

**RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO DECISÓRIA NO ÂMBITO DAS
COMISSÕES INTERGESTORES TRIPARTITE (CITS) DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL**

José Geraldo Leandro Gontijo
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
josegleandro@ig.com.br/ josé.gontijo@ipea.gov.br

Telma Maria Gonçalves Menicucci
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
tgmenicucci@gmail.com/ telmenicucci@fafich.ufmg.br

RESUMO

O artigo analisa centralmente as características das decisões intergovernamentais sobre a gestão de duas políticas nacionais brasileiras: a Política Nacional de Saúde e a Política Nacional de Assistência Social. Ambas dispõem de uma instância decisória denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em que gestores federais, estaduais e municipais negociam e pactuam aspectos referentes à operacionalização das políticas no território nacional. O trabalho analisa as atas das reuniões destas comissões no período compreendido entre 2009 e 2012 e compara as características das decisões produzidas em cada setor de política. Assumimos a perspectiva de que os padrões da dinâmica intergovernamental identificados são resultado da macro estrutura institucional, que estabelece os contornos das relações entre os níveis de governo no país; mas também das características forjadas na trajetória de constituição de cada um dos campos analisados, quais sejam: os formatos institucionais assumidos ao longo do tempo; a distribuição de competências entre os entes federados (no que diz respeito aos aspectos de execução, financiamento e poder de decisão sobre as políticas); além dos atores constituídos e suas perspectivas de intervenção para os setores. Portanto, além de tratar dos dados empíricos sobre as decisões atuais, a análise explicita aspectos forjados durante a trajetória das políticas, que também são considerados fatores explicativos dos padrões decisórios identificados.

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 este artigo se localiza.

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 destas políticas passaram a compor as atribuições dos estados e municípios; e diversos mecanismos foram criados para viabilizar as relações federativo-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, 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, que se construíram no decorrer da trajetória histórica de cada política; e (iii) na dinâmica das relações entre os três níveis de governo em cada setor.

Trabalhamos com a hipótese central de que: 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, em razão da natureza das políticas e das particularidades dos seus respectivos processos históricos de constituição, 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. De forma adicional, operacionalizamos também 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.

A opção de 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. 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 nosso objeto.

FEDERALISMO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO BRASIL: CONFIGURAÇÃO GERAL

Inicialmente, é preciso salientar que a atual configuração federativa do Brasil não é 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 maior força ao governo federal nas relações junto aos estados e municípios. Ou seja, a trajetória das instituições federativas no Brasil, conjugada com todo o legado proveniente de um histórico com curtos períodos democráticos teve como consequência esta que é uma das características centrais 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. Este autor argumenta que a dinâmica das relações entre os níveis de governo no país continua tendo a centralização no

executivo nacional com principal característica. Contudo, tal centralização é vista de forma dúbia pela literatura: (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 dispare 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 (...)” (ARRETCHE, 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 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 naquele período 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 (...)” (ARRETCHE, 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.

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 Concessões¹, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)², as regulamentações que envolveram a reforma administrativa e, por fim, o Estatuto da Cidade³.

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 denominada Lei Camata⁴ – 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)⁵ – 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)⁶.

De forma ainda mais contundente no segundo mandato de FHC, a União aprovou (a) a Emenda Constitucional N° 29/2000, vinculando 12% das receitas municipais e 15% das receitas estaduais com gastos na área da saúde; (b) a Emenda Constitucional N° 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 N° 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 N° 30/2000

¹ Lei N° 8.987, de 13 de fevereiro de 1995.

² Lei N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

³ Lei N° 10.257, de 10 de julho de 2001.

⁴ Lei Complementar N° 82, de 27 de março de 1995.

⁵ Emenda Constitucional N° 14/1996.

⁶ 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 N° 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.

que fixou prazos para o pagamento de precatórios judiciais pelos estados e municípios (Arretche, 2012); além (e) da Lei de Responsabilidade Fiscal⁷ que inibiu a capacidade de endividamento das subunidades governamentais; 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).

Este conjunto de medidas legislativas reduziu substancialmente a “*autonomia decisória dos governos estaduais e municipais sobre a alocação de suas próprias despesas*” (ARRETCHÉ, 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 (ARRETCHÉ, 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

⁷ Lei Complementar N° 101 de 2000.

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 os estudos 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 parece haver “(...) *um trade-off entre a redução das desigualdades territoriais e a plena autonomia dos governos locais*” (ARRETCHE, 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*” (ARRETCHE, 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 influência 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* ARRETCHÉ, 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 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. No geral, os governos subnacionais acabam cumprindo o papel de *policy-making* (autoridade 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).

