – em pese o fato de ter havido debates e grupos de trabalho de outra ordem – de forma espelhada ao desenho que já funcionava no âmbito do SUS.⁶⁹

⁶⁸ Informação apresentada por sete entre os 10 entrevistados.

⁶⁹ O processo de difusão das características do SUS para o campo da Assistência Social foi também um ponto consensual entre todos os entrevistados na pesquisa. Há relatos de que o setor responsável no âmbito do MDS

A proposta de sistema único elaborada e aprovada teve as seguintes características: (i) reafirmação do papel de coordenação da União, responsável por garantir um padrão nacional à política, que seria executada conjuntamente com os estados e municípios; (ii) o estabelecimento de níveis de adesão à gestão (inicial, básica e plena) para os entes estaduais e municipais – significando distintas responsabilidades na execução da política; e (iii) o estabelecimento de níveis de atendimento (Proteção Social Básica e Proteção Social Especial), com serviços hierarquizados de acordo com a complexidade (Serviços de Proteção Social de Baixa, Média e Alta Complexidade); (iv) além de definir com maior precisão os critérios de inclusão e relacionamento entre o setor público e privado, a partir da concepção das redes socioassistenciais.⁷⁰

Entretanto, ainda no processo de junção das diferentes estruturas para a composição do MDS, já havia um movimento, por parte deste grupo ligado ao campo da assistência social, que defendia a inclusão do benefício de transferência de renda então estabelecido, o PBF, entre as ações geridas pela Secretaria Nacional de Assistência Social. O argumento central era de que, a transferência direta de renda, a exemplo do BPC, é uma das formas de intervenção para garantir proteção socioassistencial aos cidadãos; logo, se trataria de uma incumbência da política de assistência social. Contudo, a configuração do ministério, com a manutenção de

teve reuniões com o setor de saúde e, inclusive, importou técnicos desta área para atuar na Secretaria Nacional de Assistência Social, como auxiliares na elaboração da proposta do SUAS. Importa esclarecer que a difusão é o processo pelo qual as escolhas políticas em um dado subsistema de política pública afetam as escolhas políticas em outros subsistemas. Neste processo, os *policymakers* de um dado setor fazem uso do conhecimento sobre arranjos administrativos, instituições e ideias já produzidos em outro setor de política. Em muitos casos, este processo pode levar à construção de semelhanças crescentes ao longo do tempo. Ou seja, o conceito possibilita argumentar que aspectos de determinadas políticas podem ser resultado de decisões forjadas a partir de referências que estão além dos seus respectivos subsistemas. A literatura identifica quatro mecanismos causais que podem conduzir os setores de política a tal processo: a emulação, a concorrência, a coerção e a aprendizagem. (ver: Obinger, Schmitta e Starkea, 2013). No caso das duas políticas em análise, entendemos que a difusão se deu a partir do mecanismo de aprendizagem, que denota o processo em que: os *policymakers*, durante a formulação das políticas públicas, se confrontando com pressões e problemas relacionados às escolhas mais pertinentes, optam pela adoção de arranjos e estruturas de políticas já implementadas, e que tiveram sucesso em outros setores, o que reduz a incerteza das consequências das escolhas (Obinger, Schmitta e Starkea, 2013).

⁷⁰ Cabe salientar que a implantação do SUAS, assim como todas as iniciativas de consolidação da assistência social como uma política de Estado sustentada na perspectiva de direito, não foi um processo de fácil aceitação por todos os atores envolvidos. Dado que a implementação do sistema fragilizava ainda mais grupos interessados no uso clientelístico das políticas assistenciais.

uma secretaria específica encarregada da gerencia do PBF, significou uma primeira derrota do grupo ligado ao SUAS nas relações com a principal política de proteção por meio da garantia de renda, existente no âmbito Federal.

Importa salientar que, por outro lado, a estrutura técnica e administrativa a partir da qual se originou a SENARC, também têm origens específicas e bastante distintas daquelas que constituíram a Secretaria Nacional de Assistência e o SUAS. No âmbito da SENARC havia um grupo de perfil técnico-gerencial, formado por profissionais de múltiplas áreas (muitos economistas e sociólogos), com objetivos voltados à garantia do funcionamento das políticas implementadas com base em critérios pragmáticos de efetividade e eficiência (havia também maior capacidade técnica neste grupo⁷¹). O que fora entendido como o perfil mais adequado à gestão de uma política nacional de transferência direta de renda, com tal envergadura. Contudo, as questões de preocupação específica do grupo responsável pela transferência de renda, acabariam se cruzando com outros setores governamentais e, entre eles, a assistência social. A transferência de renda dependia de um cadastro dos atendidos (tendo sido criado o CAD-ÚNICO) e, de forma complementar, do acompanhamento posterior das famílias beneficiárias; para que as condicionalidades fossem cumpridas ou as sanções aplicadas de forma coerente. E ainda, era preciso, principalmente, criar um conjunto de medidas complementares que incentivasse os atendidos à busca por meios emancipados de subsistência. A partir destas necessidades, as relações entre o PBF e a assistência social, ligada ao SUAS, tornam-se mais próximas, já que esta última passa a ter papel importante no acompanhamento e cadastro das famílias, além de ofertar parte das ações complementares. Processo que se desdobrou na elaboração do “Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS”, em 2009; um documento de caráter normativo, cuja produção foi articulada pelo grupo ligado à assistência social *estrito*

⁷¹ Ponto também consensual entre todos os entrevistados.

sensu, que visou induzir a articulação entre serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do SUAS, a partir da corresponsabilidade e participação dos três níveis de governo; uma proposta de sucesso limitado, como veremos no quinto capítulo.

Com esta exposição visamos demonstrar que, no campo da assistência social, as características historicamente constituídas do subsistema de política pública têm como elementos centrais: (i) a centralização financeira e das decisões mais importantes da gestão, no âmbito do Governo Federal (característica que foi sendo reforçada por aspectos gerais da trajetória, mas que ganhou forma explícita, a partir da Constituição de 1988 e pelas legislações posteriores); (ii) forte participação do setor privado filantrópico, que é parte constituinte, de fato, do funcionamento do SUAS – embora seu poder de influência tenha sido sensivelmente reduzido com a implantação das diretrizes do sistema nacional. Ou seja, diferentemente do caso da saúde, as ações privadas desenvolvidas no campo da assistência – e levadas para o âmbito estatal ao longo da trajetória – permanecem no interior da política estatal, mas sob as novas regras gerais de funcionamento do sistema único, passando a ser atores coadjuvantes ou acessórios. Como vimos, no caso da política de saúde, criou-se uma agência de fiscalização específica da rede suplementar privada, que não se submete à maioria das determinações do SUS. Além disso, vimos que existem diferentes aspectos de cisão nas relações entre a gestão do SUAS e a dos benefícios de transferência de renda.

Visando dar clareza ao formato atual das políticas analisadas e explicitar os aspectos que sustentam a análise comparada das decisões intergovernamentais do quinto capítulo, na sequência tratamos de forma resumida da configuração institucional atual das políticas nacionais de saúde e assistência social, com foco na organização dos serviços e ações ofertados e nas características estruturais das relações intergovernamentais verticais de cada domínio.

CAPÍTULO 4 – As políticas de saúde e assistência social no Brasil: configuração atual e o formato das relações intergovernamentais

Neste capítulo tratamos de forma resumida da configuração estrutural atual das políticas nacionais de saúde e assistência social, com foco na organização das ações e serviços ofertados à população e nas características das relações intergovernamentais abordadas no primeiro capítulo. O objetivo central é apresentar os aspectos que possibilitam verificar a hipótese de que, resguardadas as respectivas naturezas dos setores, as políticas nacionais de saúde e assistência social contam, atualmente, com estruturas e regras decisórias similares, no que diz respeito (entre outras características) à produção de decisões conjuntas entre os níveis de governo.

A organização do capítulo é a seguinte: inicialmente, a partir das determinações da legislação, fazemos uma apresentação sintética das características estruturais das duas políticas. Abordamos os aspectos constitucionais e seus desdobramentos consolidados por legislações posteriores, dando ênfase às características gerais da distribuição formal de competências entre os entes federados e à organização dos serviços destinados à população (*4.1. Políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil: sobre a distribuição das competências federativas e a organização dos serviços e ações*). Em seguida, fazemos uma rápida comparação das características de organização dos serviços e ações ofertados pelas duas políticas; e dos aspectos das relações intergovernamentais em cada setor e, à luz da discussão apresentada no primeiro capítulo, fazemos algumas considerações sobre as implicações, para as relações intergovernamentais, das características fiscais e de gestão existentes nos dois campos (*4.1.3. A Organização dos serviços e ações e a estrutura das relações intergovernamentais: similaridades e implicações*).

4.1. Políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil: sobre a distribuição das competências federativas e a organização dos serviços e ações

Autores como Franzese e Abrucio (2009; 2013) argumentaram – e demonstramos no capítulo anterior – que alguns aspectos do desenho e da implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil tiveram impactos para além do seu respectivo setor de política. É bastante propagada, entre gestores e acadêmicos, a compreensão de ter havido um processo de difusão (Shipan e Volden, 2006; Obinger, Schmitta e Starke, 2013) do Sistema Único de Saúde (SUS) para a Assistência Social, principalmente no que diz respeito aos arranjos adotados para a descentralização, repartição de competências executivas e fiscais; e dos tipos de instâncias e fluxos formais estabelecidos para as relações entre os níveis de governo.

Assumimos que este processo de difusão é factível, dado que o arranjo de funcionamento do SUAS, realmente apresenta características semelhantes à configuração estabelecida no âmbito do SUS (conforme veremos adiante). Entretanto, entendemos que os padrões das decisões intergovernamentais produzidas no campo da assistência social (que demonstramos no quinto capítulo), não podem ser explicados, exclusivamente, a partir da estrutura institucional forjada a partir deste processo difusivo, assim como também não é possível compreender a dinâmica decisória no campo da saúde, unicamente a partir da observação de suas características estruturais. Ou seja, apesar de concordarmos com a existência do processo de difusão, que faz com que as duas políticas apresentem características de similaridade no que diz respeito às estruturas formalmente estabelecidas, trabalhamos com a já mencionada hipótese de que os campos possuem naturezas de intervenção distintas e subsistemas de política pública específicos, que dão contornos diferenciados aos processos políticos desenvolvidos em seus respectivos âmbitos. O argumento é que dinâmicas políticas distintas podem se desenvolver sob estruturas decisórias

formalmente similares, quando atores, interesses e ideias são forjados por trajetórias particulares, se constituindo como elementos específicos de cada política investigada.

Entretanto, na sequência deste capítulo, abordamos somente as características estruturais formais das duas políticas analisadas na atualidade (como uma fotografia no tempo). Apesar de não bastarem como fatores explicativos dos padrões decisórios no âmbito das CITs, os aspectos da estruturação formal dos setores, necessariamente compõem a constelação de elementos que precisa ser mobilizada para analisar as relações (e suas consequências) entre atores, interesses e níveis de governo no âmbito das duas políticas. Ou seja, é também a partir dos contornos institucionais atuais que as interações no âmbito das políticas ocorrem.

Os quadros a seguir sintetizam as características determinadas pela legislação no que diz respeito respectivamente: à natureza das políticas e organização dos serviços e ações; e à estrutura das competências federativas e relações intergovernamentais. Os tópicos subsequentes tratam destas características de forma descritiva. No caso da política de saúde, os documentos de referência utilizados foram: a Constituição Federal de 1988 (artigos 194 e 195; 196 a 200), as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (LOS), a Lei 9.665 de 1998 (regulação do setor privado), a Emenda Constitucional 29/2000, a Portaria 545/1993 (NOB), a Portaria 2.203/1996 (NOB), a Portaria 373/2002 (NOAS), o Pacto Pela Saúde (Portaria 399/2006), além do Decreto 7.508/2011 e da Lei 12.466/2011. Já em relação à política de Assistência Social: os artigos 194 e 195; 203 e 204 da Constituição Federal de 1988, a Lei 8.742/93 (LOAS), a Instrução Normativa 01/97, a Resolução/CNAS Nº 109/2009 (Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais), a Resolução/CIT Nº 7/2011 (Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social), a Lei 12.435/2011, além da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) e das Normas Operacionais Básicas/SUAS de 2005 e 2012.

Quadro 01: Natureza das políticas de saúde e assistência social brasileiras e a organização dos seus respectivos serviços

<i>Política Nacional de Saúde</i>	<i>Política Nacional de Assistência Social</i>
<p>1. Compõe a Seguridade Social;</p> <p>2. É direito de todos e dever do Estado; o acesso deve ser universal e igualitário;</p> <p>3. (a) Execução deve ser realizada diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado;</p> <p>(b) Instituições privadas (prestadoras de serviço) poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde; entidades filantrópicas e sem fins lucrativos terão preferência;</p> <p>4. Integra os serviços de assistência à saúde às ações de vigilância sanitária (criação da posterior da ANVISA) e controle epidemiológico;</p> <p>5. Definição entre níveis de atenção à saúde: Atenção Básica e serviços de Média e Alta Complexidade, além da vigilância em saúde.</p> <p>6. Previsão de Conselhos e Conferências nos três níveis de governo, visando propiciar o controle social e a participação da sociedade na definição das diretrizes da política.</p>	<p>1. Compõe a Seguridade Social;</p> <p>2. É direito do cidadão e deverá ser prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição;</p> <p>3. A execução cabe também às entidades beneficentes e de assistência social;</p> <p>4. Integra os serviços de assistência social às ações e benefícios que caracterizam a proteção social por meio da renda (BPC e Bolsa Família);</p> <p>5. Definição da hierarquia dos serviços de atendimento como: Proteção Social Básica (Baixa complexidade) e Proteção Social Especial (média e alta complexidade) (que contará ainda com a vigilância sócio assistencial). Serviços deverão ser ofertados a partir de uma rede socioassistencial que contará com atuação pública e privada.</p> <p>6. Previsão de Conselhos e Conferências nos três níveis de governo, visando propiciar o controle social e a participação da sociedade na definição das diretrizes da política.</p>

Quadro 02: Competências Federativas e relações intergovernamentais das políticas de saúde e assistência social no Brasil

<i>Política Nacional de Saúde</i>	<i>Política Nacional de Assistência Social</i>
<p>1. Financiamento compartilhado entre os três níveis de governo;</p> <p>2. Ações e serviços públicos devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (SUS). Diretrizes: descentralização com direção única; integralidade dos serviços, ações e atendimentos; e participação da sociedade;</p> <p>3. Definição das competências e atribuições da União, estados e municípios em seus respectivos âmbitos (a partir da LOS): execução político-administrativa descentralizada; a coordenação geral cabe ao governo federal; o planejamento, acompanhamento e avaliação das redes regionalizadas e parte da execução dos programas cabe aos estados; e aos municípios cabe a execução dos serviços em seus respectivos territórios e a regulação dos prestadores privados locais.</p> <p>4. Níveis de Habilitação na gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal (NOAS/2002). Característica que muda em 2006 a partir das diretrizes e estratégias de regionalização do Pacto Pela Saúde (Portaria 399/2006), que adotou o “Termo de Compromisso de Gestão” em substituição ao processo de habilitação.</p> <p>5. (a) Reconhecimento das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) como foros de negociação entre gestores. Funções das comissões: (i) decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos na gestão compartilhada do SUS; e (ii) definir e fixar diretrizes nacionais, regionais e intermunicipais relacionadas aos serviços e ações de saúde e sua relação com os entes federados. (Incluído na LOS pela Lei 12.466/2011); (b) Possibilidade da instituição de Regiões de Saúde (pactuadas na CIT) e estabelecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR); (Decreto 7.508/2011);</p> <p>6. Reconhecimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como entidades representativas dos níveis de gestão estadual e municipal para tratar assuntos referentes à saúde. (Incluído na LOS pela Lei 12.466/2011);</p>	<p>1. Financiamento compartilhado entre os três níveis de governo;</p> <p>2. Instituição de um sistema único para a gestão da política (SUAS), visando, entre outros pontos: consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federados;</p> <p>3. Definição das competências e atribuições da união, estados e municípios em seus respectivos âmbitos (a partir da LOAS); execução político-administrativa descentralizada: a coordenação geral cabe ao governo federal; aos estados: o planejamento, acompanhamento e suporte aos municípios; e aos municípios, a execução dos programas.</p> <p>4. Níveis em que os municípios assumem a gestão: Gestão Inicial, Gestão Básica e Gestão Plena.</p> <p>5. Criação das Comissões de Gestão Compartilhada – Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) como espaços de discussão, negociação e pactuação das diretrizes, instrumentos de gestão e formas de operacionalização da política de assistência social no território nacional.</p> <p>6. Criação/Reconhecimento do FONSEAS (Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social) e do CONGEMAS (Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social) como entidades representativas dos níveis de gestão municipal e estadual.</p>

4.1.1. Política nacional de saúde: natureza e estrutura

A Política Nacional de Saúde é prevista pelos artigos 196 ao 200 da Constituição Federal de 1988, que determinam ser a saúde direito de todos e dever do Estado, além de sinalizar (entre outros aspectos): (a) a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de prestar atendimento à população, por meio da integração dos serviços de assistência à saúde e das ações de controle epidemiológico e vigilância sanitária; tendo esta última, entre outras atribuições, a responsabilidade pela fiscalização e controle de um conjunto específico de ações relacionadas ao setor, mas não executadas pelo Estado (como os procedimentos para a produção e comercialização de produtos e substâncias); e (b) que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, sendo prioritárias as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A Constituição de 1988 estabelece ainda que a política deverá ser executada a partir do compartilhamento de competências entre os três níveis de governo. Mas, as atribuições das instâncias governamentais foram delineadas de maneira mais precisa, posteriormente, pela Lei 8.080/90 (LOS) e pelo Decreto 7.508/2011 da seguinte forma: À União (Ministério da Saúde) cabe coordenar a política no território nacional, elaborar a agenda nacional de saúde, analisar os planos de saúde, quadro de metas e relatórios de gestão de todos os estados. Além da produção de seus próprios relatórios de gestão e da responsabilidade pela PPI (Programação Pactuada e Integrada) Nacional.⁷² Assumindo ainda, junto com os Estados e o Distrito Federal, a responsabilidade sobre pacientes referenciados entre estados em atendimentos de alta complexidade que envolvem alta tecnologia, altos custos e integração junto aos outros dois níveis de atenção (Média complexidade e Básica). Por deter o controle do processo

⁷² Estabelecida para facilitar o processo de regionalização da política de saúde prevista na constituição, mas não viabilizada na década de 1990, a PPI é um instrumento atual que visa “(...) promover a articulação dos níveis assistenciais e a organização de um sistema de referência e contra-referência de forma a garantir o acesso da população aos serviços inexistentes em seu município” (MENICUCCI, 2014: 37).

decisório, tendo as prerrogativas de definição do formato da cooperação intergovernamental e da destinação financeira, além de contar com volumes maiores de recursos e, conseqüentemente, ter maior participação no financiamento da política, cerca de 40% dos gastos na área em todo o país, o nível federal ocupa posição central nesta estrutura (Menicucci, 2014).

Aos estados (Secretarias Estaduais de Saúde ou equivalente), formalmente, cabe também (a) a elaboração da agenda, além do quadro de metas, dos relatórios de gestão, do plano diretor de regionalização, da programação pactuada integrada e da análise dos planos de saúde e dos relatórios de gestão municipais. Os estados assumem (b) junto com os municípios referência, a responsabilidade pelos serviços de média complexidade não disponíveis em determinadas localidades (estes serviços envolvem profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos necessários ao apoio diagnóstico e/ou ao tratamento). Ou seja, os governos estaduais têm a função de acompanhar, avaliar e controlar as redes hierarquizadas que fazem parte de sua região, além de desenvolver ações e ofertar serviços específicos de forma suplementar; estando também no bojo de suas incumbências: o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento de relações cooperativas técnicas e financeiras junto aos municípios.

Aos municípios (secretarias municipais de saúde ou equivalente) cabe, como aos Estados, a elaboração da agenda de saúde, além do plano municipal de saúde, do quadro de metas e dos relatórios de gestão municipal e da programação das ações de saúde municipal. Os órgãos gestores municipais são centralmente responsáveis em seus respectivos territórios: (a) pelos serviços de nível básico (conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde); e (b) pela regulação dos prestadores privados. Ressalta-se que alguns municípios também são responsáveis por serviços de média e alta complexidade.

O sistema possui fóruns institucionalizados de negociação e pactuação intergovernamental que contam com a participação de gestores dos três níveis de governo. Previstas pelas normatizações e em funcionamento no âmbito do SUS, estas arenas de debate e deliberação estão voltadas à dinamização da cooperação entre os entes federados. São elas: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional (que prevê a participação de representantes dos gestores das três esferas de governo) e Bipartite (CIB) no âmbito estadual (que prevê a participação de representantes dos secretários municipais e estaduais). E mais recentemente, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), que são fóruns de coordenação federativa horizontal compostos pelos secretários municipais de saúde da região e por representantes da secretaria estadual de saúde (criados pela Lei 12.466/2011 em substituição ao colegiado de gestão regional estabelecido pelo Pacto Pela Saúde). É reservada a tais comissões a prerrogativa de decidir: (a) sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; e (b) sobre as diretrizes nacionais, regionais e intermunicipais da organização das redes de ações e serviços de saúde. Citando Menicucci: *“(...) as comissões intergestores estão relacionadas com a necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, promovendo o debate e a negociação entre os entes federados no processo de formulação e implementação da política de saúde”*. (MENICUCCI, 2014: 35).

Cabe lembrar que o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) são os atores coletivos que representam os gestores estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite; ou seja, destes colegiados saem (por indicação) os representantes dos secretários estaduais e municipais que participam das reuniões da CIT. Já as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) existem no âmbito dos governos estaduais e são constituídas de forma paritária por representantes do governo estadual (indicados pelas secretarias estaduais de saúde) e por

representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) de cada Estado. Salientamos que o trabalho destes colegiados (CIT e CIBs) constitui-se como peça fundamental na definição dos aspectos políticos, financeiros e administrativos que envolvem a gestão compartilhada do SUS; é a partir deles que os três níveis de governo tem a possibilidade de definir e fixar diretrizes nacionais, regionais e intermunicipais relacionadas aos serviços e ações do setor.

Em relação às características de controle e participação social, a política de saúde prevê a criação de conselhos e a realização de conferências nos três níveis de governo (Lei 8.142/1990). Os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde visam viabilizar a participação e controle da sociedade sobre a gestão; e as conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde foram estabelecidas com o objetivo de proporcionar espaços de participação, controle e para definição das diretrizes que orientam a política. Ou seja, a configuração institucional da política de saúde dispõe tanto de instâncias de articulação e deliberação entre os gestores dos distintos níveis governamentais, quanto de espaços colegiados de participação da sociedade, também nos três níveis de governo (Menicucci, 2014).

