

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

MUDANÇAS INSTITUCIONAIS DA SEGURIDADE SOCIAL
NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARADA ENTRE O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL

AMANDA OLÍMPIO DE MENEZES

BRASÍLIA

2012

AMANDA OLIMPIO DE MENEZES

**MUDANÇAS INSTITUCIONAIS DA SEGURIDADE SOCIAL
NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARADA ENTRE O
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciência Política da Universidade de Brasília para
obtenção do título de mestre em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Du Pin Calmon

BRASÍLIA

2012

AMANDA OLIMPIO DE MENEZES

MUDANÇAS INSTITUCIONAIS DA SEGURIDADE SOCIAL NO
BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARADA ENTRE O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Ciência Política da Universidade de Brasília como
requisito para obtenção do título de mestre em Ciência
Política.

Aprovada em: 20/09/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon – Orientador
Universidade de Brasília – UnB, IPOL

Prof. Dr. Denilson Bandeira Coêlho – Examinador interno
Universidade de Brasília – UnB, IPOL

Prof. Dr. Garibaldi Gurgel - Examinador externo
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Departamento de Saúde Coletiva

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me ensinaram o valor do estudo e do esforço e que me garantiram o conhecimento como herança.

A minha irmã Camila, prima Lorena e Tia Rogélia e família por serem minha base e suporte familiar em Brasília.

Aos amigos Clarissa, Edvânia e Marcos, pelo apoio nos momentos de dúvidas.

Aos colegas da CAPES – Nancy, Thais, Jussara, Wallace, Andrey e outros – pelo companheirismo e pressão positiva para conclusão desta dissertação.

Aos amigos Fernando, Tiago, Heitor, Rodrigo, Juliana, Patrícia, Thiago, Fernanda, M^a Fernanda, Michelle, Alexandre e tantos outros, pela amizade, compreensão pela ausência e incentivo para enfrentar os desafios.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é uma pesquisa originada no encontro da curiosidade científica com preocupações pessoais e humanas que derivaram a vontade de compreender um pouco mais o universo das políticas que afetam diretamente a população mais carente em um país de grandes desigualdades e contradições socioeconômicas.

Indiferentemente das paixões iniciais, a elaboração de uma dissertação de mestrado é um processo conturbado para muitas pessoas, e para mim não foi diferente. Dividida entre as responsabilidades acadêmicas e profissionais, essa jornada foi árdua. No entanto, não poderia ter sido concluída sem a participação de muitas pessoas diretamente ou indiretamente.

Meus sinceros agradecimentos ao professor Paulo Calmon, por ampliar meu entendimento do mundo teórico das políticas públicas, e ao professor Denilson Bandeira Coêlho que ao me sugerir a leitura de Nelson & Kaufman (2004) me trouxe uma nova perspectiva para o tema de minha pesquisa.

Sou, igualmente, grata aos colegas da pós-graduação pela troca de conhecimento nas disciplinas e no compartilhamento das angústias nos momentos de dúvidas e estresse. A todas as outras pessoas que, de forma direta ou indireta, me auxiliaram na elaboração deste trabalho: o meu muito obrigada!

“Nunca me esquecerei desse acontecimento na vida de minhas retinas tão fatigadas. Nunca me esquecerei que no meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, no meio do caminho tinha uma pedra.”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar comparativamente o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social de 1988-2010, na tentativa de explicar a trajetória dessas mudanças institucionais, e em que medida as instituições que emergiram são variantes ou similares, e que fatores contingentes ajudam a explicar estas semelhanças e divergências entre o SUS e o SUAS. O aporte teórico do modelo analítico sugere que o papel dos atores, das instituições anteriores, da trajetória e do contexto político-econômico explicam o processo da institucionalização. A partir da análise longitudinal das variáveis, observa-se que o processo de mudanças institucionais teve divergências consideráveis, que resultaram em uma lacuna temporal importante entre a implementação do SUS e do SUAS. A análise mostra que os dois sistemas estão institucionalizados e que o resultado dos dois sistemas apresentam estruturas organizacionais, sistema de gestão e divisão de competências bastante isomórficos.

Palavras-chave: Assistência Social. Instituições. Institucionalização. Isomorfismo institucional. Mudanças institucionais. Políticas públicas. Saúde. Sistema Único de Assistência Social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present work aims at analyzing comparatively the process of institutionalization of the Unified Health System and Unified Social Assistance System in the 1988- 2010, in an attempt to explain these institutional changes trajectory, and to what extent the institutions that emerged are different or similar and what factors explain these similarities and differences between SUS and SUAS. The theoretical basis of the analytical model suggests that the role of the actors, the previous institutions, the trajectory and the political and economic context explain the institutionalization process. From the longitudinal analysis of the variables, it is observed that the institutional change process has had considerable differences, which resulted in a significant time gap between the implementation of the SUS and the SUAS. The analysis shows that both systems are institutionalized and that the result of the two systems exhibit organizational structures, management system and competencies division quite isomorphic.

Keywords: Social Assistance. Institutions. Institutionalization. Institutional isomorphism. Institutional change. Public policy. Health. Unified Social Assistance System. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Kingdon	25
Figura 2 – Estrutura explicativa para tipos de mudança institucional	38
Figura 3 – Quadro de variáveis explicativas	52
Figura 4 – PNAS 200 – Níveis de proteção social	91
Figura 5 – BPC - Comparação dos Beneficiários (2004 - 2012)	97
Figura 6 – Mapa Comparativo da cobertura do Bolsa Família 2004 – 2012	101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados, na função Saúde e Saneamento – 1988-1999	75
Gráfico 2 – Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados, na função Saúde – 2000-2010	76
Gráfico 3 – Evolução da implementação de unidades de CRAS no Brasil	96
Gráfico 4 – Percentual de conselhos municipais segundo o tipo de instrumento legal que formaliza o cargo de secretário (2010)	104
Gráfico 5 – Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados, na função Assistência e Previdência Social – 1988-1999	107
Gráfico 6 – Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados, na função Assistência Social – 2000-2010	108
Gráfico 7 – Evolução comparada da despesa líquida executada na Saúde e na Assistência Social, a partir dos valores atualizados ¹ , em porcentagem com base no ano de 2000 (2000-2010)	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Recursos humanos da estrutural central do Ministério da Saúde (2010)	74
Tabela 2 – Evolução do número de municípios habilitados no SUAS (2005-2009)	95
Tabela 3 – Relatório de Informação da Proteção Social Especial - Regime de Competência. Ano de referência 2010	98
Tabela 4 – Relatório Detalhado dos Programas Sociais – Transferência de Renda	100
Tabela 5 – Dados de recursos humanos consolidados do MDS (2004)	105
Tabela 6 – Dados de recursos humanos consolidados do MDS (2010)	106
Tabela 7 – Execução orçamentária dos programas sob responsabilidade do MDS, por unidade orçamentária (valores nominais) – 2009	109
Tabela 8 – Descrição geral do SUS e do SUAS	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Agenda-setting – Os Modelos de Kingdon e Baumgartner/Jones.....	28
Quadro 2 – Tipos de mudança institucional: processos e resultados.....	36
Quadro 3 – Tipos de mudança Gradual	39
Quadro 4 – Fontes contextuais e institucionais da mudança institucional	40
Quadro 5 – Tipos de agentes de mudança	41
Quadro 6 – Fontes contextuais e institucionais dos agentes de mudança	43
Quadro 7 – Alinhamentos de coalizão	44
Quadro 8 – Periodização da institucionalização do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social	53
Quadro 9 – Principais legislações do SUS em perspectiva histórica	123
Quadro 10 – Principais legislações do SUAS em perspectiva histórica	124
Quadro 11 – Estrutura de gestão do SUS	127
Quadro 12 – Estrutura de gestão do SUAS	127
Quadro 13 – Panorama geral comparado da trajetória das mudanças institucionais do SUS e do SUAS	131

LISTA DE SIGLAS

CGR – Colegiados de Gestão Regional

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

EC – Emenda constitucional

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOAS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PIB – Produto Interno Bruto

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	PROCESSO DE FORMAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	20
2.1.1	Modelo de múltiplos fluxos	21
2.1.2	Modelo do equilíbrio interrompido	24
2.1.3	Aproximação entre os modelos	27
2.2	O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES	30
2.2.1	Mudanças institucionais abruptas versus graduais	34
2.2.2	Mudanças institucionais graduais	37
2.2.3	Institucionalização e isomorfismo institucional	44
3	ESTRATÉGIAS DE PESQUISA E METODOLOGIA	47
3.1	MODELO ANALÍTICO	47
3.1.1	Os atores importam?	48
3.1.2	As instituições importam?	49
3.1.3	A trajetória importa?	50
3.1.4	O contexto importa?	50
3.2	ESQUEMA ANALÍTICO	51
3.3	METODOLOGIA	54
3.3.1	Estudo de caso comparativo	55
3.3.2	<i>Process-tracing</i>	56
3.3.3	Objeto de estudo e coleta de dados	57
4	MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NO SUS	59
4.1	CONDIÇÕES ANTECEDENTES	59
4.2	A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	61
4.3	REGULAMENTAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SUS (1990-1994)	63
4.4	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS (1995-2002)	65
4.5	BALANÇO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO SUS (2003-2010)	69
4.5.1	Descentralização e regionalização da gestão da saúde	70
4.5.2	Controle social e os conselhos de saúde	71
4.5.3	Panorama dos recursos humanos	72
4.5.4	Financiamento da saúde	73
4.6	DESAFIOS DO SUS	75
5	AS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NO SUAS	78
5.1	CONDIÇÕES ANTECEDENTES	78
5.2	A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	79
5.3	REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (1989-1993)	81
5.4	OPERACIONALIZAÇÃO DA LOAS (1995-2002)	83

5.5	OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SUAS (2003-2006)	86
5.6	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUAS (2007-2010)	93
5.6.1	Integração do Programa Bolsa Família ao SUAS	98
5.6.2	Controle Social e os Conselhos de Assistência Social	101
5.6.3	Panorama dos recursos humanos	104
5.6.4	Financiamento da Assistência Social	106
5.7	DESAFIOS DO SUAS	108
6	ANÁLISE COMPARATIVA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DO SUAS	111
6.1	OS EMPREENDEDORES POLÍTICOS	118
6.2	AS INSTITUIÇÕES	120
6.3	O CONTEXTO	128
6.4	A TRAJETÓRIA	130
6.5	BALANÇO DO ESTUDO COMPARATIVO DO SUS E DO SUAS	131
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
	APÊNDICES	147

1 INTRODUÇÃO

A crise econômica durante a década de 1980 modificou o modelo de desenvolvimento nacional dos países da América Latina, baseado no modelo centrado no Estado e na industrialização por substituição de importações. O Consenso de Washington, enquanto proposta de ajustes macroeconômicos para a região, gerou uma pressão crescente por reformas institucionais que diminuíssem o gasto público, o que incluía redesenhar as políticas sociais.

As políticas de seguridade social¹ foram os eixos estruturantes das reformas na América Latina, com o objetivo de melhorar a eficiência da provisão de serviços e diminuir os gastos públicos. Ao mesmo tempo, os países passavam pelos processos de redemocratização, o que gerava uma pressão crescente para promoção e universalização dessas políticas, além da inserção da sociedade civil organizada nos processos decisórios.

Nesse contexto, muitas mudanças institucionais ocorreram nas políticas sociais brasileiras a partir da década de 1990. No entanto, as transformações na política de saúde e de assistência social ocorreram sob diferentes padrões e distintas configurações de instituições que emergiram em um mesmo período histórico. O que explica esses resultados variantes? Em que medida as instituições anteriores e as trajetórias específicas de cada área explicam o desenvolvimento das instituições atuais? Quais são suas semelhanças e divergências?

O propósito desta dissertação é justamente realizar um estudo comparado sobre o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de uma análise empírica, com vistas a identificar seus fatores contingentes, bem como explicar as divergências, similaridades e conexões nos dois processos de mudanças institucionais. Considerando o pressuposto que as políticas públicas envolvem escolhas constrangidas por vários fatores de diferentes dimensões, com destaque para os de ordem institucional, o estudo dos múltiplos fatores que fizeram com que as

¹ A seguridade social pode ser entendida como "um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (MARTINS, 2003, p. 43).

reformas das Políticas de Saúde e de Assistência Social no Brasil entrassem para agenda decisional mostra-se fundamental na compreensão do processo de estruturação destas temáticas. Propõe-se, assim, a analisar o processo de institucionalização e as sequências temporais, identificar os principais atores e suas motivações, objetivando compreender a complexidade dos eventos que resultaram no fenômeno em análise.

A análise das mudanças institucionais no sistema político tem sido um tema de crescente interesse na Ciência Política. A relevância da proposta assenta-se, principalmente, sobre a complexidade de interesses, a diversidade de atores e características distributivas de renda envolvidas nas políticas. Além disso, o processo de institucionalização do sistema público de assistência social apresenta-se como um campo pouco explorado e bastante promissor para compreensão de políticas públicas no Brasil.

Portanto, a escolha das mudanças institucionais destas duas políticas como objeto de estudo motiva-se, sobretudo, pelo fato dessas terem sido, ainda, pouco estudadas no que se refere ao processo político que resultou na sua reestruturação legal e organizacional. Apesar de contar com muitos trabalhos importantes sobre a reforma do sistema de saúde, não há uma pesquisa extensiva com caráter comparativo entre as mudanças institucionais das políticas de saúde e assistência social.

O avanço do SUS foi uma exceção se comparado à articulação em torno da assistência social. A política de assistência social no Brasil até a atual Constituição Federal, quando foi introduzida como uma política pública no âmbito da seguridade social, era entendida como uma ação de filantropia e de assistencialismo. A partir deste marco legal, a assistência social passou ser definida como "um conjunto de atividades particulares e estatais direcionadas para o atendimento dos hipossuficientes, consistindo os bens oferecidos em pequenos benefícios em dinheiro, assistência à saúde, fornecimento de alimentos e outras pequenas prestações. Não só complementa os serviços da Previdência Social, como a amplia, em razão da natureza da clientela e das necessidades providas" (MARTINS, 2003, p. 43).

O SUAS, que é o sistema de gestão participativa que articula os esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), demorou muitos anos para ser implementado se comparado ao SUS. Enquanto que a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, foi publicada em 1990 e sua efetiva implementação já iniciou a partir do ano seguinte, a construção do SUAS iniciou-se com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 1993, mas

apenas foi criado em 2005, a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003, que se institucionalizaram na Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Assistência Social de 2005², e, em 2010, 99,4% dos municípios brasileiros foram habilitados em algum dos níveis de gestão do SUAS³. Os avanços mais lentos da assistência social podem ser computados a pouca vocalização de sua clientela e pelos grandes conflitos no interior do tema (VAITSMAN *et al*, 2009).

Tendo em vista tais questionamentos, esta pesquisa realizará uma contextualização tanto da Seguridade Social - desenhada durante a década de 1970 e materializada, enquanto princípios programáticos, na Constituição Federal de 1988 - quanto da sua transposição de marco legal para a agenda política, com vistas a focalizar o processo de mudanças institucionais no Brasil nos setores de saúde e assistência social a partir de 1988, a fim de identificar causas e mecanismos que ajudam a compreender a atual configuração institucional destes setores, além de apontar as características que os aproximam e diferenciam.

A Seguridade Social compõem-se de três políticas: política de saúde, assistência social e previdência social. Este trabalho, no entanto, não se propõe a abranger a última, mas investiga a constituição de novas agendas reformistas nas políticas de saúde e assistência social e seus resultados de institucionalização. Para tal, durante a análise serão considerados os processos causais e a trajetória histórica, identificando os principais atores e suas motivações para compreender a complexidade dos tipos e das dinâmicas de mudança institucional que resultaram no fenômeno em análise. Por conseguinte, este trabalho não se concentrará na avaliação dos resultados das políticas reformadas, em termos da eficiência ou abrangência da oferta dos serviços públicos. O objeto do estudo comparativo é, exclusivamente, o processo de mudança institucional do SUAS e do SUS no Brasil.

Para alcançar este objetivo geral, será necessário descrever o sistema de assistência social e de saúde e a oferta de serviços existentes no país anteriormente às reformas, apontar as propostas de reforma para as duas políticas, detalhar a entrada do SUAS e do SUS na agenda política, analisar o desenvolvimento dessas mudanças institucionais e como se deu a

² Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS: Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, Julho de 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2005/Resolucao%20CNAS%20no%20130-%20de%2015%20de%20julho%20de%202005.pdf/download>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

³ Em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

implementação de políticas, avaliando os resultados alcançados na institucionalização, e determinar os fatores contingentes das resultantes institucionais do processo de implementação da mudança nos dois sistemas.

Entretanto, já é possível apontar que há similaridades importantes no processo de mudanças nas duas políticas, tais como o mesmo contexto político da redemocratização e das políticas liberalizantes, a previsão constitucional dos dois sistemas únicos (SUS e SUAS), a existência de leis específicas que regulamentam as duas políticas, a divisão de competências entre as três esferas de governos a presença de conselhos nacionais de gestão, controle social.

No entanto, verificam-se, também, divergências consideráveis em torno de algumas variáveis: o papel dos empreendedores de políticas envolvidos; o contexto político de maior ou menor poder de veto; características institucionais diversas, tais como maior grau de discricionariedade na interpretação e aplicação da regras. Tais divergências levaram a processos históricos diversos nas mudanças institucionais de cada um dos setores, além do domínio de outras políticas na agenda política no período.

Muitos teóricos apontam a conjuntura crítica como ferramenta explicativa para as mudanças nas políticas sociais no Brasil, identificando pontos de ruptura ou crises econômicas que abrem janelas de oportunidade para mudanças profundas. A principal conjuntura crítica teria sido dada pela reforma constitucional de 1988 e a abertura política que levou a redução das barreiras institucionais e políticas (KAUFMAN; NELSON, 2004, p. 44). Outros autores apontam a crise econômica da década de 1980 como o episódio de conjuntura crítica para a reestruturação institucional do sistema de seguridade social (DRAIBE 1994, pp. 276- 285; LEWIS, MEDICI, 1988, p. 270).

No entanto Schmitter (1971) considera que de forma geral, as políticas no Brasil mudam mais por incrementalismo do que por substituição. Tulia Falletti (2010), ao analisar a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro como um sistema universal e descentralizado que veio a substituir o sistema de saúde anterior – caracterizado pela fragmentação e centralização, defende que a mudança institucional pode ser computada pela atuação de ativistas subversivos em uma transição gradual desde o período de autoritarismo no país. No entanto, esta pesquisa não será conduzida pressupondo que as mudanças ocorram motivadas por processos exógenos ou endógenos, abruptos ou incrementais, pois justamente durante a coleta e análise de dados que serão identificadas as forças-motrizes em cada processo.

A dissertação organizar-se-á em um estudo de caso e utilizar-se-á, ainda, como base de trabalho a metodologia de estudos comparados desenvolvida por John Gerring (2007, p. 17), o qual define que um estudo de caso significaria: que seu método é qualitativo; que a pesquisa é holística; que utiliza um determinado tipo de evidência, tal como, etnográfico, não experimental, não baseado em *survey*, observação participante, *process-tracing*, histórico, pesquisa textual ou pesquisa de campo; que o seu método de obtenção de provas é naturalista; que o tema é difuso, pois o caso ou contexto são difíceis de distinguir; que emprega múltiplas fontes de evidência; que a pesquisa investiga as propriedades de uma única observação; ou que a pesquisa investiga as propriedades de um único fenômeno.

Portanto, para desenvolver o modelo analítico, a partir da literatura que será apresentada, utilizar-se-á a abordagem metodológica do *process-tracing* para traçar o estudo de caso comparativo. Falletti (2006) sugere que a pesquisa pelo método de *theory-guided process*, que é uma abordagem mais recente do *process-tracing*, deve fornecer narrativas teoricamente explícitas que tracem e comparem as sequências de eventos do processo na tentativa de compreender as variáveis do modelo analítico, tais como as preferências dos atores, suas percepções, a avaliação de alternativas, as informações que possuem, suas expectativas e estratégias e as restrições que limitam suas ações.

Espera-se, com os resultados da pesquisa, contribuir para a consolidação de um campo de estudos ainda bastante novo: o processo de institucionalização de políticas sociais. Com estes propósitos, a dissertação será dividida em seis capítulos, incluindo a introdução e a conclusão. O capítulo 2 será dedicado a uma revisão de literatura de algumas teorias explicativas sobre o processo político e manutenção e mudanças das instituições: a) a teoria dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003); b) o modelo do equilíbrio interrompido apresentado por Baumgartner e Jones (1993); c) o neo-institucionalismo, com ênfase nos conceitos de instituições e dependência da trajetória ("*path dependency*"); e d) as teorias de mudanças institucionais graduais conforme teorizada por Streeck e Thelen (2005) e Mahoney e Thelen (2010).

No capítulo 3, propõe-se a conexão da literatura apresentada com o marco analítico que será aplicado no desenvolvimento da dissertação, assim como a operacionalização das variáveis independentes que explicam o processo de mudanças institucionais. Ademais, detalhar-se-á a abordagem metodológica, para relacioná-la a conceituação e operacionalização das variáveis preconizadas no seu modelo analítico e examinando a relação entre essas.

Nos capítulos seguintes, será realizada uma análise da trajetória histórica de formação e reforma das instituições dos setores de saúde e de assistência social, capítulo 4 e 5 respectivamente, em especial a partir da redemocratização na década de 1980, com vistas a retroceder ao momento crítico no qual começa o fenômeno sob investigação. O capítulo 6 será composto pelo do estudo de caso, em perspectiva comparada, das mudanças institucionais nas políticas de saúde e de assistência social, com base nas variáveis explicativas selecionadas e no marco teórico adotado. Ademais, serão apresentados os fatores que agiram como forças motrizes, bem como os principais atores e suas motivações para a atuação na mudança institucional. Além disso, apontar-se-ão as tendências gerais, de modo a explicar as similaridades e diferenças entre os processos nas duas políticas e a apresentar as propostas de reestruturação dos setores, a discussão e aprovação das legislações federais envolvidas na configuração institucional resultante. No último capítulo, estão expostas algumas reflexões e resultados do trabalho, juntamente com as contribuições da investigação e com as limitações do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção será apresentada a revisão da literatura relevante para o esclarecimento do objeto de estudo e de seus conceitos centrais, vislumbrando as possíveis formas de conduzir a pesquisa empírica sobre as mudanças institucionais das políticas de saúde e assistência social. As políticas públicas são produto da política, entendida como forma de solução pacífica dos conflitos (SCHMITTER, 1984), e, segundo Muller e Surel (1998), designam um processo pelo qual se elaboram e se implementam programas de ação pública, ou seja, dispositivos político-administrativos coordenados, geralmente em torno de objetivos explícitos. As políticas envolvem escolhas constrangidas por diferentes fatores e não são casualidades ou expressão unilateral da vontade dos governos.

Portanto, uma política pública não é centrada apenas nos atores, independentemente de ser o governo ou outros atores sociais, pois há outros fatores influentes no ciclo de políticas públicas. Os atores políticos são compostos pelos grupos públicos, que são internos ao Estado (burocratas e políticos), mas também pelos atores privados, que incluem: grupos de pressão ou interesse, a sociedade civil, os empresários, os trabalhadores organizados, os agentes internacionais e a mídia. Diante da pluralidade de atores, o critério mais eficaz para identificar os atores de uma política pública “é estabelecer quem tem alguma coisa em jogo na política em questão. Ou seja, quem pode ganhar ou perder com tal política, quem tem seus interesses diretamente afetados pelas decisões e ações que compõem a política em questão” (RUA, 1998, p. 5).

Ademais do papel dos atores, a constituição de novas agendas públicas e a tradução dessas agendas em mudanças institucionais são contingenciadas por diferentes fatores, como a importância das ideias, a trajetória histórica e a ordem institucional. Pierson (2006) apresenta o argumento de que as políticas públicas podem ser entendidas como instituições, pois as políticas públicas moldam interesses, preferências e estratégias dos atores de um determinado setor.

Grande parte da literatura caracteriza e explica as mudanças institucionais utilizando modelos de equilíbrio pontuado, que basicamente divide longos períodos de estabilidade interrompidos por choques externos que levam a menores ou maiores reorganizações institucionais (STREECK; THELEN, 2005), ou seja, reformas do tipo *big bang*. Outro conjunto de estudos institucionalistas concebe a reprodução institucional como parte de um processo político dinâmico, especialmente centrado no conceito de “dependência da

trajetória” (*path dependence*), que enfatiza os mecanismos de crescentes retornos e expectativas que sustentam e reforçam instituições ao longo do tempo, ou seja, reformas do tipo incrementais.

No entanto, conforme aponta Thelen (2004, p. 27-30), esses processos são mais úteis para explicar a continuidade do que as mudanças institucionais, já que nesta corrente resguardaria apenas duas opções analítico-explicativas para as mudanças: a primeira, as mudanças profundas que excepcionalmente seriam geradas por rupturas abruptas e externas, e a segunda e majoritária, afirma que incrementalmente ocorreriam apenas ajustes superficiais ao processo de continuidade. Por outro lado, autores como Krasner (1988) tentam precisar o conceito de “dependência da trajetória” aproximando-o ao modelo de equilíbrio pontuado ao distinguir a dinâmica da inovação institucional da reprodução institucional. A inovação dar-se-ia por momentos de conjuntura crítica, que interromperiam longos períodos de continuidade, em que novas instituições são criadas. Portanto, o equilíbrio da dependência da trajetória seria interrompido periodicamente por mudanças radicais que provocariam repentinos desvios na trajetória histórica (PEMPEL, 1998, p. 3).

Em oposição a essas perspectivas, Streeck e Thelen (2005) estudam processos de mudanças institucionais graduais e ao mesmo tempo profundas. Sobre essa ótica as mudanças observadas atualmente nas sociedades capitalistas avançadas são associadas aos diferentes graus de renegociação da regulação política do mercado econômico no período do Pós-Segunda Guerra mundial, o qual se caracteriza como o último grande fator exógeno de descontinuidade. Por isso, as mudanças que se seguiram tiveram uma forte característica incremental, o que não significa que as mudanças foram apenas superficiais.

2.1 PROCESSO DE FORMAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Os processos de formulação de políticas são muito complexos, devido à multiplicidade de atores envolvidos, possuidores de diferentes graus de poder e incentivos e à variedade de ambientes com regras de jogo variadas, e, também, porque as políticas não são resultantes diretas de ações racionais dos atores ou de seu contexto institucional. Por isso, esses processos mediante as políticas são formadas têm um impacto significativo sobre a compressão da capacidade de estabilidade de uma política e dos mecanismos de alterá-la.

Portanto, antes de buscarmos a compressão dos determinantes e motivadores das mudanças políticas, apresentaremos dois modelos alternativos aos modelos explicativos racionais – o modelo dos múltiplos fluxos, de John Kingdon (2003) e o modelo do equilíbrio interrompido, de Baumgartner e Jones (1993) – que apresentam contribuições sobre o entendimento dos processos de políticas públicas ao estabelecer conexões causais entre os diversos elementos.

As duas abordagens do processo de políticas públicas foram desenvolvidas com o objetivo de explicar a construção de políticas públicas com base em uma noção de processo complexo que se desenvolve no tempo e envolve uma grande variedade de atores, crenças, valores e conhecimentos especializados. John (2003) acrescenta, ainda, que essas abordagens constituem teorias sintéticas do processo de políticas públicas, pois agregam influências de diferentes correntes teóricas, tais como o institucionalismo, as abordagens de escolha racional, os modelos de redes de políticas, além de atribuir um importante papel na análise às ideias e a formação do conhecimento nas comunidades epistêmicas.

2.1.2 Modelo de múltiplos fluxos

O modelo de múltiplos fluxos (*Multiple Streams Model*) desenvolvido por John Kingdon (2003) na obra “*Agendas, alternatives, and public policies*”, tenta explicar porque alguns temas entram na agenda política enquanto outros não, partindo do pressuposto que os atores políticos não conseguem identificar com precisão suas preferências e objetivos, e elencar as melhores alternativas para alcançá-los. O autor define a agenda como “uma lista de assuntos ou problemas que os oficiais do governo, e pessoas de fora do governo que são estreitamente associadas a eles, concentram muita atenção em determinado momento” (KINGDOM, 2003, p. 3, tradução nossa).

Segundo este modelo, um tema só comporá a agenda governamental se congrega a convergência dos três fluxos: problemas, soluções e política; ou seja, se for ao mesmo tempo reconhecido como um problema de política pelos formuladores de política, passível de formulação de soluções e contar com um contexto político favorável em determinado momento. No primeiro fluxo, Kingdon demonstra como questões são reconhecidas como problemas políticos, considerando que os indivíduos não podem prestar atenção a todos os problemas ao mesmo tempo, conseqüentemente, concentram-se em alguns e ignoram os demais. A atenção e ação dos agentes políticos dependem de suas percepções e interpretações

dos problemas. Basicamente três mecanismos interferem neste processo: a) indicadores que demonstram a existência de um problema, b) eventos e crises que reforçam a gravidade de um problema, e c) o retorno das ações governamentais, tais como metas não cumpridas e consequências não previstas. No entanto, esses três mecanismos não transformam automaticamente uma questão em problema, pois perpassa pela construção sócio-cognitiva dos problemas (CAPELLA, 2007, p. 89-91).

O segundo fluxo trata das alternativas e soluções para os problemas. Tendo em vista que “as pessoas não necessariamente resolvem problemas. Isso poderia sugerir que as duas correntes são unidas, as soluções e os problemas. Ao invés disso, o que elas costumam fazer é gerar soluções, e, em seguida, procurar problemas para os quais possam ligar suas soluções” (KINGDOM, 2003, p. 32, tradução nossa). Dado que as soluções são geradas em comunidades epistêmicas, apenas aquelas que recebem aceitação dos atores em geral e são viáveis técnica e financeiramente emergem como soluções possíveis. Percebe-se a importância que Kingdon confere as ideias e a difusão das ideias para que soluções ganhem adesão da população em geral.

Já o terceiro fluxo, o da política, tem sua própria dinâmica e regras envolvendo conceitos como poder, grupos de pressão, barganha e negociação política. Uma conjuntura política favorável mostra-se determinante em face das oportunidades de eleição limitadas, fugazes e regidas por práticas institucionais e rotinas estabelecidas pela vida política, como eleições, novas administrações e eventos dramáticos. Nesse fluxo, três elementos destacam-se favorecendo ou bloqueando mudanças na agenda governamental: a) o “clima” ou “humor” nacional que lançam o ambiente favorável para a difusão de algumas questões, b) forças políticas organizadas, em especial a ação dos grupos de pressão, e c) mudanças de gestores em posições estratégicas da estrutura governamental (CAPELLA, 2007, p. 93-95).