Vejamos a seguir como estão estruturadas, no bojo desta configuração das relações federativo-intergovernamentais, as duas políticas cujas decisões intergovernamentais são analisadas no artigo.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

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.⁸ Assumindo ainda, junto com os

⁸ 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

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 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

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).

(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, conjuntamente, 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). 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). 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.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

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 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).

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 SUAS 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. Aqui também existem pisos distintos 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. (NOB/SUAS, 2012).

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 suas respectivas jurisdições; além de realizarem a gestão local do BPC; do Cadastro Único e das características cabíveis do Programa Bolsa Família.

A descrição da configuração dos dois campos torna possível perceber tratar-se de políticas que 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. Salientamos, contudo, 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. 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.

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 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 centrais de autoridade decisória sobre as mesmas são preponderantemente do nível federal.

Mas, é preciso salientar tratar-se de políticas com trajetórias históricas de constituição distintas em vários aspectos, variações que têm impacto sobre as características da dinâmica decisória intergovernamental de cada setor – conforme apresentamos na próxima seção, a partir da análise das atas das reuniões das comissões intergestores tripartite das duas políticas.

As características da produção decisória no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite (CITs) das políticas de saúde e assistência social

As atas analisadas nesta seção 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 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). 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 constantes 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 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 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: matérias abordadas,

matérias sobre as quais houve deliberação, participantes vocalizadores, características das vocalizações e decisão tomada. Já nas primeiras leituras das atas percebemos a necessidade de distinção entre os aspectos mencionados e por vezes discutidos nas reuniões, daqueles que, de fato, estiveram sob deliberação. Assim, visando refinar a organização dos dados, de forma a torna-la mais condizente com os objetivos da pesquisa; e também no intuito de ampliar as possibilidades de operacionalização das informações contidas nas atas, 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: Aspecto sob Deliberação (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, Serviços de Assistência Social, Rede Assistencial Privada); 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); Resultado da Deliberação (pactuado como proposto, pactuado com adequações, rejeitado e inconcluso); Foi verificado se as deliberações diziam respeito a características de gestão administrativa, de financiamento ou se eram referentes a questões políticas. No caso da CIT da Saúde, a classificação adotada foi a seguinte: Aspecto sob Deliberação (Assistência à Saúde, Vigilância Sanitária, Controle Epidemiológico, Assistência Farmacêutica, Setor Suplementar e Outros); 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); Resultado da Deliberação (pactuado como proposto, pactuado com adequações, rejeitado e inconcluso). Também no caso da saúde, verificamos se as deliberações diziam respeito a características de gestão administrativa, de financiamento ou se eram referentes a questões políticas.

O caso da Política de Assistência Social

Tabela 01: Frequência e percentual de deliberações por temas nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da Política de Assistência Social (2009-2012).

Temas	Nº Deliberações		Aspectos Gestão		Aspectos Financ.		Aspectos Políticos	
		Perc.		Perc.		Perc.		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).

A Tabela 01 demonstra que 82,60% das deliberações na CIT da Assistência Social 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, identificamos tratar-se de uma instância de deliberação intergovernamental em que se decide muito pouco sobre aspectos relacionados ao financiamento e às questões políticas do setor.

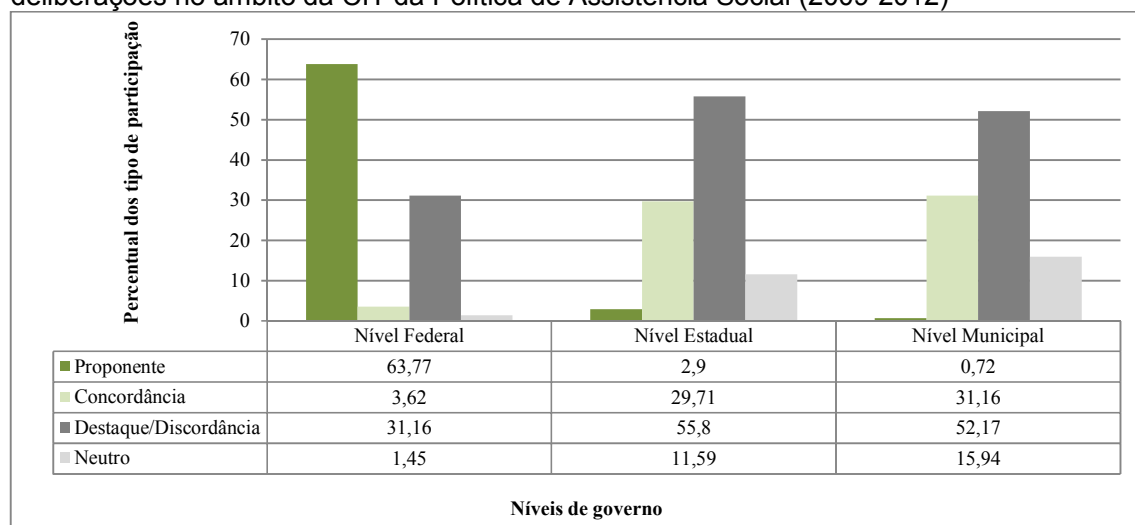
É possível perceber também que a distribuição percentual das deliberações é fortemente desequilibrada, com acentuada concentração de decisões sobre os Serviços de Assistência Social, que somam 85,51% do total. Ou seja, as deliberações sobre as outras ações estruturantes do campo somam juntas menos de 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 Família. 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.