Cabe destacar tratar-se de uma política cofinanciada pelas três esferas de governo (com maior participação do nível federal); e que os repasses são realizados a partir do modelo “fundo a fundo” (fundos de saúde dos três níveis de governo). Tais transferências são organizadas a partir dos seguintes blocos de ação: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Salienta-se que parte destes recursos são transferências condicionadas, repassadas mediante a adesão dos municípios aos programas e objetivos estabelecidos previamente pelo governo federal; a maior parte, contudo, é de transferências não condicionadas (embora nestas também existam regras para o recebimento e a aplicação dos recursos). Destacamos como exemplo

operacional, a existência de duas modalidades de repasse do piso referente ao Bloco da Proteção Básica, um de natureza fixa, que é repassado mensalmente de forma automática (sob a observação de regras previamente definidas), e outro de natureza variável, que visa induzir os municípios à execução de estratégias específicas; sendo depositado exclusivamente àqueles que aderem às mesmas (Menicucci, 2014). Conforme argumentaram Almeida (2005) e Viana, *et. all apud* Menicucci (2014), o Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro é fundado com a perspectiva de funcionamento de um pacto federativo que pressupõe a cooperação dos três níveis de governo para sua implementação; e os mecanismos mencionados aqui foram estabelecidos no intuito de favorecer as relações concertadas necessárias ao seu desenvolvimento.

Além das determinações constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Política Nacional de Saúde/Sistema Único de Saúde também foi regulamentada (a) por uma série de NOBs (Normas Operacionais Básicas) emitidas pelo Ministério da Saúde, sendo a mais recente datada de 1996 – Portaria 2.203/96 (NOB/SUS), além (b) da NOAS-SUS 01/2002 (Norma Operacional de Assistência à Saúde/Portaria 373/2002), a (c) Portaria 399/2006 (Pacto pela Saúde) e (d) o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Tais normatizações complementares regulamentam (a) a estruturação do sistema e sua dinâmica de funcionamento, (b) estabelecem incentivos para garantir a adesão dos municípios à execução; além (c) de instituir medidas e mecanismos de diluição das relações competitivas e predatórias (vertical e horizontal) entre os entes federados.

Conforme já mencionamos, o arranjo institucional do SUS da década de 1990 “(...) foi bem sucedido no sentido de viabilizar a descentralização, mas não conseguiu efetivar a regionalização” (MENICUCCI, 2014: 36). Os problemas de desequilíbrio provocados produziram o que Abrucio (2005) classificou como “municipalismo autárquico”; um fenômeno de desintegração entre os municípios, marcado pela concorrência predatória na

busca por recursos financeiros de outros níveis governamentais, um empecilho claro à regionalização; daí a necessidade de parte dos ajustes realizados por estas legislações e normatizações do final desde o início dos anos 2000.

Entre o conjunto das medidas de maior rearranjo da política estão: (a) a Emenda Constitucional Nº 29 de 2000, que vinculou percentuais específicos de gasto para todos os entes federados no financiamento do SUS. A partir desta emenda ficou estabelecido que os estados deveriam gastar, até o ano de 2005, no mínimo 12% de suas receitas em ações ligadas à saúde; que os municípios dispusessem de 15% de suas receitas; e que os gastos da União na área passassem a acompanhar o crescimento do PIB. Além (b) das regras e instrumentos estabelecidos pela NOAS 01/2002 (O Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada Integrada) com o objetivo de alterar o modelo de execução do sistema praticado a partir das NOBs anteriores, induzindo o processo de regionalização da assistência (previsto desde a constituição) e a hierarquização das ações e serviços. Estes instrumentos, contudo, foram pouco eficazes para a articulação das redes regionais, encontrando dificuldades para romper com a lógica de fragmentação previamente estabelecida a partir do processo de municipalização; o que levou à elaboração do Pacto Pela Saúde (Portaria 399/2006) (Menicucci, 2014).

O Pacto Pela Saúde é um instrumento constituído por três propostas: Pacto pela Vida (compromisso de priorização, por parte dos gestores, das situações que mais impactam a saúde da população brasileira); Pacto em defesa do SUS (desenvolvimento de ações articuladas pelos três níveis de governo, visando fortalecer o SUS como política de Estado); e o Pacto de Gestão do SUS – que traz mudanças nas regras da gestão do sistema, objetivando diminuir as competências concorrentes e fortalecer a estratégia de regionalização da política, contribuindo para a viabilização da chamada “gestão compartilhada e solidária” (Menicucci, 2014). A Portaria 399/2006 reiterou a funcionalidade do Plano Diretor de Regionalização

(PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada em Saúde (PPI) como principais instrumentos de planejamento e regionalização. Além disso, os repasses financeiros permaneceram vinculados à adesão dos entes federados, sendo mantido o caráter indutor e o poder regulatório do Governo Federal/Ministério da Saúde. Posteriormente, visando esclarecer os termos da gestão compartilhada entre os entes federados, o Decreto 7.508/2011 explicitou e redefiniu os conceitos de regionalização e integralidade e a mencionada Lei 12.466/2011 deu maior institucionalidade à competência deliberativa das comissões intergestores (CIT, CIBs e CIR).⁷³

4.1.2. Política nacional de Assistência Social: natureza e estrutura

Como vimos, a partir de 1988, a Política de Assistência Social, passa a ser prevista constitucionalmente (Artigo 203 da Constituição Federal de 1988) e a compor, junto com a Política de Saúde e a Política Previdenciária, o conjunto de ações e iniciativas do Estado Brasileiro denominado Seguridade Social. A política de assistencial social no Brasil, de acordo com a constituição é direito do cidadão e destinada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social; e tem como objetivos principais: a proteção à família, à criança, ao adolescente, ao idoso e à pessoa com deficiência, assim como o atendimento dos mesmos com vistas à integração ou reintegração à vida comunitária, além da promoção da integração ao mercado de trabalho (Constituição Federal de 1988).

Essa política tem como bases legais fundamentais, além da constituição, a Lei 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) e a Lei 12.435/2011 que a modifica; a

⁷³ A inovação organizacional mais recente no campo da saúde é a criação das redes temáticas de atenção à saúde. Previstas pelo Decreto 7.508/2011, as redes remetem à perspectiva de um sistema integrado a partir de regiões de saúde e define os fluxos de atendimento dos cidadãos pelos serviços de saúde. As redes também são co-financiadas pelos três níveis e estão sendo organizadas inicialmente para o atendimento a partir de três áreas temáticas: Rede Materno-infantil; Rede de Urgência e Emergência; e Rede de Enfrentamento do Crack, Álcool e outras Drogas. Nesta nova proposta de organização do SUS em construção, a perspectiva é integrar pontos de atenção isolados, cujas atuações são consideradas ineficientes (Menicucci, 2014).

Resolução Nº 145 (CNAS), de 15 de Outubro de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social, as NOBs/SUAS 2005 e 2012 (Normas Operacionais Básicas), além dos estatutos da criança e do adolescente (Lei 8.069/1990) e do estatuto do idoso (Lei 10.741/2003), que não são específicos à política de assistência, mas delineiam as ações junto a tais públicos em seu âmbito. Apesar da existência de atendimentos específicos aos distintos segmentos populacionais, a Política Nacional de Assistência Social/SUAS tem como orientação central a Matricialidade sócio-familiar – conceito que pretende induzir a execução das ações na perspectiva de ter a família e suas vicissitudes contemporâneas como foco das intervenções.

As normatizações dividem a atuação da Assistência Social em dois blocos que operam a partir de uma série de programas e projetos que se pretendem como um sistema. Estes dois grandes blocos são definidos como Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE), estando a primeira voltada à prevenção das situações de risco, por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários em territórios geográficos delimitados a partir de indicadores socioeconômicos (ações de baixa complexidade); e o segundo, ao atendimento de famílias ou indivíduos com direitos violados ou em situação de risco – trabalho realizado a partir de programas e projetos que visam proteção aos mesmos (média e alta complexidade). A política prevê dois equipamentos de base local a serem implantados nos territórios delimitados por cada bloco de atuação, para a Proteção Social Básica estabelece os CRAS (Centros de Referência da Assistência Social) e para a Proteção Social Especial os CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social). Além dos serviços, a política prevê como mecanismos de proteção social por meio da renda: o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a transferência de renda por meio de programas que repassem recursos diretamente aos beneficiários, como forma de acesso à renda e visando o combate à fome, à pobreza e outras formas de privação de direitos que levem à situação de

vulnerabilidade social (NOB/SUAS 2005 e 2012); ambos compõem o nível de proteção social básica.

Assim como no caso da Saúde, as normatizações da Assistência Social também estabelecem mecanismos voltados à participação e ao exercício de deliberação conjunta entre os gestores dos três níveis de governo: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional, e Bipartite (CIBs), no âmbito estadual. Além da existência do Fórum Nacional de Secretários de Estado da Assistência Social (FONSEAS), do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) e do Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (COEGEMAS), que são as entidades representativas dos gestores municipais e estaduais da política, responsáveis pela indicação dos membros que compõem as comissões intergestores.

Tratando especificamente da CIT, a NOB/SUAS 2012 estabelece em seu art. 134 que: *A CIT é um espaço de articulação e interlocução entre os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, para viabilizar a política de assistência social, caracterizando-se como instância de negociação e pactuação quanto aos aspectos relacionados ao SUAS (...)* (NOB/SUAS 2012: 52); sendo composta por membros titulares e seus respectivos suplentes, representando a União, indicados pelo Órgão Gestor Federal da política de assistência social; membros titulares e seus respectivos suplentes, representando os Estados e o Distrito Federal, indicados pelo FONSEAS; e membros titulares e seus respectivos suplentes, representando os municípios, indicados pelo CONGEMAS.

De acordo com o artigo 135 da NOB/SUAS 2012, compete à Comissão Intergestores Tripartite, entre outras atribuições: pactuar estratégias para a implantação, a operacionalização e o aprimoramento do SUAS; estabelecer acordos acerca de questões operacionais relativas à implantação e qualificação dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que compõem o SUAS; pactuar instrumentos, parâmetros e mecanismos de implementação e

regulamentação do SUAS; pactuar critérios de partilha e procedimentos de transferências de recursos para o cofinanciamento de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social para os estados e municípios; e pactuar os serviços socioassistenciais de alto custo e as responsabilidades de financiamento e execução. Características bastante próximas daquelas estabelecidas no campo da saúde.

Assim como a política de saúde, o campo da assistência social também estabeleceu espaços institucionais formais destinados ao controle e à participação social. A Política Nacional de Assistência Social também determina a criação de conselhos e a realização de conferências nos três níveis de governo (Constituição de 1988; PNAS/2004; NOB/SUAS/2005). *“(...) o controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais. (...) os espaços privilegiados onde se efetivará essa participação são os conselhos e as conferências”* (PNAS/2004; NOB/SUAS/2005: 51).

As conferências nacionais, estaduais e municipais de assistência social são mecanismos formais que viabilizam a participação da sociedade na definição das diretrizes que orientam a política. Já os conselhos nacional, estaduais e municipais de assistência social têm como principais atribuições: a deliberação e a fiscalização da execução da política e seu financiamento, em consonância com as diretrizes elaboradas nas conferências; além da apreciação e aprovação da proposta orçamentária e do plano de aplicação do fundo da assistência social; e da incumbência de normatizar, disciplinar, acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de assistência social (PNAS/2004; NOB/SUAS/2005). Ou seja, o SUS também dispõe tanto de instâncias de articulação e deliberação entre os gestores de diferentes níveis governamentais, quanto de espaços colegiados de participação e controle social.

O sistema é cofinanciado pelas três esferas de governo (com maior participação do nível federal) e a sistemática de transferências de recursos atual também adota o sistema

“Fundo a Fundo” de repasses a partir de blocos específicos de serviços: Proteções Sociais Básica e Especial; Gestão do SUAS; Gestão do Programa Bolsa Família/Cadastro Único; e Outras Ações Conforme Regulamentação Específica. Aqui também existem os pisos fixo e variável, que caracterizam a existência de regras gerais para as transferências e aplicação dos recursos; e condicionalidades específicas para os repasses destinados ao tratamento de aspectos particulares das distintas localidades. *“O Piso Básico Fixo destina-se ao acompanhamento e atendimento à família e seus membros, no Desenvolvimento do serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF” (...)* (NOB/SUAS 2012: 35). Ao passo que o Piso Básico Variável destina-se entre outras ações *“ao atendimento de demandas específicas do território; ao cofinanciamento de serviços executados por equipes volantes, vinculadas ao CRAS”* [e] *“a outras prioridades e metas [que venha a ser] pactuadas nacionalmente”* (NOB/SUAS 2012:35).

Além destas semelhanças, resguardadas as respectivas naturezas das duas políticas, os objetivos da constituição do Sistema Único de Assistência social são semelhantes aos da constituição do SUS. Ambos visam o estabelecimento de competências compartilhadas e responsabilidades específicas similares entre as esferas de governo; a universalização do acesso a partir da criação de redes e serviços descentralizados e hierarquizados; sendo objetivos do SUAS: consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; estabelecer as responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito federal e dos municípios na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social; orientar-se pelo princípio da unidade e regular, em todo o território nacional, a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades quanto à oferta de serviços, benefícios de renda, programas e projetos (NOB/SUAS, 2012).

Sobre as responsabilidades dos entes federados a NOB/SUAS 2012 estabelece caber à União (entre outras atribuições): regulamentar e cofinanciar, em âmbito nacional, por meio de transferência regulamentar e automática, o aprimoramento da gestão dos serviços, programas e projetos de proteção social básica e especial; regular o acesso às seguranças de proteção social, conforme estabelece a Política Nacional de Assistência Social; realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para o seu desenvolvimento; apoiar técnica e financeiramente os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na implementação; responder pela concessão e Manutenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC); coordenar a gestão do BPC, promovendo estratégias de articulação com os serviços, programas e projetos socioassistenciais e demais políticas setoriais; além de coordenar em nível nacional o Cadastro Único e o Programa Bolsa Família (NOB/SUAS, 2012).

Aos estados cabe, além do cofinanciamento da política por meio de transferências aos entes municipais (entre outras atribuições): estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social; organizar, coordenar e prestar serviços regionalizados da proteção social especial de média e alta complexidade; realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em sua esfera de abrangência e assessorar os municípios para seu desenvolvimento; e apoiar técnica e financeiramente os municípios para a implantação e gestão do SUAS, do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família (NOB/SUAS, 2012). Os municípios também são responsáveis por parte do financiamento e são eles os executores das ações da Proteção Social Básica e Especial em seus respectivos territórios; além de realizarem a gestão local do BPC; do Cadastro Único e das características cabíveis do Programa Bolsa Família.

4.1.3. A Organização institucional das políticas e as relações intergovernamentais: similaridades e implicações

A descrição da configuração institucional dos dois campos permite concluir tratar-se de políticas que de fato apresentam semelhanças em relação ao desenho institucional previsto pelas normatizações oficiais, tanto no que diz respeito à organização do atendimento voltado à população quanto em relação à estrutura formal estabelecida para o funcionamento das relações entre entes federados. O conjunto de determinações, portanto, (a) estabelece a criação de redes de serviços e ações descentralizadas e hierarquizadas; (b) determina haver direção única das ações e serviços nos três níveis de governo; (c) estabelece, de forma semelhante, as responsabilidades dos níveis de governo sobre a gestão e o financiamento das políticas, cabendo ao governo federal o papel de coordenação e indução da cooperação dos demais entes no interior das políticas (o que se torna viável, principalmente, pela sua maior capacidade financeira e pela definição constitucional de seu papel de coordenação geral); além da normatização compartilhada com os estados e municípios (embora também aqui a atuação do nível federal seja preponderante nas duas políticas); por fim, (d) determina a incorporação de organizações não governamentais nos dois setores (dando prioridade àquelas de interesse público e sem fins lucrativos), legitimando, conseqüentemente, o acesso e a entrega dos serviços à população por tal via.

Tratando especificamente da estrutura estabelecida para as relações entre os entes federados, (e) os setores da saúde e da assistência social adotam o financiamento compartilhado entre as três esferas de governo (com maior participação do nível federal), e o sistema de transferências “fundo a fundo”, reservando parte dos recursos a transferências condicionadas à adesão e execução de ações e estratégias específicas. Além disso, (f) no intuito de facilitar a interação entre os gestores dos três níveis de governo e a viabilização de

deliberações conjuntas sobre as políticas, os conselhos e fóruns de gestores municipais e estaduais foram reconhecidos nas duas políticas como atores representativos das subunidades governamentais e, atualmente, estes compõem as (g) comissões intergestores, que foram estabelecidas como espaços de coordenação e pactuação federativa.⁷⁴

É preciso salientar, que o arranjo institucional das duas políticas, embora garanta participação dos gestores das três esferas de governo em instâncias decisórias compartilhadas, coloca o nível federal como ator principal na formulação, regulação e coordenação das ações intergovernamentais. Conforme argumentou Arretche (2012), no caso da política de saúde, *“(...) a autoridade do ministério da saúde para definir as normas nacionais do Sistema, bem como seu poder de gasto, via transferências condicionadas universais, dota o governo federal de recursos institucionais para influenciar as decisões (...)”* (ARRETCHE, 2012: 162). Ou seja, além de regular as subunidades governamentais financeiramente, o nível federal dispõe de outros dispositivos indutores que lhe garante também o controle sobre as ações que serão implementadas pelos estados e municípios. Dito de outra forma, os instrumentos utilizados para a coordenação não regulam apenas os patamares de gasto, mas induzem também as decisões dos governos subnacionais. Portanto, em tal perspectiva, que será verificada empiricamente no próximo capítulo, *“(...) com base em suas funções de financiador e normatizador, o governo federal coordena a política nacional de saúde, na medida em que produz convergência em torno das prioridades a serem adotadas pelos governos locais”* (ARRETCHE, 2012: 163).

O mesmo ocorre com o campo da assistência social cujo financiamento do SUAS também está fortemente concentrado no âmbito federal, que se utiliza do mesmo expediente de uso do orçamento e dos repasses de recursos como instrumentos de coordenação das

⁷⁴ Cabe salientar, contudo, que parte significativa das deliberações sobre as políticas estão formalmente a cargo, também, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Assistência Social. Estas instâncias, contudo, não são objeto deste trabalho, conforme já justificamos e reforçaremos no próximo capítulo.

diretrizes nacionais da política; e indução das subunidades governamentais (centralmente, neste caso, os municípios) à implementação de estratégias, programas e serviços específicos. Existe grande dependência financeira dos municípios na relação com o governo federal e, por isso, estes dispõem apenas da autoridade (em graus variados) sobre a execução das políticas. As características de autoridade decisória sobre as mesmas são preponderantemente do nível federal.

Ainda assim, o SUS e o SUAS possibilitaram a criação de uma rede de serviços descentralizada que fortaleceu politicamente as subunidades governamentais na dinâmica política da federação. Ainda que se trate exclusivamente de uma espécie de detenção da autoridade sobre a execução, esta cabe aos governos locais, o que torna mais custosa a realização de mudanças unilaterais por parte do governo federal. No mínimo, as instâncias de representação e pactuação previstas precisarão ser consideradas. Ou seja, mesmo assumindo haver desequilíbrio de forças entre os níveis de governo nas relações intergovernamentais (Arretche, 2012) não devemos zerar o nível de influência das subunidades governamentais, pois estes dispõem de poderes (ainda que limitados) advindos da autoridade sobre a execução e podem utilizá-los para fazer frente à força institucional e financeira disponível ao governo federal.

E ainda, embora existam semelhanças entre as configurações institucionais formais das duas políticas e compatibilidades entre as implicações das relações intergovernamentais decorrentes das mesmas, os processos de constituição do subsistema de política pública que se desenvolveu em cada setor, nos permite trabalhar com a perspectiva de haver distinções entre os setores, no que diz respeito ao posicionamento, na estrutura e distribuição dos poderes, dos atores e níveis de governo no âmbito de cada subsistema. Vimos que, ambas as políticas são advindas do processo de criação da proteção social no Brasil e que, posteriormente, elas são constitucionalizadas como de caráter não contributivo, universalizante e pertencentes à

seguridade social; ainda assim, tratam-se de políticas com trajetórias de constituição distintas em vários aspectos e estas variações têm impacto sobre as características da dinâmica decisória intergovernamental de cada setor; conforme apresentamos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 5 – Os padrões das relações e decisões intergovernamentais no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite (CITs) das políticas nacionais de saúde e assistência social

Neste capítulo fazemos a junção dos aspectos básicos das relações intergovernamentais no país, de maneira geral, com as características das relações intergovernamentais específicas das duas políticas analisadas. Vimos que, no caso brasileiro, em virtude (i) dos atributos fiscais da União e, conseqüentemente, (ii) da substantiva concentração de poder decisório, sobre os aspectos centrais das políticas públicas, no âmbito do Governo Federal, este nível de governo detém poderes desproporcionais – quando comparado aos outros dois níveis – sobre as políticas nacionais. Isto, ainda que as subunidades governamentais também possuam recursos de negociação, em função da autoridade sobre a execução das políticas, que é uma característica atribuída aos estados e municípios brasileiros – com acentuada atribuição de responsabilidades a estes últimos –; o que lhes permite discordância e adequações às propostas do nível federal, ou ainda variações na implementação das políticas. O primeiro objetivo deste capítulo é demonstrar que as reverberações desta configuração geral das relações intergovernamentais estão presentes nas decisões intergovernamentais produzidas no âmbito das duas políticas analisadas.

Sabemos também que tanto a política de saúde quanto a política de assistência social dispõem de uma instância decisória denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT); definida como um mecanismo de deliberação, criado para a produção de decisões intergovernamentais concertadas entre gestores federais, estaduais e municipais. Ou seja, no âmbito destas instâncias estes gestores negociam e pactuam aspectos referentes à operacionalização das políticas no território nacional. É a partir da análise das atas das reuniões destas comissões intergestores que os aspectos das decisões intergovernamentais –

entre os três níveis de governo –, no âmbito das duas políticas, são empiricamente abordados. Ou seja, assumimos o padrão de relações, existente na produção de decisões no âmbito das CITs, como *proxy* das características decisórias intergovernamentais das políticas nacionais de saúde e assistência social.