Para Kingdon é a conjunção desses três fluxos que abre uma janela de oportunidade para que uma nova questão ou mudanças nas políticas já existentes entrem para a agenda de decisão. Essa confluência de dimensões explica porque algumas reformas ou novos temas entram na agenda e outros não. May (2007) expõe que as opções apresentadas são, normalmente, incrementar uma política existente, por isso, há poucas oportunidades para que os atores inventem uma política totalmente nova. Para a autora, a possibilidade de se formular uma proposta totalmente nova ocorre quando alguma crise derruba a política em vigor, ou há alguma janela de oportunidade nova que mude o contexto. Sendo que as janelas de

oportunidade abrem-se tanto de forma programada – nas mudanças de governo e em determinadas fases do ciclo orçamentário, ou de maneira não previsível.

Durante todo o ciclo de políticas públicas, estão presentes agentes individuais e coletivos que atuam para influenciar no processo político e sem os quais a convergência de fluxos não resultaria em mudanças na agenda. Kingdon (2003, p. 179) sugere o termo “empreendedores de políticas” que são pessoas, que estão dentro dos governos e na sociedade civil, dispostas a investir recursos de vários tipos para promover propostas, na esperança de um retorno futuro na forma de política que lhes interessam. Eles são motivados por combinações de diversos elementos: preocupação direta com certos problemas, busca de benefícios próprios tais como proteger ou aumentar seu orçamento burocrático, reconhecimento pelas suas realizações, promoção de seus valores, e o mero prazer de participar.

Portanto, só quando há janelas de oportunidades de mudanças, que é um processo transitório, existe possibilidade de o empreendedor político promover mudanças na agenda. Dadas circunstâncias, abrem-se janelas de oportunidades, assim como as conjunturas críticas do institucionalismo, às mudanças na agenda política tanto para introdução tanto de inovações quanto de mudanças institucionais.

Na figura 1, apresenta-se um esquema resumido do modelo de múltiplos fluxos de Kingdon, quando os três fluxos, durante a abertura de janelas de oportunidades, convergem em introdução de mudanças na agenda governamental.

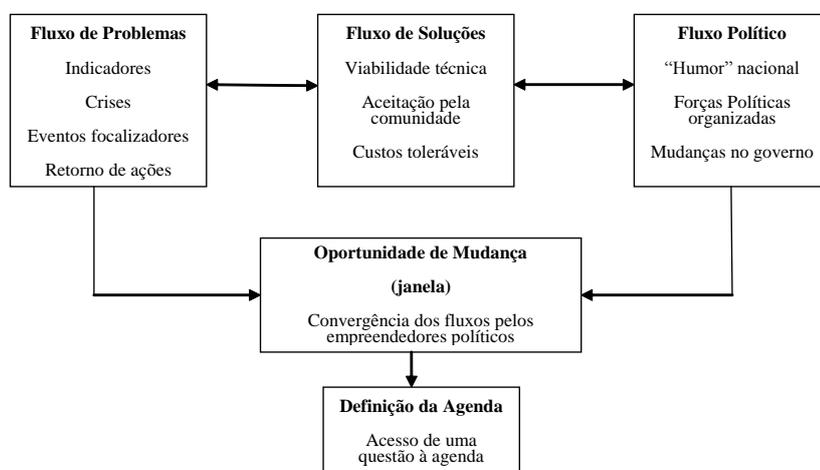


Figura 1. Modelo de Kingdon.

Fonte: Capella (2007, p. 98).

Capella (2007, p. 103) destaca, ainda, o papel da mídia como um ator invisível no processo de alteração da agenda, que apesar de não criar problemas ou questões, amplia o impacto, destaca ou acelera desenvolvimento daquelas já estabelecidas. Outros atores invisíveis importantes são os servidores públicos e os acadêmicos que possuem influência sobre a elaboração de alternativas ou soluções.

É importante destacar que apesar da grande contribuição do modelo de múltiplos fluxos na compreensão do fenômeno da formação e alteração da agenda governamental, a teoria enfatiza a importância dos atores como protagonistas das mudanças em detrimento ao papel das instituições. Nesse contexto, o modelo do equilíbrio pontuado, que será apresentado na próxima seção, traz proposições bastante pertinentes sobre a relação entre a agenda governamental e as dinâmicas institucionais Capella (2007, p. 110).

2.1.2 Modelo do equilíbrio interrompido

Baumgartner e Jones (1993) apresentam o modelo de equilíbrio interrompido, baseado em noções da biologia e da computação, que busca analisar tanto períodos de estabilidade como os de mudanças rápidas nas políticas públicas. O foco analítico do modelo é dado ao fato que os tomadores de decisão dirigem sua atenção a determinadas questões, que entram na agenda e exigem solução em termos de política pública, enquanto outras são excluídas. As políticas públicas se caracterizam por longos períodos de estabilidade, nas quais as mudanças ocorrem de forma incremental, e que excepcionalmente são interrompidas por crises ou períodos de instabilidade nas ideias dominantes que permitiriam mudanças mais profundas. Segundo Celina Souza:

Da biologia veio a noção de “equilíbrio interrompido”, isto é, a política pública se caracteriza por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade que geram mudanças nas políticas anteriores. Da computação e dos trabalhos de Simon, vem à noção de que os seres humanos têm capacidade limitada de processar informação, daí por que as questões se processam paralelamente e não, de forma serial, ou seja, uma de cada vez. Os subsistemas de uma política pública permitem ao sistema político-decisório processar as questões de forma paralela, ou seja, fazendo mudanças a partir da experiência de implementação e de avaliação, e somente em períodos de instabilidade ocorre uma mudança serial mais profunda. Este modelo, segundo os autores, permite entender por que um sistema político pode agir tanto de forma incremental, isto é, mantendo o *status quo*, como passar por fases de mudanças mais radicais nas políticas públicas (Souza, 2006, p. 33).

Existem momentos em que o equilíbrio de determinada área de política é interrompido por uma mudança brusca. Quando algumas diretrizes consagradas são descartadas ou modificadas, outras questões tornam-se importantes e disseminam-se, ao saírem dos subsistemas das comunidades de especialistas passam a ocupar uma posição dominante no macrossistema político e permite-se, assim, a ascensão de novas ideias e concepções sobre políticas. Diferentemente dos subsistemas, os macrossistemas políticos caracterizam-se por intensas e rápidas mudanças, no entanto, quando uma questão domina o macrossistema, conseqüentemente, o subsistema muda também. Segundo Baumgartner e Jones, esse movimento da institucionalização de uma nova política seria lento no começo e depois muito rápido e novamente lento até atingir um novo período de equilíbrio.

Essa difusão de políticas pode ser descrita pela lógica de uma curva de crescimento, ou uma curva S. A adoção da política é lenta no início, depois muito rápida e novamente lenta até que o ponto de saturação é atingido. Durante a primeira fase, a adoção pode ser bastante lenta enquanto as ideias são testadas e descartadas. Em seguida, uma fase de reações positivas inicia-se para alguns programas e as ideias difundem-se rapidamente. Por fim, uma reação negativa é restabelecida enquanto o ponto de saturação é atingido”. (Baumgartner e Jones, 1993, p. 17, tradução nossa).

Quando há uma dominância relativa à determinada política, há um arranjo institucional que a reforça. Portanto, para que se compreendam os longos períodos de estabilidade e os períodos de equilíbrio interrompido, onde as mudanças são processadas, deve-se estudar como uma questão política está definida no âmbito de um contexto institucional, no qual determinadas visões políticas (*policy image*) são privilegiadas em detrimento das demais mediante a atuação de um empreendedor de políticas. *Policy image* é definida por Baumgartner e Jones (1993, p. 25), como “a forma como a política é compreendida e discutida”, ou um consenso em torno de uma política que sustentam a estrutura institucional. Quando há divergências sobre a *policy image* dominante e seus oponentes se concentram na estruturação de diferentes imagens, este processo pode levar a interrupção do equilíbrio e a introdução de mudanças profundas (CAPELLA, 2007, p. 112-113).

Os atores que integram determinado subsistema agem estrategicamente, buscando influenciar na alteração da *policy image* e/ou construir uma imagem alternativa à predominante, calculando os ganhos advindos de determinado entendimento sobre a política. Estes participantes agem, no interior do subsistema, com o auxílio de especialistas. Ao mesmo tempo, os empreendedores tentam alterar os atores principais do processo político para torná-los mais favoráveis em relação às suas visões políticas, ou seja, o conceito de uma

imagem da política pode-se ser alterada ao longo do tempo, tanto pelo público em geral quanto pelo atores do subsistema. Atribui-se à mídia a capacidade de direcionar ou redirecionar a atenção para diferentes questões ou diferentes aspectos de uma mesma questão ao longo do tempo.

Baumgartner e Jones (1993) corroboram com os argumentos de Kingdon (2003) de que a identificação e o reconhecimento de um problema não garante a seleção de uma solução específica, os autores atribuem aos empreendedores políticos o papel de fazer a conexão entre os dois fluxos. A formulação de política é ao mesmo tempo influenciada pela alteração das definições das questões ou visões de política como pela mudança do consenso entorno das soluções mais adequadas ao um dado problema.

Percebe-se, de acordo com os dois modelos apresentados, que o processo de formação de políticas públicas quase nunca é uma decisão racional, mas sim o resultado do jogo de disputas e barganhas entre os atores com racionalidade limitada que defendem diferentes visões da política, emersos em estruturas institucionais. Tal perspectiva opõe-se a aplicação das teorias da escolha racional no processo de políticas públicas, que, convencionalmente, definem que as políticas públicas são resultantes da ação de atores racionais que maximizam preferências ou desejos de forma consistente as suas crenças e valores.

Nesse processo, a base explicativa da formação ou alteração da agenda política é composta basicamente por dois eixos: a estrutura institucional e a ação dos empreendedores políticos (ZAHARIADIS, 2007). A primeira age no sentido de restringir determinados cursos de ação e favorecer outros, portanto, aproximando com os argumentos do institucionalismo, a serem aprofundamentos nas seções seguintes deste trabalho. A segunda influenciada pelos valores e crenças.

O objetivo desta seção foi apresentar e discutir os conceitos centrais de cada uma dessas abordagens, buscando verificar os pontos principais que as tornam complementares e passíveis de serem trabalhadas em conjunto em investigações empíricas sobre processos de políticas públicas. Os dois modelos teóricos apresentam muitas similaridades e são complementares em muitas questões.

Ambas têm uma perspectiva pós-positiva ao enfatizarem o mundo das ideias e desconectarem de uma relação causal o fluxo de problemas e o de soluções. Ademais, as abordagens corroboram na percepção do empreendedorismo do ator individual, estruturado em redes sociais ou não, e do papel da estrutura institucional política (CAPELLA, 2007, p.

120). Ademais, tanto Baumgartner e Jones (1993) como Kingdon (2003) inter-relacionam o processo da formação e reforma da agenda das políticas públicas com conceitos das abordagens institucionais, da escolha racional e dos modelos cognitivos, os quais serão apresentados em detalhe na próxima seção.

2.1.3 Aproximação entre os modelos

Os modelos de múltiplos fluxos e o de equilíbrio interrompido apresentam características analíticas comuns, que permitem aproximá-los para o desenvolvimento de um modelo analítico para o estudo do processo de formulação e reformas de políticas públicas. Essa aproximação é resumida no quadro 1, no qual os principais conceitos relativos a cada etapa do fluxo de formulação de política são definidos segundo os dois autores: problemas, soluções, dinâmica política-institucional, atores e mudança na agenda.

	KINGDON MULTIPLE STREAMS MODEL	BAUMGARTNER E JONES PUNCTUATED EQUILIBRIUM MODEL
Problemas	<p>Não há vínculo causal entre problemas e soluções.</p> <p>Questões não se transformam em problemas automaticamente: problemas são construções que envolvem interpretação sobre a dinâmica social.</p> <p>Definição de problemas é fundamental para atrair a atenção dos formuladores de políticas.</p> <p>Problemas são representados por meio de indicadores, eventos, crises e símbolos que relacionam questões a problemas.</p>	<p>Não há vínculo causal entre problemas e soluções.</p> <p>Questões não se transformam em problemas automaticamente: problemas são construídos (<i>policy images</i>) e difundidos.</p> <p>Definição de problemas é essencial para mobilizar a atenção em torno de uma questão.</p> <p>Problemas são representados por meio de componentes empíricos e valorativos (<i>tone</i>): números, estatísticas, argumentação, histórias causais.</p>
Soluções	<p>Não são desenvolvidas necessariamente para resolver um problema.</p> <p>Geradas nas comunidades (<i>policy communities</i>), difundem-se e espalham-se (<i>bandwagon</i>) no processo de amaciamento (<i>soften up</i>).</p> <p>Soluções tecnicamente viáveis, que representam valores</p>	<p>Não são desenvolvidas necessariamente para resolver um problema.</p> <p>Geradas nos subsistemas, difundem-se e espalham-se rapidamente (<i>bandwagon</i>).</p> <p>Soluções que têm imagens fortemente vinculadas a uma instituição e representam valores políticos (<i>policy images</i>) têm maiores chances de chegar ao macrossistema.</p>

	compartilhados, contam com consentimento público, e a receptividade dos formuladores de políticas tem maiores chances de chegar à agenda.	
Dinâmica Político-institucional	O contexto político cria o “solo fértil” para problemas e soluções. “Clima nacional”, forças políticas organizadas e mudanças no governo são fatores que afetam a agenda. Idéias, e não apenas poder, influência, pressão e estratégia são fundamentais no jogo político.	O contexto político e institucional exerce influência sobre a definição de problemas e soluções. Imagens sustentam arranjos institucionais (<i>policy venues</i>), incentivando ou restringindo a mudança na agenda. Disputa em torno da política.
Atores	O presidente exerce influência decisiva sobre a agenda. Alta burocracia e Legislativo também afetam a agenda. Grupos de interesse atuam mais no sentido de bloquear questões do que de levá-las à agenda. A mídia retrata questões já presentes na agenda, não influenciando sua formação.	O presidente exerce influência decisiva sobre a agenda. Grupos de interesse desempenham papel importante na definição das questões. A mídia direciona a atenção dos indivíduos, sendo fundamental à formação da agenda.
Mudança na agenda	Oportunidades de mudança (<i>windows</i>) possibilitam ao empreendedor (<i>policy entrepreneur</i>) efetuar a convergência de problemas, soluções e dinâmica política (<i>coupling</i>), mudando a agenda.	Momentos críticos, em que uma questão chega ao macrossistema, favorecem rápidas mudanças (<i>punctuations</i>) em subsistemas anteriormente estáveis. <i>Policy entrepreneurs</i> , imagens compartilhadas (<i>policy image</i>) e a questão institucional são fundamentais nesse processo.

Quadro 1. Agenda-setting – Os Modelos de Kingdon e Baumgartner/Jones.

Fonte: CAPELLA (2007, p.119-120).

Conforme se verifica no quadro 1, nos dois modelos, as variáveis problema e solução são bastante similares. Ambas excluem a relação causal entre problemas e soluções, e defendem que os problemas são construções sócio-cognitivas e que a definição do problema, inclusive enquanto indicadores e estatísticas, são determinantes para a inclusão de mudanças na agenda política. As soluções, desenvolvidas nas comunidades epistêmicas, são consideradas viáveis, na medida em que, representam os valores compartilhados no âmbito das instituições políticas.

Portanto, há uma ênfase comum no papel do conhecimento especializado como definidor dos problemas e das possíveis soluções nos processos de políticas públicas, seja refletido no conceito de subsistemas ou de comunidade de especialistas, pois é nessas esferas

que os equilíbrios são interrompidos. O quadro de Capella (2007) chama atenção que, em ambos os modelos, o contexto político-institucional influencia a definição de problemas e soluções políticas, assim como os valores compartilhados, no entanto, Kingdon atribui mais peso ao fator dos momentos de mudanças, tais como eleições, troca de governos ou crises, do que as disputas estratégicas e por recursos escassos que permeiam as mudanças políticas.

Outro conceito central que o quadro 1 destaca é o papel dos empreendedores de política ou atores. Nos dois enfoques, os atores são centrais para capturar a atenção dos formuladores e manipulá-la em favor de seus objetivos. Na Teoria do equilíbrio interrompido, os empreendedores são definidos como atores individuais ou coletivos presentes tanto dentro dos governos quanto na sociedade, que sabem como funcionam os complexos processos políticos e que se articulam em redes sociais na tentativa de introduzir certas ideias ou projetos na política pública.

Por um lado, Kingdon (2003) ressalta que são os empreendedores políticos que chamam atenção para um dado problema tanto dentro do governo como na sociedade em geral, ao mesmo tempo em que atribui a mídia um papel reduzido como influenciadores de mudanças políticas e na formação de novas agendas decisórias. Por outro lado, Baumgartner e Jones (1993) apresentam a lógica inversa, pois seria a definição de uma imagem da política que se relaciona intrinsecamente com o consenso em torno um problema e só a partir disso os atores mobilizar-se-iam para intervirem na agenda governamental. Ademais, no modelo de múltiplos fluxos, os empreendedores tem um papel mais determinante em bloquear questões a levá-las a agenda governamental (ZAHARIADIS, 2007, p. 75).

O último conceito que o quadro 1 chama atenção é quanto a mudança na agenda política. Os dois modelos convergem ao destacarem que o processo de mudança inicia-se com interrupções do equilíbrio por momentos críticos que favorecem a mudanças bruscas, geradas pela interação entre empreendedores, problemas, soluções e as instituições políticas vigentes.

2.2 O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES

Os modelos anteriores enfatizam a importância dos atores e não dão o papel central às instituições. Dessa forma, nesta seção apresentaremos as visões que debatem o papel das instituições, com vistas a um maior estreitamento entre os modelos que estudam os ciclos de

políticas públicas com o corpo teórico do institucionalismo para aprofundar a compreensão do fenômeno das reformas políticas.

O neo-institucionalismo é uma abordagem teórica útil para compreender a formação, a estabilidade e as mudanças nas políticas públicas. No entanto, é importante enfatizar que o neo-institucionalismo não é uma corrente unificada, mas representa um conjunto de autores que ao realizar análises sobre políticas dão primazia a categoria de instituições. Há substanciais discordâncias entre os vários autores das diferentes abordagens neoinstitucionalistas – neoinstitucionalismo histórico, neoinstitucionalismo de escolha racional e neoinstitucionalismo sociológico – acerca dos rumos da análise institucional.

Portanto, diante da diversidade de abordagens não unificadas presentes no rótulo do neo-institucionalismo, esta seção limitar-se a destacar algumas contribuições teóricas relevantes para análise da institucionalização do SUS e do SUAS, promovendo um diálogo sintético entre estes diferentes ramos, com destaque para o conceito de instituições e dependência da trajetória no âmbito dos debates mais recentes dos autores Thelen (1999), Mahoney (2005) e Streeck e Thelen (2005) para, nas seções seguintes, aprofundar no estudo de mudanças institucionais graduais de Mahoney e Thelen (2010).

Essa perspectiva atribui às instituições o papel de variável independente mais importante no processo decisório das reformas e na formulação e implementação de políticas (LIMONGI, 1994, p. 3). As instituições podem ser entendidas como “regras, leis, procedimentos, normas, arranjos institucionais e organizacionais [que] implicam a existência de constrangimentos e limites ao comportamento” (LIMONGI, 1994, p. 8). Segundo Celina Souza:

as instituições tornam o curso de certas políticas mais fáceis do que outras. Ademais, as instituições e suas regras redefinem as alternativas políticas e mudam a posição relativa dos atores. Em geral, instituições são associadas à inércia, mas muita política pública é formulada e implementada. Assim, o que a teoria neoinstitucionalista nos ilumina é no entendimento de que não são só os indivíduos ou grupos que têm força relevante influenciam as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições (SOUZA, 2006, p. 39).

Para os institucionalistas, as instituições afetam as estratégias dos atores e influenciam as políticas públicas. As instituições representam uma força autônoma dentro da política, e que seu peso pode ser sentido tanto sobre a ação quanto sobre os resultados. De acordo com Pierson (2004), algumas políticas públicas podem ser consideradas instituições por sua

estabilidade no tempo. A trajetória das políticas influencia as próprias políticas, ou seja, as decisões anteriores afetam as decisões subsequentes.

Instituições são definidas por Streeck e Thelen (2005), genericamente, como os alicerces de construção da ordem social, que representam sanções sociais, ou seja, expectativas coletivas de que certos atores reproduzam comportamentos pré-definidos ou de que certas atividades sejam reproduzidas. Ademais, Streeck & Thelen (2005) apontam que:

políticas são instituições no sentido em que elas constituem regras para os outros atores mais do que para os próprios formuladores de políticas – as regras que podem e precisam ser implementadas e que são legítimas na medida em que elas se necessário serão aplicadas por agentes agindo em nome da sociedade como um todo. (STREECK & THELEN, 2005, p. 12, tradução nossa).

Portanto, mesmo reconhecendo a presença de normas informais como convenções que guiam aspectos da vida social, Streeck e Thelen (2005) concentram seus esforços analíticos sobre instituições enquanto normas e regras políticas formais e legais que afetam diretamente a sociedade como um todo e cujo cumprimento é garantido por uma terceira parte não diretamente afetada, com legitimidade social para exercer tal papel. Nesse contexto, o conceito apresentado para instituições aproxima-se das dinâmicas de um regime social, o qual estipula comportamentos esperados e rotula aqueles não desejados em uma determinada sociedade que o legitima. Portanto, as políticas, enquanto instituições, são regimes sociais, já que constituem regras legítimas de comportamento para atores sociais, além dos próprios formuladores de política, que devem ser seguidas e que, se necessário, devem contar com a presença de uma terceira parte que pode coagir aos atores a cumpri-las.

Deriva da definição de instituições como regimes o entendimento de que o cumprimento de uma regra social nunca é perfeito e que sempre haverá algum nível de lacuna entre o padrão ideal e o padrão real de execução das normas. Sendo justamente essas lacunas que possibilitam as mudanças institucionais, pois há certo grau de discricionariedade de interpretação pelos atores durante a aplicação das regras a situações específicas, e independentemente se essas divergências são motivadas por aplicações honestas ou oportunistas, nem sempre as agências de controle conseguem prevenir ou corrigi-las. Portanto, as instituições são continuamente formadas pela interação dos formuladores e receptores das regras que geram novas interpretações das regras, as quais são aceitas totalmente ou parcialmente ou rejeitas ao longo do tempo.

No neo-institucionalismo histórico, a dependência da trajetória ou *path dependency*, em seu sentido genérico, é o impacto da existência de legados políticos influenciando sobre o curso futuro das escolhas políticas, e tem um papel central na constituição das instituições e no seus processos de mudança ao longo do tempo. Para Levi, “*path dependency* significa que um país, ao iniciar uma trilha, tem os custos para revertê-la aumentados. Existirão outros pontos de escolha, mas as barreiras de certos arranjos institucionais obstruirão uma reversão fácil da escolha inicial” (LEVI, 1997, p. 28). Esses pontos de escolha são concebidos dentro da teoria como momentos críticos, os quais são definidos como situações de transição política e/ou econômica, caracterizado por um contexto de profunda mudança que conduzem ao desenvolvimento de uma nova “trajetória”.

DiMaggio e Powell (1983) ressaltam outra variável importante na análise de mudanças institucionais: crenças e valores, que são elementos socialmente construídos e que influenciam no processo de institucionalização, assim como as instituições criam novos padrões culturais. Essa perspectiva não vê indivíduos como irracionais, mas definem que sua ação racional é socialmente definida. Portanto, qualquer perspectiva de mudança das instituições perpassa pela legitimação e disseminação de um novo sistema de crenças e valores. Ademais, identificam que a transformação institucional ocorre quando as instituições estão em discrepância com os valores e códigos culturais da sociedade que está inserida, assim modificam-se segundo as alterações do sistema cultural.

Tradicionalmente, o processo de mudança costuma ser examinado como contraposto ao de continuidade institucional, em face do caráter de estabilidade das instituições (PIERSON, 2004). No entanto, em uma perspectiva temporal, há mudanças inevitáveis em resposta a fenômenos endógenos e exógenos provocados por fatores pontuais ou por processos mais amplos, porém, nem sempre há mudanças tão acentuadas.

Segundo France (1997), há dois tipos distintos de políticas de reforma: a tipo *big bang* e a incremental. As reformas *big bang* são aquelas que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema, pois todas as medidas são tomadas e aplicadas simultaneamente de forma rápida e num curto espaço de tempo. As reformas incrementais, ao contrário, baseiam-se em mudanças parcimoniosas e sucessivas aplicadas de forma espaçada ao longo do tempo, e sujeitas ao sistema político e aos constrangimentos institucionais.

Mahoney (2005) propõe a narrativa analítica, na qual a dependência da trajetória explica períodos de estabilidade e as conjunturas críticas fornecem a janela de oportunidades

para a mudança institucional. Thelen defende que “é possível fazer melhor que separar as questões da reprodução institucional daquelas da mudança institucional, resignando-nos à ideia de que cada um requer um conjunto de ferramentas totalmente diferente” (THELEN, 1999, p. 399, tradução nossa). Ademais, deve-se atentar que, desde a sua criação, as instituições não são totalmente homogêneas, mas continuam a ser arena de debate e disputas por interesses diferentes.

2.2.1 Mudanças Institucionais abruptas versus Graduais

Os modelos de múltiplos fluxos de Kingdon e do equilíbrio pontuado de Baumgartner e Jones são ferramentas analíticas que explicam bem os períodos de estabilidade, assim como episódios de rápidas mudanças no sistema político. Contudo, as perspectivas são falhas na tentativa de dar conta de fenômenos de mudanças políticas lentas e graduais, mas com resultados profundos. No entanto, as instituições, após serem estabelecidas, são suscetíveis a transformações abruptas, mas também a mudanças graduais. A maior parte da literatura sobre mudanças institucionais apontam que os choques exógenos são responsáveis por reconfigurações institucionais radicais e que processos endógenos estão vinculados apenas com mudanças incrementais. Neste sentido, apresentaremos nesta seção a Teoria de Mudanças Institucionais Graduais como um arcabouço analítico mais adequado para fenômenos de mudanças políticas lentas.

No modelo proposto por Streeck e Thelen (2005), as instituições são vistas como formadas por tensões e conflitos, pois quaisquer regras ou expectativas formais ou informais que restringem e moldam comportamentos implicam alocação de recursos, o que o fazem desigualmente, empoderando mais alguns atores em detrimento de outros. Como as instituições existentes são reflexos dos conflitos e barganhas entre os diferentes atores motivados, não há um arranjo institucional automático ou perene, mas, sim, uma dinâmica contínua de conflitos entre atores e diferentes equilíbrios da balança de poder que tornam as instituições sempre vulneráveis a mudanças.

O mesmo método que explica a estabilidade também explica a mudança, pois ambas estão intrinsecamente ligadas. Além de observar a balança de poder interna às instituições, faz-se necessário compreender como os mesmos atores se relacionam e têm recursos alocados em outras esferas institucionais, que mutuamente se influenciam. Neste modelo há uma distinção entre os processos de mudanças e seus resultados. Quanto ao processo de mudanças

institucionais, estas são passíveis de transformações abruptas e mudanças graduais, porém ambas podem ter resultados de mudanças de descontinuidade ou continuidade.

		Resultado da Mudança	
		<i>Continuidade</i>	<i>Descontinuidade</i>
Processo de Mudança	<i>Incremental</i>	Reprodução por adaptação	Transformação Gradual
	<i>Abrupto</i>	Sobrevivência e retorno	Ruptura e substituição

Quadro 2. Tipos de mudança institucional: processos e resultados.

Fonte: Traduzido de Streeck; Thelen (2005, p. 9).

Apesar de menos nítidas do que as mudanças abruptas, as alterações fragmentadas e lentas podem ter consequências tão substantivas quanto as primeiras sobre o comportamento humano e o resultado de políticas. Mahonay e Thelen (2010) não consideram que as mudanças institucionais abruptas são responsáveis pela maior parte das alterações nas instituições políticas. Os autores propõem uma “teoria de mudança institucional gradual” baseada na visão de distribuição de poder das instituições com ênfase nas lutas internas contínuas e nos arranjos institucionais anteriores. Apesar de menos nítidas que as mudanças abruptas, as alterações fragmentadas e lentas podem ter consequências tão substantivas quanto as primeiras sobre o comportamento humano e o resultado de políticas. Dessa forma, as instituições são reformadas ao longo do tempo por meio de um somatório de movimentos incrementais que podem levar a transformações radicais.

Sobre esta perspectiva, as análises de estabilidade e mudanças estão intimamente ligadas. A estabilidade das instituições não é apenas resultante positiva das ações políticas atuais, mas também da vulnerabilidade das instituições ao longo do tempo e em momentos de crises. A teoria proposta enfatiza que as instituições estão sujeitas a variações de interpretação e a diferentes níveis de cumprimento, o que criariam ambiguidades que propiciam espaço de ação para que os agentes e grupos de interesse alterem regras, e, conseqüentemente, promovam mudanças das regras.

Propõe-se, ainda, que a limitação pela dependência da trajetória, por vezes relacionada ao modelo do equilíbrio pontuado, seja um fenômeno raro, reforçando o argumento de que as

instituições estão cotidianamente envolvidas em processos de modificações incrementais que levam a alterações estruturais. A teoria proposta elabora conexões entre diferentes tipos de mudanças incrementais e os contextos e características próprias às instituições que permitem diferentes estratégias de mudanças por parte dos distintos tipos de agentes.

Ademais, os autores adicionam ao método de distribuição de poder, a preocupação com o nível e a extensão da adesão às regras. As instituições existentes são reflexos dos conflitos e barganhas, que implicam alocação desigual de recursos entre os diferentes atores. Consequentemente, atores com diferentes recursos têm interesses e estímulos diversos sobre a atuação na formação de diferentes instituições. Assim, não haveria um arranjo institucional automático, perene ou auto-reforçado. O que haveria seria uma dinâmica contínua de conflitos entre atores e diferentes equilíbrios da balança de poder que tornam as instituições sempre vulneráveis a mudanças. O mesmo método que explica a estabilidade também explica a mudança, pois ambas estão intrinsecamente ligadas.

Além da balança de poder exógena e endógena, outra variável central que emerge na análise da mudança e da estabilidade institucional é a submissão ou observância as instituições. Algumas regras, normas e procedimentos formais ou informais têm maior abertura para diferentes graus de implementação originados de ambiguidades na interpretação e nos debates sobre os significados da aplicação, os quais refletem obrigatoriamente os conflitos e a alocação de poder, pois atores com interesses divergentes irão contestar diferentes interpretações e implementações das regras, já que estas ocasionam consequências profundas na alocação de recursos e resultados diversos de políticas.

Tais ambiguidades são naturais já que nenhuma regra ou norma consegue prever todas as complexidades da realidade e todas as possíveis mudanças no mundo. Portanto, as regras já são previstas com certa flexibilidade que acomode novas realidades. No entanto, a externalidade não controlada resulta em que diferentes graus de observância às regras produzem oportunidades para novas alocações de poder, que por si só geram resultados políticos muito diversos dos inicialmente previstos. Mesmo quando as regras são criadas prevendo respostas a certas situações complexas, os legisladores enfrentam limitação de informação e, por isso, não são capazes de prever todas as possíveis situações futuras que as normas devem regular.