Aspectos da trajetória histórica da política demonstram que a consolidação dos Serviços de Assistência Social (e a criação do SUAS) é encabeçado por atores distintos daqueles que tiveram como proposta principal, a transferência de renda como forma de proteção social. 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 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.

Portanto, existe forte concentração das deliberações sobre aspectos relacionados aos Serviços de Assistência Social no âmbito de tal CIT; contudo, existem também diferenças na participação dos níveis de governo na produção das decisões que precisam ser explicitados. A partir do Gráfico 01, analisamos o 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. 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.

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 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).

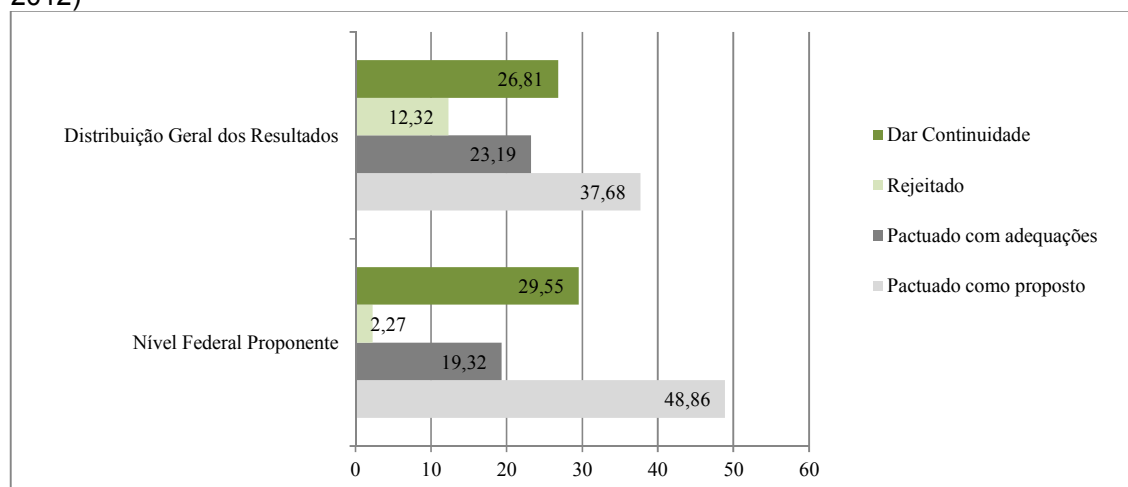
Sabemos também que na trajetória da Política de Assistência Social no país, uma das características comuns é a execução de ações dispersas no território nacional. Ainda assim, de forma alinhada à tendência centralizadora do Estado Brasileiro, existiram experiências de coordenação das áreas social e trabalhista, 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 análise 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. Neste sentido, entendemos que o padrão das relações entre os

níveis de governo, identificados no âmbito da CIT, é expressão e desdobramento destas características macro institucionais 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 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%, sendo 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 considerável 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.

O caso da Política de Saúde

No caso da saúde, 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.

Tabela 02: 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).

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).