Além do impacto dos aspectos macro estruturais das relações intergovernamentais sobre as políticas públicas (que gera a característica de concentração do poder decisório no âmbito do Governo Federal), cada setor possui subsistemas políticos distintos, cujas características também exercem influência sobre o padrão das relações e decisões intergovernamentais. Articulando as características das decisões no âmbito das CITs ao processo de constituição dos subsistemas, demonstraremos que alguns dos aspectos do legado institucional destes últimos estão alinhados e/ou contribuem para a configuração de maior concentração das possibilidades decisórias sobre as políticas no âmbito do Governo Federal; ao mesmo tempo em que outras particularidades existentes em suas trajetórias, principalmente relacionadas à formação de atores e propostas de intervenção, tornam distintas em cada setor: (i) as características da participação das subunidades governamentais; principalmente no que diz respeito ao posicionamento perante as matérias apresentadas pelo Governo Federal; e (ii) as matérias sobre as quais se decide, tendo em vista que as pactuações podem ser sobre distintos aspectos existentes no âmbito de cada política; além de poder tratar de características específicas, como gestão, financiamento e questões políticas. O segundo objetivo do capítulo, portanto, é analisar as características decisórias internas de cada campo de política, explicitando a relação entre os padrões identificados e os atores, propostas de intervenção e formatos institucionais forjados ao longo da trajetória dos subsistemas.

O capítulo está estruturado da seguinte forma: inicialmente apresentamos os procedimentos metodológicos que foram adotados para o trabalho analítico com as atas das comissões intergestores; além de algumas informações gerais como: a quantidade de reuniões

e atas analisadas em cada campo, o período analisado e a justificativa para o estabelecimento do recorte temporal, além de lembrarmos os motivos pelos quais as decisões nas CITs foram adotadas como *proxy* (5.1. *Os Passos metodológicos e a organização dos dados*). Posteriormente, passamos à apresentação e análise dos dados, abordando, por meio de distintas subseções, as informações sistematizadas das atas da CIT da política de saúde e as atas da CIT da política de assistência social. Nesta seção, com o auxílio de gráficos e tabelas, tratamos de forma analítica do conjunto de aspectos que consideramos fundamentais na dinâmica decisória destas instâncias; a saber: os temas mencionados ou discutidos; os temas sobre os quais ocorrem deliberações; os respectivos resultados destas deliberações; e os tipos de participação dos níveis de governo nas mesmas. Entendemos que o cruzamento destas informações viabiliza a elaboração dos padrões da dinâmica decisória intergovernamental no âmbito das comissões (5.2. *O padrão e a dinâmicas das decisões intergovernamentais no âmbito das comissões intergestores tripartite*).

Por fim, em uma terceira seção, nos voltamos à realização de uma análise que sintetiza as características das decisões intergovernamentais nos dois campos de política analisados, considerando a distribuição geral de poderes aos níveis governamentais no país e as especificidades dos subsistemas em questão (5.3. *As semelhanças e divergências das decisões intergovernamentais no âmbito das CITs das políticas de saúde e assistência social*).

5.1. Os Passos metodológicos e a organização dos dados

As atas analisadas neste capítulo foram solicitadas e disponibilizadas diretamente pela Comissão Intergestores Tripartite de cada setor. Trata-se de 71 atas, correspondentes à realização do mesmo número de reuniões, entre fevereiro de 2009 e dezembro de 2012, nos

dois campos de política; sendo 31 reuniões da CIT da Política de Assistência Social e 40 reuniões da CIT da Política de Saúde.

O recorte temporal adotado para a análise das atas, de 2009 até 2012, corresponde aos dois últimos anos do segundo mandato do Governo Lula (PT) e os dois primeiros anos do primeiro mandato do Governo Dilma (PT); e se justifica por tratar-se do período de maturação e revisão institucional da Política Nacional de assistência social e do Sistema Único de Assistência Social, que, como vimos, foram instituídos e normatizados recentemente, em 2004 e 2005, respectivamente. Entre os anos de 2009 e 2012 três documentos foram produzidos com a finalidade de revisão e avanço institucional: a “Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais” e o “Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”, ambos de 2009; além da NOB/SUAS 2012, também deliberada na CIT da Assistência Social e aprovada pelo CNAS por meio da Resolução Nº 33 de 12 de junho de 2012. Por meio de tais documentos, que introduziram novas estratégias de gestão e prestação dos serviços e benefícios existentes, a política objetivou ascender a um novo patamar de estruturação e institucionalidade (Brasil, 2012).⁷⁵ Ou seja, no que diz respeito ao funcionamento e ao nível de importância das deliberações no âmbito da comissão intergestores do setor, o período recortado é o mais indicado.

A adoção do mesmo recorte temporal para o campo da saúde ocorre, centralmente, em função da necessidade de manter constante as características governamentais. Entendemos que assumir outro período histórico, no caso desta política, inviabilizaria a comparação das características das decisões no âmbito das CITs dos dois setores. Isto porque, no campo da saúde, elaborações similares às aquelas mencionadas da área da assistência social (como as primeiras normatizações e movimentos de implementação do SUS) ocorreram em outra

⁷⁵ Perspectiva de entendimento consensual entre os gestores e acadêmicos entrevistados.

conjuntura econômica, política e institucional do país, marcada pela crise financeira e pela adoção de reformas austeras por parte do Governo Federal. As relações entre os níveis de governo foram afetadas por tal conjuntura, o que não ocorreu no período de elaboração e implementação do SUAS. É neste sentido que adotar um recorte temporal distinto para o campo da saúde, organizando o emparelhamento factual da análise a partir, por exemplo, do processo de decisões similares nos dois campos, tornaria inviável a comparação dos padrões de interação entre os níveis de governo. Isto, tendo em vista que entendemos não haver recorte temporal mais adequado para o caso da assistência social.

Ainda assim, o período entre 2009 e 2012 no campo da saúde também é marcado por importantes decisões provenientes de novos esforços de consolidação de alguns dos aspectos centrais das relações intergovernamentais/federativas no campo da saúde, como aquelas impulsionadas pelo Decreto Presidencial 7.580, de 28 de junho de 2011; cujos dispositivos visam assegurar o compromisso dos entes federados com a assistência à saúde integral e de qualidade, pressupondo uma gestão compartilhada entre eles. Além da Lei 12.466/2011, que dá maior institucionalidade às comissões intergestores, enquanto espaços de coordenação federativa no âmbito do SUS, e estabelece as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em substituição aos colegiados de gestão regionais criados no âmbito do Pacto Pela Saúde (Menicucci, 2014). Ou seja, no caso da saúde, o recorte temporal adotado é também pertinente no que diz respeito aos processos que envolvem as decisões intergovernamentais.

A opção por adotar as CITs das duas políticas como *proxy* dos processos decisórios intergovernamentais no âmbito das políticas, conforme já evidenciamos, se deve ao fato de tratar-se de instâncias em que representantes dos três entes federados deliberam juntos; embora existam outros espaços destinados à coordenação federativa intergestores, como as CIBs e as CIRs (essas apenas no caso da saúde), a única em que a interação entre os três entes, para a produção de decisões conjuntas, pode ser considerada formalmente constante

(devendo ocorrer em todas as reuniões) e simultânea (representantes dos três níveis ao mesmo tempo) é a CIT. Captar a interação entre atores de diferentes níveis de governo em uma única instância decisória foi uma escolha metodológica de ordem econômica e prática, mas que entendemos ser adequada para analisar o processo intergovernamental e a relação entre os entes federados nesta arena federativa. A opção por não trabalhar com os conselhos nacionais das políticas, por exemplo – dado que deliberações ocorrem também nestes espaços –, justifica-se pelo fato destes serem instâncias voltadas ao exercício da participação e controle também por parte da sociedade civil. Nosso foco neste trabalho são as relações e decisões intergovernamentais internas ao Estado, produzidas a partir da interação exclusiva entre os três níveis de governo. Portanto, as decisões no âmbito dos conselhos nacionais denotam outra seara de discussões que não foi objeto deste estudo.

A organização das informações das atas foi desenvolvida da seguinte forma: inicialmente foi feita uma primeira leitura e, concomitantemente, a organização textual (por trechos) do conteúdo, que foi distribuído entre os seguintes aspectos: *número da ata, número da reunião, data de realização, matérias abordadas, matérias sobre as quais houve deliberação, participantes vocalizadores, características das vocalizações e decisão tomada*. Já nas primeiras leituras das atas, antes de adotar estes aspectos de classificação, percebemos a necessidade de distinção entre os aspectos mencionados e por vezes discutidos nas reuniões, daqueles que, de fato, estiveram sob deliberação – conforme veremos na próxima seção, são aspectos com percentuais distintos no âmbito das duas políticas.

Posteriormente, com vistas ao refinamento da organização dos dados, de forma a torna-la mais condizente com os objetivos da pesquisa; e também visando à ampliação das possibilidades de operacionalizar as informações, adotamos uma segunda classificação e a codificação e contabilização das informações que haviam sido organizadas textualmente. A segunda classificação têm elementos específicos de cada campo de política pública,

escolhidos por se tratarem dos aspectos estruturantes de cada setor; além de algumas especificações sobre o tipo de característica mencionada e deliberada sobre os mesmos.

- No caso da Assistencial Social, adotamos a seguinte classificação:

1) Menções: *Menção ao Programa Bolsa Família; Menção ao Benefício de Prestação Continuada; Menção aos Serviços de Assistência Social; Menção à Rede Assistencial Privada;*⁷⁶

2) Deliberações: *Aspecto sob Deliberação (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, Serviços de Assistência Social, Rede Assistencial Privada);*

3) Tipo de Participação do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios nas deliberações (*propôs a matéria, apresentou concordância, apresentou destaque/discordância e posicionou-se neutro*);⁷⁷

4) Resultado da Deliberação (*pactuado como proposto, pactuado com adequações, rejeitado e inconcluso*);⁷⁸

⁷⁶ As menções (ou discussões sem propósito deliberativo) foram contabilizadas pelo aparecimento do aspecto em cada reunião. Adotamos a variável *dummy* (ou dicotômica) de ter havido (1) ou não ter havido (0) menção aos distintos aspectos. Neste sentido, em quase todas as reuniões contabilizamos mais de um dos aspectos possíveis. Ou seja, em uma mesma reunião pode ter havido menções ou discussões referentes a dois, três ou até aos quatro aspectos observados.

⁷⁷ A proposição da matéria é o ato da primeira apresentação de determinada questão no âmbito da CIT. É importante explicitar que não existem prerrogativas formais que privilegiem nenhum dos níveis de governo neste sentido; ou seja, todos estão autorizados a levantar e apresentar questões para serem deliberadas. Cabe esclarecer que consideramos “em concordância”, os posicionamentos que não apresentaram destaques de alteração ou checagem das informações e propósitos, tendo sido claramente favoráveis aos conteúdos propostos; como posicionamentos que apresentaram “destaques/discordância”, consideramos aqueles em que houve destaques sobre a necessidade de alteração ou de checagem das informações e propósitos que sustentavam as propostas apresentadas. Classificamos como posicionamentos “neutros” aqueles em que não há postura contundente dos representantes do nível governamental sobre a matéria proposta, ficando a decisão a cargo dos demais. Importa esclarecer que, em algumas reuniões, temas extensos, já propostos anteriormente, voltaram ao debate para a continuidade da deliberação sobre alguns dos seus aspectos; nestes casos classificamos a participação dos entes apenas como concordante ou discordante em relação aos demais pontos em debate (são sub-deliberações dentro de uma problemática mais ampla), já que a proposição geral da matéria já havia sido feita. As deliberações sobre o “*Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*” e aquelas referentes à “*Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*”, são exemplos de situações em que tivemos que adotar este procedimento para a classificação.

⁷⁸ Os resultados das deliberações classificados como “rejeitado”, são aqueles em que houve clara deliberação pela não aprovação da matéria proposta. Já os resultados classificados como “inconcluso”, dizem respeito às deliberações em que, ao final dos posicionamentos, não houve acordo sobre a decisão a ser tomada, sendo a matéria transferida para outra reunião.

5) Foi verificado se as menções e deliberações diziam respeito a *características de gestão administrativa, de financiamento ou se eram referentes a questões políticas* – seguindo a distinção conceitual apresentada ao longo da tese.⁷⁹

- No caso da CIT da Saúde, a classificação adotada foi a seguinte:

1) Menções: *Menção aos Serviços de Assistência à Saúde; Menção à Vigilância Sanitária; Menção ao Controle Epidemiológico; Menção à Assistência Farmacêutica; Menção ao Setor Suplementar; Menção de outros aspectos (em sua maioria, relacionados à violência e às campanhas de doação de sangue e de órgãos).*⁸⁰

2) Deliberações: *Aspecto sob Deliberação (Assistência à Saúde, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico, Assistência Farmacêutica, Setor Suplementar e Outros);*

3) Tipo de Participação do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios nas deliberações (*propôs a matéria, apresentou concordância, apresentou destaque/discordância e posicionou-se neutro*);

4) Resultado da Deliberação (*pactuado como proposto, pactuado com adequações, rejeitado e inconcluso*).

5) Também no caso da saúde, verificamos se as menções e deliberações diziam respeito a *características de gestão administrativa, de financiamento ou se eram referentes a questões políticas*.

⁷⁹ Nas duas políticas consideramos os aspectos relacionados à gestão administrativa como aqueles referentes à operacionalização dos serviços e benefícios, desde a criação de dispositivos normatizadores e revisores das ações implementadas, até o estabelecimento de processos de avaliação posteriores à execução. Em relação aos aspectos relacionados ao financiamento, consideramos aquelas matérias cujos pontos centrais de menção ou deliberação foram os recursos destinados à execução das ações e a estrutura geral de custeio, que envolve a distribuição de recursos entre as ações existentes e os mecanismos de financiamento compartilhado entre os três níveis de governo. Já como aspectos políticos, consideramos os elementos que diziam respeito às relações com parlamentares, visando propor ou pressionar a tramitação de matérias de interesse das políticas no congresso nacional; e as menções e deliberações sobre a necessidade de diálogo e convencimento junto a entes federados específicos – em geral sobre a não adesão a determinadas ações; e sobre o não cumprimento das normas gerais estabelecidas.

⁸⁰ Do mesmo modo, as menções (ou discussões sem propósito deliberativo) foram contabilizadas pelo aparecimento do aspecto em cada reunião. Adotamos a variável *Dummy* (ou dicotômica) de ter havido (1) ou não ter havido (0) menção aos distintos aspectos. Neste sentido, em quase todas as reuniões contabilizamos mais de um dos aspectos possíveis. Ou seja, em uma mesma reunião pode ter havido menções ou discussões referentes a dois, três, quatro, cinco ou até aos seis aspectos observados.

5.2. O padrão e a dinâmica das decisões intergovernamentais no âmbito das comissões intergestores tripartite

De início é preciso explicitar que entendemos operar de forma descritivo-analítica nesta seção com as informações do tempo histórico atual das duas políticas; que, na verdade, se constitui como mais um período na sequência das trajetórias de formação dos campos. Ou seja, o padrão das relações e decisões intergovernamentais no âmbito das CITs, que demonstraremos a seguir, expressa o período e a conjuntura presentes; mas, dado que a estruturação atual dos setores é consequência de trajetórias, cujas sequências de períodos e fatos críticos são contínuas e inter-relacionadas em cada setor (Pierson, 1996; 2006; Pierson e Skocpol, 2008), podem não se tratar de configurações definitivas.

Assumimos a perspectiva de que os padrões da dinâmica intergovernamental identificados são, em parte, resultado das características forjadas na trajetória dos subsistemas de cada política, quais sejam: os formatos institucionais assumidos ao longo do tempo e as propostas de intervenção subjacentes aos mesmos; a distribuição de competências entre os entes federados (no que diz respeito aos aspectos de execução, financiamento e poder de decisão sobre as políticas); os atores constituídos e a dinâmica de interação entre eles; além das relações entre o setor público e o setor privado em cada campo. Entendemos que o momento atual é de acomodação de várias destas características, que dão os contornos institucionais e as possibilidades de atuação aos atores envolvidos nas decisões. Portanto, além de tratar dos dados empíricos do momento atual, a análise explicita aspectos forjados durante a trajetória das políticas, considerados fatores explicativos dos padrões identificados atualmente.

É importante salientar que operamos também com a perspectiva de que existem características macro estruturais – não específicas dos subsistemas analisados –, que

impactam a modelagem de aspectos básicos da estrutura das relações intergovernamentais; como, por exemplo, a tendência histórica de maior concentração geral de poderes decisórios no âmbito do Governo Federal e a destinação aos estados e municípios das atribuições próximas ao que Arretche (2012) classificou como *policy-making* ou competência de executar a(s) decisão(s), com pouco ou nenhum acesso a(s) sua(s) produção (s). O que é considerado um aspecto positivo, até certo ponto e sobre determinadas características, tendo em vista que alguns estudos demonstram que a coordenação por parte do Governo Federal no Brasil tem impactado positivamente a efetividade das políticas sociais de abrangência nacional (Arretche, 2012).

Ou seja, operacionalizamos também o argumento de que existe um *trade-off* entre a redução das desigualdades no âmbito da federação e a plena autonomia dos níveis estadual e municipal de governo. Deixando claro que esta relação de perdas e ganhos não implica eliminação da autonomia das subunidades governamentais, que continuam dispendo de meios, ainda que reduzidos, que lhes possibilitam influenciar o processo decisório intergovernamental (Arretche, 2012). Veremos que esta compreensão é corroborada pelo padrão das relações entre os níveis de governo identificado no âmbito das CITs; o que se explica tanto pelos contornos dados pela macro estrutura das relações intergovernamentais no país, quanto pelas características das trajetórias dos subsistemas. Contudo, as políticas apresentam algumas divergências no que diz respeito ao resultado das deliberações e, também, em relação aos tipos de questões deliberadas (gestão administrativa, financiamento ou questões políticas); nestes casos, a natureza das políticas e as especificidades dos subsistemas de cada setor são os fatores explicativos mais plausíveis.

Algumas informações e análises gerais sobre os casos

A partir de um primeiro trabalho de classificação e organização dos dados identificamos 138 deliberações no campo da assistência social e 274 na área da saúde, cujas distribuições entre os anos estão expostas na tabela abaixo.

Tabela 01: Frequência e percentual de reuniões e deliberações nas Comissões Intergestores Tripartite (CITs) das Políticas de Assistência Social e Saúde (2009-2012).

Ano	CIT Assistência Social				CIT Saúde			
	Atas/Reuniões	Perc.	Deliberações	Perc.	Atas/Reuniões	Perc.	Deliberações	Perc.
2009	7	22,58%	47	34,06%	11	27,50%	52	18,98%
2010	11	35,48%	37	26,81%	8	20,00%	60	21,90%
2011	7	22,58%	27	19,57%	12	30,00%	97	35,40%
2012	6	19,35%	27	19,57%	9	22,50%	65	23,72%
Total	31	100%	138	100%	40	100%	274	100%

Fonte: Organização do autor a partir das atas das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) das Políticas de Assistência Social e Saúde (2009-2012).

Conforme pode ser calculado, a média anual de reuniões da CIT da Assistência Social nestes quatro anos foi de 7,7; sendo o ano de 2010 aquele em que mais reuniões foram realizadas. Na CIT da Saúde houve em média 10 reuniões por ano, com uma distribuição um pouco menos desigual entre eles. O espaço geral de tempo entre uma reunião e outra é de um mês ou mais; e, de acordo com as atas, representantes dos três níveis de governo estiveram presentes em todas as reuniões⁸¹.

Em relação à discrepância da quantidade de deliberações em cada campo, cabe salientar que além do maior número de reuniões realizadas pela CIT da saúde – que é em si mesmo um fator que eleva a quantidade de temas deliberados –, o contato com as atas possibilitou a percepção de que as reuniões desta CIT são voltadas, de maneira mais objetiva, à colocação de temas sob deliberação, enquanto que nas reuniões da CIT da Assistência

⁸¹ Importa lembrar que no caso da CIT da Saúde, os representantes dos estados e municípios são indicados pelo CONASS e pelo CONASEMS, respectivamente. E no caso da CIT da Assistência Social, a representação vem dos órgãos equivalentes do setor, o FONSEAS e o CONGEMAS.

Social, muitas questões e problemas sobre os quais não se objetiva (e em muitos casos, não é possível) tomar decisões pragmáticas, acabam sendo abordados, discutidos e demandados.

No caso da CIT da Assistência Social há, por exemplo, um grande número de menções, discussões e demandas relacionadas à atuação de outros ministérios; e problematizações genéricas sobre o comprometimento de unidades específicas da federação, que em poucos casos foram transformadas em deliberações. Entendemos ser este um aspecto característico de uma política pública ainda recente (no período analisado) e, por isso, com maiores carências de ajustes e adequações para se tornar funcionalmente adequada. É preciso salientar que o tempo de institucionalização da política de assistência social é menor do que o tempo de institucionalização da política de saúde. E que, de acordo com informações consensuais entre os entrevistados na pesquisa, arestas que outrora foram aparadas no caso da saúde, referentes, por exemplo, à relação entre seus setores internos e à sua colocação no âmbito da macro estrutura governamental, ocorrem no âmbito da política de assistência social no período atual.

Além disso, cabe salientar que a maior concentração de deliberações nos anos de 2009 e 2010, no caso da CIT da Assistência Social, é decorrente das discussões relativas, principalmente, (i) à *“Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais”* – que se tornou a Resolução Nº 109 (CNAS), de 11 de Novembro de 2009; um documento que reorganiza toda a estrutura de serviços do campo da assistência social e as condições gerais para oferta e funcionamento dos mesmos (no que tange à gestão) –; e, em menor monta, (ii) ao *“Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”* – que foi publicado como a Resolução Nº 7 (CIT), de 10 de Setembro de 2009; documento que visou induzir a articulação entre serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do SUAS, a partir da corresponsabilidade e participação dos três níveis de governo (proposta, como veremos, de sucesso limitado). Já o número

ligeiramente mais elevado do ano de 2010 é decorrente da quantidade de reuniões realizadas. Em pese tais desvios, o número médio anual de deliberações na CIT da Assistência Social é de 34,5.