Os autores apontam outro pressuposto importante na mudança ou estabilidade institucional que se refere ao fato de que as instituições são ancoradas em bases não

contratuais implícitas necessárias a sua eficácia. Essa noção explica como os agentes interessados podem atuar sobre a interpretação das regras modificando sua aplicação ao longo do tempo mesmo sem nenhuma alteração formal das regras. Portanto, percebe-se que a estabilidade institucional depende não só da continuidade das regras formais, mas, em grande medida, também de como essas regras são aplicadas (Hacker, 2005; Streeck e Thelen, 2005).

Devido à lacuna entre as fases de criação, de interpretação, de aplicação e de execução das regras, os atores que são encarregados de interpretá-las e implementá-las, tais como a burocracia governamental e o judiciário, deparam-se com janelas de oportunidades para moldar e alterar a evolução das instituições. Dessas brechas emergem importantes mudanças institucionais incrementais, as quais enquanto variáveis complexas explicam melhor as mudanças do que a simples dicotomia entre “ganhadores” e “perdedores” institucionais.

2.2.2 Mudanças institucionais graduais

Mahoney e Thelen (2010) propõem um quadro para identificar e explicar os tipos de mudança institucionais em que o contexto político e o tipo de instituição moldam o tipo de agente de mudança dominante, que tende a emergir em um contexto institucional específico e suas estratégias normalmente produzem certos efeitos na mudança da instituição em que atuam. Na figura 2, o número I identifica que o tipo de mudança é uma variável dependente de fatores contextuais e institucionais (variáveis independentes) e os números II e III demonstram as relações dos atores de mudança como variáveis intervenientes entre as independentes e a dependente.

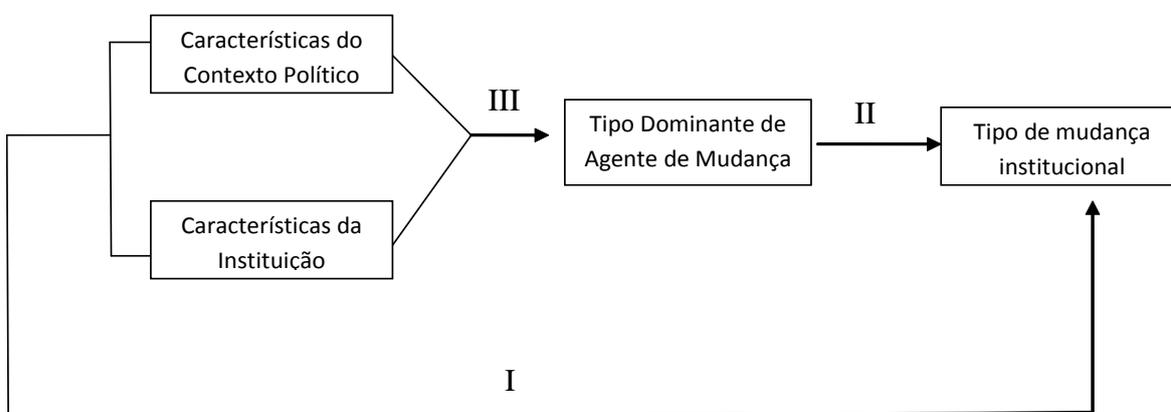


Figura 2. Estrutura explicativa para tipos de mudança institucional. Fonte: Traduzido de Mahoney; Thelen, (2010, p. 15).

Seguindo Streeck e Thelen (2005), os autores definem quatro tipos de mudança institucional derivadas do local da transformação institucional:

- a) Substituição (*displacement*): remoção das regras existentes e introdução de novas. A substituição é uma mudança radical, que pode ser um processo abrupto ou um movimento lento em que novas instituições passam a competir e depois substituir as existentes. Essas novas instituições são normalmente criadas pelos atores que não tem seus interesses representados pelas anteriores, ou seja, os “perdedores” do sistema antigo, que diante da inabilidade dos apoiadores do sistema antigo em conter novas regras introduzem todo um novo sistema.
- b) Estratificação (*layering*): introdução de novas regras junto às existentes. A estratificação ocorre quando novas regras são adicionadas as existentes, porém, alterando substancialmente a forma que as regras originais estruturam comportamentos, o que envolve emendas, revisões e adições que comprometem a lógica de reprodução da instituição. Nesse tipo de mudança, os atores apoiadores do sistema vigente são incapazes de impedir a inclusão de novas regras, no entanto, são hábeis na manutenção das normas vigentes. Porém, o acumulativo de vários novos elementos incluídos podem levar a grandes modificações no longo prazo.
- c) Redirecionamento (*drift*): mudança no resultado das regras existentes por meio de alterações no ambiente. No redirecionamento, os atores não respondem a alterações no ambiente externo, portanto, as regras formais não são alteradas, mas o impacto gerado por estas modifica-se.
- d) Conversão (*conversion*): modifica-se o resultado das regras em vigor devido à manipulação das ambiguidades de interpretação ou de execução. A mudança gradual, a conversão, as normas são mantidas inalteradas, porém, atores exploram suas lacunas e ambiguidades para produzirem novas interpretações e aplicações mais favoráveis aos seus interesses e, assim, atribuem às instituições existentes novos objetivos, funções e propósitos.

	Substituição	Estratificação	Redirecionamento	Conversão
Remoção das antigas regras	Sim	Não	Não	Não
Negligenciar as antigas regras	–	Não	Sim	Não
Mudança no impacto nas antigas regras	–	Não	Sim	Sim
Introdução de novas regras	Sim	Sim	Não	Não

Quadro 3. Tipos de mudança Gradual.

Fonte: Traduzido de Mahoney; Thelen (2010, p. 16).

Esses tipos de mudança institucional, que envolvem o papel dos atores que apoiam e desafiam essas instituições, ajudam a compreender porque e como um tipo de mudança ocorre ao invés de outros. Ademais, modelo proposto estabelece uma importante relação causal entre características do contexto político e da instituição para com os tipos de mudança institucional, destacam-se duas dimensões na análise: a) a permissibilidade do contexto político para acender vetos fracos ou fortes à mudança, e b) o nível de discricionariedade dos atores, no âmbito da intuição, para promover interpretações e aplicações diversas às regras e normas. A partir destas conexões, os autores apresentam um mapeamento (figura 4) para identificar o tipo de mudança institucional que ocorrerá a partir da interação das duas variáveis.

		Características da Instituição	
		Baixo nível de discricionariedade na interpretação/aplicação	Alto nível de discricionariedade na interpretação/aplicação

Características do Contexto Político	Alta possibilidade de veto	Estratificação	Redirecionamento
	Fraca possibilidade de veto	Substituição	Conversão

Quadro 4. Fontes contextuais e institucionais da mudança institucional.

Fonte: Traduzido de Mahoney; Thelen (2010, p. 19).

Alta possibilidade de veto existe em contextos políticos que possuem atores que têm recursos institucionais ou extrainstitucionais de bloquear mudanças formais ou informais em dada instituição. No caso de grande possibilidade de vetos, os agentes da mudança enfrentam dificuldades de mobilizar recursos e formar grupos de oposição para substituir as regras existentes. Portanto, a substituição ou a conversão são estratégias mais promissoras de promover mudanças, já que esses dois tipos de mudança não pressupõem mudanças diretas nas regras em vigência. Mas, mesmo com o alto poder de veto dos atores para modificações formais, nem sempre estes conseguem impedir a adição de novas regras ou atuar em resposta às mudanças no contexto para preservar o *status quo* institucional.

Diferentes tipos de agentes de mudança emergem em diferentes contextos institucionais, e que respondem com sucesso a específicos modos de mudança institucional. Neste sentido, Mahoney e Thelen (2010) propõem quatro tipos de atores – insurrecionistas, simbiontes, subversivos e oportunistas – que emergem da relação entre suas atitudes no curto prazo e seus objetivos de longo prazo, as quais são representadas pelo traçado entre o fato de que se submetem ou não as regras da instituição e de que desejam ou não a preservação da instituição, representados no quadro 5.

	Buscam a preservação da Instituição	Seguem as regras institucionais
Insurrecionistas	Não	Não
Simbiontes	Sim	Não
Subversivos	Não	Sim

Oportunistas	Sim/Não	Sim/Não
---------------------	---------	---------

Quadro 5. Tipos de agentes de mudança.

Fonte: Traduzido de Mahoney; Thelen (2010, p. 23).

Os insurrecionistas conscientemente buscam eliminar as instituições existentes e mobilizam-se ativamente e visivelmente contra a preservação de suas regras, por isso, não se submetem a suas regulações. Esse tipo de inovador institucional busca uma rápida e total substituição das instituições por outras que se alinhem com seus interesses, mas a substituição pode ocorrer gradualmente, devido à incapacidade dos atores em promover uma mudança rápida.

O segundo tipo de agente, os simbiosistas são de dois tipos: mutualistas e parasitas. Os primeiros estão associados à estabilidade, pois contribuem para a preservação da instituição. No entanto, os parasitas a utilizam para ganhos privados e dependem de sua estabilidade para manter seus ganhos, portanto, desejam a preservação da instituição, mas não seguem suas regras e contradizem-se no longo prazo, já que contribuem para a mudança institucional do tipo de redirecionamento.

Já os subversivos são atores que desejam substituir uma instituição, no entanto, trabalham no curto prazo com o sistema e não rompem com regras institucionais. Inclusive, podem parecer apoiadores do sistema, mas apenas aguardam o momento adequado para agir em oposição às regras. Normalmente, os subversivos estão associados com a estratificação, pois encorajam mudanças institucionais por meio da inclusão de novas regras, mas sem excluir o arcabouço anterior.

Por último, o oportunista é um ator ambíguo quanto à preservação da instituição. Apesar de não buscarem a manutenção de regras e normas, também não se opõem a elas, devido ao alto risco e custo de modificar as regras e normas. O oportunista explora todas as possibilidades de ganho que o sistema antigo possibilita, por isso, termina por propiciar a preservação da instituição por sua inércia de ação, e, quando estão envolvidos em mudanças, engajam-se na conversão, pois sem introduzir novas regras, ou retirar as antigas, modificam seus *outputs* pelo espaço de discricionariedade de interpretação ou implementação.

Agrupando aspectos do contexto político e dos tipos de atores, os autores associam certas proposições gerais sobre o tipo de ambiente em que os diferentes agentes emergem e prosperam. Neste sentido, conforme apresentado na figura 6, os agentes são variáveis

intervenientes que agem sobre as independentes – as características das regras institucionais e do contexto político – que explicam o tipo de mudança ocorrido (variável dependente).

		Características da Instituição	
		Baixo nível de discricionarieidade na interpretação/aplicação	Alto nível de discricionarieidade na interpretação/aplicação
Características do Contexto Político	Alta possibilidade de veto	Subversivos (Estratificação)	Simbiontes Parasitas (Redirecionamento)
	Fraca possibilidade de veto	Insurrecionistas (Substituição)	Oportunistas (Conversão)

Quadro 6. Fontes contextuais e institucionais dos agentes de mudança.

Fonte: Traduzido de Mahoney; Thelen (2010, p. 28).

Os atores insurrecionistas podem emergir em qualquer ambiente, mas são mais prováveis de emergir em contextos políticos com baixo nível de discricionarieidade e ambientes institucionais com fraca possibilidade de veto. A primeira característica favorece a mudança do tipo de substituição e a segunda explica porque os defensores do sistema não serão eficientes em impedir a mudança. Já os agentes do tipo simbiontes parasitas desejam a manutenção do *status quo* institucional, favorecido pela alta possibilidade de veto no contexto político, por outro lado, o alto nível de discricionarieidade permite que eles alterem o significado das regras institucionalistas conforme seus interesses privados.

Paralelamente, os subversivos, mesmo desejando mudar a instituição, encontram dificuldades pelo alto poder de veto dos defensores do sistema, e terminam por lutar de dentro do sistema, respeitando suas normas e sem possibilidade de modificar a interpretação das regras. Dessa forma, encontram na adição de novas regras a possibilidade de atingir seus objetivos de mudança institucional.

Por fim, os oportunistas aproveitam-se do baixo veto do ambiente e alta discricionarieidade que possuem para alterar a interpretação e execução das regras da forma

que melhor atenda seus interesses, mesmo que não tenham interesse na mudança do *status quo*, ou opositores do sistema agem como oportunistas aproveitando a lacuna para alterar os outputs do sistema sem enfrentar os riscos e custos da estratégia insurrecionista (MAHONEY; THELEN, 2010).

Na complexa realidade social, agentes de mudança não atuam sozinhos. Normalmente estabelecem alianças políticas com outros atores institucionais, defensores ou contestadores da instituição. Parte do sucesso dos vários agentes depende das alianças que se mostram capazes de estabelecer ou que emergem espontaneamente na luta pela distribuição de poder. Peter Hall (2010) chama atenção para como o poder relativo dos vários atores influi em suas habilidades e possibilidades de estabelecer e manter alianças políticas.

	Aliam-se com apoiadores da instituição	Aliam-se com contestadores da instituição
Insurrecionistas	Não	Sim
Simbiontes	Sim	Não
Subversivos	Não	Não
Oportunistas	Sim/Não	Sim/Não

Quadro 7. Alinhamentos de coalizão.

Fonte: Traduzido de Mahoney; Thelen (2010, p. 30).

A tabela 5 mostra que insurrecionistas são forçados a estabelecer alianças com outros contestadores da instituição, mesmo que tenham motivações substancialmente diferentes, a fim de oporem-se ao sistema existente. Já os oportunistas estão dispostos a qualquer tipo de aliança, já que estão engajados apenas com seus próprios interesses privados. Tendo em vista que os subversivos têm que atuar de dentro do sistema, eles não podem estabelecer alianças com os insurrecionistas, apesar de compartilharem a mesma meta. Por isso, as mudanças são lentas e graduais. Em oposição, por estarem interessados na manutenção do *status quo* das instituições que exploram, os simbiontes aliam-se naturalmente com defensores do sistema e colocam-se em oposição aos insurrecionistas.

Após a apresentação de ferramentas analíticas sobre as instituições, conclui-se que as definições tradicionais do modelo de múltiplos fluxos e do equilíbrio interrompido, e as

propostas neo-institucionalistas, têm em comum o tratamento das instituições como relativamente duradoras no tempo e que são difíceis de mudar rapidamente. Por isso, essas vertentes explicam melhor a estabilidade do que as mudanças, e, quando cobrem a explicação sobre o processo das mudanças, enfatizam apenas os choques exógenos como variável independente que provoca a mudança política e institucional.

Nesse contexto, a proposta de mudanças institucionais de Mahoney e Thelen (2005) consegue compilar várias contribuições dessas teorias ao mesmo tempo em que não pressupõe que, obrigatoriamente, a mudança será abrupta ou gradual, e não atribui um papel predominante para os atores ou para as instituições, permitindo a utilização na análise tanto do conceito de dependência da trajetória como a investigação da formação das preferências dos atores.

2.2.3 Institucionalização e isomorfismo institucional

As políticas existentes, enquanto instituições, apresentam características que as tornam sempre vulneráveis a novas mudanças institucionais, como: a) as lacunas entre suas metas e sua real execução; b) um sistema de crenças e valores que se alteram ao longo do tempo; c) barganhas e disputas por alocação de recursos entre os atores. Essa dinâmica de suscetibilidade a mudanças institucionais, que é paralela a existência de legados políticos e institucionais, influenciando o curso futuro das políticas e de janelas de oportunidades para moldar e alterar a evolução das instituições, ajudam a compreender a trajetória de institucionalização de uma política.

A institucionalização de uma política pública pode ser conceituada como uma série de mudanças institucionais que possibilitam a sua incorporação na agenda do Estado, a partir de avanços políticos, legais e organizacionais que apropria a política em questão na estrutura de Estado e alteraram suas características de uma política de governo, isto é, que sua existência está suscetível às mudanças dos partidos ou grupos políticos eleitos. Esse processo refere-se, por um lado, na passagem de organizações informais a organizações formais, que oferecem a blindagem de uma política em duas esferas que condicionam procedimentos e comportamentos que a legitimam: a) regulamentação jurídica formal e b) legitimidade, advinda da aceitação e compartilhamento de valores socialmente construídos.

Por outro lado, a institucionalização se situa, também, no âmbito das ações de evolução da efetiva implementação e consolidação das políticas, pois que a institucionalização da política não é legalizar a política simplesmente, é criar condições materiais e valorativas para a implementação da política. A fase de consolidação, no campo das políticas sociais no Brasil, tem como desafio a efetiva descentralização do planejamento e execução das políticas aos estados e municípios e a participação e o controle social.

É importante destacar que a institucionalização é uma construção histórica. Instituições não são criadas instantaneamente e são produtos de uma trajetória histórica. Portanto, não é possível compreender a institucionalização de uma política precedendo uma análise de seu processo histórico (BERGER; LUCKMANN, 1985, pp. 79-80). A partir dessas considerações, embasadas na revisão de literatura apresentada, em especial Streeck e Thelen (2005) e Mahoney e Thelen (2010), utilizar-se-á nesta pesquisa o conceito de institucionalização como sinônimo do processo de mudança institucional, contextualizado em sua narrativa histórica.

No processo de institucionalização buscam-se as formas mais aceitáveis socialmente e aquelas que diminuam os custos transacionais e a disputa pelos recursos escassos. Por isso, inerente ao processo de institucionalização é o fenômeno do isomorfismo institucional, no sentido que na mudança institucional há certa convergência entre as instituições que enfrentam desafios e conflitos distributivos similares.

Isomorfismo institucional pode ser definido como processos de mudança organizacional que força as instituições a se assemelharem a outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais. Essas mudanças tornam as instituições mais similares, tendo em vista que os tomadores de decisão das organizações aprendem respostas adequadas a partir das experiências anteriores de outras organizações e ajustam seus comportamentos de acordo com elas (DIMAGGIO; POWELL, 1983, p. 149).

Observa-se que “as organizações tornam-se homogêneas ao serem conformadas aos padrões institucionais preexistentes nesses ambientes e suas escolhas ocorrem dentro de estruturas culturais históricas previamente estabelecidas” (CARVALHO; ANDRADE; MARIZ, 2005, p. 5). As organizações tornam-se mais homogêneas para sobreviverem no ambiente com regras e procedimentos utilizados por outras organizações já ajustadas ao ambiente organizacional. Portanto, busca-se a forma socialmente mais aceitável de ação, visando à legitimação das suas ações para a sobrevivência das organizações.

DiMaggio e Powell (1983, pp. 150-152) identificam três mecanismos através dos quais mudanças isomórficas institucionais ocorrem: isomorfismos coercitivos, miméticos ou normativos. No isomorfismo coercitivo, uma organização mais forte exerce pressões, formais e informais sobre outra, tais como as regulamentações governamentais. No mimético, uma organização adota os procedimentos e práticas que já foram desenvolvidos e provados em outras organizações diante de um ambiente de incertezas. Já o normativo, refere-se a formas comuns de ação frente aos problemas do ambiente organizacional.

A partir das abordagens teóricas apresentadas, o modelo analítico a ser apresentado na seção seguinte toma emprestado aportes teóricos do campo da análise de políticas públicas (KINGDON, 2003; BAUMGARTNER, JONES, 1993, mas tem como base central os conceitos de institucionalização e isomorfismo institucional e as contribuições da teoria das mudanças institucionais graduais, de Mahoney e Thelen (2010), para identificar as ligações entre instituições anteriores, atores políticos e as variações do contexto como fatores contingentes para o surgimento de janelas de oportunidade para as mudanças institucionais e a comparação entre os processos de institucionalização do SUS e do SUAS.

3 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA E METODOLOGIA

3.1 MODELO ANALÍTICO

O modelo analítico proposto para explicar as mudanças institucionais e institucionalização das políticas de saúde e assistência social no Brasil recuperará os conceitos centrais dos aportes teóricos do neo-institucionalismo, do modelo de Mahoney e Thelen (2010), incorporando a ordem temporal posta pelos modelos do processo de formulação de políticas (Kingdon, 2003; Baumgartner e Jones, 1993). As abordagens teóricas de Kingdon (2003) e Baumgartner e Jones (1993) inter-relacionam as contribuições das abordagens institucionais. Os atores e suas escolhas estão imersos em regras e normas que restringem e facilitam certos comportamentos, ao mesmo tempo em que seus interesses, crenças e valores são considerados centrais no processo de tomada de decisão e na possibilidade de maximizar o bem-estar a partir das regras do jogo.

Após a apresentação de quatro diferentes ferramentas analíticas sobre mudança institucional, conclui-se que as definições tradicionais do modelo de múltiplos fluxos, do equilíbrio interrompido, e mesmo a proposta do institucionalismo, têm em comum o tratamento das instituições como relativamente duradoras no tempo e que são difíceis de mudar rapidamente. Por isso, essas vertentes explicam melhor a estabilidade do que as mudanças, e, quando cobrem a explicação sobre o processo das mudanças, enfatizam apenas os choques exógenos como variável independente que provoca a mudança política e institucional.

Um conceito central no neo-institucionalismo histórico é o de dependência da trajetória (*path dependency*), que em seu sentido genérico é o impacto da existência de legados políticos influenciando sobre o curso futuro das escolhas políticas (Hall e Taylor, 1999). Em uma definição mais completa, Levi propõe que “*path dependency* significa que um país, ao iniciar uma trilha, tem os custos para revertê-la aumentados. Existirão outros pontos de escolha, mas as barreiras de certos arranjos institucionais obstruirão uma reversão fácil da escolha inicial” (LEVI, 1997, p. 28, tradução nossa).

O modelo teórico do neo-institucionalismo histórico chama atenção para as “conjunturas críticas”, que seriam pontos de escolhas exógenas para os atores alterarem a trajetória do desenvolvimento, caracterizado por um contexto de profunda mudança

(KATZNELSON, 2003). Portanto, o equilíbrio da dependência da trajetória seria interrompido periodicamente por mudanças radicais que provocariam repentinos desvios na trajetória histórica (PEMPEL, 1998, p. 3). O processo é abrupto, pois as instituições correntes seriam substituídas por outras, devido a um choque externo num processo de ruptura, no qual se renega o papel explicativo das fontes exógenas nas mudanças institucionais. Nesse sentido, são essas conjunturas críticas que explicam as mudanças institucionais abruptas nas políticas públicas. Esses momentos críticos aproximam-se ao conceito de Kingdon (2003) de janela de oportunidade para mudanças nas políticas, que são momentos nos quais há claras oportunidades para grupos com interesse em certas propostas incluí-las na agenda pública.

A partir do pressuposto que há várias variáveis independentes importantes na análise: os atores, o contexto histórico-social e as instituições formais e informais, o modelo não atribuirá maior peso para os empreendedores políticos ou as instituições ou ao contexto, mas propõe que a análise de caso a caso definirá o peso de cada variável no processo de reformas e mudanças da política em estudo.

3.1.1 Os atores importam?

Os empreendedores políticos importam, conforme defendidos nos modelos de Kingdon (2003) e Baumgartner e Jones (1993), nos quais são definidos como atores individuais ou coletivos presentes nos governos e na sociedade que detêm conhecimento dos processos políticos e que se articulam em redes sociais na tentativa de defender ideias ou certos cursos da política. Trata-se de uma perspectiva focada nos atores e suas relações, na qual as crenças e valores dos atores importam e devem ser consideradas no contexto do arcabouço institucional da política pública.

Estes atores diferem-se dos indivíduos do neo-institucionalismo da escolha racional, que são racionais e utilitários que visam satisfazer suas preferências perfeitamente por meio de cálculos estratégicos, já que possuem racionalidade substantiva. Não são os atores interessados em um cálculo estratégico que decidem cooperar e criar instituições para maximizar sua satisfação, há um processo mútuo de que as ideias e crenças dos atores constituem instituições e as instituições constroem e alteram o contexto, as possibilidades de ação e as próprias crenças dos atores.

3.1.2 As instituições importam?

O pressuposto central do modelo analítico deste estudo é que as instituições, também, importam no processo de mudanças institucionais de políticas. Conforme Souza enfatiza:

não são só os indivíduos ou grupos que têm força relevante influenciam as políticas públicas, mas também as regras formais e informais que regem as instituições. [...] a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas. Essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que levam as políticas públicas para certa direção e privilegiam alguns grupos em detrimento de outros, embora as instituições sozinhas não façam todos os papéis - há também interesses, como nos diz a teoria da escolha racional, ideias, como enfatizam o institucionalismo histórico e o estrutural, e a história, como afirma o institucionalismo histórico (SOUZA, 2006, p. 39).

Hall e Taylor (2003) apontam duas questões centrais na compreensão do papel das instituições: a relação entre instituição e comportamento dos atores e o processo pelo qual as instituições surgem ou se modificam. As instituições, por meio de suas regras, delimitam ou modificam as estratégias dos atores, portanto, impactam diretamente nos resultados de uma determinada política, e à medida que uma política é implementada ou alterada, ela transforma a distribuição das preferências e a importância dos atores. Se as políticas públicas também podem ser entendidas como instituições, pois elas moldam interesses, preferências e as estratégias dos atores, as próprias “políticas públicas determinam a política” (LOWI, 1972 p. 299, tradução nossa).

As instituições são, ao mesmo tempo, o resultado do processo de institucionalização e variáveis independentes que afetam as estratégias dos atores e influenciam o curso futuro das políticas públicas. As antigas instituições resultantes do legado histórico que influenciam a reprodução institucional e os processos de mudança ao longo do tempo que podem levar a institucionalização de novas instituições políticas.

As instituições podem manifestar-se tanto por meio de restrições formais como informais, a partir de construtos internos aos agentes, como ideias, crenças e valores, que delimitam o que é adequado para sua ação. Entretanto, tendo em vista o escopo da análise, a análise concentrar-se-á apenas nas instituições formais.

3.1.3 A trajetória importa?

A articulação dos atores em dado o arcabouço institucional existente para a formulação ou reforma de uma política perpassa por outra variável que importa na análise das mudanças institucionais: a trajetória (ou tempo). As políticas anteriores influenciam as seguintes, por isso, o conceito de dependência trajetória é fundamental. A causalidade social dependente da trajetória percorrida (*path dependency*), já que os resultados atuais dependem de eventos anteriores, mas não necessariamente induzindo movimentos na mesma direção.

Pierson (2004) introduz o conceito de retornos crescentes (*increasing returns ou positive feedback process*) no âmbito da dependência da trajetória. O autor aponta que os custos na mudança de uma alternativa para outra, em certos contextos sociais, aumentam ao longo do tempo. Quando se tem resultados positivos, os atores têm fortes incentivos a manter a política atual do que a alterarem. Além disso, as políticas anteriores reestruturam grupos de interesse e a distribuição de seus recursos.

Pollitt (2008) apresenta, ainda, que o tempo é um fator relevante: a) quando os processos que simplesmente levam um longo tempo; b) quando contextos nos quais a sequência temporal é crucial para o resultado, pois a dependência da trajetória é tão forte, pois os custos tornam quase proibitivos mudar o curso da ação; c) os contextos nos quais há ciclos de mudanças e as mudanças ocorrem de tempos em tempos. Para Kingdon (1995), o tempo influencia de forma cíclica as políticas públicas, a partir de fatos como eleições e mudanças administrativas.

3.1.4 O contexto importa?

O contexto político, histórico e social é um fator que influencia a agenda política, em especial quando alteram as ideias sobre uma dada política, uma vez que modificam a situação inicial em que as instituições foram estabelecidas. Exemplos de situações externas que promovem essas alterações são: momentos de crise, eleições, determinadas fases do ciclo orçamentário e mudanças de governo.

Kingdon (2003) defende que contexto cria o “solo fértil” para problemas e soluções, pois as mudanças de contexto gerariam as janelas de oportunidades para mudanças. Streeck e Thelen (2005) corroboram com Kingdon ao defenderem as variações do contexto, juntamente a conexão entre ideias, instituições e atores políticos, como explicações para o surgimento de janelas de oportunidade para as inovações. O modelo de Mahoney e Thelen (2010) propõe

que diferentes contextos e características das instituições permitem diferentes estratégias de mudanças por parte dos distintos tipos de agentes e que resultam em diversos tipos de mudanças incrementais.

3.2 ESQUEMA ANALÍTICO

O desafio que se apresenta é como traduzir tais conceituações e proposições teóricas em hipóteses para análise empírica de problemas concretos. Esta pesquisa é orientada pela análise comparada de dois casos, em que se supõe que as variáveis explicativas não exercem seus efeitos lineares e independentemente uma das outras. A análise em *process-tracing* das alterações da legislação a partir da Constituição Federal de 1988 permitirá analisar as variáveis explicativas apresentadas pela revisão de literatura: ideias, instituições, contexto, trajetória e atores.

No quadro abaixo, apresenta-se um resumo das variáveis do estudo proposto.

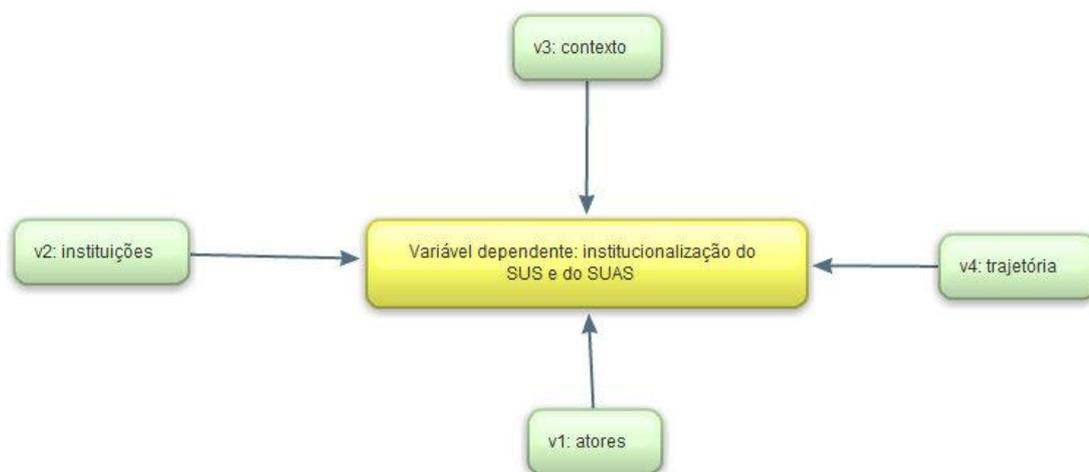


Figura 3. Quadro de variáveis explicativas.
Fonte: Elaboração própria.

Conforme apresentado na revisão de literatura, o objeto deste estudo é a institucionalização do SUS e do SUAS, o qual será considerado como sinônimo do processo de mudanças institucionais, que a partir de avanços na regulamentação jurídica formal, da efetiva implementação, consolida os sistemas únicos enquanto políticas de Estado. Considerando que a institucionalização é uma construção histórica, faz-se necessário comparar períodos anteriores e posteriores à criação de uma instituição, focalizando os momentos de substancial mudança institucional, ao mesmo tempo em se examina períodos de

continuidade. Por isso, a análise deste processo será operacionalizada por meio da periodização apresentada no quadro abaixo, das etapas do processo de institucionalização do SUS e do SUAS.

PERIODIZAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DO SUAS	
Fases	Descrição geral
Fase I: Condições Antecedentes	Verificação das características anteriores ao ano de 1988.
Fase II: Regulamentação	a) Promulgação da Constituição Federal de 1988; b) Aprovação e publicação de legislação específica de criação dos sistemas únicos.
Fase III: Operacionalização	Publicação de normas infralegais (normas operacionais) que buscam orientação à execução das leis infraconstitucionais.
Fase IV: Implementação	Efetivação dos sistemas únicos.
Fase V: Institucionalização	Resolução de problemas quanto ao: a) Descentralização do planejamento e execução; b) Financiamento; c) Cobertura das ações no território nacional; d) Participação e controle social; e) Estrutura organizacional; f) Quadro de recursos humanos.
Fase VI: As relações institucionalizadas	A política encontra-se institucionalizada na estrutura do Estado. Porém, há sempre dinâmicas e conflitos que poderiam acarretar em novas mudanças.

Quadro 8. Periodização da institucionalização do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social.

Fonte: autoria própria, com base em pesquisa para esta dissertação.

Na fase I, apresentar-se-á a verificação do contexto político, dos atores predominantes, das instituições anteriores e trajetória histórica-política, as quais possibilitaram que a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988 atuassem como uma janela de oportunidade que iniciou o processo de institucionalização de novas políticas de saúde e assistência social no Brasil. A fase II é marcada pela regulamentação formal da criação dos sistemas únicos, a qual determina sua forma de atuação, sistemas de gestão e repartição de competências.

Na fase III, operacionaliza-se as legislações que criam o SUS e o SUAS por meio de normas operacionais que guiam a interpretação e aplicação das legislações para a implementação efetiva dos sistemas. Já a fase IV é a implementação efetiva das ações estabelecidas nas legislações. Conforme proposto por Mahoney e Thelen (2010), as lacunas entre as etapas de criação, de interpretação e de implementação das regras possibilitam

atuação dos atores na produção de mudanças institucionais importantes. Ademais, as diferentes formas de implementação e adesão às normas refletem interesses divergentes de atores que irão contestar certas implementações em função de resultados diversos de políticas.

Não obstante, só se pode considerar que houve uma institucionalização de fato da política na fase V, quando problemas centrais no processo de consolidação do SUS e do SUAS são solucionados: a) o financiamento das políticas; b) descentralização das ações de planejamento, execução e financiamento da política; c) a cobertura das ações no território nacional; d) a participação e controle social; e) criação de uma estrutura organizacional e de recursos humanos adequada.

A fase VI representa um momento posterior a integração de uma política enquanto instituição na estrutura de Estado, e não mais de governos. Problemas centrais para a consolidação da instituição estão superados, porém, isso não significa o alcance de um arranjo institucional eterno. Nas dinâmicas das instituições, estão sempre presentes diferentes equilíbrios da balança de poder que tornam as instituições sempre vulneráveis a mudanças e desafios a serem superados para a manutenção das instituições.

Esta periodização será utilizada, nos capítulos 4 e 5, para analisar o processo de institucionalização do SUS e do SUAS, por meio das variáveis independentes propostas: atores, instituições, contexto e trajetória. Consequentemente, é fundamental a especificação de cada uma dessas variáveis. Os atores (v1) serão considerados durante análise da institucionalização quanto à evolução de dois aspectos na gestão dos sistemas: a) do empoderamento real dos municípios e b) do controle e participação da sociedade. As instituições (v2) serão avaliadas, especificadamente, quanto à influência das legislações e organizações anteriores no processo de mudanças políticas, resgatando o conceito de dependência da trajetória ou *path dependency*. Já o contexto (v3) serão apresentados por meio de situações de transição política, operacionalizadas nas mudanças dos mandatos dos presidentes e das perspectivas de valores e crenças que permearam a troca dos líderes políticos influenciam ao desenvolvimento de mudanças institucionais. Por último, a variável trajetória (v4) é a própria perspectiva da análise histórica dos processos.

Estas variáveis serão observadas durante toda a análise da evolução institucional por meio das legislações federais (leis, decretos, emendas constitucionais e portarias ministeriais) pertinentes ao SUS e SUAS, numa perspectiva histórica do período que compreende a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o fim do mandato do Presidente Luis Inácio

Lula da Silva em 2010. A partir desta análise, identificar-se-ão os momentos críticos para a interrupção do equilíbrio e da estabilidade das políticas, conforme definidos por Kingdon (2003) e Baumgartner e Jones (1993), para verificar se as mudanças institucionais foram abruptas ou incrementais e que tipo de mudança ocorreu (substituição, estratificação, redirecionamento ou conversão) em função das características das variáveis independentes, a partir das contribuições de Streeck e Thelen (2005) e de Mahoney e Thelen (2010). Ao final deste trabalho, realizar-se um estudo comparado entre a institucionalização das duas políticas no período, para verificar em que medida os processos convergiram em um isomorfismo institucional.

3.3 METODOLOGIA

Esta dissertação é um estudo de caso comparado realizado por meio de uma pesquisa descritivo-analítica que se utiliza da análise bibliográfica para compilar as contribuições científicas existentes sobre a institucionalização de instituições e políticas sociais, no entanto, foca-se, principalmente, na análise documental, para traçar um estudo de caso longitudinal e comparativo do SUS e do SUAS de 1988 a 2010. Ademais, configurando-se, também, um estudo processual que explora as relações entre as variáveis contextuais e de processo. Para tanto, utilizou-se como fontes principais as legislações federais, resoluções, deliberações, normas operacionais e portarias dos Ministérios da Saúde e da Assistência Social, acrescida da análise dos relatórios, publicações diversas e dados estatísticos dos ministérios, IPEA e Tesouro Nacional.

O estudo de caso longitudinal do SUS e do SUAS justifica-se no fato que para descrever e analisar a institucionalização dos dois sistemas comparativamente é imprescindível a realização de uma análise histórica para estudar o processo e a trajetória de mudanças das políticas, por meio das alterações dos papéis dos atores, das instituições e do contexto. Portanto, o elemento temporal é fundamental, pois a análise pressupõe como os mesmos fenômenos se alteram ao longo do tempo e sem a utilização de dados longitudinais é impossível identificar a dinâmica processual da mudança, a relação entre forças e atores de continuidade e de mudança, possibilitando, inclusive, a formulação de um padrão de comportamento de mudanças. Nas próximas seções detalharemos a metodologia utilizada na pesquisa.

3.3.1 Estudo de caso comparativo

Este trabalho será conduzido metodologicamente como um estudo de caso comparativo, no qual as mudanças institucionais e a produção das políticas públicas são entendidas como variáveis dependentes das relações entre os diversos atores, do contexto histórico institucional e das características das instituições envolvidas. Um estudo de caso pode ser definido como:

“uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real, principalmente quando os limites do fenômeno e do seu contexto não estão claramente evidentes [...]. A pergunta do estudo de caso lida com uma situação tecnicamente distinta, na qual haverá mais variáveis de interesse que pontos de dados e que, conseqüentemente, conta com fontes múltiplas de evidências e dados que precisam convergir de maneira triangular, além de se beneficiar do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para guiar a coleta e análise dos dados” (YIN, 2009, p. 13-14, tradução nossa).

George e Bennet (2005, p. 5, tradução nossa) definem o estudo de caso como um método de “exame detalhado de um aspecto de um episódio histórico com o intuito de desenvolver ou testar explicações que podem ser generalizadas para outros eventos”. O estudo de caso permite lidar melhor com variáveis complexas, podendo apresentar explicações sobre como as variáveis se relacionam e evoluem ao longo do tempo. De acordo com Gerring (2004), para um trabalho ser definido como um estudo de caso deve significar:

“(a) que seu método é qualitativo (Yin, 1994), (b) que a pesquisa é etnográfica, clínica, observação participante ou “de campo” (Yin 1994), (c) que a pesquisa é caracterizada pelo *process tracing* (George e Bennett 2004); (d) que a pesquisa investiga as propriedades de um único caso (Campbell e Stanley, 1963; Eckstein [1975]1992), ou (e) que a pesquisa investiga um fenômeno único” (GERRING, 2004, p. 342, tradução nossa).

O estudo de caso comparado objetiva verificar diferenças e semelhanças entre as trajetórias ao confrontar os elementos e acompanhar a evolução das mudanças institucionais das duas políticas ao longo do tempo. Segundo Sartori (1981), “a comparação é um método de controle das generalizações, previsões ou leis do tipo —se... então...” (p. 204). A comparação, para ele, é uma forma de controle de hipótese, a fim de se encontrar a gênese dos processos, ou seja, aprofundar mais o conhecimento sobre determinado objeto ao invés de se construir generalizações sobre ele. Para Sartori (1981, p. 209) até mesmo para se concluir que casos são incomparáveis, deve tentar primeiro estabelecer uma comparação, pois se dois casos são diferentes em tudo, então é inútil compará-las. Assim, como o excesso de semelhanças leva a

conclusões inúteis. Nesse sentido, comparações úteis são entre entidades que possuem equilíbrios entre os atributos semelhantes e diferentes.

3.3.2 *Process-tracing*

Os instrumentos disponíveis para a realização de estudos de caso são vários. A metodologia escolhida para a execução desta pesquisa é o *process tracing*, pois segundo os autores George e Bennet (2004), o *process-tracing* deva ser combinado com o método comparativo, pois os dois métodos têm bases complementares para as inferências analíticas. O método do *process-tracing* identifica os nexos entre processos e resultados observados, mas não é uma simples narrativa detalhada de um caso, pois se orienta por proposições teóricas.

George e McKeown (1985, p. 35, tradução nossa) definiram *process-tracing* como o método que não depende apenas da comparação das variações entre as variáveis em cada caso, mas também investiga e explica o processo de decisão pela qual as condições iniciais são traduzidas em resultados. Gerring (2004) acrescenta que os estudos de casos são extremamente importantes para pesquisas pioneiras, pois permitem análises de maior profundidade e menor amplitude e que geralmente passíveis de comparação entre si por terem origem na mesma unidade.

Os estudos de caso propostos têm como objetivo explicar os processos causais na perspectiva temporal. Por isso, busca-se com o *process tracing* identificar os empreendedores políticos, as instituições anteriores, o contexto e a trajetória histórica para explicar o processo de institucionalização do SUS e do SUAS, reconstituindo os processos que explicam o objeto de estudo (GERRING, 2007, p. 173). Já com relação ao corte temporal da análise, segue-se a recomendação de Pierson (2004) que corte deve ser demarcado por momentos críticos para o estudo de caso. Nesse sentido, a inclusão dos sistemas únicos de saúde e assistência social na Constituição Federal de 1988 é um momento crítico óbvio e, ao longo, do rastreamento da cadeia analítica identificaremos outros momentos críticos apresentados nas legislações sobre as políticas em estudo.

3.3.3 Objeto de estudo e coleta de dados

O objetivo deste trabalho é analisar comparativamente as políticas de institucionalização do SUS e do SUAS no Brasil de 1988 a 2010, identificando semelhanças e diferenças nos dois processos. No entanto, é importante ressaltar que o estudo considera os antecedentes históricos que são relevantes para culminar na inclusão dos sistemas únicos no texto constitucional de 1988. Ademais, salienta-se que o objeto de estudo não é as políticas públicas federais de saúde e assistência social, nem uma avaliação de seus resultados e eficácia, assim como não foram analisadas a implementação das políticas pelos estados e municípios.

Pode-se considerar que uma mudança de política pública se institucionaliza no momento em que está formalizada em lei ou regulamento. Por isso, as principais fontes de dados utilizadas foram as legislações, complementadas por uma análise bibliográfica já existente sobre a temática proposta. Portanto, procedeu-se um levantamento sobre as principais leis, decretos, portarias e resoluções, na esfera federal, relacionadas ao dois sistemas únicos, para selecionar os momentos críticos das políticas.

Ademais, na coleta de dados, utilizou-se, também, dados secundários obtidos em documentos oficiais como relatórios de avaliação de políticas, relatórios de gestão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, resoluções e diretrizes aprovadas no âmbito dos conselhos das duas políticas, boletins sociais de acompanhamento e análise do IPEA. Tais dados oficiais foram complementados e ponderados a partir da vasta literatura sobre políticas sociais brasileiras a partir da década de 1980.

3.3.4 Seleção dos momentos críticos

A partir de 1988, as políticas federais de saúde e assistência social tiveram sua organização político-institucional alteradas conforme será apresentado no capítulo 5. Por isso, para verificar essa evolução durante a análise do encadeamento de eventos, realizou-se um breve relato das condições antecedentes que levaram a inclusão dos dois sistemas únicos na Constituição de 1988.

Em seguida, apresentar-se-á a legislação federal relativa a 1988 a 2010, dando destaque as legislações consideradas como eventos críticos em cada um dos sistemas, para proceder ao estudo de caso comparativo longitudinal da institucionalização do SUS e do SUAS no âmbito da evolução das políticas sociais no Brasil.

4. MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NO SUS

4.1 CONDIÇÕES ANTECEDENTES

A revisão histórica não pretende ser exaustiva e baseia-se em pesquisa não sistemática da bibliografia clássica e recente sobre políticas de saúde no Brasil e relatórios de pesquisa sobre o sistema de saúde brasileiro. Para que a percepção o sistema de saúde brasileiro deveria ser orientado por princípios como universalidade, equidade, participação da sociedade, dentre outros, como introduzido na Constituição Federal de 1988, foi necessária a constituição desta visão de política (*policy image*) por meio da atuação de empreendedores de política, que remonta a década de 1940, quando as Conferências Nacionais de Saúde iniciaram um debate público sobre a saúde no Brasil, que culminaram na Lei Federal nº 1.920/53, que cria o Ministério da Saúde (MS) separado do antigo Ministério da Educação e Saúde e com orçamento próprio.

No entanto, na década de 1970, emerge com força o movimento sanitarista como grupo de pressão. “A estratégia adotada pelos atores institucionais do movimento pela reforma sanitária foi basicamente a de propor e encaminhar a unificação das instituições estatais encarregadas da saúde da população e descentralizar as ações para os níveis subnacionais, em especial para os municípios” (STOTZ, 2003, p. 29).

Os princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação da oferta dos serviços de saúde e da descentralização, regionalização, hierarquização e controle social que compõem a base para a criação do sistema único de saúde foram sendo paulatinamente construídos, ao mesmo tempo em que angariavam apoio social. A Lei Federal nº 6.229/75, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, instituiu que compete ao Ministério da Saúde à formulação da política nacional de saúde e execução de ações voltadas ao atendimento do interesse coletivo, mas o atendimento médico-assistencial individualizado ficou a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social. A lei, ainda, apresentava uma forte centralização da política na esfera federal, apesar de introduzir aos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios novas atribuições no âmbito do sistema nacional.

No entanto, foi no final da década de 1970, com a ditadura militar já em processo de crise e com o fortalecimento do movimento sanitarista, que a pressão para que as políticas públicas de saúde fossem reformadas ganhou destaque na agenda governamental. Neste

período, havia uma clara dicotomia entre a assistência primária e preventiva e a medicina curativa hospitalar, na qual a última era apenas assegurada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) aos empregados que contribuíssem com a previdência social, aos demais cabiam ser atendidos em serviços filantrópicos.

Além disso, o modelo sanitário governamental era desarticulado, com um alto grau de irracionalidade e baixo grau de equidade na cobertura. Os recursos e a execução da política eram centrados no Governo Federal, o qual apesar de ter um gasto moderado, os indicadores mostravam sua com alta ineficiência por problemas de gestão, e existia uma baixa *accountability* na política. Por isso, as principais reivindicações do movimento giravam em torno da oferta universal de serviços públicos, descentralização da gestão e controle social, que vieram a compor posteriormente a base para a criação do sistema único de saúde.

Segundo Rodriguez Neto (1988, p. 34), foi, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, que se apresentou pela primeira vez de forma “pública, extensa e bastante consensual”, a proposta de um Sistema Único de Saúde. A partir da década de 1980, apesar dos constrangimentos macroeconômicos, essas reivindicações começaram a ser revertidas em ações governamentais, numa ascensão progressiva de uma política *top-down*.

O movimento sanitário inicia, esta década, mobilizado e articulado, com propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial e com a tática de ocupação dos espaços institucionais nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, numa atuação como agentes subversivos, durante a transição gradual de redemocratização no país, transformando a participação social nas políticas públicas.

Em março de 1985, apesar da mobilização social pelas eleições diretas, Tancredo Neves foi eleito de forma indireta Presidente da República, no entanto com sua morte, a instauração de um governo civil foi dada por Sarney, seu vice. A “nova república” era composta de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, sem uma nítida hegemonia de nenhuma das partes, que dificultou a implementação da Reforma Sanitária (MS, 2006, p. 46).

Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi a primeira aberta à sociedade e precedida de mobilizações em pré-conferências estaduais, na qual se fortaleceu o movimento da Reforma Sanitária, fortaleceu-se a participação social e definiu-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), precursor do SUS, que foi instituído pelo

Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, pretendendo iniciar a descentralização aos Estados e aos municípios as ações de saúde. No entanto, a política de saúde não foi alterada estruturalmente, pois não houve uma substituição das forças políticas, mas apenas a infiltração de representantes do movimento sanitarista em setores do governo (MS, 2006, pp. 46-48).

Já no início do governo Sarney, havia uma pressão para constituição de uma Assembleia Constituinte para produzir um novo texto constitucional que representasse a redemocratização do país. Nesse sentido, a assembleia foi instaurada em fevereiro de 1987, composta pelos deputados federais e senadores, eleitos em novembro de 1986, e que representam interesses políticos bastante diversas. Após esta breve revisão histórica dos antecedentes, nas seções seguintes serão apresentadas as legislações que institucionalizam os principais momentos críticos do processo de institucionalização do SUS.

4.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a nova Constituição brasileira, que introduziu o SUS como marco legal nos princípios da seguridade social, que são estabelecidos, segundo o artigo 194, sobre os conceitos de unificação, universalização, equidade, controle social e caráter democrático e descentralizado da administração das políticas de saúde, assistência social e previdência social. No entanto, destaca-se que a unificação legal da seguridade social não promoveu o desenvolvimento simultâneo e a fusão das três políticas. Paralelamente fica livre à iniciativa privada a assistência à saúde. Portanto, a constituição:

configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira (Faleiros, 2000). No âmbito econômico, certos monopólios estatais foram preservados (petróleo, comunicações, portos, cabotagem); no plano social, direitos das mulheres, crianças, índios, trabalhadores rurais foram consignados. Nas áreas de saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado (MS, 2006, pp. 46-48).

Podemos identificar o movimento sanitarista como uma rede social que tiveram grande peso no sentido da consecução da universalização e unificação da política pública de saúde, pois conseguiram infiltrar na mídia e na arena política suas propostas. Vaitsman (1989) apresenta que o movimento sanitário:

É um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas [...] O Movimento Sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. [...] o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ética-política visando interesses coletivos. (VAITSMAN, 1989, p.153)

Ademais, o movimento da democratização e os políticos de centro-esquerda da coalização do Governo Sarney (1985-1990), também, tiveram um papel importante na abertura política para ações progressistas na política de saúde. A saúde foi incluída no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 como um direito social, ademais a política de saúde foi regulada:

- I. No artigo 23, inciso II, que atribui competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios para cuidar da saúde e da assistência pública;
- II. No artigo 24, inciso XII, que estabelece a competência concorrente à União, aos Estados e ao Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde;
- III. No artigo 30, inciso VII, designa que cabe aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;
- IV. Na Seção II, abrangendo os artigos 196 a 200.

Quanto ao financiamento da política de saúde, a Constituição, no artigo 195, estabelece que a seguridade social seja financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais (i) dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; (ii) dos trabalhadores; e (iii) sobre a receita de concursos de prognósticos. Ademais, destaca que as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

O movimento sanitário teve seu ápice na Constituição de 1988, no contexto do primeiro governo da redemocratização, com postos chave da administração pública ocupados por lideranças sanitaristas. O grande desafio passa a ser implementar este paradigma instituído no texto constitucional no contexto político e econômico do neoliberalismo. Por isso, o

paradoxo em que o perfil favorável inicial a uma reforma *big bang* tenha se desenvolvido, na prática, por mecanismos incrementais e com alguns efeitos contraditórios aos seus objetivos.

4.3 REGULAMENTAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SUS (1990-1994)

Em 1990, aprovou-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS) compreendida por duas leis federais: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A Lei nº 8.080, que regulamenta a criação do SUS em todo o território nacional, a ser executado por as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e em caráter complementar pela iniciativa privada. Ademais, estabelece a organização do SUS: (i) no âmbito da União: Ministério da Saúde; (ii) no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva : Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e (iii) - no âmbito dos Municípios: pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. Ademais, cria comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Quanto aos recursos do SUS, a Lei 8.080/90 estabelece, apenas, que virá do orçamento da seguridade social de acordo com a receita estimada, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, e que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

No entanto, Collor vetou, na aprovação da lei, os artigos referentes à participação social no sistema. Esse veto levou a uma forte pressão do movimento sanitarista ao legislativo, que resultou na aprovação da Lei nº 8.142/90, que inclui a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Este último é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários deverá ser paritária em relação aos demais segmentos.

Grande parte do processo de implementação do SUS foi orientado por meio de “Normas Operacionais”, instrumentos infralegais instituídas por portarias ministeriais que

regulam políticas e instruem a execução das leis federais conforme previsão constitucional, que especificaram as competências de cada esfera de governo e operacionalizaram a implementação do sistema. As portarias são publicadas pelo Ministério da Saúde, mas refletem as discussões e negociações pactuadas no âmbito dos Conselhos Nacional de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (CONASS) e de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Durante os Governos dos Presidentes Collor e Itamar Franco, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92 e NOB-SUS 01/93. Os principais medidas da NOB-SUS 01/91 foram manter a centralização da gestão do SUS em nível federal; estabelecer o instrumento convenial como a forma de transferência de recursos federais para os demais entes federativos, e exigir dos municípios: a) a criação dos conselhos e fundos municipais de saúde, b) a apresentação do plano municipal de saúde aprovado pelos respectivos conselhos, c) apresentação do relatório de gestão local e dos municípios, d) contrapartida de recursos mínimos de 10% para a saúde, e) elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários.

Já a NOB-SUS 01/92 estimulou a municipalização do SUS, o processo de repasse de recursos aos municípios e às ações de saúde integradas entre as três esferas. No entanto, manteve inalterada a forma convenial de repasse de recursos do INAMPS para os municípios e estados, sem avançar na efetivação de uma transferência regular e automática. No governo Itamar Franco, o Ministério da Saúde publicou a NOB-SUS 01/93 que, desencadeou um amplo processo de descentralização da gestão da saúde ao redefinir os papéis da União, dos estados e dos municípios, criou a transferência regular e automática para municípios na condição de gestão semiplena e descentralizou a gestão das ações e serviços de saúde para os municípios. Ademais, a norma instituiu as Comissões Intergestores Bipartite – integrada por dirigentes das secretarias estaduais e municipais de saúde – e Tripartite – composta de representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS – como espaços de articulação entre gestores de saúde das três esferas. As comissões intergestores podem ser compreendidas como:

[...] espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões dão-se por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes. São instâncias que integram a estrutura decisória do SUS. Constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nas três esferas de governo, articulando-as entre si. (BRASIL, 2011, p. 42)

A Lei ° 8.689/93 que extinguiu o INAMPS e transferiu suas as funções, competências, atividades e atribuições para o SUS foi um fator que contribuiu para o início real da implementação do SUS, pois houve um o isolamento da antiga burocracia do INAMPS e composição do SUS com uma nova burocracia imbuída da ideologia do movimento sanitaria. Este processo foi bastante conflitivo, dado as dificuldades de pactuação federativa, problemas de repasse de verbas e de transferência de patrimônio e pessoal. O Decreto n. ° 1.232/94 vem regulamentar o repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

4.4 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS (1995-2002)

O governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), segundo Faleiros (2004, p. 33), caracterizou-se por uma “reordenação estratégica do Estado”: estabilização econômica, reformas neoliberais, promoção da competitividade da economia, e implementação da administração gerencial do Estado. O governo impunha tanto o aumento de arrecadação como cortes nos gastos públicos, especialmente com as políticas sociais, com vistas a diminuir o déficit público.

Mesmo que o projeto inicial defendido pelo movimento sanitaria tenha perdido força durante a normatização do SUS, pode-se considerar que no período, o SUS já havia se transformado em uma política de Estado, porém dependia de ações governamentais para a sua consolidação. Os principais desafios do período eram: a questão orçamentária, a descentralização entre os entes federativos, definição de regras para integração e articulação da política de saúde com as demais políticas sociais. Nesse sentido, após um longo processo de negociação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite, aprova-se a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, em novembro de 1996, (NOB-SUS/96), que volta para se definir novas estratégias para operacionalizar este sistema, em especial quanto ao financiamento do SUS e ao processo de descentralização aos municípios.

A partir da pactuação de interesses na área da saúde, a NOB-SUS/96 possibilitou a articulação do pacto federativo de forma descentralizada e o fortalecimento de novos atores no processo decisório do SUS, intensificando a gestão compartilhada entre os governos

municipais, estaduais e federal, intensificando o papel das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre os atores (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 499). A norma enfatiza a necessidade de ampliar a diversidade do financiamento do SUS, dado o contexto de crise no financiamento da saúde desde 1993, quando o Ministério da Previdência Social deixa de repassar verbas para o Ministério da Saúde, e passa a recorrer ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (MS, 2006, p. 166). Segundo Viana, Lima e Oliveira (2002):

A maioria dos municípios foi habilitada na NOB/96, em 1998. Em dezembro daquele mesmo ano, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), 4.597 municípios estavam habilitados na condição de gestão plena da atenção básica (83,5%) e 452 na condição de gestão plena do sistema municipal (8,2%). Em dezembro de 2000, o percentual de municípios habilitados em alguma condição de gestão na NOB/96 chega a 99%, sendo 523 municípios habilitados na condição de gestão plena (9,5%)". (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 501).

A necessidade de fonte adicional para financiamento do SUS foi amenizada, emergencialmente, com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) pela Lei nº 9.311 em 1996. A CPMF passou a vigorar em janeiro do ano seguinte, e, naquele período, tinha seus recursos vinculados exclusivamente ao Fundo Nacional de Saúde. Porém, a partir da Emenda constitucional (EC) 21/99, a CPMF passou a destinar 26% de seus recursos à previdência social e 21% à erradicação da pobreza.

De fato a descentralização foi realizada, e contou com um destaque da participação dos municípios no financiamento e gestão do SUS. Em 2001, a descentralização alcançou seu topo, com a inclusão de todos os municípios no SUS. No entanto, a instabilidade no financiamento do setor não foi resolvida na prática até hoje, mesmo após a publicação da EC nº 29, de setembro de 2000, que normatiza sobre os mecanismos de financiamento da saúde e fixa a porcentagem dos gastos em relação ao orçamento de cada esfera, com vinculação orçamentária para a área e correção dos valores de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A proposta de emenda não foi proposta diretamente pelo executivo, porém esse estipulou muitas das alterações ao texto e participou ativamente na definição da agenda e atuou na pactuação suprapartidária para sua aprovação. O executivo conseguiu estabelecer a

descentralização dos encargos financeiros com saúde ao definir que os 12% da receita de impostos e de transferências recebidas pelos estados e 15% da receita dos municípios e Distrito Federal seriam vinculados à saúde. Meta que deveria ser atingida gradualmente até 2004. No entanto, a EC 29/2000 não previu uma vinculação explícita do orçamento da União para a saúde, definiu provisoriamente uma ampliação percentual dos gastos absolutos efetuados pela União com base no ano anterior até o ano 2004 e remeteu para uma Lei Complementar a definição dos percentuais mínimos a serem alocados na saúde.

A aplicação da EC 29/2000 quanto a União envolveu a disputa de duas interpretações jurídicas até a aprovação de Lei Complementar: (i) a da União que tentava reduzir o aumento de recursos da União para a saúde público, na qual o cálculo dos recursos teria como base fixa o valor apurado em 2001, acrescido, ano a ano, pela variação do PIB, e (ii) a dos setores ligados à saúde e endossada por parecer do Tribunal de Contas da União, que favorece a ampliação de recursos, que consideram que o cálculo deve ser feita sempre com base no ano, anterior.

Tal divergência aponta para a falta de empenho governamental para solucionar o problema do financiamento do SUS, pois grande parte dos estados e municípios não foi capaz de cumprir as determinações da emenda, em face do endividamento e do alto comprometimento das suas receitas, ao mesmo tempo em que a União reduziu seu financiamento ao setor. Portanto, a trajetória da EC 29/2000 demonstra a fragilidade institucional brasileira em cumprir as regras estabelecidas.

No ano seguinte, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS-SUS 01/2001) foi publicada na tentativa de resolver os problemas de implementação da NOB-SUS 01/96, em especial os problemas relacionados à definição das responsabilidades entre os entes federados, a continuidade do processo de descentralização e regionalização, o planejamento e a organização do SUS. A NOAS-SUS 01/2001 instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) “como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção” (BRASIL, Portaria GM/MS n.º 95, 2001, I.1, artigo 2). Parte do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que obriga os Estados e o Distrito Federal a identificar a fonte de recursos e o cronograma de execução das prioridades identificadas de atenção à saúde. No entanto, devido à sua rigidez normativa e não adequação das disparidades regionais, a NOAS-SUS 01/2001 não atingiu os seus objetivos.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS-SUS 01/02) foi o resultado das discussões no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite em novembro de 2001, e tinha como objetivos principais a ampliação das responsabilidades dos municípios, a regionalização e o fortalecimento da gestão do SUS. A principal mudança introduzida foi a prerrogativa dos estados habilitados receberem a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento de serviços de média complexidade em regiões ou microrregiões. A NOAS-SUS 01/02 estabelece:

[...] o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo o IPEA (2003a), o gasto social federal, aumentou 19,3% de 1995 a 2001, passando de 143,538 a 171,274 bilhões de reais, representando um aumento per capita de 11,1%. A proporção do gasto social federal em relação ao PIB passou de 12,2%, em 1995, para 13%, em 1998, e para 14,4%, em 2002. Já a participação relativa da saúde nos gastos sociais no período foi de 14,1%, permanecendo quase constantes no período de 1995-1998, em torno de 23 bilhões de reais e com média de 2,015% do PIB. Já no período de 1999-2002, os gastos tiveram uma média de 1,927% do PIB, em face da redução da participação da União no financiamento da saúde.

As NOB-SUS e NOAS/SUS de 1996 a 2002 e a Emenda Constitucional nº 29/2000 trouxeram avanços na institucionalização do SUS, a partir da aprovação de novos marcos legais com avanços consideráveis especialmente quanto à construção de um pacto federativo para descentralização da política na descentralização e na expansão da cobertura do SUS. No entanto, apesar do movimento sanitarista ter se mantido articulado durante os dois mandatos do Presidente Fernando Henrique Cardoso, reagindo às propostas neoliberais de redução do direito à saúde e de privatização do setor, o SUS foi se institucionalizando numa proposta divergente dos princípios defendidos pelo movimento sanitarista na criação do SUS na Constituição Federal de 1988.