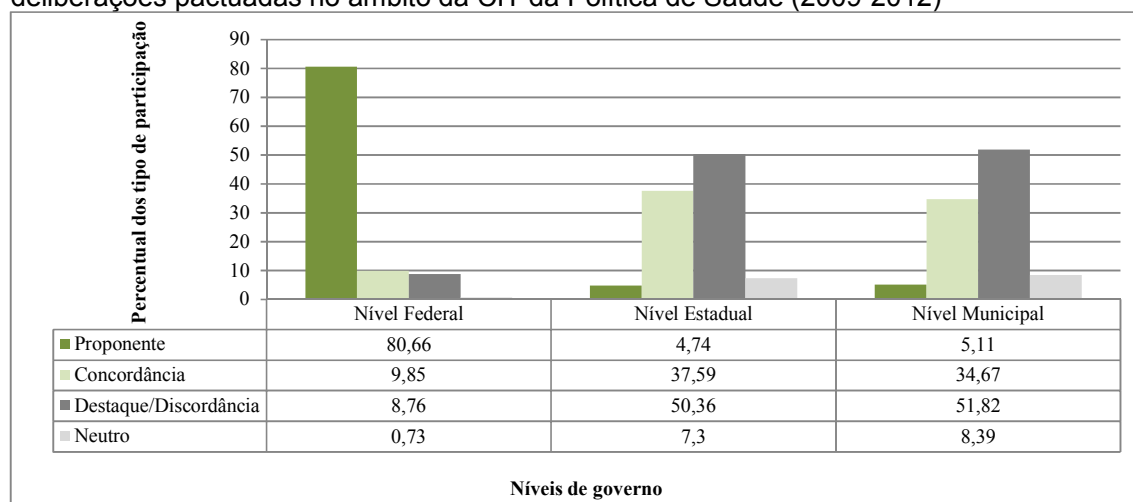
Neste sentido, entendemos ser mais cuidadosa a análise de que existe integração entre os serviços que compõem o SUS, em que pese à desproporcional atenção dada aos aspectos da Assistência à Saúde; o que se explica pela centralidade deste complexo de intervenções durante a trajetória histórica da política – 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.

Outro aspecto importante, 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 os serviços e ações e também entre os níveis governamentais. 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.

A posição funcional e de influência que as subunidades governamentais construíram ao longo da trajetória histórica 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.

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).

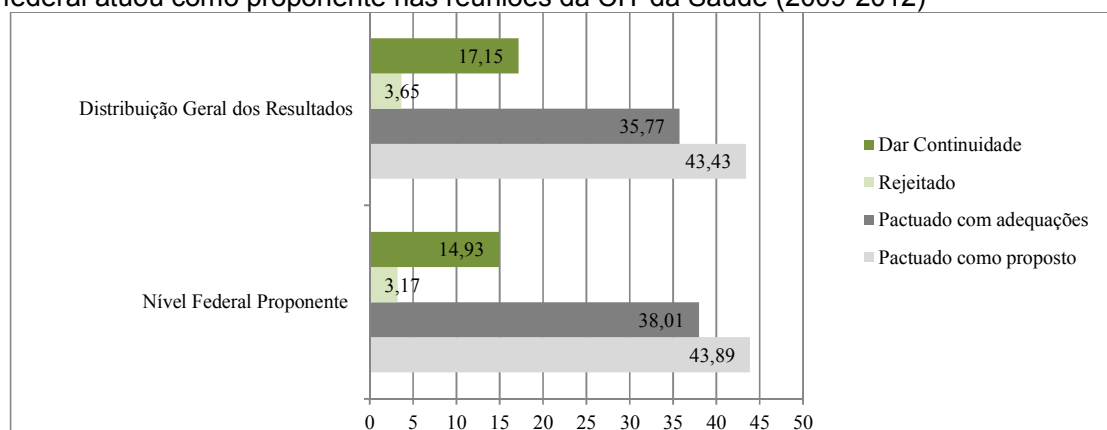
Como pode ser percebido, o nível federal também nesta CIT tem como principal característica de participação, a proposição das matérias sobre as quais se delibera. Mas, diferente do que ocorre na CIT da Assistência Social, não há, por parte do mesmo, um percentual considerável de intervenções no sentido 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 ocorreu em mais de 80% das situações. Embora também seja alto o percentual de pactuações diretas das matérias propostas, no âmbito desta CIT 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. Ou seja, 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. Dito de forma resumida, no caso da saúde, 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), embora o maior poder do nível federal seja também uma característica evidente, parece haver maior equilíbrio de influência sobre as decisões; além disso, os três níveis operam de forma mais contundente com dois dos aspectos centrais ao desenvolvimento da política (gestão e financiamento).

CONCLUSÕES

Vimos que 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. 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.

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 mais problemático quando retomamos os motivos pelos quais as outras partes constituintes da

política, especificamente os benefícios de renda, apresentam baixos percentuais na distribuição das questões deliberadas. 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. 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 SUAS – ou seja, não há integração entre os serviços e benefícios –, o que legitima as decisões externas à CIT. 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.

Os dados demonstram também 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.

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.
- 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.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999. XIV, 360p.

BRASIL. **Instrução Normativa STN nº 1, de 15 de janeiro de 1997** (Celebração de Convênios).

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**

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**.

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. **Emenda constitucional Nº 65 de 13 de julho de 2010**.

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. 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.**

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. Relações intergovernamentais no Brasil: desenvolvimentos recentes e perspectivas. **Published by the forum of federations**, 2003.

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.

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.

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.

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.