No caso da CIT da Saúde, o número médio de deliberações anuais é de 68,5; sendo que o ano de 2011 é o único que apresenta uma concentração de deliberações que pode ser considerada significativamente desproporcional, quando comparado aos demais anos (97 deliberações ou 35,40% do total). Salientamos que, no decorrer de 2011, a dinâmica da CIT do setor sofreu o impacto do Decreto Presidencial 7.580, de 28 de junho do mesmo ano; uma norma superior às regulamentações anteriores (que eram portarias ministeriais) que, como vimos, foi criada com o objetivo de consolidar alguns dos aspectos centrais das relações federativas do campo e, por isso, explicitou conceitos e procedimentos chave como a regionalização e a ideia da criação das redes de serviços. Portanto, no ano de 2011, aspectos relativos à criação das regiões de saúde e, principalmente, à operacionalização de redes temáticas (criadas em decorrência do decreto), como a Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) e a Rede de Urgência e Emergência, fizeram aumentar a quantidade de matérias deliberadas no âmbito desta CIT. A implantação da Rede de Urgência e Emergência, por exemplo, implicou a necessidade de várias deliberações sobre adequações em aspectos relacionados à gestão e ao financiamento dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

5.2.1. O caso da Política de Assistência Social

Na organização das informações contidas nas atas das reuniões da CIT da Assistência Social, especificamente sobre as menções referentes às ações e temas que consideramos estruturantes deste campo de intervenção (Serviços de Assistência Social, Bolsa Família,

Benefício de Prestação Continuada e Rede Assistencial Privada), identificamos que a distribuição percentual dos seus respectivos aparecimentos no conjunto das reuniões, embora não seja equilibrada, contempla de forma considerável todos os aspectos. Como podemos observar na Tabela 02, ainda que haja predominância de menções às questões relacionadas aos Serviços de Assistência Social (referentes tanto à Proteção Social Básica, quanto às proteções de Média e Alta Complexidade), que são abordados em 100% das reuniões; questões referentes ao Programa Bolsa Família (PBF) e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) foram tratadas em mais da metade das reuniões realizadas durante os quatro anos pesquisados. O tema que apresentou menor frequência de aparição é a Rede Assistencial Privado-Filantrópica, o que de certa forma é surpreendente, dadas as estreitas relações entre o setor público e setor privado filantrópico na trajetória de constituição do subsistema da política. Ainda assim, é preciso observar que tal aspecto é tratado em 22,58% do total de reuniões, ou seja, em quase um quarto das mesmas.

Tabela 02: Frequência e percentual dos temas discutidos nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

Temas Discutidos	Nº Reuniões		Aspectos Gestão		Aspectos Financ.		Aspectos Políticos	
		Perc.		Perc.		Perc.		Perc.
Serv. Assist. Soc.	31	100%	31	100%	28	90,32%	16	51,61%
Bolsa Família	18	58,06%	17	94%	2	11,11%	1	5,56%
BPC	16	51,51%	15	93,75%	0	0%	0	0%
Rede Privada	7	22,58%	7	100%	0	0%	0	0%

Fonte: Organização do autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

A menor frequência de aparecimento de questões relacionadas à rede filantrópica nas reuniões deve-se ao próprio movimento de institucionalização do campo da assistência social como política de Estado, que se tornou mais agudo a partir dos anos 2000, com a elaboração da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A partir destas decisões e seus desdobramentos legais, o aspecto filantrópico, embora ainda muito presente no campo assistencial (principalmente a partir da representação

no CNAS, no que diz respeito apenas ao nível federal), passou a ser tratado definitivamente, do ponto de vista da execução da política, como um elemento secundário e submetido à estrutura estatal constituída. Ou seja, os atores filantrópicos, forjados ao longo da trajetória do subsistema da política, de forma densa e com consideráveis poderes de influenciar as decisões, continuam exercendo suas funções e impactando o desenvolvimento do setor (em alguns aspectos de forma positiva e em outros, negativa), mas este traço da política passou a ser complementar no bojo dos objetivos e propostas de intervenção subjacentes à estruturação atual.

Dito de outra forma, em consequência das decisões mais recentes do setor, atualmente há uma relativa acomodação entre o que é advindo do setor filantrópico e o que se construiu no setor público, com acentuados poderes de influência e decisão concentrados neste último. Ainda que, como consequência dos aspectos constituídos ao longo da trajetória da política (fortalecimento dos atores privados e das ações caritativas), tanto a Constituição de 1988, quanto as leis e normatizações posteriores prevejam também relações convenientes entre o poder público e as entidades socioassistenciais para o desenvolvimento de programas e projetos no âmbito da política de assistência social.

Em relação à considerável frequência dos aspectos relacionados ao Programa Bolsa Família e ao Benefício de Prestação Continuada nas reuniões da CIT do período, é preciso salientar que os debates relacionados à produção do *“Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”*, durante o ano de 2009, é um dos fatores explicativos da elevação do percentual de aparecimento das questões relacionados aos mesmos. Mas, como vimos ao tratar da trajetória do subsistema, a acomodação atual dos interesses e propostas de intervenção relacionados à operacionalização da proteção social por meio da renda, não é um ponto pacífico entre os atores do campo. Os distintos aspectos da gestão e financiamento

destes benefícios estão alocados em agências específicas, muitos deles completamente à margem das possibilidades decisórias da estrutura do campo da assistência social, especificamente responsável pela gestão do SUAS. Esta, por sua vez, entende que os benefícios deveriam estar submetidos às normatizações do sistema único do setor, ou no mínimo, estarem mais próximos e articulados a ele. É neste conflito que, inclusive, a proposta de elaboração do mencionado protocolo de gestão integrada ganhou força.⁸²

Ou seja, existe uma conjuntura mais ampla, cujos aspectos foram constituídos ao longo da trajetória da política, que é favorável ao aparecimento de discussões, propostas e demandas genéricas sobre os benefícios de renda durante as reuniões; mas, como veremos a seguir, a organização institucional (segmentada) estabelecida atualmente para a operacionalização destes benefícios, prevalece sobre a perspectiva dos defensores de um sistema único que os integre aos serviços. O que poderá ser observado a partir do percentual de deliberações pragmáticas sobre os benefícios de renda durante as reuniões, que é bem inferior ao de menções e debates sem objetivos práticos.

Em outras palavras, a partir desta primeira análise sobre a frequência de aparição dos temas, seria precipitado refutar uma das hipóteses norteadoras da pesquisa, segundo a qual haveriam decisões de impacto intergovernamental sobre ações centrais do campo da assistência social que passam às margens da CIT. Isso porque a distribuição percentual das deliberações objetivas sobre os temas apontam o contrário, conforme podemos observar na Tabela 03.

⁸² Perspectiva de compreensão consolidada a partir das informações das entrevistas com gestores, ex-gestores e acadêmicos ligados ao campo.

Tabela 03: Frequência e percentual de deliberações por temas nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

Temas	Nº		Aspectos		Aspectos		Aspectos	
	Deliberações	Perc.	Gestão	Perc.	Financ.	Perc.	Políticos	Perc.
Serv. Assist. Soc.	118	85,51%	94	79,66%	21	17,80%	3	2,54%
Bolsa Família	13	9,42%	13	100%	0	0%	0	0%
BPC	4	2,90%	4	100%	0	0%	0	0%
Rede Privada	3	2,17%	3	100%	0	0%	0	0%
Total	138	100%	114(82,60%)	-	21(15,21%)	-	3(2,19%)	-

Fonte: Organização do autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

Ainda no que se refere aos dados sobre a frequência de menções aos temas, expostos na Tabela 02, é importante explicitar que somente as questões referentes aos Serviços de Assistência Social apresentam equilíbrio no que diz respeito à abordagem de aspectos relacionados à gestão administrativa e ao financiamento das ações; além do considerável percentual de reuniões em que as questões de natureza política aparecem relacionadas aos serviços, 51,61%, ou seja, mais da metade dos encontros. As demais ações estruturantes do campo são abordadas quase que exclusivamente sobre características relacionadas à gestão administrativa. Menções aos aspectos de financiamento e às questões políticas, referentes especificamente ao Programa Bolsa Família, apresentam baixa frequência; e, no caso do BPC e da Rede Assistencial Privado-filantrópica, são inexistentes.

Tal padrão se mantém nas deliberações. A Tabela 03 acima demonstra que 82,60% das deliberações são referentes às questões de gestão administrativa das ações estruturantes do campo; havendo, apenas no que diz respeito aos Serviços de Assistência Social, 15,21% de deliberações sobre aspectos relacionados ao financiamento e 2,19% de deliberações sobre questões de cunho político. As deliberações relacionadas ao Programa Bolsa Família, ao BPC e à Rede Assistencial Privado-filantrópica são exclusivamente relacionadas à gestão. Esta é uma das características de definição da CIT da Assistência Social; ou seja, trata-se de uma instância de deliberação intergovernamental em que se decide muito pouco sobre aspectos relacionados ao financiamento e às questões políticas do setor.

Em trabalho publicado por Jaccoud, Hadjab e Chaibub (2009) afirma-se que as pactuações sobre os critérios de distribuição de recursos, principalmente federais, se consolidaram como o principal tema de deliberação da CIT, mas que a ampliação das proteções e a promoção de convergência entre os três níveis de governo, no que diz respeito às prioridades da gestão compartilhada, também vinham se constituindo como pauta estratégica da comissão.

Embora os autores não explicitem a base empírica que sustenta tal afirmação, acreditamos tratar-se das deliberações sobre o cofinanciamento da política, que ocorreram no âmbito da CIT, logo após o estabelecimento da PNAS e do SUAS; principalmente, em virtude da incipiente estrutura de financiamento da política, que não conta, por exemplo, com um dispositivo legal que determine pragmaticamente os montantes do orçamento dos estados e municípios para sua execução – este é um ponto ainda em construção, que se desenvolve no momento presente da trajetória. Entretanto, é preciso frisar que no que diz respeito às reuniões realizadas entre os anos de 2009 e 2012, que cremos serem posteriores àquelas analisadas pelos autores (as reuniões e os períodos analisados não são explicitados por eles), os padrões identificados são o contrário do que eles afirmaram. Ou seja, há elevada concentração percentual de decisões sobre gestão e baixa frequência de deliberações sobre aspectos relacionados ao financiamento.

Voltando a tratar da hipótese de que existem decisões de impacto intergovernamental, sobre ações básicas do campo, que passam às margens da CIT; podemos perceber que a distribuição percentual das deliberações é fortemente desequilibrada, com acentuada concentração de decisões sobre os Serviços de Assistência Social, que somam 85,51% do total. Ou seja, as deliberações sobre as outras ações estruturantes do campo somam juntas menos de 15% do total, com a informação adicional de que, nos casos do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada, 47% destas deliberações ocorreram durante

a elaboração do Protocolo de Gestão Integrada de Serviços e Benefícios, um documento normatizador empreendido pelos atores ligados ao SUAS, como uma tentativa de viabilizar alguma aproximação e ingerência sobre os benefícios de renda, principalmente sobre o Programa Bolsa Família⁸³. Uma estratégia de pouco sucesso, dado que as informações sobre os anos posteriores demonstram que as decisões sobre o Programa Bolsa Família e o BPC no âmbito da CIT continuaram sendo infimamente frequentes.

Os aspectos centrais da execução do Programa Bolsa Família, como sua ampliação e os ajustes sobre os critérios de inclusão e sobre o valor do benefício, continuaram sendo decididos pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), ainda que em algumas situações fossem informados nas reuniões da CIT.⁸⁴ Ou seja, a julgar pelos dados das deliberações ocorridas nas reuniões analisados, a hipótese de que existem decisões de impacto intergovernamental, sobre ações básicas do campo, que passam às margens da CIT, se sustenta; tendo em vista que a comissão demonstra ser um espaço objetivamente decisório para as questões intergovernamentais referentes aos Serviços de Assistência Social, mas fragilizado no que diz respeito às deliberações sobre os benefícios de transferência de renda (PBF e BPC).

A partir da reconstituição da trajetória do subsistema, vimos que a consolidação dos Serviços de Assistência Social (e a criação do SUAS) é um aspecto da política encabeçado por atores distintos daqueles que tiveram como proposta principal, a transferência de renda como forma de proteção social. Demonstramos que, do ponto de vista institucional, as propostas de intervenção (benefícios) referentes à proteção social por meio da renda seguiram caminhos específicos no âmbito da política; de um lado configurou-se o BPC, um benefício que compõe a Política de Assistência Social, mas é executado e controlado financeiramente

⁸³ Os outros 53% das deliberações eram referentes às funções acessórias de acompanhamento das famílias beneficiárias (tanto no PBF quanto no BPC) e à execução de parte das atividades complementares, no caso específico do PBF – todas exclusivamente ligadas à aspectos de gestão, como demonstra a Tabela 03.

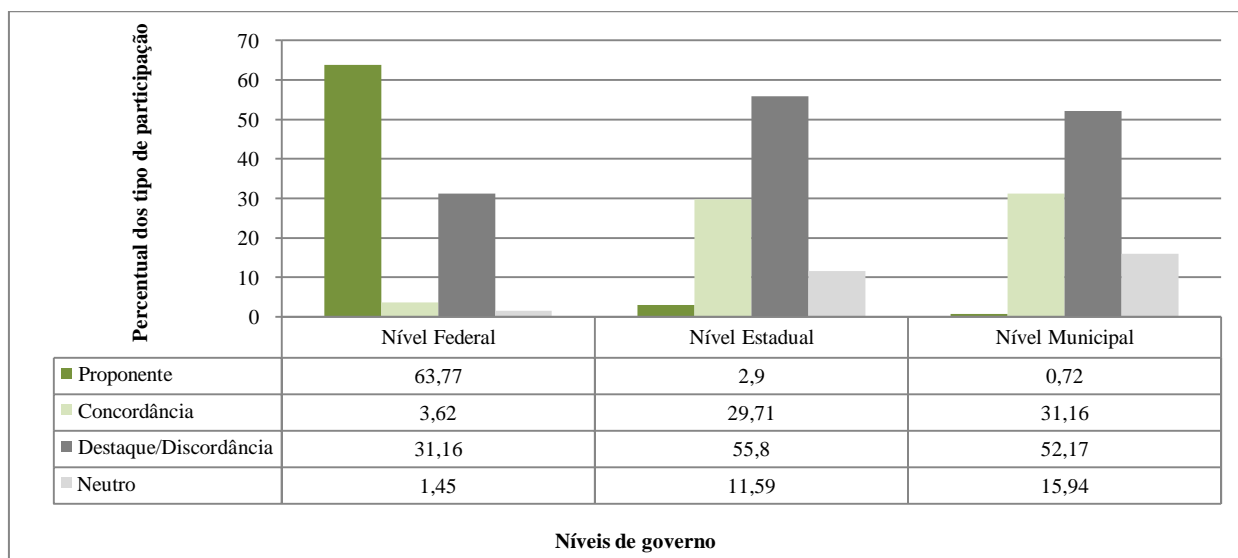
⁸⁴ Informações também proveniente das entrevistas realizadas com dois ex-gestores que ocuparam cargos de direção na Secretaria Nacional de Assistência Social/MDS.

pela Política Previdenciária; e do outro, foram criados os diversos benefícios de transferência de renda que, posteriormente, se transformaram no Programa Bolsa Família. No processo de criação do MDS, estruturas institucionais previamente existentes, responsáveis pelo Programa Bolsa Família e pelos Serviços de Assistência Social (entre outras), passaram a compor o ministério, mas com suas respectivas autonomias (na relação com as demais) e especificidades de intervenção asseguradas. Embora tenha havido esforços de integração das ações, a estrutura organizacional formalizada por meio da criação de secretarias dotadas de responsabilidades particulares, acabou prevalecendo.

Ora, nossa compreensão é de que estas características (ou conflitos ainda não definitivamente acomodados) da constituição do subsistema têm reverberações sobre o padrão das deliberações intergovernamentais do campo. É neste sentido que as decisões centrais sobre o PBF permanecem sendo produzidas exclusivamente pela SENARC, sem a participação substantiva das outras secretarias do MDS e, principalmente, sem passar pela CIT da Assistência social, onde as questões seriam debatidas com os representantes dos outros dois níveis de governo. Além disso, no caso do BPC, a impossibilidade de deliberar sobre aspectos referentes à expansão, ajustes financeiros e alterações nos critérios de inclusão e recebimento – todos de responsabilidade da política previdenciária –, torna a produção decisória sobre o benefício no âmbito da CIT, um procedimento quase sem propósito ou ritualístico.

Ainda que, portanto, haja forte concentração das deliberações sobre aspectos relacionados aos Serviços de Assistência Social, existem diferenças na participação dos níveis de governo na produção das decisões que precisam ser explicitados. Passemos agora, a partir do Gráfico 01, à análise do padrão de participação dos entes federados no âmbito da CIT.

Gráfico 01: Percentual (%) dos tipos de participação de cada nível de governo nas deliberações no âmbito da CIT da Política de Assistência Social (2009-2012)



Fonte: Organizado pelo autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

O ponto central a ser observado é o fato de que o nível federal tem como principal característica de participação, a proposição de matérias para deliberação. Havendo também, por parte do mesmo, um considerável percentual de intervenções voltadas a explicitar adequações e mudanças necessárias (destaques), ou à discordância em relação a traços específicos das propostas deliberadas.⁸⁵ No caso das características de participação dos representantes dos níveis estadual e municipal de governo, as informações das atas demonstraram existir um padrão que conjuga o endossamento das matérias propostas – quase sempre uma ação exercida pelo nível federal –, com a apresentação de destaques sobre adequações e discordâncias referentes às matérias; com maior frequência percentual dos destaques e discordâncias, que se constitui a principal característica da participação destes entes.

⁸⁵ É importante esclarecer que a incompatibilidade entre o percentual de destaques/discordância do Governo Federal (31,16%) e o percentual de proposições dos estados e municípios, que somam 2,9% e 0,72%, respectivamente, é decorrente da contagem dos destaques sobre aspectos de temas que se estenderam para encontros subsequentes – conforme explicamos em nota de rodapé anterior. Ou seja, os destaques e as participações de desacordo não foram contabilizadas exclusivamente na relação direta com as proposições iniciais.

Nota-se, portanto, que além de exercer, quase que de forma exclusiva, a função de ser o proponente das matérias sob deliberação, o nível federal também tem atuação considerável como elaborador e revisor das decisões pactuadas. Ao passo que, no que diz respeito à participação efetiva na elaboração das decisões, os estados e municípios exercem de forma compartilhada com o nível federal a função de veto e adequação das matérias postas em debate. Este padrão de distribuição das funções participativas nas deliberações da CIT expressa o poder desproporcional do nível federal na relação com as subunidades governamentais, existente desde o início do Século XX e consolidado pela Constituição de 1988 que, como demonstra (Arretche, 2012), conjuga características de descentralização (que contribuem para que os estados e municípios não sejam entes passivos), com prerrogativas de concentração dos poderes no âmbito federal (que fortaleceram o predomínio deste nível de governo na interação com os demais).

Sabemos que, na trajetória da Política de Assistência Social no país, uma das características comuns é a execução de ações dispersas no território nacional. Ainda assim, de forma alinhada à tendência centralizadora do Estado Brasileiro, existiram experiências de coordenação das áreas social e trabalhista, que impactaram as ações de assistência social – tanto no que diz respeito à gestão quanto ao financiamento –, todas pautadas na perspectiva de concentrar as possibilidades decisórias no nível federal de governo. Durante os anos de 1940 e 1950, tivemos a criação e o controle dos IAPs pelo governo central; na década de 1960, a instituição do INPS; e, posteriormente, na década de 1970, estabeleceu-se o MPAS e, em seu interior, o SINPAS; ainda que de formas distintas, todos estes arranjos institucionais implicaram favorecimento da centralização decisória, financeira e administrativa das políticas trabalhista e social e, conseqüentemente, das ações assistenciais. A partir da Constituição de 1988, competências sobre parte das políticas sociais foram descentralizadas aos níveis estadual e municipal – entre elas a execução e o cofinanciamento da política de assistência

social –, o que representou uma substantiva inflexão no processo constituído até aquele momento (Arretche, 2000; 2003; 2004 e 2010); mas, como vimos no primeiro capítulo, esta mesma Constituição prevê dispositivos que dá à União a prerrogativa de legislar, com relativa autonomia, sobre as políticas descentralizadas (Arretche, 2012).

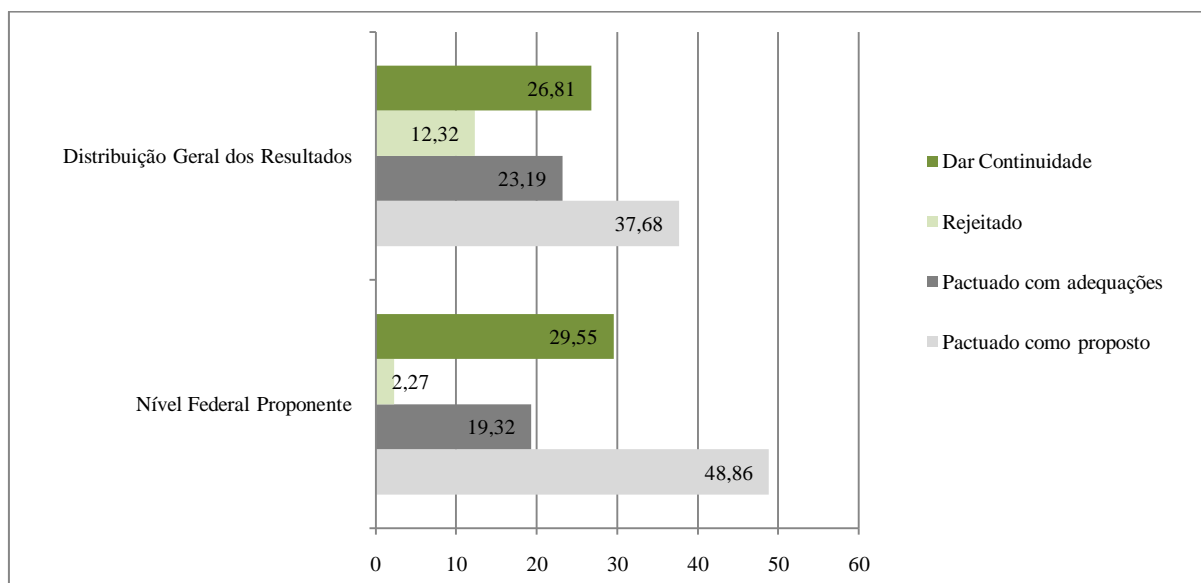
É preciso lembrar ainda que, durante a década de 1990, um conjunto de medidas aprovadas no âmbito federal reverteu aspectos de descentralização financeira que haviam sido garantidos pela Constituição de 1988; reduzindo substantivamente a autonomia decisória dos governos estaduais e municipais sobre a alocação de suas próprias despesas (Arretche, 2012). Ou seja, a partir da década de 1990, a autoridade da União sobre estados e municípios tornou-se ainda mais fortalecida, dado que o recolhimento de impostos, a alocação dos recursos e, conseqüentemente, as estratégias de implementação das políticas passaram a serem ações ainda mais constringidas pelos limites impostos pelas leis e normatizações federais.