Ademais, o montante destinado à saúde manteve-se insuficiente para a garantia do direito à saúde de forma universal e integral e houve constantes tentativas de desqualificar a

instância decisória do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, restaram o problema do financiamento, a consolidação da participação social, a estruturação dos conselhos de saúde na gestão da política de saúde e melhorias nos processos de articulação da gestão compartilhada entre as três esferas como desafios para o próximo governo.

4.5 BALANÇO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO SUS (2003-2010)

Apesar de todos os desafios impostos para tornar todos os princípios e diretrizes da política nacional de saúde plenamente aplicáveis à população brasileira, os dois mandatos do Governo Lula podem ser classificados como uma fase de consolidação do SUS enquanto integração a estrutura do Estado, com destaque para resolver problemas não solucionados: a gestão descentralizada, a regionalização e o controle social. Ao mesmo tempo em que há a emergência de novas questões que precisam ser enfrentadas, como a judicialização do acesso a saúde e a relação com a saúde complementar, e a manutenção do problema do financiamento do SUS.

Nesse sentido, a partir do início do ano de 2006, o Ministério da Saúde aprova uma série de Portarias, intituladas “Pacto pela Saúde”, iniciada pela publicação da Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, composta de três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, no sentido de promover a consolidação do SUS. O Pacto reflete um movimento de mudança articulado nas três esferas de gestão da política, ou seja, pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, para reafirmar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender os princípios originais da política nacional de saúde conforme previsto na Constituição Federal. A proposta envolvia ações concretas para promover melhorias na gestão e da atenção à saúde, no processo de regionalização e no controle social ao mesmo tempo em que propõe como ponto central uma redefinição dos instrumentos de regulação, avaliação e financiamento tripartite (CONASS, 2011b, p. 26)

O Pacto pela Vida representa duas ações articuladas: definição de ações prioritárias detalhadas em indicadores e metas anuais e a inclusão de processos operacionais voltadas para gestão pública por resultados sanitários. Já o Pacto em Defesa do SUS tem como objetivos principais: a) implementar um projeto permanente para reafirmar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal; b) regulamentar mais rapidamente a EC 29/2000; c) incrementar os recursos para a saúde; d) aprovar um orçamento conjunto da três

esferas de gestão do SUS. No Pacto de Gestão objetiva-se estabelecer uma governança mais eficiente promovendo um federalismo mais cooperativo no SUS ao diminuir as competências concorrentes e incrementar a gestão compartilhada. O modo de operacionalizar esses objetivos seria por meio de um novo pacto federativo sanitário com base na: descentralização, desburocratização, regionalização, fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite, regulação e participação Social (CONASS, 2011b, pp. 27-29).

4.5.1 Descentralização e regionalização da gestão da saúde

O princípio da descentralização foi introduzido no SUS, na década de 1990, como uma estratégia necessária para integração das ações, racionalização dos gastos, descentralização da gestão e fortalecimento dos estados e municípios como gestores, que são os mecanismos que poderão efetivar a garantia do direito à saúde em todo território brasileiro, independente das desigualdades inter-regionais. Todavia, a regionalização apresenta muitos “desafios, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados” (CONASS, 2011a, p. 120).

A partir das experiências incipientes da NOAS-SUS 01/2001 e da NOAS-SUS 01/02, o Pacto pela Saúde retoma a discussão da regionalização em um movimento mais dinâmico e flexível, propondo como instrumento de implementação do princípio os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são espaços regionais de planejamento e gestão da governança entre os estados e municípios, operacionalizados no PDR, que é realizado a partir do diagnóstico da rede de serviços de saúde na base municipal e das demandas locais e regionais e na Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), que é como uma ferramenta de pactuação entre os gestores na definição da programação da oferta de ações de saúde em cada território e da alocação dos recursos financeiros.

O CGR é um espaço permanente de discussão e pactuação de temas de interesse da região de saúde e de gestão cooperativa entre os gestores estaduais e municipais inseridos nas regiões. Nesse espaço, realiza-se o PDR, definindo prioridades, as ações integradas da atenção à saúde, ao mesmo tempo em que define o monitoramento e avaliação das ações e as estratégias de controle social. No entanto, a instituição do CGR impõe a necessidade de revisão do papel e funções da CIB para evitar a concorrência de competências ou sobreposição de funções.

O primeiro passo para criação de um CGR é a conformação de uma região de saúde, que defina um território sanitário normalmente diverso aos territórios político-administrativos, a partir dos critérios de: continuidade física do espaço intermunicipal, comprovada alguma identidade social, econômica e cultural, existência de uma rede de comunicação e transporte dentro das regiões e disponibilidade dos recursos em escala adequada à qualidade e ao acesso. O segundo passo é estabelecer a abrangência das ações e serviços e a repartição das competências dos gestores da região de saúde, considerando as peculiaridades da região. A Portaria GM/MS n. 699/2006 propõe que o município ofereça os serviços de atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde, enquanto que nas regiões de saúde, seja ofertado os serviços especializados.

4.5.2 Controle social e os conselhos de saúde

A descentralização da gestão das políticas de saúde no Brasil teve como resultado o aprofundamento das relações entre Estado e sociedade, mediante intensificação da participação social organizada nas conferências e nos conselhos de saúde, e entre os entes federativos na articulação no âmbito das comissões intergestores. As Conferências de Saúde são fóruns deliberativos e colegiados de participação ampla da população que são convocadas, normalmente, a cada quatro anos.

Já os conselhos de saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais e usuários da saúde, atua na formulação de diretrizes da política e na fiscalização das ações e recursos executados. O executivo tem obrigação de homologar ou justificar a não homologação das resoluções ou atos deliberativos dos conselhos, sob-risco de validação pelo Ministério Público (CONASS, 2003, pp. 59-60). Quanto ao funcionamento dos conselhos, o próprio Ministério da Saúde (2006) em balanço sobre o SUS apontou que há problemas relativos: a) a sua falta de autonomia financeira e de infraestrutura, o que aumenta sua permeabilidade a interferências políticas; b) o baixo controle social; c) a falta de capacitação dos conselheiros; d) a baixa *accountability* de sua atuação (Ministério da Saúde, 2006, p. 253).

No âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT), respectivamente, o CONASEMS e o CONASS têm atuação substantivamente na articulação e pactuação das ações de saúde, propiciando integração entre os gestores e o fortalecimento da autonomia da gestão municipal e estadual. Ademais, as entidades de representação dos gestores tem representação no CNS. Essas comissões realizam um planejamento integrado da

gestão descentralizada e regionalizada, ambas as comissões tem representação paritária entre as esferas de governo que participam, no caso da CIB os secretários municipais e os estaduais de saúde, na CIT que tem âmbito nacional o Ministério da Saúde, os secretários municipais e os estaduais de saúde.

Após a criação das duas instâncias colegiadas de participação da sociedade civil, um avanço da institucionalização da participação social na gestão do SUS foi à criação da Secretaria de Gestão Participativa pelo Decreto 4.726, de 9 de junho de 2003, na estrutura do Ministério da Saúde (MS), como o objetivo de fortalecer a gestão democrática e o controle social no SUS. Em 2006, a Secretaria passou a denominar-se Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ampliando sua atuação, por meio do monitoramento, avaliação, auditoria e ouvidoria no SUS.

Após um breve panorama sobre a participação da sociedade, percebe-se que o controle social está bastante blindado nas legislações do SUS e já uma característica institucionalizada na política saúde. Contudo, mesmo o movimento social na saúde é sem dúvida o mais expressivo nas políticas públicas no país, o grau de consolidação dos mecanismos formais de participação varia entre os municípios e estados brasileiros e sua eficácia precisa ser bastante aprimorada.

4.5.3 Panorama dos recursos humanos

A gestão dos recursos humanos é um fator de relevância na consolidação e institucionalização de uma política, por isso, esta seção dedicar-se-á um rápido panorama dos recursos humanos da saúde. O problema da sua insuficiência numérica de funcionários na saúde, especialmente, nos municípios mantém-se ao longo da trajetória de descentralização das ações da saúde. Há, ainda, um grande número de municípios que não dispõem de serviços especializados por falta de recursos humanos compatíveis.

Todavia, nas três esferas de gestão do SUS, o fato que mais chama atenção é as modalidades de contratação dos profissionais da saúde, que de forma geral envolvem um grande percentual de vínculos temporários e precários, sejam terceirizados, servidores temporários e/ou consultores. Tal quadro implica numa alta rotatividade dos recursos humanos, instabilidade das equipes e dificuldade de manutenção de equipes capacitadas, o que compromete a fidelidade aos princípios do SUS e das proposta iniciais dos programas na perspectiva longitudinal.

Em face da dificuldade de ter acesso a dados confiáveis e completos dos recursos humanos de todos os municípios e estados, utilizar-se-ão os dados dos recursos humanos da estrutura central do Ministério da Saúde para fins exemplificação da composição dos recursos humanos na saúde no Brasil.

Tabela 1. Recursos humanos da estrutural central do Ministério da Saúde (2010).

Recursos Humanos do Ministério da Saúde		
ano de referência: 2010		
Tipologias dos Cargos	Quantidade de Lotação	%
Servidores efetivos	2529	47,8
Servidores comissionados	743	14,0
Terceirizados	610	11,5
Consultores de organismos internacionais	1408	26,6
Total	5290	100

Fonte: autoria própria, com base em Ministério da Saúde, 2011c.

Na tabela 1, apresenta-se a composição de recursos humanos do Ministério da Saúde em 2010, o dado que mais chama a atenção é quantidade de consultores de organismos internacionais. Se considerar os quadros temporários como um todo, ou seja, terceirizados e consultores, compõem 38,1% do total dos recursos humanos.

4.5.4 Financiamento da saúde

Os problemas de insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros estiveram presentes política de saúde no Brasil desde antes da Constituição Federal de 1988. Os gastos com a saúde foram bastante instáveis nos primeiros anos após a promulgação da carta magna, conforme observamos no gráfico abaixo. A implantação do SUS, na década de 1990, foi marcada pela crise econômica que afetou o financiamento da saúde e o SUS foi mantido por medidas paliativas, como empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e o CPMF a partir de 1996.

No entanto, a criação do CPMF em 1996 não representou um acréscimo considerável dos recursos para saúde, representando na verdade uma liberação dos recursos das demais fontes para outras áreas. Apesar da EC 29/2000 ter estabelecido a vinculação de parte da receita da união, estados e municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que trouxe maior regularidade no financiamento e acréscimo no volume,

principalmente, pelo aporte crescente de recursos das esferas subnacionais, não foi a resolução definitiva do problema do financiamento da saúde, já que o aporte não possibilitou até o momento em investimentos robustos em ganhos de qualidade na oferta dos serviços.

O gráfico 1 apresenta a evolução da despesa liquidada no âmbito da saúde no anos de 1988 a 1999, porém, é importante destacar que no período, a função saúde estava integrada a saneamento ambiental no âmbito do orçamento fiscal e da seguridade social. Por isso, no ano de 2000 há uma redução da despesa, quando as duas políticas passam a ser funções separadas. Mesmo assim é possível observar a grande oscilação do financiamento no período e compará-lo a maior estabilidade do período após ano 2000 no gráfico 1.

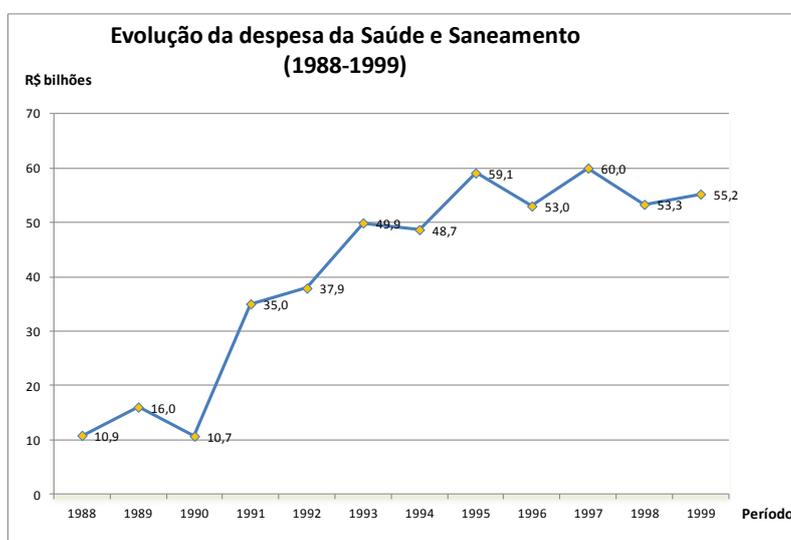


Gráfico 1. Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados¹, na função Saúde e Saneamento – 1988-1999².

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC. Elaboração própria.

¹ Valor atualizado com base no IGP-DI

² Até 15/01/89 = Cruzado (Cz\$ 1,00 = Cr\$ 1.000,00)

A partir de 16/01/89 até 30/06/94 = Cruzado Novo (Nos\$ 1,00 = Cz\$ 1.000,00)

A partir de 01/07/94 = Real (R\$ 1,00 = CR\$ 2.750,00)

É importante destacar que a EC 29/2000 ao vincular a porcentagem mínima das receitas dos estados e municípios para o financiamento da saúde, aumentou o investimento das três esferas na política de saúde. Contudo, não refletiu em aumento constante do investimento federal na saúde conforme explicitado no gráfico 2, porém o financiamento e a execução mantiveram-se relativamente estáveis nessa década.

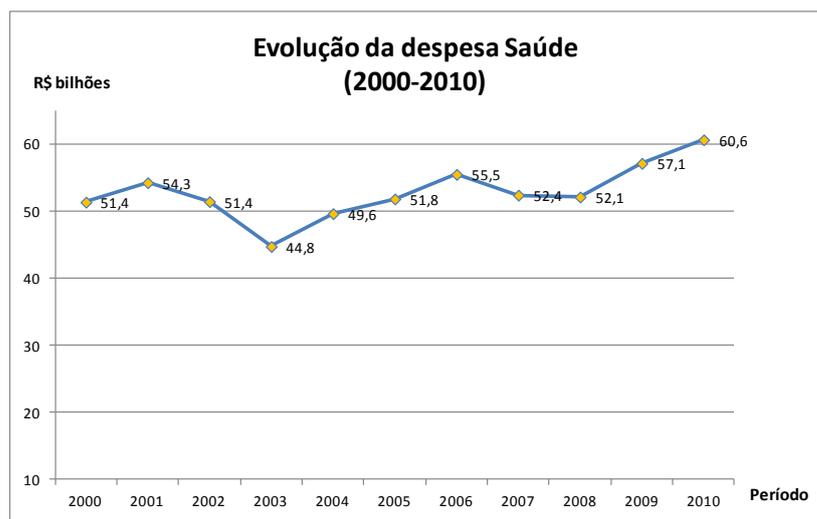


Gráfico 2. Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados¹, na função Saúde – 2000-2010.

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC. Elaboração própria.

¹ Valor atualizado com base no IGP-DI

Segundo o Castro et al (2003), quando se examina a evolução do gasto social federal observa-se que a participação dos gastos com saúde se mantém quase constante em torno de 14,1% do gasto total no período de 1995 a 2005. No ano de 2000, o gasto público total das três esferas de governo em ações e serviços públicos de saúde era de R\$ 34 bilhões, representando 2,9% do PIB, e, em 2006, atingiu R\$ 84 bilhões em 2006, passando a representar 3,5% do PIB (IPEA, 2009, p. 150).

A partir de 2006, houve um aumento do investimento público total, com uma crescente participação dos recursos advindos dos municípios e estados. Os gastos Federais mantiveram-se relativamente estáveis em torno de 1,85% do PIB, enquanto que os gastos subnacionais cresceram pela vinculação legal do gasto, no entanto, com grandes diferenciações segundo regiões e por porte de municípios.

4.6 DESAFIOS DO SUS

Desde a publicação da LOS, o SUS avançou incrementalmente em sua institucionalização, o que resultou em uma cobertura universal nos municípios brasileiros, na gestão descentralizada e compartilhada e crescimento do controle social. No entanto, após o governo Lula, ainda restaram desafios para institucionalização do SUS no Brasil,

destacam-se a acesso célere e de qualidade aos serviços, a regulamentação da EC 29/2000, a judicialização do acesso e o relacionamento do SUS com a saúde suplementar.

A judicialização do acesso a serviços de saúde tem sido bastante recorrente nos últimos anos, demonstrando que o sistema enfrenta dificuldades para garantir a integralidade do atendimento e o acesso oportuno e de qualidade a população a determinados tipos de atendimentos especializados. O direito à saúde e a universalidade do acesso dos cidadãos ao SUS são garantias constitucionais, portanto, a posição majoritária no Judiciário é que todo cidadão tem direito a receber do Estado todas as ações e serviços de saúde de que necessitam. No entanto, se por um lado o acesso judicial de medicamentos e serviços de saúde garante o cumprimento do direito à saúde, por outro gera distorções na alocação de recursos e na gestão da política pública, o que gera um conflito distributivo ao priorizar o direito individual em vez do direito coletivo (IPEA, 2010, pp. 152-153).

O último desafio atual do SUS que será tratado nesta seção é a relação de tensão e convivência da política nacional de saúde e a saúde suplementar. Como a Constituição considerou a providência de saúde livre a iniciativa privada, paralelamente a institucionalização do SUS, esse setor expandiu-se consideravelmente nos últimos anos contando com estímulos fiscais do Estado. Portanto, a população brasileira tem diferentes formas de acesso a serviços de assistência a saúde, decorrentes de composições distintas no financiamento, basicamente divididas em: os que possuem planos ou seguros privados de saúde, aos quais está garantido igualmente o acesso aos serviços do SUS, e, de outro lado, os que têm acesso unicamente ao SUS.

O usuário do sistema de saúde suplementar, normalmente, utiliza o sistema privada para o atendimento de emergência e de rotina, e recorre ao SUS apenas em a serviços mais caros e complexos. Já o usuário exclusivo do SUS, quase sempre enfrenta dificuldades para obter certos atendimentos básicos e de média complexidade. Apesar da desigualdade do tratamento prestado, se o serviço fosse completamente separado, e o sistema público fosse apenas focalizado nos indivíduos de mais baixa renda tenderia a ser politicamente mais frágil, em face das disputas orçamentárias e ações clientelistas (IPEA, 2010, pp. 158-160). Portanto, o SUS, mesmo que consolidado enquanto instituição política, ainda padece deficiências de gestão e de financiamento para ofertar um atendimento integral e de qualidade à maior parte da população que acessa quase exclusivamente os serviços públicos de saúde.

5 MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NO SUAS

5.1 CONDIÇÕES ANTECEDENTES

Durante todo o século XX até a promulgação da Constituição Federal de 1988, marco da inclusão da assistência social como direito social e política pública, a assistência social era considerada uma ação assistencialista e filantrópica, especialmente ofertada por instituições religiosas, a população pobre e vulnerável, e tinha traços claros de clientelismo, seja na zona urbana ou rural. As poucas ofertas governamentais de proteção social a partir do Governo de Vargas eram filantrópicas ou acessadas somente por aqueles que fossem contribuintes do seguro social, em função de exercer atividades produtivas remuneradas.

Os grandes marcos da ação governamental na assistência social até a Constituição são a criação do Conselho Nacional do Serviço Social (CNSS), em 1938, para centralizar e organizar as obras assistenciais públicas e privadas, e a da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, para prover as necessidades das famílias, cujos chefes haviam sido mobilizados para a guerra. Para obter alguma legitimidade, os governos militares desde os meados da década de 1960 implementaram políticas previdenciárias voltadas para a população trabalhadora. Os institutos de previdência foram centralizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a previdência foi estendida para algumas categorias rurais (IPEA, 2009, p. 177).

O ano de 1974 pode ser considerado um marco inicial para a política de assistência social no Brasil. Nesse ano, a Lei n° 6.036 criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social, e a Lei n° 6.179, de dezembro de 1974, instituiu o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos ou inválidos, também conhecido como Renda Mensal Vitalícia (RMV). Porém, todas ainda eram fortemente caracterizadas por ações de clientelismo político e de manipulação de recursos públicos. A centralização do sistema prosseguiu com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

A partir de 1985, o contexto de redemocratização faz ascender uma demanda crescente da população por uma política assistencial. Desde então se intensificou o debate entre

diversos grupos e movimentos sociais, como sindicatos, partidos políticos, trabalhadores da área, intelectuais, profissionais liberais, parcelas da igreja, organizações públicas e privadas entre outros, para formular uma política pública de assistência social, enquanto direito à seguridade social na Constituição Federal, em favor das pessoas em situação de vulnerabilidade e exclusão.

No entanto, as alterações substanciais na assistência social só tornaram-se realidade com o processo da constituinte, iniciada em fevereiro de 1987. As próximas seções deste capítulo pretende analisar a trajetória de regulamentação e institucionalização da Política Nacional de Assistência Social a partir do seu reconhecimento como parte da Seguridade Social, bem como a construção, implementação e consolidação do SUAS. Pretende-se, assim, abordar os principais marcos na regulamentação desta política e descrever o processo de institucionalização, papel dos entes federados, a determinação do financiamento e a participação social na gestão da política.

5.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Segundo Boschetti (2006), as discussões sobre a seguridade social foi dividida em várias subcomissões, refletindo a clivagem histórica sobre as diferentes visões sobre o que deveria ser a proteção social. No entanto, prevaleceu o debate sobre a Assistência Social, enquanto ação governamental para apoiar os cidadãos incapazes de assegurar a sua própria sobrevivência, seja em função de limitações físicas, daquelas decorrentes da idade ou de sua condição de pobreza. Na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, esboçou-se que os princípios da Seguridade Social brasileira seriam responsabilidade pública e direito social (IPEA, 2009, p. 180).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um avanço expressivo para a política pública de Assistência Social. O artigo 6º a qualificou como um direito social e o artigo 194 a inseri como uma política de seguridade social:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Ademais a política foi regulada na “Seção IV - Da Assistência Social”, o artigo 203 que estabelece que seus beneficiários sejam quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, ao mesmo tempo em que reintera a prestação a certos grupos identificados tradicionalmente como vulneráveis, tais como idosos, crianças e portadores de deficiências. Além disso, o artigo cria um benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso em situação de pobreza.

Enquanto o artigo 203 não era regulamentado, continuava em vigência a Renda Mensal Vitalícia (RMV), criado pela Lei nº 6.179/1974. A regulamentação do BPC ocorreu com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) em 1993. A RMV foi extinta a partir de 01 de janeiro de 1996, quando entrou em vigor a concessão do BPC, mantido apenas para aqueles que já eram beneficiários, com base no pressuposto do direito adquirido.

Já o artigo 204 indica a fonte primária dos recursos, incluindo a participação dos estados e dos municípios no financiamento, ao mesmo tempo em que estabelece a descentralização político-administrativa, com divisão de atribuições entre as três esferas de governo, a participação da população e o princípio de *accountability*. Porém, a coordenação da política cabia ao governo federal. Já as associações filantrópicas deveriam submeter-se às normas públicas,

Portanto, a Constituição Federal inseri a política da Seguridade Social Brasileira como direito de todo cidadão e dever do Estado e a integra a seguridade social como campo específico da política social, excluindo o caráter da política de filantrópica, isolada e complementar à Previdência Social. Pressupõe a superação do assistencialismo e organiza-se em torno dos princípios da universalidade, igualdade entre as populações urbanas e rurais, descentralização, caráter democrático da gestão administrativa e da diversificação das fontes

de financiamento. Ademais, avança-se na definição que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição, ou seja, a definiu como uma política pública seletiva e não contributiva.

A implementação deste novo projeto criado pelos dispositivos constitucionais não eram autoaplicáveis, dependiam de regulamentação por legislação infraconstitucional, ao mesmo tempo em que dependiam de transformações das instituições e das práticas políticas e sociais. O processo de institucionalização do SUAS foi uma longa e lenta trajetória de avanços e retrocessos nas duas décadas seguintes.

Em março de 1989, a Lei nº 7.739 mantém o Ministério da Previdência e Assistência Social, que fortalece o modelo centralizador já estabelecido na assistência social e seu caráter complementar a previdência social. Apenas em novembro de 1992, por meio da Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992, cria-se o Ministério do Bem-Estar Social separando-se as ações de previdência social das de assistência social.

5.3 A REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (1989-1993)

A Constituição Federal de 1988 promulgou direitos universais para a proteção social sobre um contexto contraditório marcado pela crise fiscal e pela restrição dos gastos públicos da década de 1980. Por isso, a década de 1990 foi marcada pela tentativa de negar a agenda universalista em áreas sociais, apesar dos alguns avanços quanto à implementação do SUS, nas demais políticas sociais perceberam-se mais mudanças incrementais do que a implementação das reformas necessárias para assegurar as mudanças propostas pela Constituição.

Nas disposições transitórias da Constituição Federal definiu-se que as leis regulamentadoras da seguridade social seriam apresentados pelo Executivo no prazo máximo de seis meses ao Congresso Nacional, que teria mais seis meses para apreciá-los, prevendo sua implementação no prazo máximo de até 5 de abril de 1991. Porém, o Poder Executivo por falta de intenção não encaminhou as propostas de lei da Assistência Social no prazo previsto, e o Legislativo apresenta a primeira redação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em junho de 1989, que após aprovação nas duas casas, foi vetada integralmente pelo Presidente da República, Fernando Collor. No veto, alegou que a política de assistência social colocaria em prática a renda mínima, argumento não condizente com o texto constitucional

que um salário mínimo mensal apenas para idosos e portadores de deficiência sem meios de se manter, deixando claro seu desinteresse pela assistência e pela desvinculação das relações históricas de clientelismos político e filantropia.

Ademais, o Governo Collor demonstrando seu total desinteresse em implementar a visão de seguridade social introduzida pelo texto constitucional fragmentou a seguridade social em ministérios diferentes, realizou cortes orçamentários sistemáticos, especialmente na saúde, e na previdência, lançou um pacote com objetivo de reduzir retirar direitos dos trabalhadores garantidos pela Constituição.

O Executivo se posicionou para discussão sobre a LOAS somente em meados de abril de 1993, articulando-se com a sociedade civil, em especial com os profissionais da assistência social, gestores municipais, estaduais e com o Governo federal e representantes do Congresso, o que culminou na realização da Conferência Nacional de Assistência Social, em junho daquele ano. No entanto, a nova proposta do executivo era contrária à que vinha sendo negociada até o momento quanto à organização dos órgãos integrantes do sistema de assistência social. Com a pressão de entidades e especialistas na área conseguiu reverter o processo e o Executivo submeteu o projeto de lei da LOAS ao Conselho Nacional de Seguridade Social, que propôs várias sugestões, tais como a redução do limite de idade do idoso, porém, nenhuma seguida pelo Ministério do Bem-Estar Social (IPEA, 2009, p. 180).

A LOAS só pode ser sancionada após intensas mobilizações sociais no governo do Presidente Itamar Franco, após o impeachment de Fernando Collor de Melo. A Lei N° 8.742, de 7 de dezembro de 1993, regulamenta os dispositivos da Constituição Federal e define que a assistência social é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas, com vistas a universalização dos direitos sociais.

Estabelece-se que a Política Nacional de Assistência Social, coordenada pelo Ministério do Bem-Estar Social, deverá ser organizada em sistema descentralizado entre as três esferas de governo e participativo, constituído: pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social, pelo Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, os Conselhos Municipais de Assistência Social.

O CNAS, criado pela referida lei federal, é composto por dezoito membros paritariamente divididos entre representantes governamentais e da sociedade civil e

competem ao Conselho aprovar a Política Nacional de Assistência Social e apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social. Quanto ao financiamento da assistência social, a LOAS prevê que os recursos advirão da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). No entanto, o Benefício de Prestação Continuada, correspondente ao benefício mensal criado pelo artigo 203 da Constituição, fica sob responsabilidade apenas da Administração Pública Federal.

Apesar de o governo Itamar ter sancionado a LOAS, preparou o terreno para a continuidade da política neoliberal. No entanto, cabe destacar que a história da LOAS não termina com sua promulgação, já que a partir desta data inicia-se muita negociação para a sua implementação, especialmente quanto a questões conceituais que não foram esgotadas durante o processo de discussão da LOAS (IPEA, 2009, pp. 189-190).

5.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA LOAS (1995-2002)

O tema proteção social e pobreza só assume maior relevância na agenda política a partir da metade da década de 1990. A demanda social, como na Ação da Cidadania contra a Fome, somada ao desenvolvimento de novas teorias que inter-relacionavam pobreza e desenvolvimento econômico como no conceito de “crescimento pró-pobre”, possibilitou a ascensão das políticas de proteção e inclusão social na agenda decisional. Ademais, houve uma pressão para que as políticas de superação da pobreza ancorassem sobre os paradigmas da eficiência e da equidade, e focassem suas ações para além da questão de renda, mas também que ampliassem o acesso à saúde, educação e assistência social (VAITSMAN *et al*, 2009).

Ao longo dos anos noventa, a prestação dos serviços assistenciais sofreu poucas mudanças em seu modo de operação. As entidades privadas sem fins lucrativos, financiadas por transferências governamentais e isenções fiscais, permaneceram como principais provedoras destes serviços. A reforma de fato da assistência social é iniciada, ainda timidamente no Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), mas é intensificada após a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso as políticas neoliberais foram eficientemente implantadas pelo Estado brasileiro, impactando substancialmente nas políticas sociais. Na Saúde, mantiveram-se as restrições orçamentárias ao financiamento do SUS, e, na Assistência Social, o primeiro ano do governo ao invés de alavancar a implementação da LOAS, o governo criou o Programa Comunidade Solidária, por meio do Decreto n. 1.366, de 12 de janeiro de 1995, vinculado a Casa Civil e presidido pela então primeira-dama Ruth Cardoso. O Programa configurava-se claramente uma política assistencialista centralizadora que não contava com o controle social do Conselho Nacional de Assistência Social, divergindo totalmente dos princípios postos pela Constituição Federal de 1988 (IPEA, 2009, pp. 234-235).

Neste mesmo ano, extinguiu-se Ministério do Bem-Estar Social, para desempenhar sua missão foi criada a Secretaria de Assistência Social vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dificultando a desvinculação da política de assistência social das ações da previdência social. É importante destacar que a criação e extinção de vários ministérios da assistência social, e, ao mesmo tempo, a dispersão dos programas de assistência social em vários ministérios e secretarias nacionais, resultou em um quadro complexo e desarticulado de sobreposição de ações, existência de áreas e grupos vulneráveis sem cobertura, pulverizando os recursos e ineficiência da ação governamental.