A análise, portanto, é de que a macro estrutura institucional, que estabelece os contornos das relações entre os níveis de governo no país, favorece a concentração de poderes no nível federal; e, além disso, ao observar a própria trajetória de constituição da política de assistência social, vemos que as principais experiências institucionais relacionadas ao setor também tiveram a centralização das prerrogativas decisórias como uma de suas características elementares. Entendemos que o padrão das relações entre os níveis de governo, identificado no âmbito da CIT, é consequência desta configuração mais ampla; ou seja, a distribuição de poderes e papéis entre o nível federal e as subunidades governamentais na comissão intergestores é expressão e desdobramento das características institucionais macro estruturais; e daquelas forjadas no âmbito do próprio setor.

A análise do Gráfico 02 nos permite tratar de mais alguns aspectos do argumento de que o padrão das interações entre os níveis de governo, no âmbito desta CIT, tem como características centrais: a predominância do nível federal, que possui força desproporcional na

relação com as subunidades governamentais; e a atuação destas últimas no sentido de apresentar destaques às proposições, que paradoxalmente também demonstra exercer considerável influência sobre as decisões. Apresentamos a distribuição dos resultados das deliberações e cruzamos a principal característica de participação do nível federal (proposição), com as decisões produzidas.

Gráfico 02: Percentual (%) dos resultados das deliberações no geral e quando o nível federal atuou como proponente nas reuniões da CIT da Política de Assistência Social (2009-2012)



Fonte: Organizado pelo autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

A distribuição geral dos resultados das deliberações apresenta maior percentual de pactuações diretas das matérias propostas, ou seja, sem haver destaques (37,68%), mas também, um percentual considerável de pactuações após ajustes e adequações e de rejeições, que juntas somam 35,51% do total. Quando verificamos especificamente os resultados das deliberações nas situações em que o nível federal foi o proponente, encontramos um padrão de distribuição semelhante, embora tenha havido aumento percentual das matérias pactuadas da forma como foram propostas e uma queda de 10,05% das matérias rejeitadas. Dado que o número de matérias pactuadas sem adequações nas duas situações analisadas é considerável (o maior percentual de cada uma delas); e que quase a totalidade das mesmas (94,62%) foram

apresentadas pelo nível federal, o argumento de haver maior poder de influência deste nível na produção das decisões torna-se ainda mais explícito e convincente.

Adicionalmente, importa salientar que as deliberações pela continuidade dos debates também são mais favoráveis aos propósitos do nível federal (de aprovar suas propostas, da forma como foram elaboradas). A análise das atas possibilita perceber que, em 45,95% das situações em que se optou por tal decisão não houve acordo entre os entes ou percebeu-se a necessidade de aprofundamento nos aspectos debatidos; contudo, nos 54,05% restantes, identificamos ter havido alinhamento das subunidades federadas no que diz respeito ao não endossamento das matérias (apresentadas pelo nível federal) e, também, em relação ao encaminhamento a ser adotado; mas as propostas não foram aprovadas com adequações e nem rejeitadas por completo; acabaram sendo adiadas, não atendendo às posições de momento dos representantes das subunidades governamentais. Este, portanto, é um tipo de decisão com percentual também considerável, cujas características reforçam a compreensão sobre a força do nível federal.

Ao mesmo tempo, fica também evidente haver um papel ativo de intervenção das subunidades governamentais no processo deliberativo, que juntas foram responsáveis por 77,60% – 40,10% (dos representantes estaduais) e 37,50% (dos representantes municipais) – das apresentações de destaques e discordância; e atingiram um percentual razoável de sucesso das suas intervenções, que pode ser notado quando somamos os percentuais de pactuações com adequações e de rejeições às propostas, ambas objetivos das intervenções principais destes dois níveis de governo.

De forma resumida, o padrão decisório no âmbito da CIT da assistência social apresenta como características centrais, portanto, a alta concentração de deliberações sobre temas relacionados aos Serviços de Assistencial Social, em contraposição àquelas referentes aos benefícios de renda e às questões relacionadas à rede assistencial privado-filantrópica. E,

na linha do que havia identificado Arretche (2012), ao tratar das políticas sociais brasileiras, há desproporcional força do nível federal de governo na relação com as subunidades governamentais, ainda que as possibilidades de participação e influência destas últimas sobre as decisões não sejam eliminadas do jogo decisório.

E ainda, trata-se de uma instância decisória voltada, quase que exclusivamente, às deliberações sobre questões relacionadas à gestão das ações, ficando os aspectos financeiros e de natureza política em segundo plano nesta comissão. Quando os níveis de governo atuam a partir de suas principais características de participação (proposição ou apresentação de destaque/discordante) no âmbito desta comissão, estão operando centralmente com aspectos relacionados à gestão. Do total de proposições do nível federal, por exemplo, 79,55% são relacionadas a aspectos de gestão, 18,18% a aspectos financeiros e 2,27% a questões de natureza política; no caso do nível estadual (destaque/discordante), estes percentuais são, respectivamente, de 84,42%, 12,99% e 2,59%; o que se mantém no caso do nível municipal, 84,72%, 12,51% e 2,77%.

Passemos aos dados da CIT da Política de Saúde para que, posteriormente, seja possível traçar uma linha comparativa conclusiva entre os padrões identificados nos dois casos.

5.2.2. O caso da Política de Saúde

A organização das informações contidas nas atas da CIT da Saúde, especificamente sobre as menções referentes às ações e aspectos que consideramos estruturantes deste campo de intervenção (Assistência à Saúde, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico,

Assistência Farmacêutica, Setor Suplementar e Outros⁸⁶), demonstrou haver distribuição percentual desequilibrada no geral, mas que também contempla o aparecimento de todos os aspectos no conjunto das reuniões. Como pode ser percebido a partir da Tabela 04, predominam durante os quatro anos, as menções sobre a Assistência à Saúde (tanto no que diz respeito à Atenção Básica, quanto aos procedimentos de Média e Alta Complexidade), que aparecem em todas as reuniões do período. Contudo, estas são seguidas pelas questões referentes ao Controle Epidemiológico, que apresentam um percentual considerável de menções, em 77,50% das reuniões; o que poderia ser considerado um ponto positivo, dada a necessidade de articulação entre esta última e a Assistência à Saúde, já bastante discutida pela literatura (Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009) – veremos, contudo, que no que diz respeito às deliberações, o controle epidemiológico aparece com percentual bem inferior ao das menções.

Tabela 04: Frequência e percentual dos temas discutidos nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Saúde (2009-2012).

Temas Discutidos	Nº Reuniões		Aspectos Gestão		Aspectos Financ.		Aspectos Políticos	
		Perc.		Perc.		Perc.		Perc.
Assist. Saúde	40	100%	39	97,50%	27	67,50%	7	17,50%
Vig. Sanitária	16	40%	10	62,50%	10	62,50%	16	100%
Cont. Epidemiol.	31	77,50%	22	70,97%	18	58,06%	1	3,23%
Assist. Farmac.	13	32,50%	12	92,31%	10	76,92%	3	23,08%
Setor Suplementar	4	10%	2	50%	2	50%	1	25%
Outros	29	72,50%	-	-	-	-	-	-

Fonte: Organização do autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Saúde (2009-2012).

Além disso, questões referentes à Vigilância Sanitária e à Assistência Farmacêutica aparecem em menor monta, mas com percentuais que não devem ser desprezados. Especificamente sobre a assistência farmacêutica, entendemos que apesar de se tratar de uma ação particular no campo da saúde, seus objetivos curativos e preventivos estão muito

⁸⁶ As questões que classificamos como “outros” estão relacionadas, em sua maioria, aos elementos que dizem respeito à violência (mortes no trânsito, Lei Seca) e seus impactos para o campo da saúde; e às campanhas de doação de sangue e órgãos, tanto no que diz respeito à gestão, quanto ao financiamento e aos aspectos políticos.

próximos e, de certa forma, contidos nas ações de assistência à Saúde. A análise em separado se justifica pela opção em destacar de forma desagregada as menções e deliberações sobre aspectos relacionados ao financiamento, que é uma característica comum dos cinco aspectos ou ações estruturantes verificados.

Lembremos que estas ações foram integradas, de fato, a partir da criação e implementação do SUS nos anos de 1980 e 1990, respectivamente. Até a criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro era segmentado no âmbito do Estado e, como vimos, havia forte hegemonia privada no seu funcionamento – abordaremos as características das menções referentes ao setor suplementar (privado) ao analisar as deliberações. Sobre a segmentação no âmbito estatal, cabe lembrar que o sistema público existente era altamente centralizado e, ao mesmo tempo, marcado pela fragmentação institucional, dado que havia dois ministérios responsáveis pelas ações do campo, que exerciam funções e atendiam públicos distintos: o Ministério da Saúde (MS) se ocupava das ações voltadas à saúde pública, como o controle de doenças transmissíveis, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, financiadas a partir de tributações gerais; e o então existente, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), era responsável pela assistência médica prestada exclusivamente aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, que era financiada pela política previdenciária (Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009).

As informações sobre a trajetória da política demonstram ter sido a partir das defesas do movimento sanitário, durante as décadas de 1970 e 1980, que a proposta de criação de um sistema público unificado, que superasse a dicotomia institucional existente, iniciou seu processo de maturação, até ser inserida nos debates da Assembleia Nacional Constituinte. Sabemos que no processo de fortalecimento do movimento sanitário e, conseqüentemente, na trajetória de constituição do arranjo atual da política de saúde no país, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante; dado que as deliberações desta

conferência impulsionaram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), composta por representantes de ministérios, do CONASS, do CONASEMS, além das confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura, de federações sindicais e associações profissionais de saúde, de movimentos sociais e das comissões de saúde do Senado e da Câmara dos Deputados.

A adesão destes atores e a força política agregada neste processo fizeram com que vários dos aspectos fundamentais das reivindicações do movimento sanitário, da VIII conferência e da CNRS, fossem contemplados nos artigos da constituição e, posteriormente, regulamentados nos anos 1990; principalmente, a partir das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Entre os aspectos reivindicados ou defendidos estava a perspectiva de integralidade do atendimento; ou seja, a ideia de que os indivíduos deveriam acessar todos os serviços necessários, tanto preventivos quanto curativos, tanto individuais quanto coletivos. O que só se viabilizou, portanto, a partir da constituição de um sistema único que integrou todas as ações, objetivando também, dar fim às dualidades institucionais internas, conseqüenciadas pela trajetória de constituição do setor e expressas pela existência dicotômica do MS e do MPAS, com suas respectivas funções. Ou seja, é a partir de tal marco que, institucionalmente, as ações preventivas de cunho coletivo e os insumos necessários aos tratamentos (como os medicamentos) passam a estar associadas aos serviços de assistência médica.

Talvez pudéssemos argumentar que uma distribuição mais equilibrada das menções no âmbito da CIT demonstraria melhor observância do setor no que diz respeito à perspectiva da integralidade das ações e serviços. Ou seja, o aparecimento mais equilibrado demonstraria atenção equitativa por parte dos gestores aos aspectos da política. Mas, é preciso esclarecer que a estrutura de intervenção do campo se organizou historicamente tendo como referência central a Assistência à Saúde; tanto para os gestores quanto para a sociedade, este é o conjunto de ações de maior necessidade e impacto sobre a população. Ou seja, ainda que o

controle epidemiológico e a vigilância sanitária sejam fundamentais no desenvolvimento da prevenção coletiva – que traz consequências para a efetividade da assistência nos seus três níveis –, as ações destes setores se constituíram ao longo da trajetória e permanecem hoje como campos quase invisíveis à população e complementares às ações de assistência à saúde, quando observamos a organização geral dos serviços no setor (Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009). Daí o desequilíbrio no tratamento dos aspectos no conjunto das reuniões, que se expressa de forma ainda mais contundente quando analisamos a distribuição percentual das deliberações, demonstrada pela Tabela 05.

Tabela 05: Frequência e percentual de deliberações por temas nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Saúde (2009-2012).

Temas Discutidos	Nº Deliberações		Aspectos Gestão		Aspectos Financ.		Aspectos Políticos	
		Perc.		Perc.		Perc.		Perc.
Assist. Saúde	200	72,99%	130	65%	68	34%	2	1%
Vig. Sanitária	20	7,30%	4	20%	15	75%	1	5%
Cont. Epidemiol.	24	8,76%	8	33,33%	16	66,67%	0	0%
Assist. Farmac.	15	5,47%	10	66,67%	5	33,33%	0	0%
Setor Suplementar	2	0,73%	2	100%	0	0%	0	0%
Outros	13	4,74%	11	84,62%	2	15,38%	0	0%
Total	274	100%	163(59,5%)	-	108(39,41%)	-	3(1,09%)	-

Fonte: Organização do autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Saúde (2009-2012).

As atas demonstraram haver ampla predominância de deliberações sobre aspectos referentes à Assistência à Saúde, quando comparados às demais ações e serviços. Ainda que a dinâmica da CIT, durante o período analisado, tenha sido impactada (principalmente no ano de 2011, mas também em 2012) pelo Decreto Presidencial 7.580, de 28 de junho de 2011, que fez aumentar a quantidade de matérias deliberadas sobre os serviços de urgência e emergência e sobre a saúde materna e infantil (em função da criação das redes temáticas de atenção à saúde, uma determinação do decreto), o que, conseqüentemente, aumentou o número de deliberações relacionadas à Assistência à Saúde; há uma tendência geral, durante os quatro anos, de maior concentração das deliberações sobre tal aspecto. No ano de 2009 foram 44

deliberações sobre Assistência à Saúde, 84,61% do total; em 2010 foram 37, correspondendo a 61,66% do total; em 2011, 74, que representaram 76,28% do total, com alta concentração sobre os aspectos já mencionados; e em 2012, 45 deliberações, 69,23% do total.

A julgar pela distribuição das deliberações entre os temas no âmbito desta CIT, parece haver um descompasso entre as características constitucionalizadas e regulamentadas pela legislação, e a atenção dada pelos gestores às mesmas. O que parece corroborar a perspectiva de que a estrutura de intervenção do campo se organizou tendo como referência central a Assistência à Saúde e que as demais ações da política são tratados como ações assessoriais. É fundamental considerar também que as questões referentes à gestão compartilhada são mais prementes na Assistência à Saúde do que nas outras ações.

No entanto, é preciso salientar que, diferente do caso da CIT da Assistência Social, em que uma parte das ínfimas decisões existentes sobre o Programa Bolsa Família e sobre o BPC estava no bojo do Protocolo de Gestão Integrada de Serviços e Benefícios (47%); e a outra parte se referia à função de acompanhamento e execução de ações junto às famílias beneficiadas (todas relacionadas exclusivamente a aspectos de gestão), na CIT da Saúde, no que diz respeito ao controle epidemiológico e à vigilância sanitária, tratou-se de decisões sobre aspectos estruturantes no funcionamento destas ações, envolvendo as características dos equipamentos (como laboratórios), estratégias e insumos para as intervenções, referentes tanto à gestão quanto ao financiamento (liberação ou não dos recursos disponíveis e a forma de aplicá-los).

Neste sentido, entendemos ser mais cuidadosa a análise de que existe integração entre os serviços que compõem o SUS, em que pese à desproporcional atenção dada aos aspectos da Assistência à Saúde; o que se explica pela centralidade deste complexo de intervenções durante a trajetória da política – que permanece no período atual –, e pela sua própria natureza, que conjuga a percepção dos gestores e da sociedade de tratar-se do conjunto de

ações de maior necessidade e impacto sobre a população; além do fato de ser esta a seara de maior complexidade no campo da saúde e que, por isso, precisa produzir constantes deliberações sobre adequações administrativas e financeiras das estruturas e propostas já consolidadas, e sobre a criação e a adesão nas/das unidades federadas a novos projetos de atenção voltados a públicos e localidades específicas nos três níveis de atenção. Ou seja, sua natureza demanda de forma mais contundente o estabelecimento de estratégias de gestão envolvendo os três níveis de governo.

Ainda existem dois aspectos marcantes do padrão interativo-decisório entre as ações e serviços no âmbito desta CIT que chamam atenção e precisam ser explicitados. O primeiro diz respeito ao baixo percentual tanto de menções quanto de deliberações sobre o setor suplementar. Vimos que em função do estabelecimento e fortalecimento de perspectivas de intervenção e de atores ligados ao setor privado, ao longo da trajetória da política de saúde, no processo constituinte houve forte pressão destes atores em defesa do modelo de organização da política que mais os favorecia, o que fez com que, entre outras decisões, a oferta dos serviços em saúde fosse considerada livre à iniciativa privada.

Não foram inseridos na Constituição de 1988 e nem na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/1990 e 8.142/1990), dispositivos específicos sobre os planos e seguros privados de saúde, que já eram bastante expressivos no final da década de 1980 (Piola, Barros, Nogueira, *et. al.*, 2009, Menicucci, 2007; 2014). Este segmento do setor privado acabou dando continuidade à sua trajetória, tendo livre e ampla expansão até o final dos anos 1990, quando a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Lei 9.665 de 1998 – passou a regulá-los. Conforme já argumentamos, tal medida deu um passo fundamental na consolidação de um sistema de saúde dual no país (Menicucci, 2007; 2014). A partir dela, a oferta privada dos serviços de saúde no mercado passou a estar legalmente acomodada, e atuando de forma independente do SUS e fora dos mecanismos decisórios e de gestão do

sistema público. Se esse último conta com a CIT como uma instância decisória intergovernamental, cabe à ANS, a responsabilidade pela regulação, controle e fiscalização do setor de saúde suplementar. É em função desta característica institucional, forjada na trajetória de constituição do subsistema da política de saúde, que as questões referentes ao setor suplementar praticamente não são objeto de menções e deliberações no âmbito da CIT; o que entendemos como uma característica já esperada no padrão interativo-decisório desta instância.⁸⁷

O segundo aspecto, que inclusive marca uma explícita diferença em relação à CIT da Assistência Social, é o equilíbrio percentual entre as deliberações referentes aos aspectos de gestão, que somam 59,5% do total, e aquelas referentes ao financiamento, 39,41% do total. Ou seja, nesta CIT delibera-se sobre aspectos relacionados ao financiamento das ações e serviços do campo. Sabemos que problemas relacionados à insuficiência dos recursos e fluxos financeiros sempre foram centrais nos debates no âmbito da saúde; em parte, em função da própria natureza do campo, que precisa acompanhar os avanços científicos e tecnológicos, que implica aquisição de novos medicamentos e equipamentos; mas também pela organização ao longo do tempo, das políticas de recolhimento e distribuição dos recursos públicos, entre o serviços e ações e também entre os níveis governamentais.

Apesar do longo período de centralização decisório-financeira da política de saúde, que se desenvolveu atrelada à política previdenciária, que era controlada pelo governo central; vimos que, a partir dos anos 1970, propostas inovadoras e questionamentos ao modelo de intervenção vigente, colocaram em pauta a necessidade de criação de um sistema único e descentralizado, que acabou sendo contemplada na Constituição de 1988. No processo de implantação deste sistema, no início dos anos 1990, havia uma intensa crise econômica

⁸⁷ As duas deliberações sobre o setor suplementar, indicadas na Tabela 05, são referentes a uma minuta de portaria que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde no âmbito do SUS e também no Setor Suplementar. Ou seja, tratou de uma estratégia de integração das informações entre todas as ações do setor. Nas duas ocasiões os pontos deliberados foram aprovados sem destaques de adequação.

instalada, que inviabilizou parte dos investimentos necessários ao seu pleno funcionamento e retardou o processo de descentralização previsto. E ainda, como mencionamos, no decorrer desta mesma década, um conjunto de medidas centralizadoras, que visaram conter os níveis de endividamento dos Estados e Municípios, acabaram rompendo com a concepção original do pacto intergovernamental e comprometendo o orçamento da seguridade social (Arretche, 2012). Neste período, a área da saúde sofreu progressiva perda de receita, mas algumas medidas, ainda que paliativas, foram adotadas para amenizar os problemas financeiros no setor.

Em 1996 o governo criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), estabelecida para ser uma fonte adicional de recursos para o SUS, mas que acabou se tornando uma fonte substitutiva. Apesar de não se tratar de uma fonte estável, sua existência garantiu maior regularidade aos fluxos financeiros, permitindo ao Estado Brasileiro retomar as transferências de recursos aos estados e municípios de forma mais regular; conseqüentemente, deu-se seqüência também ao processo de descentralização. Somente no final desta década aprovou-se a Emenda Constitucional Nº 29/2000, que vinculou recursos orçamentários das três esferas de governo para a política de saúde, possibilitando maior estabilidade no financiamento e o reajustamento dos montantes destinados.

Apesar de ter havido avanços em função destas e de outras medidas, vários aspectos do financiamento da política de saúde no país permanecem sendo desafios ou gargalos e repercutem nas decisões intergovernamentais do setor. Um dos principais aspectos que permanece sem resolução definitiva e impacta toda a dinâmica de funcionamento da política é a constatada necessidade de ampliação e vinculação dos recursos destinados ao setor pelo nível federal de governo. Dito de outra forma, as questões financeiras são sempre objeto de discussão no âmbito da política de saúde porque há um problema crônico de subfinanciamento do setor. Além disso, é preciso salientar que existem dispositivos legais que

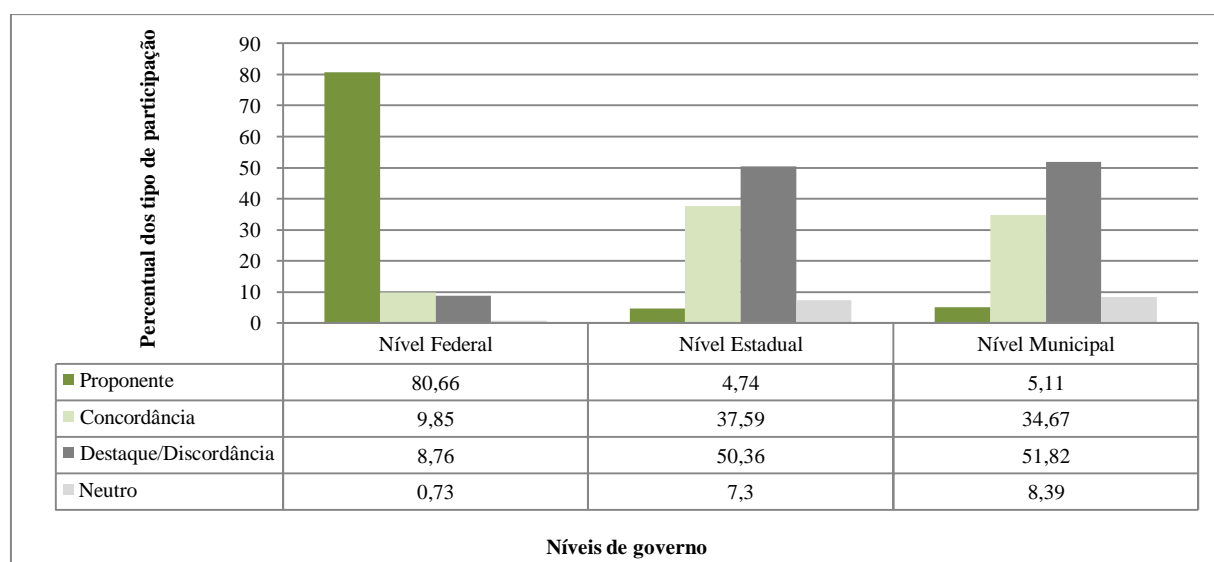
determinam que a partilha dos recursos federais entre os estados deve ser pactuada no âmbito da CIT, o que evidencia a institucionalidade da participação das subunidades governamentais nas decisões relacionadas ao financiamento da política – aspecto não existente no caso da política de assistência social –, e que faz ampliar o número de decisões sobre financiamento na CIT do setor.

Sabemos que a força dos níveis estadual e municipal na relação com o nível federal constituiu-se paulatinamente na trajetória que forjou as características do subsistema do setor. Já a partir da década de 1970, organizações representativas dos estados e municípios foram estabelecidas no âmbito da política; e, posteriormente, na década de 1990, principalmente os entes municipais se tornam ainda mais fortes na relação com o nível federal, em função das escolhas tomadas para viabilizar o processo de descentralização – os municípios tornaram-se objetivamente os executores e gestores da política em seus respectivos territórios. Portanto, além do fato de que o desenvolvimento integral da política de saúde necessariamente depende da gestão compartilhada entre os três níveis de governo, característica que pode ser atribuída à natureza deste setor de intervenção no país; a posição funcional e de influência que as subunidades governamentais construíram ao longo da trajetória do subsistema desta política é também um fator explicativo da institucionalização das decisões sobre a distribuição dos recursos federais no setor (especificamente no que diz respeito ao fato de tal distribuição ter que ser pactuada no âmbito da CIT).

Os dados sobre o padrão das relações entre os entes federados demonstram haver traços de concentração, que favorecem o nível federal, mas que as subunidades governamentais fazem valer, de forma mais contundente do que no caso da política de assistência social, seus respectivos poderes de influência sobre as decisões. O que é evidenciado pelas características da participação dos níveis de governo nas decisões; e pelos dados referentes à distribuição geral dos resultados das deliberações e da distribuição dos

resultados das deliberações quando o nível federal de governo é o proponente. Vejamos, inicialmente, a partir do Gráfico 03, os percentuais relativos aos tipos de participação dos três níveis de governo.

Gráfico 03: Percentual (%) dos tipos de participação de cada nível de governo nas deliberações pactuadas no âmbito da CIT da Política de Saúde (2009-2012)



Fonte: Organizado pelo autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Saúde (2009-2012).

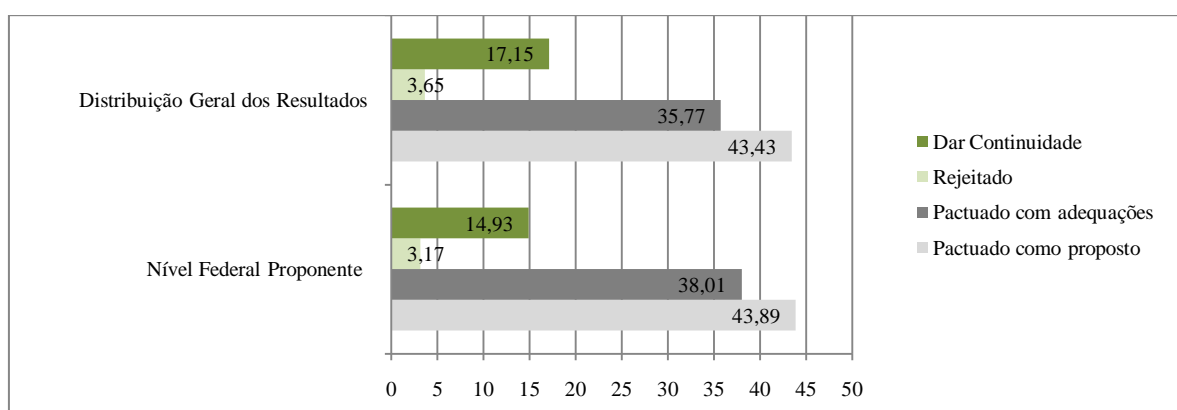
Como podemos perceber, o nível federal também nesta CIT tem como principal característica de participação, a proposição das matérias sobre as quais se delibera. Mas, diferente do que ocorre na CIT da Assistência Social, não há, por parte do mesmo, um percentual considerável de intervenções no sentido de explicitar adequações e mudanças (destaques) ou discordar de traços das propostas (nas situações em que alguns aspectos são passados para reuniões futuras). As características de participação dos representantes dos níveis estadual e municipal de governo são similares àquelas que identificamos na CIT da Assistência Social, ou seja, conjugam o endossamento das matérias (com um percentual ligeiramente mais elevado do que no caso da assistência social), com a apresentação de destaques sobre adequações e discordâncias. Mas, a maior frequência percentual é também – como no caso da assistência social – dos destaques e posições de desacordo, que se constituem como a principal característica de participação das subunidades governamentais.

É esperado que em um contexto federativo em que se optou pela descentralização da política para as subunidades governamentais existentes, a gestão dependa da combinação da autonomia destas subunidades e da cooperação entre elas. Mas, a função de coordenação é essencial e, no caso da política de saúde, ela é assumida pela União (Menicucci, 2014). Entendendo que o percentual da característica de propor as matérias no âmbito da CIT reflete o papel coordenador do nível federal, argumentamos que, ainda que aspectos recentes das normatizações tenham delegado ao nível estadual um papel relevante neste sentido, o padrão encontrado no conjunto das reuniões demonstra que tal nível até exerce função importante no âmbito da política – como na coordenação das ações municipais sob as jurisdições regionais e na produção das decisões que afetam os três níveis de governo –, mas a coordenação e os principais mecanismos utilizados para induzir as adesões e escolhas no setor em âmbito nacional (recursos financeiros) prevalecem, de forma desproporcional, sob os poderes do nível federal de governo. O que também se explica por meio das características de centralização decisório-financeira, que existiram ao longo de toda a trajetória de constituição da política de assistência à saúde, e que não foram abandonadas por completo na reforma consolidada pelos artigos da Constituição de 1988 e pelas leis e normatizações posteriores que os regulamentaram (Arretche, 2012).

Especificamente sobre os poderes advindos da disponibilidade ou concentração dos recursos financeiros, cabe lembrar que o percentual do financiamento da política de saúde a cargo do nível federal é de aproximadamente 45% (Menicucci, 2014). Em estudo realizado por Piola, Barros, Nogueira, et. al. (2009), os autores utilizaram o ano de 2006 como exemplo da distribuição percentual dos gastos entre os três níveis de governo e encontraram a seguinte situação: o gasto do nível federal no setor foi de 48,42%, e gastos dos estados e municípios corresponderam a 23,52% e 28,06%, respectivamente. No caso brasileiro, como a maior parte dos 5.570 municípios existentes tem baixa capacidade de arrecadação, a participação do nível

federal é fundamental às políticas sociais; sem a participação financeira deste nível de governo a oferta de serviços e ações no campo da saúde, por exemplo, tornar-se-ia inviável (Menicucci, 2014). Ainda assim existe considerável força dos níveis subnacionais de governo nas decisões sobre as ações produzidas sobre o setor no âmbito da CIT – quando os mesmos exercem sua principal função, de apresentar destaques e posições de desacordo às propostas –, conforme demonstra o Gráfico 04.

Gráfico 04: Percentual (%) dos resultados das deliberações no geral e quando o nível federal atuou como proponente nas reuniões da CIT da Saúde (2009-2012)

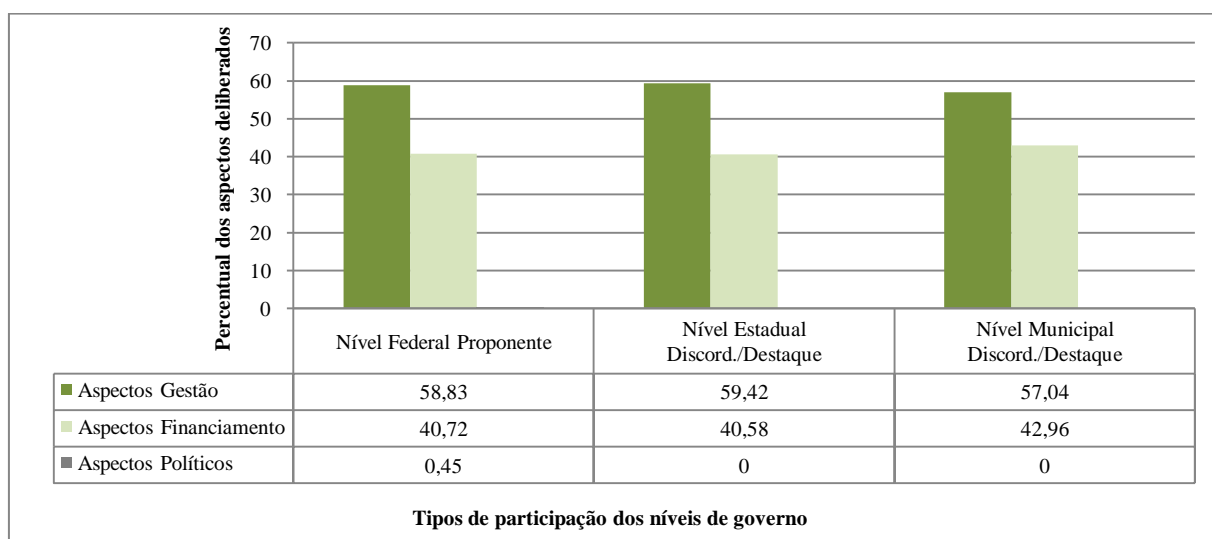


Fonte: Organizado pelo autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Saúde (2009-2012).

A distribuição geral dos resultados das deliberações é muito semelhante ao da situação em que o nível federal de governo é o proponente – o que, como vimos, ocorreu em mais de 80% das situações. Embora também seja alto o percentual de pactuações diretas das matérias propostas, há algo próximo de um equilíbrio entre este tipo de resultado e aquele categorizado como pactuações que ocorreram após ajustes e adequações. Importa frisar tratar-se de uma instância decisória em que há, também, maior equilíbrio entre as deliberações sobre questões relacionadas à gestão das ações e as deliberações sobre aspectos financeiros. No âmbito desta CIT, decide-se também sobre aspectos estruturais do financiamento, como os limites financeiros relativos ao custeio de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por parte dos Estados. Além disso, vários aspectos do financiamento dos

laboratórios de referência da vigilância sanitária, das ações de controle epidemiológico e da assistência farmacêutica, também são deliberados em quantidade razoável. Ou seja, quando os níveis de governo atuam a partir de suas principais características de participação (proposição, no caso do governo federal; e apresentação de destaques ou posicionamentos discordantes, no caso das subunidades governamentais), estão operando seguramente com dois dos aspectos centrais ao desenvolvimento da política. O Gráfico 05 demonstra tal situação.

Gráfico 05: Percentual (%) dos aspectos deliberados pelo tipo de participação dos níveis de governo no âmbito da CIT da Política de Saúde (2009-2012)



Fonte: Organizado pelo autor a partir das atas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Saúde (2009-2012).

Nosso argumento, portanto, é que apesar das já tratadas características de centralização, evidenciadas pela alta concentração das proposições das matérias pelo nível federal – os dados demonstrados pelos gráficos 04 e 05 indicam haver também considerável influência das subunidades governamentais sobre boa parte das decisões produzidas no âmbito da CIT. Entendemos que esta segunda característica do padrão de interação entre os níveis de governo na comissão é decorrente do já mencionado processo que forjou as funções e responsabilidades dos níveis subnacionais no subsistema da política; e que contribuiu para a institucionalização da participação estados e município nas decisões. Tal processo é também

intimamente relacionado à constituição dos atores que representam os estados e os municípios na comissão. Vimos que tanto o CONASS quanto o CONASEMS são organizações que se consolidaram em momentos críticos do desenvolvimento do setor; e de forma enraizada às necessidades da política ao longo do tempo – o que não é uma característica comum ao caso da assistência social.

O CONASS surge durante as décadas de 1970 e 1980, quando o modelo de assistência à saúde que se desenvolveu a partir do final dos anos 1950 e durante a década de 1960, começou a ser questionado pela sociedade organizada e por segmentos do poder público. Lembremos que, naquele contexto, o governo criou o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujas atividades foram executadas a partir da cooperação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais. Em virtude da interação entre os secretários estaduais que participaram do PIASS e pela indução do movimento sanitário, é que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde se constituiu; sendo posteriormente, na década de 1990, reconhecido como representativo dos entes estaduais no âmbito da CIT. Ou seja, desde décadas atrás existe um ator ligado aos interesses estaduais, posicionado no subsistema da política. E ainda, o nível estadual ganha força com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, a partir do início dos anos 2000 (NOAS/2002), que instituiu mecanismos de fortalecimento da gestão estadual, atribuindo à mesma a responsabilidade pela coordenação e pactuação, com vistas à organização das redes de assistência (Machado, 2009).

É importante lembrar que o objetivo principal do governo com essa norma foi oferecer mecanismos que possibilitassem a integração dos serviços de saúde, por meio de sistemas municipais, dado que os problemas e desequilíbrios do arranjo institucional do SUS até o momento havia produzido o que se convencionou chamar de “municipalismo autárquico” (Abrucio, 2005; Menicucci, 2014). Ou seja, os municípios já haviam sido considerados como um nível governamental estratégico ao processo de descentralização da década de 1990; mas

não podemos nos esquecer de que estes também já haviam se posicionado no subsistema da política de saúde, a partir da formação do ator coletivo responsável pela defesa dos interesses municipais, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Na verdade, o movimento municipalista em saúde começou a se organizar durante os anos 1980, a partir do fortalecimento dos municípios, propiciado pelas experiências das Ações Integradas de Saúde (AIS), que facilitaram a criação de uma rede de contatos também entre os secretários municipais.

Este é um ponto diferencial do campo da saúde em comparação com a política de assistência social, dado que no âmbito desta última, o estabelecimento e a consolidação dos papéis de cada nível subnacional no desenvolvimento da política (características, inclusive, em construção no caso dos estados), ocorreram de forma consideravelmente mais utilitária, tendo sido definidas e induzidas quase que totalmente pelo nível federal de governo. Voltamos a este ponto na próxima seção.

5.3. As semelhanças e divergências das decisões intergovernamentais no âmbito das CITs das políticas de saúde e assistência social

O primeiro ponto a ser observado é que em ambos os casos os representantes dos níveis estadual e municipal de governo participaram de todas as deliberações sobre os temas e aspectos identificados. Mesmo quando houve posicionamentos neutros, estes foram feitos a partir de vocalizações durante as reuniões – inclusive foi o que nos permitiu classificá-los como tal. O que evidencia a observância formal e substantiva de um dos aspectos estruturais que justificam a existência destas comissões: o fato de se tratarem de espaços destinados à participação dos três níveis de governo na produção das decisões sobre o funcionamento das políticas no território nacional, o que realmente ocorre.

Entretanto, existem pontos divergentes no que diz respeito às características das deliberações no âmbito de cada CIT, tanto no que diz respeito aos aspectos deliberados, quanto em relação ao tipo de participação e influência dos níveis governamentais na produção das decisões. Ou seja, o fato de ser garantida a participação das subunidades governamentais, não assegura às mesmas uma condição de igualdade de poder nos processos de deliberação. Assim como, o fato de tratar-se de comissões voltadas à produção de decisões intergovernamentais sobre as políticas, não garante que todos os elementos que as constituem serão realmente debatidos e decididos em seu interior de forma balanceada. O quadro abaixo sintetiza as características dos subsistemas das políticas e suas respectivas relações com os padrões das decisões intergovernamentais identificados em CIT.

Quadro 03: As características dos subsistemas das políticas e os padrões decisórios nas CITs

Política de saúde		Política de assistência social	
Características do subsistema	Padrão decisório	Características do subsistema	Padrão decisório
Institucionalização mais antiga; Experiência com instâncias intergovernamentais antes da CF de 1988.	Foco em decisões objetivas sobre o funcionamento das partes constituintes da política.	Institucionalização mais recente; Experiência com instâncias intergovernamentais somente após a CF de 1988.	Muitas queixas e demandas sobre temas gerais ainda não resolvidos.
Papel mais ativo dos entes subnacionais antes da CF 1988.	Maior institucionalização dos papéis e influência das subunidades governamentais sobre os resultados das deliberações.	Papel ativo dos entes subnacionais somente depois do estabelecimento da política na CF 1988.	Frágil institucionalização e Menor influência das subunidades governamentais sobre os resultados das deliberações.
Integração consolidada dos setores da política.	Deliberações sobre todos os setores que constituem a política, tanto sobre a gestão quanto ao financiamento.	Integração não consolidada dos setores da política (serviços e benefícios).	A deliberação sobre os benefícios de renda é lacunar no âmbito das CIT.
Integração dos entes federados como condição para a garantia da assistência universal e integral.	CIT como espaço decisório fundamental; Decisões sobre gestão e financiamento em tal instância.	Possibilidade de relação direta entre governo federal e municípios (com poderes concentrados no primeiro) para a garantia do acesso aos serviços e benefícios.	Contundente concentração decisória no nível federal; A CIT é uma instância efetiva apenas para aspectos relacionados à gestão.

Vimos que, nos dois casos, as decisões sobre o setor privado têm percentuais de aparições ínfimas entre os temas deliberados. O que de certa forma é um ponto de convergência dos padrões identificados, mas com características explicativas distintas. Dadas as características da trajetória do subsistema da política de saúde, era esperado que as decisões sobre o setor suplementar passassem às margens das reuniões e processos da CIT; tendo em vista que a força dos atores privados forjados e fortalecidos por décadas no âmbito da política, conseguiu imprimir uma situação de não decisão no processo constituinte e, posteriormente, na elaboração da LOS, sobre os seguros e planos privados de saúde. Como vimos, estes só vieram a ser regulamentados pelo Estado no final da década de 1990, com a criação da ANS, que significou um passo importante na consolidação do sistema de saúde dual (público e privado) no país, tendo em vista que definitivamente as questões elementares do setor privado, a partir daí estariam a cargo de tal a agência e não passariam pelas instâncias deliberativas do SUS. Ou seja, características relacionadas aos atores e aspectos institucionais do campo já indicavam que decisões sobre o setor suplementar não deveriam ser encontradas em grande número no âmbito da CIT.

A trajetória como um todo e a recente consolidação de aspectos institucionais importantes do subsistema da política de assistência social, apresentavam outras evidências sobre a frequência de decisões relacionadas ao setor privado-filantrópico. Além da força das entidades sociais e do enraizamento da relação público-privado no setor ao longo de décadas – um ponto comum entre as trajetórias dos dois subsistemas – tanto a Constituição de 1988 quanto a elaboração da LOAS, na década de 1990, garantiram as atividades das mesmas como parte constituinte do novo arranjo e condição do setor, que posteriormente veio a ser instituído pela PNAS/2004 e pelo SUAS/2005.

Tendo em vista estar normatizado que parte das atividades do campo deve ser realizada por meio de relações convenientes entre as entidades privado-filantrópicas e o poder público, era de se esperar que questões referentes a estas relações fossem abordadas de forma explícita e em bom número na CIT do setor. Mas, como dissemos, entendemos que a baixa frequência pode ser explicada por características do mesmo processo de reformulação de propostas de intervenção e características institucionais que garantiu a continuidade das entidades filantrópicas no âmbito do SUS, com um papel coadjuvante no que diz respeito à operacionalização das ações e serviços.

Na nova perspectiva de política que vinha se formando no campo da assistência social desde o final dos anos 1970 e que se consolidou – ao menos no que diz respeito aos princípios básicos – por meio da PNAS e do SUAS nos anos 2000, as formas de intervenção a partir de arranjos não estatais teriam seus espaços reduzidos. É neste sentido que, atualmente, em que pese o fato do setor filantrópico exercer papel importante na participação social, o mesmo passou a ser um elemento secundário e submetido à estrutura estatal constituída no campo. Ou seja, trata-se hoje de uma questão de menor monta ou que, por vezes, está embutida em alguns dos temas centrais da política, mas que não é abordada frequentemente, de maneira específica, no âmbito da CIT.

Ainda em relação às características referentes aos aspectos que são deliberados na comissão de cada setor, vimos que nos dois casos existe alta concentração de deliberações sobre questões relacionadas aos serviços – Serviços de Assistência Social e Assistência à Saúde –, o que se justifica em alguma medida por serem estes os aspectos centrais das duas políticas; mas trata-se de algo que, no caso da política de assistência social, pode ser considerado problemático quando refletimos sobre os motivos pelos quais as outras partes constituintes da política, especificamente os benefícios de renda, apresentaram baixos percentuais na distribuição das questões deliberadas.

Entendemos que no caso da assistência social tal característica é decorrente de um processo ainda não resolvido de acomodação das intervenções e instituições forjadas ao longo da trajetória da política. Como vimos, tanto a gestão do Programa Bolsa Família, quanto a do Benefício de Prestação Continuada estão sob a responsabilidade de agências específicas, que não é a responsável pela gestão *estrito-sensu* do SUAS⁸⁸ – ou seja, não há integração entre os serviços e benefícios –, o que legitima as decisões externas à CIT, ainda que os benefícios sejam previstos atualmente pelas normatizações do sistema único da política de assistência, como mecanismos de proteção social por meio da renda. Diferentemente, no caso da política de saúde, as ações e serviços estão integrados no âmbito do SUS e existem deliberações (ainda que com uma distribuição percentual desequilibrada) sobre todos eles, tanto sobre aspectos referentes à gestão quanto ao financiamento.