O quadro só começou a alterar-se com a implementação da LOAS, que teve sua primeira proposta discutida na 1ª Conferência Nacional de Assistência Social, em 1995, com a participação da sociedade civil, que amplia a reivindicação da implementação de política pública de assistência social, interrompendo o financiamento estatal de filantropia. Percebeu-se o avanço da descentralização política, mas não ampliação e alteração no tipo de oferta de serviços. Simultaneamente, vive-se a introdução dos programas de enfrentamento à pobreza, mas totalmente dissociadas dos programas tradicionais da assistência social.

Já no ano de 1996, a Lei Orgânica começa a ser implantada a partir da concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) regulamentado pela LOAS e criado pelo Decreto no 1.744/1995, que correspondente ao benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso em situação de pobreza estabelecido constitucionalmente, ao mesmo tempo em que se inicia o processo de descentralização da execução de ações para os estados e municípios. Atualmente, o benefício é regido pelo Decreto no 6.214/2007 e faz parte das ações de proteção social básica do SUAS.

No mesmo ano, criou-se Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e a Política Nacional do Idoso. No entanto, o problema do financiamento das políticas sociais estava longe de ser solucionado, especialmente no que tange as desigualdades inter-regionais de financiamentos dos políticas sociais.

O BPC constitui garantia de renda de natureza incondicional e não contributiva destinada a um grupo bastante vulnerável e até então majoritariamente excluído de qualquer mecanismo público de garantia de renda: idosos e portadores de deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, cuja renda familiar per capita seja inferior a um quarto de salário mínimo, ou seja, situação de extrema pobreza e exclusão.

A trajetória de regulamentação do BPC tem sido marcada por debates e controvérsias, quanto a idade mínima de acesso ao benefício pelo idoso, o conceito de família utilizado no cálculo da renda familiar per capita; e a caracterização e avaliação da deficiência. A Constituição não definiu especificamente os beneficiários do programa, foi a Loas que definiu a idade mínima de 70 anos para o acesso de idosos, determinou a renda mensal familiar per capita inferior a um quarto do salário mínimo como o corte de renda incapaz de prover subsistência para idoso ou portador de deficiência e conceituou a pessoa portadora de deficiência como aquela incapacitada para vida independente e para o trabalho, comprovada por meio de avaliação realizada por equipe multiprofissional do SUS ou do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

No entanto, o Decreto no 1.744, de 8 de dezembro de 1995, que regulamenta o BPC introduziu que a incapacidade para a vida independente e para o trabalho deveria ser o resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedissem o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho e redução da idade mínima dos idosos para 67 anos a partir do início de 1998. A idade voltou a ser reduzida para 65 anos com a aprovação do Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003. O BPC pode ser considerado o maior avanço na assistência social em um período de gastos sociais relativamente alto, porém, com baixa conversão em redução da desigualdade e da pobreza, a qual sua diminuição refletiu mais os efeitos da estabilização econômica do Plano Real de 1995 do que resultado das políticas sociais.

Os avanços da regulamentação da política de assistência social no Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) são estabelecidos nas Normas Operacionais Básicas do SUAS, NOB-SUAS/97 e NOB-SUAS/98 e no primeiro texto da

Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 1998. A NOB-SUAS/97 estabeleceu as diretrizes para implementação da descentralização e da participação social no SUAS e propôs a criação de uma Comissão Tripartite, de caráter consultivo, com representantes dos três níveis de governo, para discutir e pactuar a gestão da política. A norma amplia o âmbito de competência dos Governos municipais e estaduais, na qual a instância estadual deveria executar ações de caráter regional e complementar, e institui a exigência de Conselho, Fundo e Plano Municipal de Assistência Social para os estados e municípios poderem receber recursos federais do FNAS, conforme previstos no artigo 30 da LOAS. No entanto, a NOB-SUAS/97 falhou em esclarecer as responsabilidades de cada ente federativo na provisão da proteção social.

No ano seguinte, o CNAS aprova, por meio da Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998/CNAS a NOB-SUAS/98 e a primeira proposta de Política Nacional de Assistência Social (PNAS) para dar diretriz as ações e programas da Assistência Social. A NOB-SUAS/98 avança na participação dos Conselhos de Assistência Social na gestão da política e cria novas esferas de negociação e pactuação entre os representantes municipais, estaduais e federais: as Comissões Intergestora Bipartite e Tripartite. Já a PNAS tem como uma de suas diretrizes a efetivação de amplos pactos entre Estado e sociedade que garantam o atendimento dos grupos em condições de vulnerabilidade e exclusão social. A NOB-SUAS/98 ampliou a regulação da PNAS 1998 e definiu estratégias para operacionalizá-la, especialmente por incluir o repasse regular e automático do FUNAS aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais.

A Emenda Constitucional nº 31, de 14 de dezembro de 2000, institui o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza para vigorar até 2010, e que em 2010 foi prorrogado por tempo indeterminado. Esse período mostrou-se uma verdadeira janela de oportunidades, com a confluência de vários fatores, para a mudança da trajetória na assistência social. A proteção social amplia-se no Plano Plurianual (PPA) de 2000-2003, e introduz-se os primeiros programas federais de transferência de renda – o Bolsa-Escola, do Ministério da Educação; o Bolsa-Alimentação, do Ministério da Saúde, e o Auxílio-Gás, do Ministério de Minas e Energia – que depois seriam unificados em torno do Programa Bolsa Família em 2003, para evitar o acúmulo de benefícios e aumentar a universalização do acesso.

5.5 OPERACIONALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SUAS (2003-2006)

O ano de 2003 marca a transição para o novo governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o qual o programa de governo para as eleições propunham muitas mudanças na área social. No entanto, o primeiro ano de governo foi caracterizado pela manutenção da fragmentação das políticas de seguridade social entre vários ministérios, os recém-criados Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar (MESA) para implantação do Programa Fome Zero, o Ministério da Assistência Social (MAS) e o Ministério da Previdência Social (MPS).

No ano de 2003, o governo federal estabeleceu como objetivo prioritário o enfrentamento da fome e da miséria, no lançamento de novo programa, o Fome Zero, que continha um novo programa de transferência de renda: o Cartão Alimentação. No entanto, a política de transferência de renda foi alterada com criação do Programa Bolsa Família (PBF), MP nº 132, de 20 de outubro de 2003, convertida, posteriormente, na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que é um programa nacional de transferência direta de renda não contributiva que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, com condicionalidades relativas a saúde e educação.

O programa veio para unificar várias ações de transferência de renda do governo federal até então existentes: Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás e Cartão-Alimentação. O PBF tem como público majoritário famílias com membros adultos em idade economicamente ativa e que participam do mercado de trabalho, portanto, seu escopo é a complementação de renda. É importante destacar que a natureza de complementação de renda realizada pelo PBF não se confunde com objetivo de cobertura do BPC, ademais, o PBF não está associado à comprovação de limitação para participação no mercado de trabalho, mas apenas à ausência de uma renda considerada mínima, instituindo uma clara distinção e complementaridade entre os objetivos dos dois programas.

O Bolsa Família possui três eixos de atuação: a transferência de renda que promove o alívio imediato da pobreza, as condicionalidades que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social e ações e programas complementares que objetivam que as famílias consigam superar a situação de vulnerabilidade social. No entanto, o PBF não é uma ação da assistência social, pois conforme destaca Lavinhas (2008) ao contrário do Renda Básica de Cidadania, o Bolsa Família não é um direito social, pois nem todos aqueles que cumprem os requisitos e os critérios de elegibilidade são beneficiários. Com base nas informações registradas pelo município no Cadastro Único para Programas

Sociais do Governo Federal, o governo federal faz a seleção das famílias que receberão o benefício.

Apenas na reforma ministerial de 2004, o governo em face das dificuldades para implementação das ações pelo Programa Fome Zero e suas implicações resolveu criar o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), reunindo às competências do MESA, do MAS e da Secretaria-Executiva do Programa Bolsa-Família, e unificando os programas sociais que estavam dispersos em vários ministérios. O MDS foi criado com a missão de articular as ações de promoção da inclusão social, da segurança alimentar, da assistência integral e de uma renda mínima de cidadania às famílias que vivem em situação de pobreza, unificando os recursos públicos para a seguridade social e evitando a sobreposição de ações. Para tanto é responsável pela gestão do FNAS para garantir o repasse de verbas aos estados e municípios.

A integração entre os diferentes programas sociais sobre uma gestão unificada com a criação do MDS acelerou o processo de construção do SUAS. O apoio de partidos de esquerda e movimentos populares ao governo de Lula estabelece condições extremamente favoráveis a implementação de uma nova política de assistência social. Desta forma, em dezembro de 2003, na IV Conferência Nacional de Assistência Social, deliberou uma nova proposta de PNAS com a principal meta de implementar o SUAS em um modelo de gestão que integra os três entes federativos e que cria um sistema descentralizado, que articula os esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução, e participativo todo território nacional (MDS, 2005, p. 8).

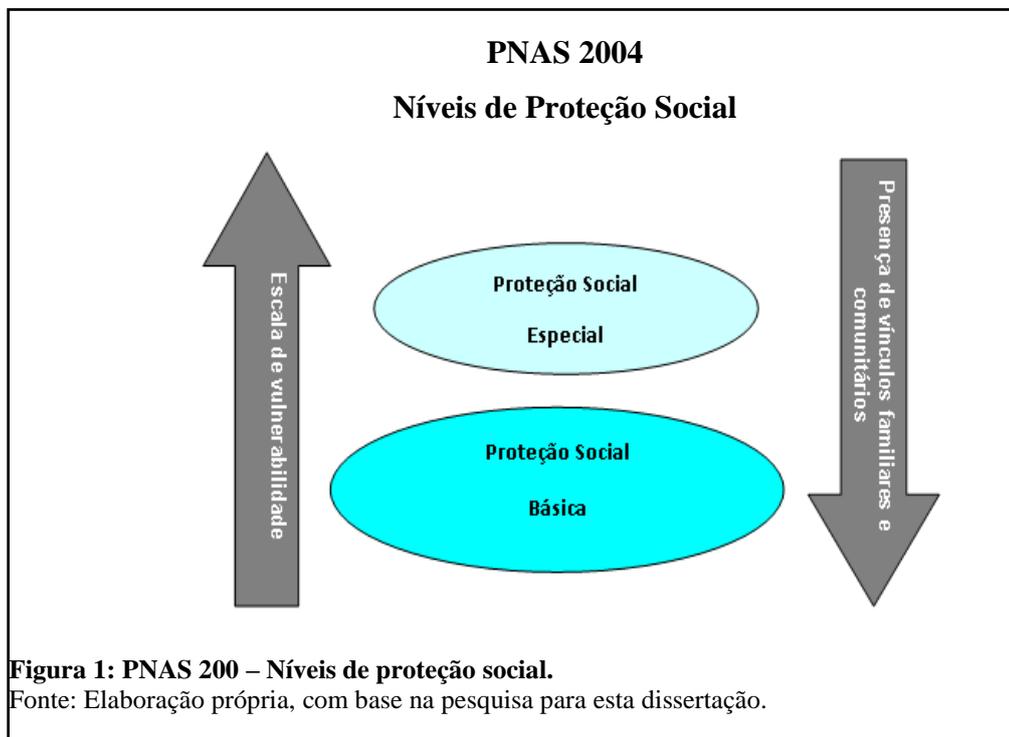
A proposta do PNAS foi aprovada no âmbito do CNAS em 2004, e publicada pelo MDS, conforme previsto nos artigos 18 e 19 da LOAS, em setembro de 2004, definindo o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Brasil, cuja funções são a proteção social, hierarquizada entre proteção básica e proteção especial; a vigilância social; e a defesa dos direitos socioassistenciais. O SUAS foi criado baseado no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a implementação do SUAS representa o rompimento com a fragmentação das ações entre as esferas governamentais de assistência social no país, a substituição do paradigma assistencialista e afirma a assistência social como uma política pública, dever do Estado e direito de todos os cidadão e cidadãs, com a afirmação do controle social por parte da sociedade civil (MDS, 2005, pp. 9-11)

A PNAS/2004 estabelece como benefícios da política de assistência social:

- **O Benefício de Prestação Continuada** : previsto nos artigos 20 e 21 da LOAS, é provido pelo governo federal, consistindo no repasse de 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência que comprovem não ter meios para suprir sua sobrevivência ou de tê-la suprida por sua família. Esse benefício compõe o nível de proteção social básica, sendo seu repasse efetuado diretamente ao beneficiário.
- **Benefícios Eventuais**: são previstos no artigo 22 da LOAS, e visam o pagamento de auxílio por natalidade ou morte, ou ainda outros que visem atender as necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa com deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.
- **Transferência de Renda**: programas que visam o repasse direto de recursos dos fundos de assistência social aos beneficiários como forma de acesso à renda, visando o combate à fome, à pobreza e outras formas de privação de direitos que levem à situação de vulnerabilidade social, criando possibilidades para a emancipação, o exercício da autonomia das famílias e indivíduos atendidos e o desenvolvimento local. (MDS, 2005, pp. 19-20).

No entanto, é apenas a partir da NOB-SUAS/2005, que apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa, que se operacionaliza a implementação do SUAS. A NOB-SUAS/2005 disciplina: a descentralização administrativa do Sistema, a relação entre as três esferas do Governo, os níveis de gestão de cada esfera, as demais instâncias que compõem o processo de gestão e controle desta política, a territorialização da rede, a padronização dos serviços de assistência social, a integração de programas e projetos, e a forma da gestão financeira.

Baseado no modelo do SUS, o SUAS organiza a oferta à população dos serviços não contributivos garantidos por lei como direito das pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade. A gestão da assistência social é estabelecida de acordo com a PNAS/2004, em níveis diferenciados, entre inicial, básica e plena, e entre elas, o respeito à diferenciação do porte dos municípios brasileiros, das condições de vida de sua população rural e urbana e da densidade das forças sociais que os compõem. No SUAS, os programas, projetos e benefícios são organizados em níveis de Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade. Ambos os tipos de proteção tem como suposto o princípio de proteção social pró-ativa, o que significa não mais considerar os usuários dos serviços de assistência social como objetos de intervenção, mas sim como sujeitos de direitos.



O PSB tem como objetivo a prevenção, com o acompanhamento de grupos territoriais de até 5.000 famílias sob situação de vulnerabilidade de riscos sociais em núcleos com até 20.000 habitantes. A unidade executora das ações de PSB é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), e os benefícios eventuais e o BPC integram a Proteção Social Básica no âmbito do SUAS. O CRAS é considerado a porta de entrada do SUAS e seu principal serviço prestado é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cujo papel é proteger as famílias e contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Já a PSE objetiva proteger as famílias e indivíduos que estejam em situações de risco e que os direitos já tenham sido violados, o que inclui a atenção a: Crianças e adolescentes em situação de trabalho, em medida socioeducativa e/ou em situação de abuso e/ou exploração sexual; crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, migrantes, usuários de substâncias psicoativas e outros indivíduos em situação de abandono; e famílias com presença de formas de negligência, maus tratos e violência. A unidade executora das ações de PSE é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), implantados em âmbito municipal ou regional. Os serviços ofertados pelo CREAS: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Programa de Erradicação do

Trabalho Infantil (PETI); c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço Especializado em Abordagem Social; e) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

O PAEFI oferta por meio de equipes multidisciplinares apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou violação de direitos por ocorrência de violência, trabalho infantil, abandono, afastamento do convívio familiar por cumprimento de medida socioeducativa ou de proteção, entre outros. Já o PETI, articulado tanto no CREAS como no CRAS, organiza-se em três eixos: a transferência de renda a famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho, o serviço socioeducativo para crianças e adolescentes e o acompanhamento familiar.

No ambiente do SUAS, a rede de proteção especial pressupõe a interação direta com a rede de proteção básica e sua gestão é compartilhada entre as três esferas de governo. As responsabilidades da União passam principalmente pela formulação, apoio, articulação e coordenação de ações. Já os estados assumem a gestão da assistência social dentro de seu âmbito de competência. No caso da gestão municipal, são possíveis três níveis de habilitação ao SUAS: gestão inicial, básica e plena, o que determinará o valor do piso de proteção social que o município receberá e as competências de cada município.

A Gestão inicial fica por conta dos municípios que atendam a requisitos mínimos, como a existência e funcionamento de conselho, fundo e planos municipais de assistência social, além da execução de ações da PSB com recursos próprios. No nível básico, o município assume autonomia para gerir toda a proteção social básica, e no nível pleno, o município passa à gestão total das ações socioassistenciais.

Quanto a gestão do SUAS, a NOB-SUS estabelece, ainda, que as ações e a aplicação dos recursos devem ser pactuados nas CIBs e na CIT, que posteriormente são aprovados pelo CNAS e os conselhos estaduais e municipais, que tem composição paritária entre governo e sociedade civil, no sentido de promover o controle social das decisões. Esse controle social consolida um modelo de gestão transparente em relação às estratégias e à execução da política.

A PNAS/2004 e a NOB-SUAS/2005 organizaram, também, uma nova sistemática de financiamento, instituindo o repasse fundo a fundo e o cofinanciamento dos três níveis de governo. Os recursos de cada ente federado para a execução da PNAS são alocados em seus

orçamentos, pelos quais se efetiva a gestão financeira da política. Os recursos federais do cofinanciamento da assistência social são alocados no FNAS. Por sua vez, os recursos do Distrito Federal e dos estados e municípios para o cofinanciamento são alocados em seus fundos próprios.

Para apoiar a execução dos serviços sócio-assistenciais de caráter continuado da PNAS no Distrito Federal e nos estados e municípios, os recursos do FNAS são transferidos regular e automaticamente aos fundos regionais e locais. Para o apoio a projetos e programas com duração determinada, os recursos são repassados por meio da celebração de convênios e contratos de repasse. O objetivo da mudança no financiamento da assistência social era o de consolidar o processo de descentralização da política e a substituir um sistema de repasse de recursos ancorado em convênios associados a programas e projetos desenhados e definidos pelo governo federal, para maior autonomia e descentralização dos municípios na implementação da política (IPEA, 2009, pp. 196-197).

Neste modelo de gestão, fica a cargo do governo federal a implementação e financiamento dos programas que operam a segurança de renda, ou seja, o BPC e o Bolsa PBF, enquanto o município confirma-se como principal responsável pela garantia dos serviços da PSB e PSE. No entanto, quanto ao financiamento há uma responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e municípios, respeitando-se os princípios de subsidiariedade e cooperação. No que se refere à alocação de recursos para a oferta da PSB e da PSE, a nova sistemática de cofinanciamento e repasse regular fundo a fundo começou a ser operada em 2006 e com este tipo de repasse garantiu-se maior continuidade dos atendimentos e agilizou-se os fluxos de transferências dos recursos.

Embora o SUAS tenha sido gestado na década de noventa, preservando o lugar tradicional das organizações filantrópicas, a PNAS rompe com o viés filantrópico na oferta dos serviços ao estabelecer a responsabilidade em cada uma das três esferas de governo na condução da política e ao definir que setor privado será apenas complementar aos serviços públicos e estará submetido à regulação e coordenação estatais.

A cobertura nacional da totalidade das famílias abaixo da linha de pobreza no PBF e a implementação do SUAS são os elementos que definirão a nova política de assistência social no Brasil. Cabe destacar que apesar do Programa Bolsa Família não ser oficialmente reconhecido como parte das ações continuadas de assistência social, pois não pode ser

identificado como um direito social, a política de transferência de renda será tratada neste trabalho no âmbito da Assistência Social.

Jaccoud (2008) defende que se de fato o PBF não pode ser identificado como um direito social, sua criação significou um expressivo alargamento na seguridade social brasileira, por isso, novas regulamentações já articulam o PBF no âmbito do SUAS. Draibe, Castro e Azeredo (1991, p. 97) já previam que a transferência de renda tornar-se-ia uma alternativa ao amplo projeto de proteção social acolhido pela Constituição. Neste sentido, o PBF vem se afirmando como uma iniciativa que amplia o sistema de garantia de renda da proteção social brasileira, atendendo a um público até então excluído.

5.6 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUAS (2007-2010)

Desde a publicação da NOB-SUAS/2005, percebe-se um esforço para organizar e padronizar a intervenção pública para efetivação do direito à assistência em todo o território nacional. Neste contexto, realiza-se a VI Conferência Nacional de Assistência Social, em dezembro de 2007, que delibera sobre a necessidade de padronização nacional dos serviços da PNAS, meta que foi incluída no plano decenal do SUAS (MDS, 2007). Este esforço resultou na deliberação, em 2009, no âmbito do CNAS, da “Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais”, que apresenta a padronização dos serviços socioassistenciais organizados por nível de complexidade.

Assim, cada serviço foi definido configurando-se assim em um importante marco para a gestão da política, permitindo avaliar a oferta de serviços a partir do padrão mínimo tipificado e permitindo maior controle social sobre a oferta da política de assistência social por todas as unidades do sistema. Esta tipificação envolve a possibilidade de identificar as unidades gestoras com maiores dificuldades de atingimento dos padrões mínimos estabelecidos e estabelecer o apoio técnico e financeiro necessário a melhoria dos serviços (BRASIL, 2009).

Apesar dos grandes desafios impostos, a evolução da política federal da assistência social, coordenada pelo MDS, quanto a regulamentação e operacionalização do SUAS e do Programa Bolsa Família (PBF) ocorridos a partir de 2009, bem como a análise da execução físico-financeira de seus principais programas e iniciativas, é clara. Percebe-se avanços tanto com relação ao fortalecimento legal, institucional e organizacional da política, quanto a

ampliação da quantidade de programas, benefícios e serviços dirigidos à população em situação de vulnerabilidade social e violação de direitos (IPEA, 2000, p. 7).

Houve uma expansão dos programas e benefícios de transferência de renda e da oferta dos serviços sócio-assistenciais por meio do CRAS e do CREAS, simultaneamente a consolidação do SUAS como um sistema descentralizado e participativo de responsabilidade do Estado, na perspectiva de afirmação da assistência social como um direito. Desde a criação do SUAS em 2005 a adesão dos municípios, por meio da habilitação em um dos níveis de gestão, cresceu consideravelmente conforme pode ser observado na tabela abaixo. Em 2005, havia 5.143 municípios habilitados em algum nível de gestão, sendo destes 3.206 na gestão básica e 312 na gestão plena, já em 2009, 5.507 estavam habilitados, sendo 4.182 na gestão básica e 385 na gestão plena.

Tabela 2. Evolução do número de municípios habilitados no SUAS (2005-2009)

Tipo de habilitação	2005	2006	2007	2008	2009
Não habilitados	417	231	124	98	57
Gestão inicial	1.625	1.286	1.262	1.170	940
Gestão básica	3.206	3.690	3.813	3.921	4.182
Gestão plena	312	356	364	374	385
Total	5.560	5.563	5.563	5.563	5.564

Fonte: Brasília: MDS, 2010a.

Em julho de 2010, 99,7% dos municípios brasileiros já estavam habilitados em um dos níveis de gestão. Do mesmo modo, todos os Estados, comprometidos com a implantação de sistemas locais e regionais de assistência social e com sua adequação aos modelos de gestão e cofinanciamento propostos, assinaram pactos de aperfeiçoamento do Sistema.

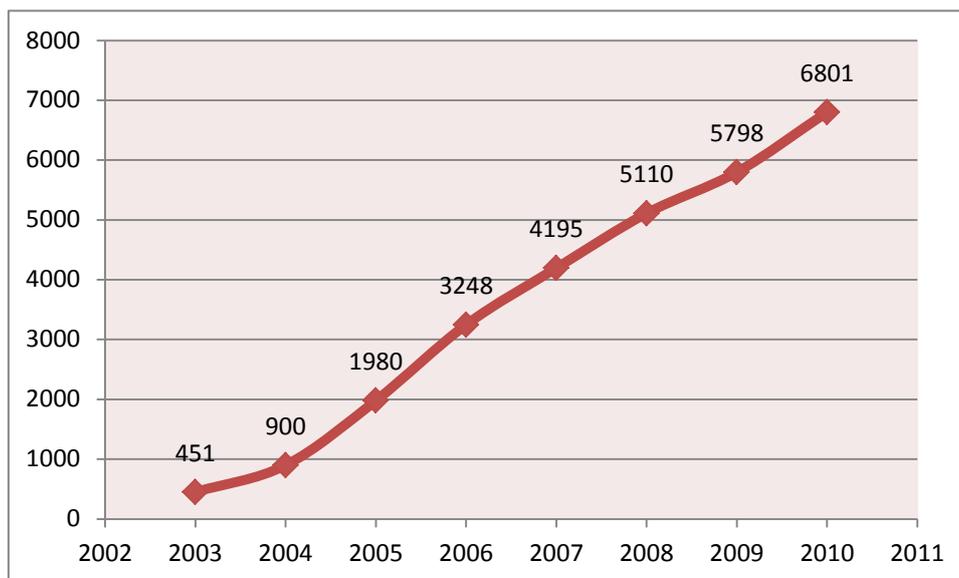


Gráfico 3. Evolução da implementação de unidades de CRAS no Brasil.

Fonte: Autoria própria, com base nos dados de pesquisa para esta dissertação.

Segundo dados do censo SUAS 2010 (MDS, 2011b), em 2007, havia 4.195 unidades do CRAS e 6.801 em 2010, representante um crescimento de 62% no período, sendo que em 2010, do total de 5.565 de municípios no Brasil, 4.720 contam com pelo menos um CRAS, que é a porta de entrada da população do SUAS. Não há dúvidas que a implementação do BPC avançou muito nos últimos anos, conforme se pode observar na figura 5, no entanto, é inegável que o benefício enfrenta dificuldades para garantir a cobertura integral das pessoas idosas e com deficiência em situação de vulnerabilidade econômica e social.

Nesse contexto, nos últimos anos cresceu a procura pelos meios judiciais para garantir o benefício, utilizando a garantia constitucional de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que não possuam meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. A questão da judicialização não é específica ao BPC e vem crescendo nos vários setores das políticas sociais, em parte, decorrente de problemas de implementação e cobertura de políticas sociais universalizantes. O Judiciário assumiria um papel na implementação das políticas públicas, acarretando ainda problemas orçamentários e de gestão (IPEA, 2009, p. 209).

BPC - Comparação dos Beneficiários (2004 - 2012)

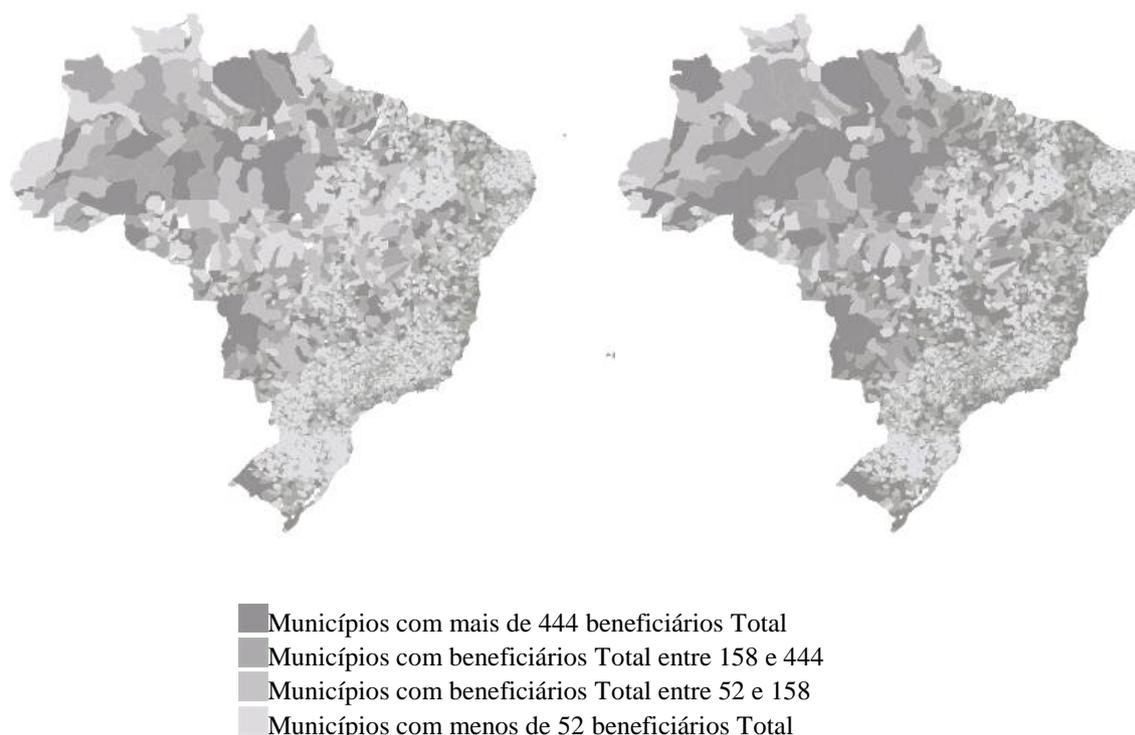


Figura 5. BPC - Comparação dos Beneficiários (2004 - 2012).

Fonte: MDS, 2011d.

Quanto aos indicadores de desenvolvimento relacionados a estrutura física e oferta de serviços, em 2010, 71,2% dos CRAS têm uma estrutura física adequada para a prestação de serviços. Já com relação as atividades ofertadas, no ano de 2010, o número de CRAS nos estágios superior ou suficiente atingiu o percentual de 55%. Contudo, 27% dos CRAS ainda não dispõem de recursos humanos adequados ao seu pleno funcionamento (MDS, 2011b).