Vimos que o equilíbrio das deliberações sobre aspectos de gestão e financiamento é uma característica identificada apenas no caso da CIT da saúde; e argumentamos que tal fato se deve à existência de dispositivos legais que determinam que a partilha dos recursos federais entre os estados deve ser pactuada no âmbito da CIT, aspecto não existente no caso da política de assistência social. Argumentamos também que (i) a posição funcional e de influência que as subunidades governamentais construíram ao longo da trajetória do subsistema da política de saúde, é um fator explicativo da institucionalização da participação dos estados e municípios nas decisões sobre a distribuição dos recursos no setor. Mas, que (ii) o desenvolvimento integral e universal da política de saúde necessariamente depende da gestão compartilhada entre os três níveis de governo, o que também contribui com o fortalecimento

⁸⁸ Como demonstramos, tratam-se de distintas propostas de intervenção que foram forjadas por diferentes processos na área social e que, ao longo das décadas, foram aproximadas e acomodadas junto à estrutura específica da política de assistência social. No caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC) este processo de aproximação se consolidou na Constituição de 1988; e no caso do Programa Bolsa Família (PBF), a relação com a assistência social se evidencia de forma mais aguda a partir da criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2004, que aglutinou, entre outros, o Ministério da Assistência e Promoção Social e a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, agências públicas constituídas a partir de processos de formação burocrático-institucionais distintos.

das subunidades governamentais e faz da pactuação no âmbito da CIT algo fundamental para a gestão efetiva do sistema.

No caso da política de assistência social, as posições de poder e influência das subunidades governamentais, se construíram mais recentemente e com características bem mais cartoriais; ou seja, sem ter havido ao longo da trajetória, um movimento pragmático de defesa dos interesses dos estados e municípios. O que não seria mesmo possível, dado que parte das movimentações destes entes no caso da saúde, tinham relação com a necessidade de descentralização de aspectos de uma política que, mesmo com outras características, já existia. No caso da assistência social, este movimento é mais recente porque – ainda que tenham existido vários arranjos de serviços e benefícios assistenciais ao longo da trajetória de formação do campo – o setor só veio a ser formalmente constituído, como uma política pública estatal específica, e pautada na perspectiva de direitos, a partir da constituição de 1988, que determinou ainda sua execução descentralizada e cofinanciada. É partir daí que o tema da assistência social se torna pauta para os estados e municípios. Ou seja, a maior parte dos embates entre o nível federal e as subunidades governamentais no país são relacionadas a questões de financiamento das políticas, a identificação de que, em um dos campos pesquisados, os estados e municípios se constituíram de forma mais sólida, nos parece também um forte fator explicativo da existência de decisões sobre financiamento em um campo e não no outro.

Junto com alguns aspectos gerais das relações intergovernamentais no federalismo brasileiro, este mesmo processo de posicionamento dos estados e municípios no subsistema das políticas, explica o padrão participativo e de influência no processo decisório que os três níveis apresentaram. Os dados demonstraram que, nos dois casos, o nível federal ocupa posição preponderante na proposição das matérias deliberadas na CIT de cada setor; cabendo aos níveis estadual e municipal apresentar destaques de ajustes ou discordâncias completas

sobre os temas. Mas, um ponto de divergência entre os padrões encontrados nas duas CITs, é a influência que os níveis de governo conseguem exercer sobre os resultados das deliberações, a partir de suas principais características de participação.

Explicamos que a centralização das proposições no nível federal é decorrente da sua função de coordenação nacional das políticas que é uma característica forjada a partir da estrutura intergovernamental vivenciada durante o maior período de tempo no país – de concentração decisória no nível federal –, e por meio das experiências institucionais que existiriam no âmbito dos próprios setores que, alinhados à macro estrutura institucional, também favoreceram a concentração dos poderes no nível federal. Contudo, no caso da CIT da assistência social, ao observarmos os resultados das deliberações, amplamente favoráveis às propostas do nível federal, entendemos que tal poder se corrobora de maneira mais contundente; ao passo que, no caso da saúde, ainda que haja um percentual elevado de matérias deliberadas sem destaques e adequações, há também um equilíbrio mais explícito entre este tipo de resultado e as pactuação das matérias após os ajustes – o que demonstra que as subunidades governamentais fazem valer de maneira mais contundente seus respectivos poderes de influência sobre as decisões. Assumimos que estas diferenças do padrão decisório dos dois campos são decorrentes também do já referido processo de constituição dos papéis dos estados e municípios no âmbito das políticas, que vão além da inscrição formal, em um dado período no tempo, de suas funções, responsabilidades e incumbências no âmbito dos respectivos setores.

CONCLUSÕES

Esta tese está localizada no conjunto de debates e produções acadêmicas referentes à reconfiguração do sistema federativo brasileiro e à descentralização das políticas públicas a partir da constituição de 1988. Objetivamos analisar de forma comparada a produção das decisões intergovernamentais verticais, entre os três níveis de governo, no âmbito das políticas nacionais de saúde e assistência social no Brasil pós-1988. Para isso, analisamos as estruturas e regras estabelecidas para a produção de decisões conjuntas entre os entes federados, assumindo as CITs de cada política como *proxy* deste tipo de produção decisória; a dinâmica das relações entre os atores e as partes constituintes das políticas; e a dinâmica de interação entre os três níveis de governo em cada setor, expressos pelos padrões de participação dos mesmos no âmbito das CITs.

Trabalhamos com a perspectiva de ter havido um processo de difusão das características do Sistema Único de Saúde (SUS) para o campo da Assistência Social, principalmente no que diz respeito aos aspectos institucionais da descentralização, da repartição das competências executivas e fiscais e dos tipos de instâncias e fluxos formais estabelecidos para as relações intergovernamentais. Partindo desta compreensão adotamos a hipótese de que as políticas nacionais de saúde e assistência social contariam com estruturas e regras decisórias formais similares para a produção das decisões conjuntas, entre os três níveis de governo. Mas que, em função da natureza de cada setor e das particularidades do processo de constituição dos seus respectivos subsistemas, no caso do Sistema Único de Saúde, as decisões relacionadas às suas ações e serviços constituintes seriam, de fato, produzidas a partir da observação das regras básicas para a construção das decisões intergovernamentais, que resumimos como: a participação dos três níveis de governo (por meio de representação) e que as deliberações referentes a todos os aspectos da política de saúde, referentes ao sistema

público, devessem acontecer na Comissão Intergestores Tripartite; enquanto que, no Sistema Único de Assistência Social, identificaríamos decisões (em especial, sobre os benefícios de renda) passando às margens da referida instância decisória.

Adicionalmente, endossamos o argumento da existência de concentração do poder de decisão sobre as políticas públicas no nível federal de governo respaldadas nas inovações institucionais propiciadas pela Constituição de 1988, nas leis regulamentares subsequentes e nos processos de descentralização implementados na década de 1990. Estes, incumbiram as subunidades governamentais do papel de executar políticas, mas não garantiram às mesmas poderes decisórios substantivos sobre a gestão e o financiamento de tais intervenções; embora tais poderes também não tenham sido anulados, dado que a autonomia sobre a execução garantiria aos estados e municípios possibilidades (ainda que limitadas) de barganhar e influenciar as decisões junto ao nível federal.

O primeiro aspecto a ser destacado é que a adoção da perspectiva institucionalista histórica e a estratégia de reconstrução da trajetória dos subsistemas das duas políticas, foram escolhas teórico-metodológicas adequadas. Ambas se mostraram consideravelmente úteis à elaboração das explicações sobre as posições ocupadas pelos níveis de governo e pelos atores e partes constituintes das políticas no âmbito das CITs. Demonstramos que os passos ao longo das trajetórias pesquisadas produziram consequências que reverberaram sobre os processos políticos atuais das duas políticas. Neste sentido, consideramos que os achados desta tese validam a perspectiva teórica que compreende os fenômenos políticos e sociais como construções em movimento e que para serem interpretadas corretamente precisam ter seus traços constituintes situados ao longo de extensas trajetórias históricas (Pierson, 1996; 2004; 2006).

Especificamente sobre as hipóteses da pesquisa, demonstramos haver indícios de que, de fato, ocorreu um processo de difusão do campo da saúde para o campo da assistência

social, que impactou a elaboração do desenho do SUAS; mas que explicar os padrões das decisões intergovernamentais no âmbito das CITs das duas políticas, foi uma tarefa que demandou a mobilização de outros fatores, que estão além da estrutura constituída formalmente (no caso da assistência social, em parte, pelo fenômeno da difusão). Ou seja, constatamos a existência do processo difusivo, que tem como uma de suas consequências a produção de um arranjo formal similar ao da saúde no campo da assistência social, mas a atribuição de sentido aos padrões decisórios identificados nas CITs se deu a partir dos aspectos específicos dos subsistemas de política de cada setor, forjados pelas trajetórias históricas demonstradas. Assim, entendemos que a pesquisa reforça também a perspectiva de compreensão de que a existência de estruturas e regras decisórias similares, não deve ser assumida de antemão como garantia de padrões, dinâmicas políticas e resultados idênticos. Isto, tendo em vista que identificamos distinções nos padrões de produção das decisões intergovernamentais no âmbito das CITs das duas políticas; e associamos tais discrepâncias à forma como alguns dos elementos, presentes na configuração das relações intergovernamentais em cada setor, se constituíram ao longo da trajetória que formou os subsistemas.

Não negamos a existência de características macro estruturais que impactam a modelagem geral das relações intergovernamentais no país. De fato, existe uma tendência histórica, por exemplo, de concentração geral de poderes no nível federal de governo; e ainda, em que pese ter havido, a partir da constituição de 1988, um processo de descentralização das competências de execução das políticas às subunidades governamentais, dispositivos constitucionais continuaram garantindo ao nível federal a prerrogativa de legislar com grande autonomia sobre estas políticas, além de haver outros mecanismos de controle das subunidades disponíveis a tal nível de governo, como as transferências financeiras para a execução das políticas. Todos estes aspectos realmente resvalam de forma substantiva na

gestão intergovernamental. No entanto, defendemos que os padrões e as dinâmicas existentes nas políticas analisadas são também consequência (i) dos formatos institucionais assumidos em cada uma delas ao longo do tempo, assim como (ii) da forma como suas partes constituintes (ações, serviços e benefícios), que expressam formas distintas de lidar com o problema que é objeto das políticas, foram criadas e passaram a estar integradas no âmbito de cada uma delas, e (iii) da distribuição de competências entre os entes federados em seus respectivos interiores, no que diz respeito aos aspectos de execução, financiamento e poder de decisão sobre as ações e serviços ofertados.

Vimos que a trajetória de constituição do subsistema da política de saúde é marcada pela dualidade entre uma perspectiva de intervenção publicista e outra privatista, tendo se formado neste setor, ao longo de sua trajetória, grupos (interessados) defensores da perspectiva pública de intervenção e grupos que defendem a conjugação das intervenções de caráter público, com aquelas provenientes do setor privado, de natureza mercadológica. Demonstramos que o resultado institucional de tal embate foi a consolidação, na década de 1990, de duas estruturas distintas: o SUS, que organiza a perspectiva publicista; e a ANS, responsável pelo controle e regulação da assistência privada. Além disso, a trajetória do setor é marcada pela centralização decisória (administrativa e fiscal) no nível federal de governo; mas, ao mesmo tempo, pelo fortalecimento dos níveis municipal e estadual por meio de processos (experiências institucionais) ocorridos entre as décadas de 1970 e 1990, que contribuíram para a formação de dois atores coletivos defensores dos interesses dos estados e dos municípios (CONASS e CONASEMS, respectivamente); e de decisões tomadas entre as décadas de 1980 e 2000, que atribuíram importantes funções às subunidades governamentais no desenvolvimento da política. Explicitamos que alguns dos conflitos centrais neste subsistema estão relacionados às relações entre o setor público e o setor privado; e às relações

entre os níveis de governo no processo de gestão da política, principalmente no que diz respeito às características de financiamento das ações e serviços ofertados.

Na trajetória do subsistema da política de assistência social, apesar do longo processo de indefinição das especificidades do campo e da característica de fragmentação institucional dos serviços e benefícios ofertados, também identificamos a centralização financeira e decisória no nível federal como uma característica reforçada por aspectos gerais da trajetória do setor, que ganhou força a partir da Constituição de 1988 e com as legislações posteriores que regulamentaram o campo. No caso da assistência social, não houve organização contundente dos estados e municípios antes da Constituição de 1988, embora atores representativos destes entes também tenham se constituído posteriormente. Vimos que a trajetória deste subsistema também é marcada fortemente pela participação do setor privado, mas de natureza filantrópica, que se manteve como parte constituinte da política constitucionalizada em 1988 e, posteriormente, passou a compor o SUAS, mas como traço complementar no bojo dos objetivos e propostas de intervenção subjacentes à estruturação atual (embora ainda exerçam forte influência decisória como representantes da sociedade civil no Conselho Nacional de Assistência Social). Além disso, demonstramos haver características de cisão nas relações entre a gestão do SUAS e dos benefícios de transferência de renda.

Associamos os elementos forjados nas trajetórias das duas políticas e aqueles referentes à macro estrutura institucional que baliza as relações intergovernamentais no país, aos padrões decisórios identificados nas CITs de cada setor. A partir destas associações, primeiramente identificamos que nas duas políticas os representantes dos níveis federal, estadual e municipal de governo estiveram presentes em todas as deliberações; e argumentamos que tal fato evidencia a observância de uma das regras básicas para a produção das decisões conjuntas entre os três níveis de governo. Mas, identificamos também vários aspectos divergentes relacionados às características da produção decisória nas duas CITs:

como as diferenças no que diz respeito à institucionalização da participação das subunidades governamentais e o nível de influência das mesmas sobre os resultados das deliberações; a não decisão sobre aspectos financeiros no caso da assistência social, sendo esta uma característica identificada apenas na CIT da saúde; e decisões sobre todos os elementos que constituem a política apenas no caso da saúde, denotando integração dos mesmos no âmbito do SUS, enquanto que no caso da assistência social as decisões sobre os benefícios de renda são lacunares (demonstrando não haver integração entre serviços e benefícios no setor). Esta última característica permitiu sustentar a hipótese de que decisões sobre importantes elementos constituintes da política de assistência social, como o PBF e BPC passam às margens da CIT.

Demonstramos que nos dois casos existe alta concentração de deliberações sobre os Serviços de Assistência Social e os Serviços de Assistência à Saúde. Mas que no caso da política de assistência social tal concentração é decorrente de um processo mal (ou ainda não) resolvido de acomodação de instituições e propostas de intervenção relacionadas ao Programa Bolsa Família e ao Benefício de Prestação Continuada, ambos atualmente estão sob a responsabilidade de agências específicas e, como dissemos, não integrados substantivamente ao SUAS, o que facilita e legitima a produção de decisões sobre os mesmos fora da CIT. Ao passo que, no caso da política de saúde, toda a estrutura de intervenção se organizou a partir da assistência à saúde; sendo este, tanto para os gestores quanto para a sociedade, o conjunto de ações de maior necessidade e impacto sobre a população; além do fato de ser esta também a seara de maior complexidade no campo da saúde e que, por isso, precisa produzir constantes deliberações administrativas e financeiras. Ou seja, suas características intrínsecas demandam em maior o estabelecimento de estratégias de gestão envolvendo os três níveis de governo. Daí o desequilíbrio no tratamento dos aspectos no conjunto das reuniões. Ainda assim,

existem deliberações relacionadas às mesmas, inclusive sobre aspectos referentes ao financiamento.

Como vimos, o equilíbrio das deliberações sobre aspectos de gestão e financiamento é uma característica que identificamos somente na CIT da saúde. Explicamos que tal fato decorre da existência de determinações legais, que definem a CIT como instância para pactuação da partilha dos recursos federais entre os estados; e argumentamos que a posição que as subunidades governamentais construíram no âmbito da política, ao longo da trajetória de formação do seu subsistema, é um fator explicativo da institucionalização da participação dos estados e municípios nas decisões do setor. Mas, que o desenvolvimento efetivo da política de saúde no país depende contundentemente da gestão compartilhada entre os três níveis de governo, o que também fortalece as subunidades governamentais na relação com o nível federal de governo.

A tendência histórica de concentração decisória no nível federal e este processo de posicionamento dos estados e municípios nos subsistemas das políticas explicam o padrão participativo e de influência no processo decisório que os três níveis de governo apresentaram em cada caso. Demonstramos que, nas duas políticas, o nível federal ocupa posição preponderante na proposição das matérias deliberadas; cabendo aos níveis estadual e municipal apresentar destaques de ajustes ou discordâncias completas sobre os temas. Contudo, vimos que no caso da CIT da assistência social, os resultados das deliberações foram amplamente favoráveis aos propósitos do nível federal (embora tenha havido também intervenções de sucesso por parte dos estados e municípios); ao passo que, no caso da saúde, há maior equilíbrio entre o percentual de matérias deliberadas sem destaques e adequações (que pode ser também considerado elevado) e o percentual de matérias deliberadas cujos resultados foram a pactuação após ajustes demandados pelas subunidades governamentais. Ou seja, a influência que as subunidades governamentais conseguiram exercer sobre os resultados

das deliberações é um aspecto que distingue as deliberações na CIT das duas políticas. Embora tal poder de influência exista nos dois casos, na política de saúde ela ocorre de maneira mais contundente do que no caso da assistência social. O que entendemos reforçar a tese de que há concentração do poder de decisão sobre as políticas públicas no nível federal de governo; mas que as subunidades governamentais dispõem de artifícios, ainda que limitados, de barganhar e influenciar as decisões (em função da autoridade sobre a execução).

Um dos achados da pesquisa é a constatação de que as decisões relacionadas ao setor privado aparecem com baixa frequência percentual nos dois casos; mas para esta semelhança atribuímos interpretações distintas. No caso da política de saúde, dado que os atores privados conseguiram imprimir seus interesses no processo constituinte e na elaboração da LOS, e que no final da década de 1990 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), passo importante na consolidação do sistema de saúde dual no país, tal resultado era esperado. Ou seja, em função desta característica institucional, forjada na trajetória de constituição do subsistema da política, as questões referentes ao setor suplementar já haviam ficado a cargo de uma agência específica, externa ao SUS, o que explica o fato deste aspecto praticamente não ter sido objeto de menções e deliberações no âmbito CIT.

Já no caso da política de assistência social, a expectativa era por uma frequência mais elevada de decisões relacionadas ao setor privado-filantrópico; dado que, além do enraizamento das entidades sociais na trajetória do setor, tanto a Constituição de 1988 quanto a LOAS, a PNAS/2004 e a NOB/SUAS2005, as garantiram como parte constituinte do novo arranjo institucional da política. Mas, argumentamos que a baixa frequência se explica pelo mesmo processo de reformulação do campo, que garantiu a continuidade das entidades filantrópicas no âmbito do SUAS (e principalmente como representante da sociedade civil no CNAS), mas concedeu papel coadjuvante às mesmas na estrutura estatal constituída para a operacionalização dos serviços e benefícios.

Em suma, o arranjo institucional das duas políticas, embora garanta participação dos gestores das três esferas de governo em instâncias decisórias compartilhadas, coloca o nível federal como ator principal na formulação, regulação e coordenação das ações intergovernamentais. Ainda assim, o SUS e o SUAS possibilitaram a criação de uma rede de serviços descentralizada que fortaleceu politicamente as subunidades governamentais na dinâmica política da federação. Ou seja, mesmo assumindo haver desequilíbrio de forças entre os níveis de governo, é preciso reconhecer que as subunidades governamentais dispõem de poderes advindos da autoridade sobre a execução e os utilizam para fazer frente à força institucional e financeira disponível ao governo federal. E ainda, embora existam semelhanças entre as configurações institucionais formais das duas políticas, a pesquisa nos permite concluir haver distinções entre os padrões decisórios identificados nos dois casos.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. SOARES, M. M. Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: **Fundação Konrad Adenauer**, 2001.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do Período FHC e os desafios do Governo Lula. **Rev. Sociol. & Polít.** Curitiba, 24, p. 41-67, jun. 2005.
- ALEXANDER, Ernest R. Interorganizational Coordination: Theory and Practice. **Journal of Planning Literature**, v. 7, n. 4, p. 328, may. 1993.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? In: Dossiê Federalismo. **Rev. Sociol. Polít.** Universidade Federal do Paraná, n. 24, jun/2005.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV e Fiocruz, 2012. 232p.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado Federativo e políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Renavan, São Paulo: FAPESP, 2000. 304p.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Estado Federativo e políticas Sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Renavan, São Paulo: FAPESP, 2000. 304p.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Federalismo e Democracia no Brasil. A visão da ciência política norte-americana**. São Paulo em Perspectiva, 15(4) 2001.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **34º Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, outubro de 2010.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil. Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2): 17-26, 2004.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 45, nº3, 2002a, pp.431 a 458.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2):331-345, 2003.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Relações Federativas nas Políticas Sociais. **Educ. Soc., Campinas**, v.23, n. 80, setembro/2002b, p. 25-48.
- ARROW, Kenneth J. **Social Choice and individual values**, 2º ed. New Haven: Yale University Press, 1963.
- ARTHUR, W. Brian. Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events. **Economic Journal**, 99, 1993.

ARTHUR, W. Brian. **Increasing returns and path dependence in the Economy**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1994.

AURELIANO, Liana. DRAIBE, Sônia Miriam. **A especificidade do “welfare state” brasileiro**. Brasília, 1989.

BABBIE, Earl. **Métodos de Pesquisa de Survey**. Trad. Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

BATES, Robert. **Analytic Narratives**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

BAUMGARTNER, F. JONES, B. Punctuated Equilibrium Theory: explaining stability and change in American Policymaking. In. In. SABATIER, P. **Theories of the policy process**. University of California, 1999.

BOHN, Simone. Política Comparada: um mapeamento do debate entre propostas teóricas e metodológicas de pesquisas alternativas. **BIB**, São Paulo, nº59, 1º semestre de 2005, p.61-80.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livraria/UNB, 2006.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999. XIV, 360p.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional Nº 65 de 13 de julho de 2010**.

BRASIL. **Instrução Normativa STN nº 1, de 15 de janeiro de 1997** (Celebração de Convênios).

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 11.129 de 30 de junho de 2005**.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.742 de dezembro de 1993**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução CIT nº 7 de 2011.**

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/CNAS. **Resolução CIT nº 109 de 11 de novembro de 2011.**

BRASIL. **MP Nº 411 de 28 de dezembro de 2005.** www.planalto.gov.br, acesso em 21/10/2010.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social/2004 e NOB/SUAS/2005**, Brasília, nov.2005.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011.**

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.665, de 19 de junho de 1998.**

BRASIL. Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012. **Norma Operacional Básica/SUAS 2012.**

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público.** Ano 47, v.120, nº1, jan/abr, 1996.

BRONZO, Carla & VEIGA, Laura da. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. *Revista Trimestral de Serviço Social.* **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, n. 92, ano XXVIII, nov. 2007.

CAMERON, David. The structures of intergovernmental relation. **International Science Journal,** 2001, 52: 121-127.

CAMPBELL, John L. Ideas, politics and policy public. **Annual Review Sociology,** 28: 21-38, 2002.

CARDOSO JR., José Celso. JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.** Brasília: IPEA, 2005, p. 181-260.