Os relatórios do MDS apontam que “... contar com o CRAS de qualidade é condição necessária, embora não suficiente, para que a assistência social protagonize um lugar central no Plano Brasil sem Miséria” (BRASIL, 2011a). Já o número de unidades do CREAS tiveram aumento de 1,2 mil unidades em 1.099 municípios, em 2009, para 2.083 CREAS contemplando 1.899 municípios em 2010. A constituição desta rede de unidades públicas, detalhada na tabela 3, demonstra a evolução da institucionalização do SUAS no Brasil, e a crescente universalização da oferta de serviços socioassistenciais compatível com a necessidade da população brasileira (MDS, 2011b)

Tabela 3. Relatório de Informação da Proteção Social Especial - Regime de Competência. Ano de referência: 2010.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS	PAEFI/Abordagem Social - MUNICIPAL	Nº de Municípios	1.899
		Nº Unidades CREAS	2.041
		Capacidade de Atendimento	114.530
		Repasse Total Mensal	R\$ 13.936.300,00
	PAEFI/Abordagem Social - ESTADUAL	Nº Unidades CREAS	42
		Capacidade de Atendimento	3.360
		Repasse Total Mensal	R\$ 341.000,00
	PAEFI/Abordagem Social - TOTAL	Nº Unidades CREAS	2.083
		Capacidade de Atendimento	117.890
		Repasse Total Mensal	R\$ 14.277.300,00
	Medida Socioeducativa - MSE	Nº de Municípios	903
		Capacidade de Atendimento - Adolescentes	69.960
		Repasse Total Mensal	R\$ 3.855.272,00
	PAEFI/Abordagem Social + MSE	Total Mês de Cofinanciamento CREAS	R\$ 18.132.572,00
Previsão de Repasse Anual		R\$ 213.498.864,00	

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua	Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	Nº de Municípios	76
		Nº de Unidades	89
		Capacidade de Atendimento	6.000
		Repasse Total Mensal	R\$ 1.157.000,00
		Previsão de Repasse Anual	R\$ 13.884.000,00

Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI	Nº de Municípios	3.597
	Crianças/Adolescentes inseridas no CadÚnico	853.758
	Repasse Total Mensal	R\$ 21.530.500,00
	Previsão de Repasse Anual	R\$ 258.366.000,00
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas Famílias	Nº de Municípios	1.558
	Repasse Mensal - Municípios	R\$ 6.393.916,25
	Repasse Mensal - Governo Estadual	R\$ 54.583,88
	Repasse Total Mensal	R\$ 6.448.500,13

	Previsão de Repasse Anual	R\$ 77.382.001,56
Acolhimento Crianças/Adolescente e Idosos	Nº de Municípios	848
	Capacidade de Atendimento (vagas) - Municípios	38.420
	Repasse Mensal - Municípios	R\$ 3.974.292,20
	Capacidade de Atendimento (vagas) - Governo Estadual	2.100
	Repasse Mensal - Governo Estadual	R\$ 456.378,55
	Capacidade de Atendimento (vagas) - Total	40.520
	Repasse Total Mensal	R\$ 4.430.670,75
	Previsão de Repasse Anual	R\$ 53.168.049,00
	Acolhimento - População de Rua	Nº de Municípios
Capacidade de Atendimento (vagas)		13.900
Repasse Total Mensal		R\$ 1.030.000,00
Previsão de Repasse Anual		R\$ 12.360.000,00

Fonte: MDS, 2011d.

5.6.1 Integração do Programa Bolsa Família ao SUAS

Neste sentido, esta seção dedicar-se-á a analisar um aspecto de relevância no processo de consolidação das políticas de assistência social no Brasil: a integração da transferência de renda no SUAS. O Programa Bolsa Família desde sua criação em 2003 vem se expandido consideravelmente, em julho de 2006, alcançou a meta de beneficiar 100% das famílias abaixo da linha de pobreza estabelecida para elegibilidade ao programa, chegando a uma cobertura de 11,1 milhões de famílias. Ademais, a adoção do cadastro único e do maior controle do cumprimento das condicionalidades por parte das famílias refletiram a inclusão da parcela mais pobre a proteção social e, também, ao mercado de consumo popular.

Este contexto refletiu em altos índices de aprovação conseguidos pelo Presidente Lula, e deixou em segundo plano a disputa ideológica entre focalização versus universalismo,

acarretando no apoio político necessário a proposta de ampliação da cobertura do bolsa família.

Tabela 4. Relatório Detalhado dos Programas Sociais – Transferência de Renda.

Ano de Referência: 2010			
Dados Gerais			
População (Censo 2010)		190.755.799	
Quantidade de Municípios		5.565	
Transferência de Renda			
Programa	Famílias	Repasse do mês dez/10	Repasse acum. até dez/10
Bolsa Família	12.778.220	1.239.042.080,00	14.372.702.865,00
Cartão Alimentação	6.934	346.700,00	4.802.700,00
Total	12.785.154	1.239.388.780,00	14.377.505.565,00
Estimativa de Famílias Pobres - Perfil Bolsa Família. (Pnad 2006): 12.995.195 / Cobertura: 98,33%			
Estimativa de Famílias de Baixa Renda (Pnad 2006): 22.231.781 / Cobertura: 86,53%			
		Referência do mês dez/10	
Cadastro Único	Total de Famílias Cadastradas		20.813.445
	Total de Cadastros Válidos		-
	Total de Cadastros Atualizados		-
	Total de Famílias Cadastradas com renda per capita mensal de até 1/2 salário mínimo		19.237.446
	Total de Cadastros Válidos com renda per capita mensal de até 1/2 salário mínimo		-
	Total de Cadastros Atualizados com renda per capita mensal de até 1/2 salário mínimo		-
	Total de Famílias Cadastradas com renda per capita mensal de até R\$ 140,00		17.204.256

Fonte: MDS, 2011d.

Desde o período de criação do PBF em 2003 até 2010, o orçamento do programa gerido pelo MDS passou de R\$ 3,4 bilhões para R\$ 14,3 bilhões. O programa fechou o ano de 2010 com 12,7 milhões de famílias atendidas, quase 50 milhões de brasileiros e atende a famílias com renda de até R\$ 140 por pessoa, consideradas pobres, e de até R\$ 70 per capita, em extrema pobreza. Os benefícios variam de R\$ 22 a R\$ 200 dependendo da renda e do tamanho da família, e a média do benefício é de R\$ 97,00 (MDS, 2011d).

Mapa Comparativo da cobertura do Bolsa Família 2004 - 2012

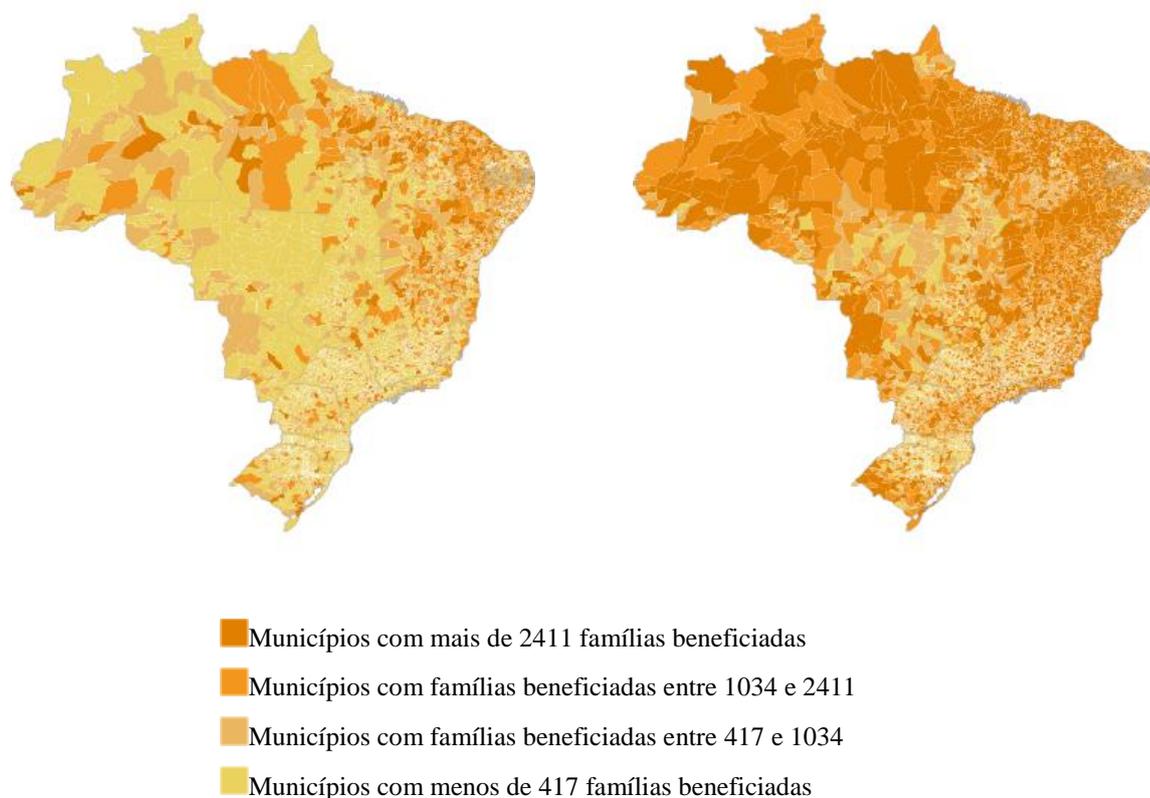


Figura 6. Mapa Comparativo da cobertura do Bolsa Família 2004 – 2012.

Fonte: MDS, 2011d

O aumento da cobertura do PBF e do SUAS são os elementos definidores da política nacional de assistência social no país do final dos anos de 2000. Os programas de transferência de renda direta, BPC, PETI e os demais unificados no PBF, constituem respostas extremamente importantes para a sobrevivência das famílias pobres e alívio imediato da pobreza. No entanto, há riscos e vulnerabilidades sociais que atingem as famílias e indivíduos que extrapolam a dimensão da renda. Portanto, o grande desafio do SUAS neste período é a integração do PBF ao SUAS, especialmente para que beneficiários tenham autonomia financeira. Por isso, há necessidade da oferta simultânea da renda mínima a serviços sócio-assistenciais que promovam a proteção de direitos, a redução da vulnerabilidades e a autonomia e emancipação das famílias e indivíduos.

Considerando este contexto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou a Resolução CIT n° 7, de 10 de setembro de 2009 para a implantação nacional do Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do SUAS, que estabelece procedimentos necessários para garantir a oferta prioritária de serviços

socioassistenciais para os beneficiários dos programas de transferência de renda (PBF, PETI e BPC). O Protocolo se baseia na PNAS/2004, que estabelece a composição de benefícios da política de assistência social dividida em três componentes: o BPC, os benefícios eventuais e a transferência de Renda, no sentido de promover maior articulação entre os benefícios e os serviços socioassistenciais que, embora tenham surgido de maneira relativamente independente, dirigem-se a um público coincidente.

O protocolo pressupõe que o descumprimento das condicionalidades no PBF ou no PETI constituem situações reveladoras do alto grau de vulnerabilidades das famílias e, portanto, orienta para necessidade de atendimento socioassistencial. Ressalte-se que a gestão integrada entre serviços e benefícios consiste em por um lado, o acompanhamento das famílias beneficiárias de transferência de renda deve favorecer o encaminhamento destas para os serviços, quando for o caso, e por outro lado, este mesmo acompanhamento deve identificar potenciais beneficiários do PBF, PETI e do BPC e tomar as providências para garantir o acesso ao benefício. A dificuldade que se impõe é o fato de a operacionalização dos serviços assistenciais é feita pelos municípios e estados, enquanto a gestão dos benefícios é feita pelo MDS, portanto, há distintas autonomias na gestão dos dois instrumentos que precisam ser coordenadas para uma gestão mais integrada (IPEA, 2011, pp. 55-58).

5.6.2 Controle Social e os Conselhos de Assistência Social

As ações do SUAS são realizadas nas três esferas de Governo e em parceria com sociedade civil, organismos internacionais e instituições de financiamento. Os conselhos gestores de políticas de assistência social são espaços públicos de composição plural e paritária entre governo e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, presentes nas esferas federal, estadual e municipal de governo, cuja função primordial é a inclusão da participação democrática da população na formulação e controle da execução das políticas públicas. Segundo a Lei nº 8.742/1993, com alterações da Lei nº 12.435/2011, cabe ao órgão gestor da assistência social a qual o conselho está vinculado garantir os recursos materiais, humanos e financeiros para o pleno funcionamento do conselho. Ademais, os conselhos estaduais e municipais devem, além de acompanhar a execução da política de assistência social, apreciar e aprovar a proposta orçamentária do âmbito de atuação (MDS, 2011b, p. 100)

Um fato se destaca para o fortalecimento da participação e do controle social na política de assistência, a realização da VII Conferência Nacional de Assistência Social, no final do ano de 2009, com o tema “Participação e Controle Social no SUAS”. Com a participação de gestores governamentais, sociedade civil, usuários e profissionais da assistência que aprovaram 57 deliberações visando o maior participação e controle social no âmbito do SUAS, especialmente no que tange a baixa representação de usuários e de trabalhadores nos conselhos e a insuficiência de infraestrutura física, material e técnica para a estruturação dos conselhos estaduais e municipais conforme estabelecido na legislação (CNAS, 2009). Destaca-se, ainda, uma mudança na atuação do CNAS, a partir da alteração legal que desloca a Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) do Conselho para os ministérios, permitindo que o CNAS concentre-se em sua função principal: o controle e participação social na política nacional de assistência social (IPEA, 2011, p. 61).

Com relação aos Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS), o Censo SUAS (MDS, 2011b, pp. 101-103) mostra que 94% dos municípios brasileiros já possui conselhos, o que indica avanço na participação da sociedade na política de assistência social, e contam com uma razoável infraestrutura, no entanto, tem um reduzido quadro de recursos humanos. Em média há uma composição de dezoito membros divididos entre titulares e suplentes, que em 96,7% dos municípios são paritariamente representados pelo governo e pela sociedade civil, sendo na sociedade civil dividi-se entre dois representantes de entidades de assistência social, um representante de usuários e um representante de trabalhadores da assistência social. Porém, aqueles que conselhos que não são paritários, em 70,7% há maior participação da sociedade civil.

No entanto, a simples existência de um conselho não determina o exercício de suas funções. Nesse contexto, a sua regulamentação é fundamental para estabilidade dos conselhos, dos conselhos existentes 81,6% possuem regimento interno, nesse documento, destaca-se a determinação de algumas matérias de relevância ao pleno desenvolvimento dos conselhos: processo de eleição dos conselheiros representantes da sociedade civil (acima de 80%); detalhamento das atribuições da secretaria executiva do conselho (acima de 60%); atribuição da mesa diretora ou presidência ampliada (acima de 60%); temas que devem ser regulamentados por meio de resolução do conselho (acima de 55%). Contudo, os itens da periodicidade das reuniões das comissões e procedimentos para criação de grupos de trabalho são as temáticas menos regulamentadas nos regimentos existentes.

O gráfico 4 mostra que o cargo de secretário executivo dos CMAS é formalizado em 46,5% dos conselhos municipais por meio de portaria, decreto ou lei, em 21,8% é formalizado por outro tipo de documento. Contudo, o montante de 31,7% não é formalização em nenhum instrumento legal, demonstrando a fragilidade da institucionalização dos Conselhos em um número expressivo de municípios.

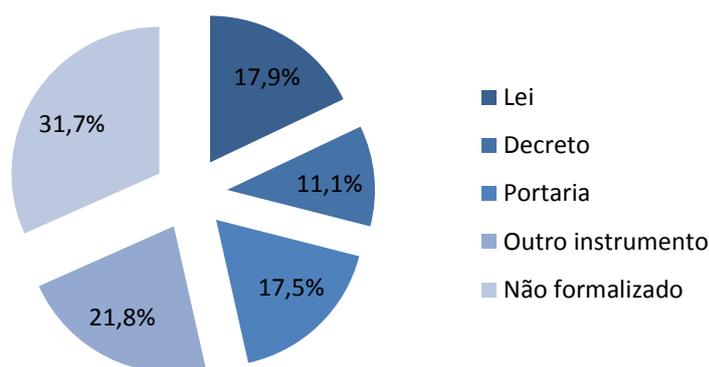


Gráfico 4. Percentual de conselhos municipais segundo o tipo de instrumento legal que formaliza o cargo de secretário (2010).

Fonte: MDS, 2011b, p. 103.

Em relação às atividades realizadas pelos conselhos, nos municípios de pequeno porte, 93% as ações são focadas para acompanhamento do Bolsa Família e nos municípios grandes destacam-se as atividades de natureza deliberativas e de fiscalização. Porém, em todos os municípios, as atividades predominantes dos conselhos é a apreciação do Plano de Ação Municipal e da execução financeira.

Já os Conselhos Estaduais de Assistência Social (CEAS), que têm a função de acompanhar a execução da política de assistência social, apreciar e aprovar a proposta orçamentária no âmbito estadual, estão mais estruturados do que os conselhos municipais. Os CEAS estão presentes em todos os estados e no Distrito Federal, possuem representação paritária do governo e da sociedade, todos possuem regimento interno e 86% tem estabelecidas reuniões mensais. No entanto, em apenas vinte e uma há previsão de recursos específicos pelos governos estaduais para manutenção dos conselhos e em apenas vinte e duas unidades federativas há a formalização do cargo de secretário por instrumento legal.

Destaca-se que nos 16 estados onde há plano de assistência social, todos foram aprovados pelo respectivo conselho, e sua atividade mais frequentemente realizada pelos

conselhos é avaliação ou fiscalização da rede de assistência social. Apesar de 88,8% dos gestores estaduais apresentam o relatório de aplicação dos recursos dos Fundos de Assistência Social pelo menos uma vez ao ano aos conselhos, há seis estados em que o conselho não participa da aprovação da proposta orçamentária anual. Outra esfera de negociação e pactuação da gestão do SUAS entre os gestores das esferas federativas é a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no entanto, há nove estados que participam sem regularidade e dois que não as acompanham (MDS, 2011b, pp. 151-152). Há uma necessidade de aprimoramento dos conselhos de assistência social, pois o conselho não pode simplesmente existir, precisa ser um instrumento efetivo em suas ações para que possa funcionar como mecanismo de participação e controle social.

5.6.3 Panorama dos recursos humanos

Os recursos humanos envolvidos com a execução do SUAS é composta pelo quadro do governo federal, mas precisamente lotado no MDS, e principalmente nos CRAS e CREAS nos estados e nos municípios, além do quadro das secretarias estaduais e municipais responsáveis pela assistência social. No que pese a dificuldade de ter acesso a dados confiáveis e completos dos recursos humanos de todos os municípios e estados, para fins de avaliação da evolução e composição dos recursos humanos atuantes na assistência social no Brasil de 2004, ano de criação do MDS, a 2010, esta pesquisa não utilizará os quadros das secretarias estaduais e municipais.

Nas tabelas abaixo, apresenta-se a composição de recursos humanos do MDS no referido período. Observa-se que no ano de criação do ministério, o órgão não possuía servidores efetivos próprios, apenas requisitados, e a composição majoritária era de servidores comissionados. No entanto, em 2010, apesar do órgão já contar com servidores efetivos próprios, houve um crescimento em número absoluto de terceirizados contratados, e uma manutenção da participação majoritária dos cargos em comissão nos recursos humanos.

Tabela 5. Dados de recursos humanos consolidados do MDS (2004)

Recursos Humanos consolidado MDS - 2004		
Tipologias dos Cargos	Quantidade de Lotação	%
Servidores efetivos (requisitados)	41	4,5
Servidores comissionados	526	57,5

Terceirizados	347	38,0
Total	914	100

Fonte: MDS, 2005b.

Tabela 6. Dados de recursos humanos consolidados do MDS (2010)

Recursos Humanos consolidado MDS - 2010		
Tipologias dos Cargos	Lotação Ingressos em	%
Servidores efetivos	243	24,3
Servidores comissionados	481	48,1
Terceirizados	276	27,6
Total	1000	100

Fonte: MDS, 2011e.

No período houve um crescimento de apenas 9,4% no quadro do ministério. Cabe destacar que o órgão desde sua criação conta para execução de atividades muitos consultores advindos de Projeto de Cooperação Técnica Internacional com organismos internacionais, que, no entanto, o quantitativo não aparece nos relatórios de gestão. Deve-se ponderar, ainda, o fato de que apenas os programas de transferência de renda direta são executados diretamente pelo MDS, que no entanto o papel de inserção de beneficiários no cadastro único para programas sociais é realizada pelas prefeituras. Portanto, grande parte das ações que integram o SUAS são implementadas pelos CRAS e CREAS estaduais e municipais.

Houve forte expansão do número de trabalhadores atuantes nos CRAS e CREAS. No período de 2007 a 2010, o contingente no CRAS passou de 25,8 mil para 51,7 mil trabalhadores, representando um aumento de 19,1% ao ano, além de um aumento considerável dos funcionários estatutários, fato que reduz a rotatividade de pessoal. No entanto, esta parcela de trabalhadores representava apenas 30,7% dos recursos humanos de todas as unidades do CRAS no ano de 2010 (MDS, 2011b, p. 35).

Esta realidade, também, está presente nas unidades do CREAS, dados do MDS (2011b, p. 69) apresentam que os recursos humanos com vínculo estatutário representam 31% do total de 14.643 funcionários e estão concentrados nos municípios de porte populacional grande e nas metrópoles. Portanto, dado a predominância de vínculos frágeis do quadro de recursos humanos do SUAS nas três esferas, este critério no que tange a institucionalização do SUAS, ainda, carece de fortalecimento.

5.6.4 Financiamento da Assistência Social

Um dos aspectos relevantes quanto à institucionalização de uma política é o estabelecimento de seu financiamento regular. A Constituição Federal estabelece que a política de assistência social, assim como as demais políticas de seguridade social, devem ser financiadas com recursos provenientes dos orçamentos da União, do Distrito Federal, dos estados e municípios e das diversas contribuições sociais.

Para a gestão da Política Nacional de Assistência Social, recursos da união são alocados no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), e dos demais entes alocados em seus fundos respectivos. Os recursos do FNAS são transferidos regularmente para os fundos estaduais e municipais por meio de convênios e contratos de repasse, conforme estabelecido na NOB-SUAS/2005. O governo federal assume a totalidade do custeio das ações de transferência de renda direta – BPC, RMV e PBF, apesar de alguns governos locais adotarem programas próprios de transferência de renda que complementam o valor da transferência federal, enquanto que as outras ações no âmbito do SUAS é compartilhada pelas três esferas de governo. No entanto, deve-se destacar que 100% do financiamento do BPC e do RMV advém dos recursos do FNAS, enquanto o PBF utiliza recursos próprios do MDS.

Nas gráficos 5 e 6, apresenta-se a evolução da despesa liquidada no âmbito da assistência social. No entanto, é importante destacar que no período 1988-1999, a função assistência estava integrada a previdência social no âmbito do orçamento fiscal e da seguridade social. Por isso, no ano de 2000 há uma redução substancial da despesa, quando se as duas políticas passam a ser funções separadas.

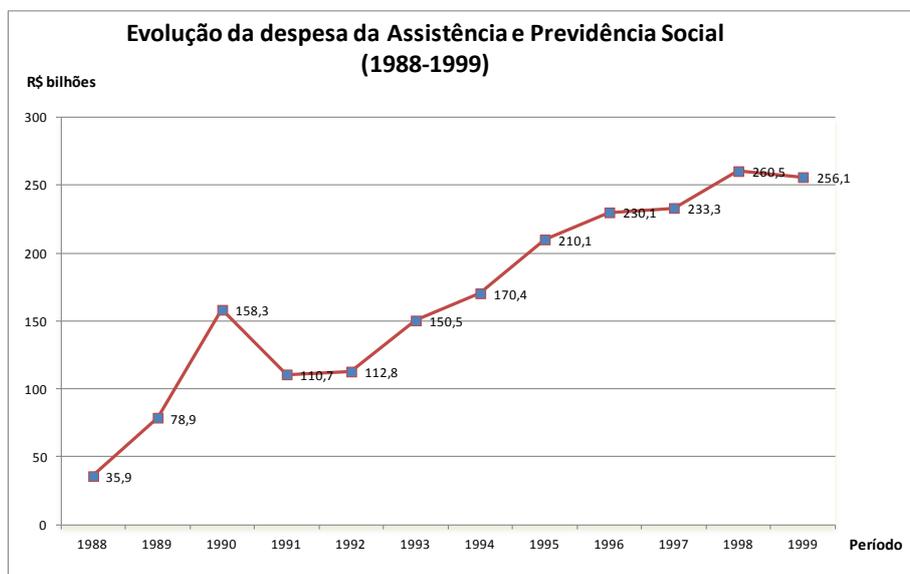


Gráfico 5. Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados¹, na função Assistência e Previdência Social – 1988-1999 ².

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC. Elaboração própria.

¹ Valor atualizado com base no IGP-DI

² Até 15/01/89 = Cruzado (Cz\$ 1,00 = Cr\$ 1.000,00)

A partir de 16/01/89 até 30/06/94 = Cruzado Novo (NCz\$ 1,00 = Cz\$ 1.000,00)

A partir de 01/07/94 = Real (R\$ 1,00 = CR\$ 2.750,00)

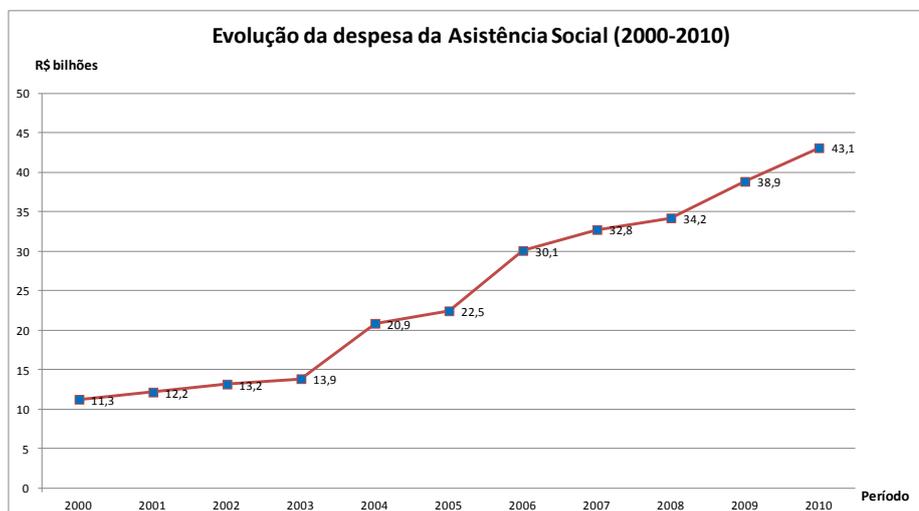


Gráfico 6. Evolução da despesa líquida executada, a partir dos valores atualizados¹, na função Assistência Social – 2000-2010.

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC. Elaboração própria.

¹ Valor atualizado com base no IGP-DI.

O crescimento da despesa executada na assistência social é sutil no período de 2000 a 2003, no entanto, em 2004, no ano de criação do MDS, há um aumento de mais de 15% do recursos executados em relação ao ano anterior, e os anos subsequentes o orçamento cresce principalmente em face do aumento da cobertura do BPC e do PBF. Destaca-se que o Governo federal executou um orçamento de R\$ R\$11,3 bilhões em 2000, ano base de separação da função assistência da previdência social, R\$ 13,9 bilhões em 2003, primeiro ano do PBF, R\$ 22,5 bilhões em 2005, primeiro ano do SUAS. No entanto, o grande incremento de execução foi o ano de 2006, quando o PBF atingiu a 100% das famílias abaixo da linha de pobreza estabelecida, em que o orçamento da assistência social atingiu R\$ 30,1 bilhões, depois manteve um crescimento linear alcançando a execução de R\$ 43,1 bilhões em 2010.

A tabela 7 apresenta o detalhamento da execução orçamentária do MDS, em valores nominais, por programas no ano de 2009.

Tabela 7. Execução orçamentária dos programas sob responsabilidade do MDS, por unidade orçamentária (valores nominais) – 2009.

Programas	Recursos do FNAS (milhões R\$)	Recursos do MDS	Total	Participação dos programas no gasto total (%)
Proteção Social Básica	19.538	4,9	19.543	58,6%
BPC+RMV	18.712	-	18.712	56,1%
Demais ações	826	4,9	831	2,5%
Proteção Social Especial	542,9	-	543	1,6%
Transferência de Renda com condicionalidades - PBF	-	12.305	12.305	36,9%
Economia Solidária em Desenvolvimento	-	39	39	0,1%
Segurança Alimentar	-	735,6	735,6	2,2%
Despesas administrativas, de gestão e judiciais	-	169	169	0,5%
Total	20.081	13.258,40	33.334	100%

Fonte: adaptado de IPEA, 2011, p. 76¹.

Ao analisar a execução orçamentária do MDS no ano de 2009, observa-se que a execução do BPC, RMV e PBF representa 93% dos recursos totais do ministério, reflexo do fato que o governo federal custeia a totalidade dos recursos para os programa de transferência de renda direta e que os dois primeiros benefícios são de cobertura universal. No entanto, a maior parte dos demais programas é financiado com recursos do FNAS. Cabe destacar que a PSB e a PSE apresentam os mais baixos níveis de execução entre os programas do MDS, já que conforme a repartição entre os entes federados são ações de implementação descentralizada, indicando possivelmente as dificuldades institucionais para execução no nível local.

5.7 DESAFIOS DO SUAS

A institucionalização da política de assistência social no Brasil tem sido objeto de esforços contínuos nos últimos anos, que se materializaram na maior blindagem legal das intervenções públicas e na ampliação do número de programas, benefícios e serviços dirigidos à população em situação de vulnerabilidade social e violação de direitos. A assistência social adquire novo status, afastando-se das práticas filantrópica e assistencialista, no entanto, cabe

destacar que todos os avanços apontados durante este trabalho no sentido da institucionalização do SUAS, implementado a partir de 2005, contrapõem-se a séculos de assistencialismo contra dezessete anos de LOAS até o ano de 2010.

Portanto, há muitos desafios para a institucionalização do SUAS e da política nacionais de assistência social, especialmente quanto: a capacidade de oferta de benefícios assistenciais como direitos, a gestão derivada do federalismo cooperativo, o financiamento dos serviços assistenciais, controle social e a integração dos vários benefícios assistenciais, especialmente quanto a integração da transferência de renda aos serviços ofertados no âmbito da PSB e da PSE.

A evolução da oferta dos benefícios e dos serviços assistenciais tem sido planejada e implementada a partir da perspectiva de que estes representam direitos sociais não contributivos. No entanto, nem todos são garantidos como direitos sociais na Constituição ou em legislações infraconstitucionais, o que não implica em recorrer a mecanismos judiciais para a exigência de sua disponibilidade imediata, mas organiza o planejamento governamental e o aperfeiçoando instituições para a realização daqueles direitos. Situação diversa do BPC, que é uma garantia universal prevista na constituição, e por isso, vem crescentemente sendo concedida por meios judiciais.

Portanto, a afirmação legal de direitos sociais aos demais benefícios assistenciais introduziria a uma série de dificuldades a ação do Estado, especialmente no Brasil, que possui déficits de acesso ao mercado de trabalho e uma grande parcela da população em condições de pobreza e vulnerabilidade social. As dificuldades centrais encontram-se quanto a questão da ampliação do financiamento público e do aprimoramento da gestão compartilhada entre os entes federativos para a oferta mínima e continuada de serviços e benefícios a população elegível em todo o território nacional (IPEA, 2009, pp. 223-224).

Os dois problemas estão intimamente ligados, o financiamento e gestão do SUAS são compartilhadas entre as três esferas federativas, porém, há uma grande diferença diversidade orçamentária, fiscal e gerencial entre os municípios e estados brasileiros, são enormes os problemas de governança e implementação descentralizada das políticas sociais. Apesar da implementação do SUAS e do Programa Bolsa Família vem reforçando o aparato institucional e organizacional dos municípios e estados, carece-se de uma legislação federal sobre a aplicação mínima de recursos próprios por parte das esferas de governo, como ocorre na política de saúde. A maior parte da regulamentação sobre a construção do SUAS foi realizada

por resoluções do CNAS, portarias ministeriais e normas operacionais, que possuem um status legal mais frágil e o aporte de recursos por parte dos estados e municípios terminam refletindo decisão voluntária dos líderes políticos, de sua capacidade organizacional e financeira e dos incentivos federais ao cumprimento de suas atribuições na gestão do SUAS.