CARVALHO, Inaiá et. all (Orgs.). **Como Anda Salvador e Sua Região Metropolitana.** Salvador, EDUFBA, 2006.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 10ª edição.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania: tipos e percursos. **Estudos Históricos,** Rio de Janeiro, n.18, 1996.

CASTRO, A. L. FAUSTO, M. C. A política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. BAPTISTA, T. LIMA, L. (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CHEIBUD, José Antônio. ELKINS, Zachary. A hibridização de formas constitucionais: a Constituição Brasileira de 1988 em uma perspectiva histórica. In. INÁCIO, Magna. RENNÓ, Lucio. **Legislativo Brasileiro em Perspectiva Comparada.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

CLINE, Kurt D. Defining The Implementation Problem: Organizational Management versus Cooperation. **Journal of Public Administration Research and Theory.** p. 551, Jul. 2000.

COELHO, Vera S. P. Interesses e instituições na política de saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** volume 12, n. 34, 1998.

COHEN, M. MARCH, J. OLSEN, J. A garbage can model of organizational choice. **Administrative Science Quarterly,** vol. 17, nº1, Mar. 1975, p. 1-25.

COLOMER, J. M. NEGRETTO, G. L. Can Presidentialism Work Like Parliamentarism? **Government and Opposition,** 2005.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. Relações intergovernamentais no Brasil: desenvolvimentos recentes e perspectivas. **Published by the forum of federations**, 2003.

DAHL, Robert A. Federalism and the Democratic Process. In: **Democracy, Identity and Equality**. Oslo, Norwegian University Press, pp. 114-126, 1986.

DELEON, Peter. The historical roots of the field. In: **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford University Press, 2006.

DILLINGER, William. FAY, Marianne. From Centralized to Decentralized Governance. Issues for the new millennium. **Finance & Development**, December, 1999.

DINIZ, E. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo em Perspectiva**, 15(4): 13-22, 2001.

DRAIBE, Sônia Miriam. Estado de Bem-estar, desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto. Et. AL. (Orgs.) **Políticas Públicas no Brasil**, 2007.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **RBCS**, v.18, n. 51, 2003.

FIGUEIREDO, Argelina C. LIMONGI, Fernando. **Política orçamentária no presidencialismo de coalizão**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

FIGUEIREDO, Argelina C. LIMONGI, Fernando. Presidential Power, Legislative Organization, and party behavior in Brasil, **Comparative Politics**, vol.32, nº.2, 2004.

FLEURY, S. A questão democrática na Saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLICK, Uwe. Entrevista Episódica. In: GASKELL, George & BAUER, Martin W. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Cap. 5, p. 114-136.

FRANZESE, Cibele. ABRUCIO, Fernando Luiz. 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, Carlos Aurélio P. **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FRANZESE, Cibele. ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo. **Anais do 33º encontro anual da ANPOCS**: Caxambu, 2009.

FUKS, Mario. Arenas de ação e debate públicos: conflitos ambientais e a emergência do meio ambiente enquanto problema social no Rio de Janeiro. **Dados**, 41 (1): 230-245, 1998.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Centro de Estudos em Polít. Públicas**. Relatório Final. Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para equidade do acesso e a integralidade da atenção, 2008.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GOMES, Angela de Castro. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999.

GOMES, Angela Maria de Castro. **A invenção do trabalhismo**. São Paulo: Vértice/IUPERJ, 1988.

GOMES, Angela Maria de Castro. **Cidadania e Direitos do trabalho**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOMES, Romeu. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

HAAL, Peter A. TAYLOR, Rosemary C. R. Political science and the three new institucionalisms. **Political Studies**. V. XLIV, n. 5, 2003.

IBGE. www.ibge.gov.br. Acesso em 25 de junho de 2013.

IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **RBCS**, nº 30, ano 11, 1999.

JACCOUD, L. HADJAB, P. D. CHAIBUD, J. R. Assistência Social e Segurança Alimentar: entre novas trajetórias, velhas agendas e recentes desafios (1988-2008). In: IPEA (Org.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal**. Segunda Edição, Vol. 1, 2009.

JOHN, Peter. **Analysing Public Policy**. London, 1998.

KEYNES, John Maynard. **The end of laissez-faire**. London: Hogarth Press, 1926.

KINGDON, John. **Agendas, alternatives and public policies**. Nova York, Harper Collins College Publishers, 1995.

KINGDON, John. **Agendas, alternatives and public policies**. Nova York, Harper Collins College Publishers, 2003.

LASSWELL, H. LERNER, D. **The policy sciences**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LASSWELL, H. **Politics: who gets what, when, how**. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LEIBFRIED, S. PIERSON, P. Semisovereign Welfare States: social policy in multitiered Europe. In. LEIBFRIED, S. PIERSON, P. **European Social Policy: between fragmentation and integration**. Washington: the brookings institutions, 1995.

LIJPHART, Arend. **Patterns of Democracy: government forms and performance in thirty-six countries**. New Haven: Yale University Press, 1999.

LIMONGI, Fernando. FIGUEIREDO, Argelina. Poder de Agenda e Políticas Substantivas. In. INÁCIO, Magna. RENNÓ, Lucio. **Legislativo Brasileiro em Perspectiva Comparada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LOWI, T. American Business, Public Policy Case Studies and Political Theory. **World Politics**, 1964.

LOWNDES, Vivien. SKELCHER, C. The Dynamics of Multi-organizational Partnerships: an analysis of changing modes of governance. **Public Administration**, Malden, v. 76, Summer 1998.

MACHADO, José Ângelo. Gestão de Políticas Públicas no Estado Federativo: apostas e armadilhas. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 51, nº2, 2008, p. 433-457.

MACHADO, José Ângelo. Pacto de Gestão na Saúde. Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **RBCS**, vol. 24, nº 71, out/2009.

MACHADO, José Ângelo. Pacto de Gestão na Saúde. Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? In. HOCHMAN, G. FARIA, Carlos Aurélio P. **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MACHADO, José Ângelo. Padrões de indução de políticas sócias por meio de transferências intergovernamentais condicionadas. **8º Encontro da ABCP**, 01 a 04 de agosto, 2012.

MALLOY, J. M. **Política de Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MARQUES, E. Contracapa. In: ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV e Fiocruz, 2012.

MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na ciência política. In. MARQUES, E. FARIA, Carlos Aurélio P. **A política pública como campo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira. 3. ed. Porto Alegre: Artimed Editora, 2004. Cap. 7, p. 173-203.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS. Uma análise institucional. **Publicação das Nações Unidas**, maio de 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. BRASIL, Flávia de Paula Duque. Construção de Agendas e Inovações Institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. **Estud. Sociol.**, Araraquara, v.15, n.29, p.369-396, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. **LOCUS: Revista de História. Juiz de Fora.** Programa de Pós-graduação em História/Departamento de História, 2009. V.15, n.02.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 26º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MONTERO, Mercedes Garcia. SÁEZ, Manuel Alcántara. Os determinantes do sucesso legislativo presidencial na América Latina: partidos e instituições. In. M. INÁCIO, L. RENNÓ, (orgs.), **Legislativo Brasileiro em Perspectiva Comparada,** Belo Horizonte, Editora UFMG, 2009.

MUSGRAVE, Richard A. The Voluntary Exchange Theory of Public Economy. **Quarterly Journal of Economics,** LII, February, 1939.

NORTH, D. **Institutions, institutional change and economics performance.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

OATES, Wallace E. An Essay on Fiscal Federalism. **Journal of Economy Literature,** Vol. 37, Nº 3. (Sep., 1999), p. 1120-1149.

OATES, Wallace E. Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. **Intenational Tax and Public Finance,** 12, 349-373, 2005.

OBINGER, H. Austria: Strong parties in a weak federal policy. In. OBINGER, H. et. al. **Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences.** Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

OBINGERA, H. B. SCHMITTA, C. STARKEA, P. Policy Diffusion and Policy Transfer in Comparative Welfare State Research. **Social Policy & Administration,** Vol. 47, nº1, February, 2013, p. 111-129.

OFFE, Claus. Political Institutions and social power: conceptual explorations. In. SHAPIRO, Ian. SKOWRONEK, Stephen. GALVIN, Daniel. **Rethinking Political Institutions.** New York University Press, 2006.

PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo.** Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999.

PETERS, B. Guy. Concepts and theories of horizontal policy management. **X Congreso Internacional Del Clad Sobre La Reforma Del Estado y De La Administración Pública.** Chile: Santiago, p.18, out. 2005.

PETERS, B. Guy. Managing Horizontal Government. The Politics of coordination. **Public Administration.** Canada, n. 21, p. 1, Jan. 1998.

PIERSON, Paul. **Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment.** Cambridge University Press, 1994.

PIERSON, Paul. **Politics in Time: history, institutions, and social analyses.** Princeton: Princeton University Press, 2004.

PIERSON, Paul. Public Policies as Institutions. In: SHAPIRO, Ian. SKOWRONEK, Stephen. GALVIN, Daniel. **Rethinking Political Institutions.** New York University Press, 2006.

PIERSON, Paul. SKOCPOL, T. El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política Contemporánea. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, vol. 17, nº 1, diciembre, 2008, pp. 7-38.

PIERSON, Paul. **The new politics of the welfare state**, World Politics, 1996.

PIOLA, S. F. BARROS, E. D. NOGUEIRA, R. P. *et. all.* Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: IPEA (Org.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal.** Segunda Edição, Vol. 1, 2009.

POCHMANN, Márcio. BORGES, Altamiro. **Era FHC: a regressão do trabalho.** Centro de Estudos Sindicais, 2002.

POCHMANN, Márcio. Proteção Social na Periferia do Capitalismo: considerações sobre o Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2): 3-16, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Secretaria Mun. Adj. De Assistência Social. Metodologia de Trabalho Social com Família na Assistência Social.** Belo Horizonte: SMAAS, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Site oficial:** <http://portalpbh.pbh.gov.br>, acesso: 20/10/2010.

REIS, Fábio Wanderley. **Mercado e Utopia: teoria política e sociedade brasileira.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

RIKER, Willian H. **Federalism, Origin, Operation, Significance.** Little, Brown and Company, 1964.

RIKER, Willian H. Federalism. In: GREENSTEIN, F. POLSBY, N. **Handbook of Political Science.** Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, v.5, 1975.

RIKER, Willian H. Six books in search of a subject or does federalism exist and does it matter? **Comparative Politics**, Out. 1969.

RODDEN, Jonathan. Hamilton's Paradox. **The promise and Peril of Fiscal Federalism.** Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SABATIER, Paul A. JENKINS-SMITH, Hank C. The Advocacy Coalition Framework: an assessment. In. SABATIER, Paul A. **Theories of the policy process**. Boulder, Colorado: Westview Press, 1999.

SABATIER, Paul A. WEIBLE, C. M. The Advocacy Coalition Framework: innovations and clarifications. In. SABATIER, P. A. **Theories of the policy process**. Boulder, Colorado: Westview Press, 2007.

SALISBURY, Robert H. The Analysis of Public Policy: a search for theories and roles. In: RANNEY, Austin. **Political Science and Public Policy**. Chicago, 1968.

SAMUELSON, Paul A. The Pure Theory of Public Expenditures. **Review of Economics and Statistics**, Nº 4, november, 1954.

SANTOS, Cláudia R. B. MAGALHAES, Rosana. Pobreza e política social: a implementação de programas complementares do programa bolsa família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (5): 1215-1224, 2012.

SANTOS, Maria Helena Castro de. COUTINHO. Marcelo J. V. Política Comparada: Estado das Artes e Perspectivas no Brasil. **BIB**, São Paulo, nº54, 2º semestre de 2002, p. 5-44.

SANTOS, W. G. A trágica condição da política social. In: Abranches, S. H. SANTOS, W. G. COIMBRA, M. A. (Orgs.). **Política social e combate à pobreza**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

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

SARTORI, Giovanni. Método Comparativo e Política Comparada. In: **A Política: lógica e método nas ciências sociais**. Trad. De Sérgio Bath – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2º ed., 1997, p. 203-246.

SÁTYRO, N. CUNHA, E. S. M. A entrada da Política de Assistência Social na agenda decisória brasileira: o papel das leis e o papel do presidente. **35º Encontro Anual da Anpocs GT029 - Políticas Públicas**, 2011.

SHIPAN, Charles R. VOLDEN, Craig. Bottom-up Federalism: the diffusion of antismoking policies from U.S. cities to States. **American Journal of Political Science**, vol. 50, n. 4, 2006. p. 825-843.

SIMON, H. A comment on “the science of public administration”. **Public Administration Review**, v.7, 1947.

SKOCPOL, T. AMENTA, E. States and social policies. **Annual Rev. of Sociology**, 1986.

SKOCPOL, Theda. Bringing the State Back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, P. B. RUESCHEMEYER, D. SKOCPOL, Theda. **Bringing the state Back in**. Cambridge, Cambridge University, 1985.

SOARES, M. M. Repasses financeiros e voluntários da União aos municípios brasileiros: condicionantes políticos, sociais e técnicos. **8º Encontro da ABCP**, 01 a 04 de agosto, 2012.

SOUZA, Celina. Condições Institucionais de Cooperação na Região Metropolitana de Salvador. In. SOUZA, Celina. **Federalismo e Gasto Social no Brasil: tensões e tendências. Lua Nova**. Nº 52, 2001.

SOUZA, Celina. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 24, p. 105-121, jun/2005.

SPOSATI, A. **A Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 1989.

SPOSATI, A. FALCÃO, M. C. **Os direitos dos desassistidos sociais**. São Paulo: Cortez, 1989.

STEINMO, S. Institutionalism. In: POLSBY, N. (Org.). **International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences**. University of Colorado, 2001.

STEPAN, A. Para uma análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que ampliam ou restringem o poder do demos. **Dados**, v.42, nº2, Rio de Janeiro, 1999.

STREEK, Wolfgang. THELEN, Kathleen. Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. In: STREEK, Wolfgang. THELEN, Kathleen. **Beyond Continuity: institutional change in advanced Political Economies**. Oxford University Press, 2005.

THOMÉ, Débora. **O Bolsa Família e a social-democracia**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

TIEBOUT, Charles M. A Pure Theory of Local Expenditures. **The Journal of Political Economy**, Volume 64, Issue 5 (Oct., 1956), 416-424.

TSEBELIS, G. **Veto Players: How Political Institutions Work**. New York, Princeton University Press, 2002, p. 136-160.

TSEBELIS, George. “Processo decisório em sistemas políticos: veto players no presidencialismo, parlamentarismo, multicameralismo e pluripartidarismo”, **RBCS**, vol. 12, nº. 34: 89-118, 1997.

WEINGAST, Barry. The economic role of political institutions: market-preserving federalism and economic development. **The Journal of Law, Economics and Organization**, v.11, 1995.

WEIR, Margareth. Ideas and the politics of bounded innovation. In: **Structuring Politics - historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge University Press, 1994.

WILDAVSKY, Aaron. **The cost of federalism.** London: Transaction Book, 1984.

WRIGHT, D. S. Intergovernmental Relations: an analytical overview. **SAGE Publications in collaboration with JSTOR – Annals of the American Academy of Political and Social Science**, 1974.

ANEXOS



Roteiro de Entrevista 01

1) SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Relações intergovernamentais, federalismo e políticas públicas: as decisões verticais no âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil

Orientadora: Telma Maria G. Menicucci

a) Estou comparando as relações intergovernamentais verticais no âmbito das duas políticas, com foco: nas (i) estruturas e regras estabelecidas para a produção de decisões conjuntas entre os entes federados; (ii) nas relações entre os atores e propostas de intervenção, forjadas a partir da trajetória dos subsistemas de cada setor de política; e (iii) nas relações entre os três níveis de governo.

b) Hipóteses:

i) As políticas nacionais de saúde e assistência social contam com estruturas e regras decisórias formais similares para a produção das decisões conjuntas entre os entes federados.

ii) Em razão da natureza das políticas e das particularidades dos seus respectivos subsistemas, no caso do Sistema Único de Saúde, tais regras são observadas na produção das decisões relacionadas a todas as suas faces internas, enquanto no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, decisões sobre ações e serviços centrais passam às margens dos espaços decisórios estabelecidos para deliberação e pactuação entre os níveis de governo.

2) PERGUNTAS:

Algumas perguntas estão na linha das **(a) características dos subsistemas** e outras **(b) são sobre o processo decisório** (*podemos tratar dos dois aspectos conjuntamente, embora tentarei operar com uma separação didática*).

(A) CONSTITUIÇÃO DOS SUBSISTEMAS

1) Eu gostaria que você começasse falando sobre o processo de formação do campo da assistência social no Brasil, antes da constituição de 1988. Quais foram as experiências vivenciadas antes da Assembleia Nacional Constituinte (atores, instituições, ideias e capacidades administrativas)?

2) Agora, eu gostaria que você tratasse do processo de junção dos benefícios no contexto de criação do Programa Bolsa-Família.

a) Quais eram as características institucionais do setor naquele momento?

b) Quais eram as percepções e ideias existentes sobre a relação entre a política de assistência social prevista pela LOAS e a Política de Transferência de Renda que estava sendo criada?

c) É possível dizer que havia atores/grupos específicos vinculados a percepções particulares sobre a relação Assistência Social/LOAS e PBF? Quais eram estes grupos?

d) Você considera tratar-se de duas propostas de política pública distintas que se construíram por trajetórias particulares? Ou ambas as políticas fizeram parte de um mesmo processo de constituição? Por quê?

e) Houve alguma característica de conflito entre estas duas faces da política (a política de assistência Social e o PBF) em algum momento? Em quais aspectos (atores, instituições, capacidades administrativas)?

f) Quais impactos o Programa Bolsa família trouxe para a Política de Assistência Social?

(B) SOBRE AS DECISÕES INTERGOVERNAMENTAIS

a) Existiram/existem diferenças nas relações do governo federal com estados e municípios na gestão da Política de Assistência Social prevista pela LOAS (Serviços), de quando se tratava do Programa Bolsa Família? Em quais aspectos?

b) Os processos para tomada de decisões que envolviam/envolvem os demais entes federados tinham/têm o mesmo curso nos dois casos? Por favor, aborde as características destes processos.

c) Você considera a CIT (Comissão Intergestores Tripartite) um espaço efetivo para a produção de decisões intergovernamentais tanto sobre as ações de assistência social previstas pela LOAS quanto sobre os aspectos relacionados ao PBF?

d) As principais decisões que você se recorda sobre o Programa Bolsa Família (ex.: expansão ou cortes, mudanças em aspectos da gestão, características do financiamento) foram pactuadas previamente na CIT? Sim ou não? Quais foram ou não foram pactuadas na CIT? Por quê?

e) Podemos falar em maiores ou menores capacidades de indução para a implementação ao comparar os casos (ou dois aspectos da mesma política)? Sim ou não? Por quê?

ANEXOS 02



Roteiro de Entrevista 02

1) SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Relações intergovernamentais, federalismo e políticas públicas: as decisões verticais no âmbito das políticas de saúde e assistência social no Brasil

Orientadora: Telma Maria G. Menicucci

a) Estou comparando as relações intergovernamentais verticais no âmbito das duas políticas, com foco: nas (i) estruturas e regras estabelecidas para a produção de decisões conjuntas entre os entes federados; (ii) nas relações entre os atores e propostas de intervenção, forjadas a partir da trajetória dos subsistemas de cada setor de política; e (iii) nas relações entre os três níveis de governo.

b) Hipóteses:

i) As políticas nacionais de saúde e assistência social contam com estruturas e regras decisórias formais similares para a produção das decisões conjuntas entre os entes federados.

ii) Em razão da natureza das políticas e das particularidades dos seus respectivos subsistemas, no caso do Sistema Único de Saúde, tais regras são observadas na produção das decisões relacionadas a todas as suas faces internas, enquanto no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, decisões sobre ações e serviços elementares passam às margens dos espaços decisórios estabelecidos para deliberação e pactuação entre os níveis de governo.

2) PERGUNTAS:

Perguntas:

1) Inicialmente, tratando especificamente da política de saúde, eu gostaria que você falasse da relação entre as ações constitutivas do setor (Assistência à Saúde, Controle Epidemiológico e Vigilância Sanitária) após a criação do SUS. Existem características de conflitos entre elas? Em função de quais aspectos (atores, instituições, ideias e capacidades administrativas)?

2) Passando a tratar das duas políticas, alguns gestores e acadêmicos argumentam ter havido um processo de difusão das características do SUS para o campo da assistência social. Você concorda com tal ponto de vista? Por quê?

1.1) O que você conhece (quais associações faz) deste processo? Como ele se deu? (motivos, atores e ideias envolvidos).

2) Podemos considerar os sistemas das duas políticas similares?

3) Ainda assim, existem diferenças no funcionamento da estrutura criada em cada campo de política pública? Quais seriam elas? Por quais motivos ocorrem?

4) Você entende haver grupos (Coalizões) com entendimentos distintos sobre o desenvolvimento das políticas nos seus respectivos interiores? (Quais seriam eles?)

5) Quais são as principais tensões existentes entre tais atores do ponto de vista da defesa de ideias atualmente? (No campo da saúde e no campo da assistência social).

6) No que diz respeito à produção das decisões intergovernamentais (verticais) sobre as duas políticas, quais são os mecanismos/instâncias mais efetivos em cada caso? (De que forma estas decisões são produzidas em cada política, tendo em vista as estruturas disponíveis?).

7) A capacidade de indução do governo federal é distinta em cada campo? Por quê?

8) Como você percebe, especificamente, o papel das CITs em cada setor?

9) As CITs são espaços efetivos para a produção de decisões intergovernamentais no âmbito das duas políticas?

ANEXO 03**Relação das Funções/Cargos ocupados pelos Entrevistados**

- Ex-diretora de Gestão do Sistema Único de Assistência Social/MDS.
- Ex-ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Ex-secretário de Avaliação e Gestão da Informação do MDS. Foi Secretário Executivo Adjunto do MDS. Foi Consultor do MS. Foi docente de epidemiologia na Faculdade de Medicina da UFMG.
- Técnica da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social/PBH. Pesquisadora do campo da Assistência Social.
- Gerente na Secretaria Municipal de Saúde/PBH. Pesquisadora do campo da saúde. Foi consultora do MS.
- Técnica da Secretaria Municipal de Saúde/PBH. Pesquisadora do campo da saúde. Foi Técnica da Secretaria de Atenção à Saúde/MS.
- Professora universitária e pesquisadora do campo da assistência social. Foi consultora do MDS.
- Professora universitária, pesquisadora no campo das políticas sociais. Foi consultora do MDS.
- Ex-técnica da Diretoria de Proteção Social Básica/MDS.
- Técnica de planejamento e pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Foi conselheira do Conselho Nacional de Assistência Social. Foi Assessora Especial do MDS.