O governo federal tem se concentrado na coordenação, normatização geral do SUAS e no apoio financeiro às ações, a execução dos programas e dos serviços majoritariamente é realizada pelos municípios, enquanto os estados tem uma fraca participação na gestão do sistema quanto ao apoio técnico insuficiente aos municípios, na omissão de muitos estados na oferta de serviços regionalizados e na irregularidade do cofinanciamento dos serviços socioassistenciais. Portanto, sem uma definição constitucional de patamares mínimos de financiamento dos recursos por cada ente federativo e da divisões de competências entre os entes federativos subnacionais o cofinanciamento continuará bastante variável e a descentralização instável. Impossibilitando que o SUAS atinja um patamar mais alto de institucionalização (IPEA, 2011, pp. 80-83).

Outro desafio importante para a consolidação da política nacional de assistência social é a integração entre os vários programas de benefícios e serviços sócio-assistenciais, incluindo a articulação dos benefícios monetários de garantia de renda com as demais oferta de serviços de proteções de situações de violação de direitos e vulnerabilidade, não restritas ao combate à pobreza. As principais dificuldades de integração originam-se nas diferentes formas de gestão destes programas entre as esferas federativas e o risco de associar, de maneira excessiva e mesmo punitiva, os serviços ofertados no campo socioassistencial como condição para garantir ou legitimar seu acesso aos benefícios monetários, e não como melhora das condições de vida e bem-estar das populações beneficiárias, ou visando construir as portas de saída para seus usuários no sentido superação de suas vulnerabilidades e a ampliação de sua autonomia financeira e social (IPEA, 2009, pp. 229-231).

A partir da análise do processo de institucionalização da assistência social, cabe destacar que ainda são expressivos os desafios do SUAS. Contudo, já representam uma ruptura do modelo secular de proteção social clientelista, e efetivam o reconhecimento da política de Assistência Social operada sob princípios do direito social, da responsabilidade pública, da descentralização e da participação social.

6 ANÁLISE COMPARATIVA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DO SUAS

Ao longo dos capítulos anteriores apresentou-se em detalhe o rastreamento de processos da trajetória do SUS e do SUAS, o que já permite apontar que houve diferenças consideráveis na formulação da agenda e na institucionalização da política pública de assistência social em comparação a de saúde no Brasil, apesar de terem a Constituição Federal de 1988 como um momento crítico legal comum. Essas divergências podem ser explicadas pelo papel das instituições e dos empreendedores políticos, a forma que se estruturaram enquanto redes sociais ou grupos, a confluência dos fluxos necessários a formação de um problema político, os processos históricos, a dependência das trajetórias e os momentos críticos ou janelas de oportunidade.

Conforme as categorias de Streeck e Thelen (2005) dos processos de mudança, pode-se enquadrar a institucionalização do SUS e do SUAS como incremental, que tiveram, a depender da fase do processo e das variáveis independentes, como resultado: a) continuidade da política, pela reprodução por adaptação; b) como mudanças institucionais pelas transformações graduais. As mudanças institucionais graduais são explicadas pelos conflitos internos e contínuos nas instituições, em que novas políticas são institucionalizadas ao longo do tempo por meio de um somatório de mudanças incrementais.

Ao longo do processo da institucionalização dos dois sistemas únicos, houve uma combinação de três tipos de mudanças incrementais, segundo as categorias de Mahoney e Thelen (2010): estratificação, redirecionamento e conversão. Ao mesmo tempo, introduziu-se todo um conjunto de novas normas, manteve-se antigas regras que tiveram seus resultados alterados em face de negligenciamento de observância ou manipulação de interpretação ou de execução pelos atores, ou, ainda, devido a alterações no contexto político, na própria instituição ou na trajetória da política.

Este estudo de caso comparativo e longitudinal do SUS e do SUAS objetiva verificar diferenças e semelhanças na evolução das mudanças institucionais das duas políticas ao longo do tempo, por isso, os atores, as instituições, o contexto e a trajetória serão analisadas comparativamente para que ao longo do capítulo final possa-se concluir se os resultados da institucionalização dos dois sistemas são isomórficos.

O contexto político de redemocratização da década de 1980 criou o “solo fértil” e o “clima nacional” para a abertura janelas de oportunidades para a entrada da reforma de políticas sociais na agenda política, segundo o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon (2003), pois convergiu os três elementos que afetam a agenda de governo: 1) clima ou humor nacional; 2) forças políticas e grupos de interesse, e 3) mudanças no governo no período de redemocratização. Contudo, esse contexto afetou diferentemente os setores da saúde e da assistência social. O movimento pela criação de um sistema único e universal de saúde aproveitou o contexto para emplacar o início deste sistema já no ano de 1990 e não só no texto constitucional, o que não aconteceu na assistência social. Apesar de a variável contexto ser comum e favorável a mudança das duas políticas, o papel das demais variáveis explicam a defasagem temporal entre a criação e consolidação dos dois sistemas: trajetória, atores e instituições anteriores.

O papel dos empreendedores políticos em cada setor mostrou-se bastante diverso. Na saúde, o movimento sanitarista foi uma rede bastante coesa, organizada e estruturada que conseguiu representar um universo grande de cidadãos que necessitavam de atendimento médico-hospitalar gratuito. Já a clientela da política de assistência social é uma população grande, dispersa, com pouco poder de vocalização, baixa estima e escolaridade, sem representantes bem organizados para levar a suas demandas a agenda governamental. Apesar da organização das comunidades epistêmicas na década de 1990, especialmente, em torno do movimento “Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida”, o baixo empoderamento dos empreendedores políticos da assistência social não conseguiu transformar a existência de um “clima nacional” favorável ao processo de mudanças na política de assistência social em políticas públicas reformistas.

Ademais, o movimento sanitarista, enquanto ator subversivo, ao infiltrar-se nas instâncias estatais, conseguiu que o tema da saúde fosse pautado nacionalmente como um problema político e instituiu os princípios iniciais do SUS no contexto político. Ademais, as condições políticas eram favoráveis para a mudança, havia uma trajetória anterior da política iniciada nas conferências de saúde da década de 1940 e havia um paradigma ideológico apresentando as soluções possíveis, dessa forma, a política nacional de saúde emergiu como uma política *top-down*.

Em contraste com o setor de saúde, que desde a década de 1940, o consenso sobre as bases e princípios que guiaram a concepção e implementação do SUS vinha se estruturando, a assistência social, ainda, era vista como uma ação filantrópica pela maioria da população

brasileira, e a mudança cultural é um processo demorado, acumulativo e que encontra muitas resistências. Portanto, apesar das estatísticas alarmantes de pobreza e exclusão social, não havia um humor nacional, já que esses dados, ainda, não estavam na pauta principal da mídia e os grupos de interesse estavam dispersos e em grande parte atuando como atores oportunistas dos sistema clientelista. Ademais, se a formulação de políticas depende de existir solução para o problema público e consenso na definição das opções de políticas, as possíveis soluções para o problema da proteção social não eram bem estruturadas e geravam discórdia interna nas redes sociais que tentavam promover a reforma do setor.

No contexto da assembleia Constituinte, havia uma expectativa que as reformas da saúde seriam do tipo *big bang* ou abruptas, que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema, mas apesar do grande avanço que a carta magna significou as medidas de criação e implementação do SUS foram tomadas e aplicadas em processos incrementais de mudanças sucessivas ao longo das duas décadas seguintes, com avanços e retrocessos em face dos constrangimentos do sistema político e dos constrangimentos institucionais.

Portanto, essas variáveis determinaram a lacuna temporal na confluência dos três fluxos para a entrada da assistência social na agenda decisional do governo em comparação a saúde. De fato os avanços na área da assistência social foram mais lentos e intermitentes que na saúde, por exemplo, passaram-se mais de dez anos entre a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social em 2004, enquanto que a implementação do SUS começou logo no início da década de 1990, enquanto que o SUAS apenas quinze anos depois. A confluência dos três fluxos só ocorreu no início do Governo Lula quando houve simultaneamente indicadores alarmantes que chamaram a atenção para o problema, um clima político favorável para a mudança, viabilidade técnica e aceitação pela sociedade da proposta do SUAS.

Os programas de transferência de renda fortaleceram o debate público sobre os temas da pobreza, de desigualdade e de outras políticas sociais no fim da década de 2000. Ao dar visibilidade à parcela substancial de vulneráveis no país, os programas terminaram por destacar a insuficiência da assistência social e por reforçar os benefícios sociais como direitos na agenda pública. Embora grande parte do debate sobre as políticas sociais tenha se dado em torno do Programa Bolsa Família, esse processo ocorreu junto a mudanças no serviços sócio-assistenciais. Essas mudanças apresentaram-se bastante lentas na primeira década após a promulgação da Constituição atual, mas as reformas incrementais iniciaram-se no Governo

FHC e se tornam estruturais a partir do Governo Lula, gerando uma grande reestruturação na gestão dos programas através da descentralização e da ampliação da participação social, seguindo o modelo da área da saúde.

Concomitantemente, estruturaram-se novas arenas e atores mobilizados em conferências, fóruns, e conselhos na formulação e implementação das políticas sociais que pressionam pela construção de um sistema de assistência social de caráter público e universal. No entanto, somente a partir da criação do MDS, que os programas de transferência de renda passam a se articular ao sistema de assistência social, compondo um sistema de proteção social dual, dividido entre a opção pela focalização no Bolsa Família e o universalismo da Política Nacional de Assistência Social.

Verificamos pela comparação histórica da organização do SUS, que essa política foi dispare no contexto das políticas sociais a partir da década de 1980, em que empreendedores políticos conseguiram transformar a trajetória da política. As mudanças incrementais refletiram as lutas políticas em um processo *bottom-up* reforçado pela redemocratização do país e do momento crítico de mudança que representou a promulgação da Constituição Federal de 1988, somado a infiltração dos sanitaristas no aparelho estatal. Enquanto que as configurações do sistema assistencial resultaram de uma trajetória que combina processos e conquistas mais graduais, e que tomam força a partir da emergência de novos atores, na eleição presidencial em 2002 do candidato de centro-esquerda do partido dos trabalhadores com uma ampla plataforma eleitoral de transformações da política social, da ampliação das arenas de participação social, da estabilização econômica e, também, da própria estruturação da universalidade na política nacional de saúde.

Como o modelo do SUAS foi baseado no modelo de gestão estabelecido para o SUS, remete-se claramente ao fenômeno do isomorfismo institucional. Conforme já apresentado neste trabalho, DiMaggio e Powel (1983) informam que instituições atuando em uma mesmo contexto e enfrentando problemas similares tendem a convergirem a uma estrutura organizacional bastante semelhante. No entanto, é importante destacar que apesar da criação do SUAS ter sido baseada no modelo do SUS, não há inferências causais que liguem a similaridades entre os sistemas a critérios de eficiência do SUS ou a coercitividade formal ou cultural.

O SUAS tornou-se mais semelhante ao SUS para sobreviver em um ambiente com regras e procedimentos já ajustados e socialmente aceitos no âmbito da política de saúde. O

modelo do SUS não é, necessariamente, o mais eficiente, porém dada a defasagem temporal entre as fases de institucionalização dos sistemas, a saúde já se encontrava legitimada na disputa por alocações de recursos e conflitos federativos. Observa-se, ainda, que esta não foi uma transferência de modelo motivada por questões cognitivas ambientais, por lições apreendidas ou por algum processo coercitivo de outras instituições como indica a teoria tradicional do isomorfismo institucional. Tão pouco a similaridade das políticas resultaram de uma evolução organizacional darwinista a partir do modelo de sucesso do SUS.

Porém, a pesquisa para esta dissertação aponta que o sistema único de assistência social foi baseado no modelo da saúde para evitar conflitos políticos entre grupos políticos e disputas distributivas por recursos escassos comuns que já haviam sido resolvidos na arena da saúde por seus empreendedores políticos, tendo em vista a lacuna temporal de criação dos dois sistemas únicos. Portanto, o isomorfismo entre os sistemas únicos facilitaria a legitimidade institucional da assistência social no âmbito das relações políticas conflituosas. A partir da análise subjacente das disputas de caráter político e da estrutura similar de organização e gestão dos dois sistemas, analisaremos nas seções abaixo a comparação da institucionalização dos dois sistemas a partir das variáveis independentes: trajetórias históricas, características dos contextos, os empreendedores políticos e as instituições formais.

Streeck e Thelen (2005) destacam que as instituições são formadas por tensões e conflitos entre os diferentes atores pela alocação de recursos e há uma dinâmica contínua de conflitos entre atores e diferentes equilíbrios da balança de poder. Nesse sentido, o isomorfismo do SUAS reflete a tentativa de evitar conflitos que já havia sido superados no arranjo para estabelecer o modelo de organização e gestão do SUS. Portanto, o mesmo método que explica a estabilidade também explica a mudança, cabe observar a balança de poder interna às instituições e a disputa entre os atores pelos recursos alocados.

A tabela 8 apresenta um quadro descritivo geral das principais características do SUS e do SUAS, que é um primeiro esforço para detalhar o estudo de cada componente que define a trajetória da institucionalização das duas políticas, e que facilita a verificação do isomorfismo entre os dois sistemas.

Tabela 8. Descrição geral do SUS e do SUAS.

	SUS	SUAS
Criação	1) Constituição Federal de 1988; 2) Lei Orgânica da Saúde (LOS):	1) Constituição Federal de 1988; 2) Lei Orgânica da Assistência

	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.	Social (LOAS): Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
Principais atores	Movimento Sanitário: reúne intelectuais, organizações e associações profissionais da área de saúde e usuários.	Movimento difuso entre organizações e associações de profissionais da área de saúde e usuários.
Beneficiários	Política universal não contributiva: toda a população.	Política pública seletiva e não contributiva : todos aqueles que dela necessitar, identificados como pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade, tais como idosos, crianças e portadores de deficiências.
Estrutura Organizacional	<p>União: Ministério da Saúde (MS).</p> <p>Estados: Secretarias Estaduais de Saúde.</p> <p>Municípios: Secretarias municipais de Saúde.</p> <p>Unidades executoras: MS (órgãos e hospitais vinculados), secretarias estaduais e municipais.</p>	<p>União: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).</p> <p>Estados: Secretarias Estaduais de Assistência Social ou correspondente.</p> <p>Municípios: Secretarias municipais de Assistência Social ou correspondente.</p> <p>Unidades executoras: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) geridos principalmente pelos municípios e subsidiariamente pelos estados, e os programas de transferência de renda são executados pelo MDS.</p>
Conselhos	<p>Conselho Nacional da Saúde (CNS).</p> <p>Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CNSS).</p> <p>Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).</p> <p>Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).</p>	<p>Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).</p> <p>Conselhos Estaduais de Assistência Social (CEAS).</p> <p>Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (CAS/DF).</p> <p>Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS).</p>
Comissões e Conferências	<p>Comissões Intergestores Bipartite.</p> <p>Comissões Intergestores Tripartite.</p> <p>Conferência Nacional de Saúde.</p>	<p>Comissões Intergestores Bipartite.</p> <p>Comissão Intergestores Tripartite.</p> <p>Conferência Nacional de Assistência Social</p>
Aprovação do orçamento	Orçamento proposto pelo executivo deve ser aprovado pelos respectivos conselhos antes de ser encaminhado ao poder legislativo.	Orçamento proposto pelo executivo deve ser aprovado pelos respectivos conselhos antes de ser encaminhado ao poder legislativo.
Fontes de Financiamento	Fundos de Saúde: cofinanciamento entre as três esferas de governo definidas na Constituição Federal e em Lei Complementar.	<p>Fundos de Assistência Social: cofinanciamento entre os três níveis de governo.</p> <p>Recursos próprios do MDS.</p>

	<p>Contrapartida de recursos mínimos para a saúde: 15% da receita dos municípios, 12% da receita de impostos e de transferências dos estados, e da união baseada no ano anterior corrigida pela variação nominal do PIB.</p>	<p>Não há definição constitucional ou de legislação federal que estabeleça recursos mínimos que os entes federados destinem ao SUAS. Há apenas normas operacionais com diretrizes de patamares mínimos de financiamento.</p>
Transferência de recursos	<p>1) Transferência regular e automática, mediante habilitação, entre os fundos: Fundo Nacional de Saúde, Fundos Estaduais de Saúde e Fundos Municipais de Saúde.</p> <p>2) Remuneração por Serviços produzidos: refere-se ao pagamento aos prestadores de serviços ao SUS.</p>	<p>1) Transferência regular e automática, mediante habilitação, entre os fundos: serviços sócio-assistenciais de caráter continuado.</p> <p>2) Celebração de convênios e contratos de repasse: para o apoio a projetos e programas com duração determinada.</p>
Características gerais do sistema	<p>Universalidade.</p> <p>Direito constitucional.</p> <p>Descentralizado.</p> <p>Regionalizado .</p> <p>Gestão compartilhada entre as três esferas de governo.</p> <p>Cofinanciado.</p> <p>Cobertura em todos os municípios brasileiros.</p> <p>Orienta-se pela integração de programas e ações.</p> <p>Participação social no planejamento e avaliação.</p>	<p>Coexistência da universalidade e da focalização.</p> <p>Apenas o BPC é um direito constitucional.</p> <p>Descentralizado.</p> <p>Regionalizado .</p> <p>Gestão compartilhada entre as três esferas de governo.</p> <p>Cofinanciado.</p> <p>Cobertura em todos os municípios brasileiros, mas a não a todos os beneficiários elegíveis.</p> <p>Orienta-se pela integração de programas e ações.</p> <p>Serviços padronizados.</p> <p>Participação social no planejamento e avaliação.</p>
Recursos humanos	<p>Insuficiência numérica de funcionários, especialmente especializados.</p> <p>Grande percentual de vínculos temporários e precários.</p>	<p>Houve forte expansão do número de funcionários no MDS, nos CRAS e CREAS.</p> <p>Grande percentual de vínculos temporários e precários</p>

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.

A tabela 8 destaca que o isomorfismo está presente na forma de criação pelo texto constitucional e princípios orientadores, seguida da regulamentação em leis orgânicas específicas, mas principalmente quanto à estrutura organizacional formada ou, ainda em

formação no caso do SUAS, de financiamento e de gestão entre as três esferas de governo. Em ambas há a presença de conselhos e comissões de gestores, além de contarem com participação da sociedade. Ademais, a fragilidade dos vínculos dos recursos humanos está presente nos dois setores.

No entanto, cabe destacar que mesmo que o resultado alcançado pelos dois sistemas enquanto estrutura organizacional e de gestão seja bastante próximo, a proposição central desta dissertação é que houve diferenças consideráveis no processo de institucionalização do SUS e do SUAS, desde a formulação da agenda, passando pela implementação até a consolidação das políticas públicas. Destaca-se, também, que o SUS é um sistema universal, enquanto que no SUAS há a coexistência da universalidade e da focalização na oferta dos serviços assistenciais.

A partir da descrição geral presente na tabela 8, analisar-se-á em detalhe, nas seções seguintes, as principais variáveis independentes que explicam as mudanças institucionais e o estágio atual da institucionalização das políticas, sobre a perspectiva longitudinal para verificar os trajetos que as instituições produziram, ou seja, como elas estruturam-se e reorganizam-se ao longo do tempo.

6.1 OS EMPREENDEDORES POLÍTICOS

Conforme o modelo proposto por Mahoney e Thelen (2010) há quatro tipos de atores de mudança – insurrecionistas, simbiontes, subversivos e oportunistas – que emergem em diferentes contextos institucionais. Cada um dos atores tem uma relação divergente entre suas atitudes de adesão ou não as regras da instituição no curto prazo e seus objetivos de longo prazo de preservar ou não a instituição em questão.

O tipo e papel dos empreendedores políticos no SUS e no SUAS mostrou-se bastante diverso. Na saúde, o movimento sanitarista foi uma rede social bastante coesa, organizada e estruturada que a partir da década de 70, pela liderança política e intelectual do movimento sanitário, no âmbito do contexto de redemocratização, que se articulou com profissionais da saúde, outros segmentos sociais e governamentais e conseguiu representar um universo grande de cidadãos que necessitavam de atendimento médico-hospitalar gratuito e se infiltrar como atores subversivos nas três esferas do executivo e no legislativo federal para influenciar na mudança das legislações.

O movimento sanitarista atuou, claramente, como subversivos, que são atores que se submetem as regras de uma instituição no curto prazo, apesar de desejarem substituir essa instituição. Por isso, a política de saúde não foi alterada estruturalmente, pois não houve uma substituição das forças políticas, mas apenas a infiltração de representantes do movimento sanitarista em setores do governo. O movimento sanitarista aguardou janelas de oportunidades para agir no sentido de alterar a instituição.

Já a clientela da política de assistência social é uma população grande, dispersa, com pouco poder de vocalização, baixa estima e escolaridade, sem representantes bem organizados para levar a suas demandas a agenda governamental que teve dificuldades de se articularem com organização dos acadêmicos e os profissionais da assistência social. A falta de consenso na definição das opções de políticas de assistência, contrastava com o setor de saúde, que desde a década de 1940 vinham se estruturando o consenso sobre as bases e princípios que guiaram a concepção e implementação do SUS.

Inicialmente, os atores interessados em alterar a trajetória da assistência social brasileira, além de desarticulados, terminavam por atuar, inicialmente, como atores oportunistas, que apesar de não buscarem a manutenção de regras e normas, não as opõem diretamente e estruturalmente. O oportunista termina por propiciar a preservação da instituição por sua inércia de ação, e apenas avançam em mudanças de conversão, em que sem a introdução de novas regras, modificam seus resultados.

Apenas quando o movimento pela assistência social estruturou-se minimamente, especialmente enquanto comunidade epistêmica, e em menor grau de participação de organizações de representação de beneficiários, alteraram-se sua atuação e passaram a atuar como atores subversivos ao iniciar o processo infiltração nas estruturas de governo. Portanto, os atores desejam alterar totalmente a instituição mesmo assim continuavam a seguir as regras institucionais, aguardando o contexto favorável a mudanças.

No entanto, ao longo da trajetória para consolidação dos sistemas únicos, os atores da saúde e da assistência social enquanto tipos de mudança, não se enquadram completamente ao modelo de Mahoney e Thelen (2010). Segundo o modelo, normalmente, os subversivos estão associados com a estratificação, pois encorajam mudanças institucionais por meio da inclusão de novas regras, mas sem excluir o arcabouço anterior. No entanto, na trajetória das duas políticas verifica-se todos os tipos de mudança dependendo do que o contexto político e as instituições existentes permitiam.

Houve várias legislações que foram removidas com a introdução de novos arcabouços legais, como por exemplo, a Constituição Federal de 1988, configurando-se um processo de substituição. No entanto, a maior parte das legislações foi sendo introduzida junto às já existentes, porém, alterando substancialmente a forma que as regras originais e levando a grandes modificações no longo prazo, em um tipo de mudança de estratificação. A edição de algumas normas operacionais levou a mudanças de redirecionamento, pois, em função de novos contexto, alterou-se a implementação de regras existentes.

Ademais, na institucionalização do SUS e do SUAS, verifica-se exemplos de mudanças de conversão quando se modifica o resultado das regras em vigor devido à manipulação da interpretação das regras que produzem novas interpretações e aplicações mais favoráveis aos seus interesses e, assim, atribuem às instituições existentes novos objetivos, funções e propósitos.

6.2 AS INSTITUIÇÕES

Na perspectiva analítica adotada para a interpretação das mudanças institucionais das políticas de saúde e assistência social no Brasil após a Constituição, no estudo longitudinal constata-se que houve alterações substanciais na regulamentação das duas políticas, que refletem alterações nos princípios, estruturação e gestão, que levaram a institucionalização do SUS e do SUAS. Embora tal grau de institucionalização não signifique que o estágio das relações institucionalizadas nos dois sistemas seja imutável ou em que ambos todos os desafios e problemas estejam solucionados.

Não obstante as significativas transformações do SUS e do SUAS, as mudanças legais não significaram uma ruptura completa com o modelo da política anterior. A política de saúde mesmo que presente em todos os municípios, ainda carece de dificuldades em atender toda a população com a qualidade demandada, assim como convive um sistema misto público e privado de atenção à saúde. Portanto, em alguns aspectos, o modelo atual é uma continuidade da política anterior ao movimento sanitarista da década de 1970. As alterações legais representam uma mudança substantiva da trajetória da política, porém, não em sua totalidade, já que as mudanças foram limitadas pela antiga estrutura institucional da saúde contributiva, remetendo ao conceito de dependência da trajetória.

Isso significa que o arcabouço jurídico-institucional, ao mesmo tempo em que inova, também preserva algumas práticas institucionalizadas, refletindo as interações complexas entre as características do contexto político, da instituição em questão e os tipos de agentes de mudança. Na quadro 9, as principais legislações da política nacional de saúde, que foram publicadas ao longo da trajetória da política desde 1988, foram catalogadas, especificando seus conteúdos.

Principais legislações do SUS em perspectiva histórica				
Tipo do normativo	Número do normativo	Ano	Conteúdo	Especificação do Conteúdo
Constituição Federal	-	1988	Organização jurídica fundamental de um Estado	Cria o SUS, estabelece seus princípios e estabelece as competências das esferas de governo.
Lei Federal	8.080	1990	Lei Orgânica da Saúde	Regulamenta a criação do SUS em todo o território nacional e estabelece sua organização.
Lei Federal	8.142	1990	Lei Orgânica da Saúde	Inclui a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.
Resolução INAMPS	258	1991	NOB-SUS 01/91	Orienta a implementação do SUS: mantém a coordenação da gestão do SUS em nível federal, promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos
Portaria do MS	234	1992	NOB-SUS 01/92	Normatiza a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS.
Portaria do MS	545	1993	NOB-SUS 01/93	Sistematiza o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e consequentemente do próprio Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semiplena e duas para os estados: Parcial e Semiplena, além das Comissões Intergestores Bipartite - CIB e Tripartite - CIT, como foros permanentes de negociação e deliberações)
Lei Federal	8.689	1993	INAMPS	Extinguíu o INAMPS e transferiu suas as funções, competências, atividades e atribuições para o SUS
Decreto	1.232	1994	Transferência de recursos	Regulamenta o repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Portaria do MS	1.742	1996	NOB-SUS/96	Promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS
EC	29	2000	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal.	Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde
Portaria do MS	95	2001	NOAS-SUS 01/2001	Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria do MS	373	2002	NOAS-SUS 01/02	Atualiza as prerrogativas da NOAS 01/2001.
Portaria do MS	399	2006	Pacto da Saúde	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Portaria do MS	699	2006	Pacto pela Saúde	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão
Portaria do MS	698	2006	Pacto pela Saúde	Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
Portaria do MS	699	2006	Pacto pela Saúde	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria do MS	3.085	2006	Pacto pela Saúde	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.
Portaria do MS	3.332	2006	Pacto pela Saúde	Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
Portaria do MS	204	2007	Pacto pela Saúde	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Quadro 9. Principais legislações do SUS em perspectiva histórica.

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.

Por meio da análise dos conteúdos das legislações, pode-se inferir que houve evolução incremental da institucionalização do SUS. As legislações federais promoveram uma completa reorganização do setor de saúde nos aspectos de financiamento, descentralização,

gestão e controle social. Antes de avançar no detalhamento destas mudanças, apresentar-se-á o quadro 9, com as principais legislações da assistência social em perspectiva histórica, para que se prossiga a uma análise comparada da mudança das instituições por meio das legislações no SUS e no SUAS.

Principais legislações do SUAS em perspectiva histórica				
Tipo do normativo	Número do normativo	Ano	Conteúdo	Especificação do Conteúdo
Constituição Federal	-	1988	Organização jurídica fundamental de um Estado	Cria o SUAS, estabelece seus princípios, estabelece as competências das esferas de governo e cria um benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso em situação de pobreza
Lei Federal	8.490	1992	Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências.	Cria o Ministério do Bem-Estar Social separando-se as ações de previdência social das de assistência social
Lei Federal	8.742	1993	Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)	Regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Organização da Assistência Social, seu sistema de gestão e seus princípios.
Decreto Federal	1.366	1995	Programa Comunidade Solidária	Cria o Programa Comunidade Solidária
Decreto Federal	1.605	1995	FNAS	Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), instituído pela Loas
Decreto Federal	1.744	1995	Cria o BPC	Regulamenta o dispositivo constitucional que estabelece um benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso em situação de pobreza
Decreto Federal	2.173	1997	Financiamento da Seguridade Social	Aprova o regulamento da organização e do Custeio da Seguridade Social.
Resolução do CNAS	204	1997	NOB-SUAS/97	Conceituou o sistema descentralizado e participativo, ampliou as competências dos níveis subnacionais, propôs a criação de uma Comissão Tripartite.
Resolução do CNAS	207	1998	NOB-SUAS/98	Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS)1998.
Lei Federal	9.720	1998	-	Altera dispositivos da Lei no 8.742, de 1993 que dispõe da LOAS e dá outras providências.
Emenda Constitucional	31	2000	Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	Institui o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza para vigorar até 2010.
Medida Provisória	103	2003	-	Cria o MPAS e, entre outras medidas, estabelece que o Conselho Nacional de Assistência Social

				(CNAS) e o Conselho de articulação de Programas Sociais integrem a estrutura do ministério.
Lei Federal	10.683	2003	-	Altera a denominação inicial do MPAS para Ministério da Assistência Social.
Medida Provisória	132	2003	Programa Bolsa Família.	Criação do Programa Bolsa Família (convertida na Lei nº 10.836, de 2004)
Medida Provisória	163	2004	Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.	Cria o MDS (transformada na Lei nº 10.866 de 2004.)
Resolução do CNAS	145	2004	PNAS/2004	A PNAS/2004 orienta a implementação do SUAS e estabelece que os benefícios da política de assistência social são: BPC, Benefícios Eventuais e Transferência de Renda
Resolução do CNAS	130	2005	NOB-SUAS/2005	Aprova NOB-SUAS/2005 que disciplina: a descentralização administrativa do Sistema, os níveis de gestão de cada esfera, as instâncias que compõem o SUAS, a territorialização da rede, a padronização dos serviços de assistência social, a integração de programas e projetos, e a forma da gestão financeira.

Quadro 10. Principais legislações do SUAS em perspectiva histórica.

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.

A política de assistência social, igualmente a política de saúde, ainda carece de dificuldades na universalização do atendimento a todos os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco. Por meio da análise dos conteúdos das legislações do SUAS, verifica-se uma institucionalização incremental do SUAS ao longo do período estudado (1988-2010). De fato, as legislações promoveram uma nova organização da assistência social, incluindo novo quadro de gestão descentralizado e a participação da sociedade. Portanto, as mudanças nos dois sistemas foram bastante substantivas no período, em ambas alteraram-se os mecanismos centrais da política, todos os aspectos de financiamento, descentralização, gestão e controle social foram repactuados.

Ao analisar comparativamente a especificação do conteúdo das normativas nos dois quadros, três questões chamam mais atenção: a) o lapso temporal entre o SUS e SUAS na implementação dos sistemas; b) não haver previsão na constituição, lei ou decreto federal dos mínimos a serem investidos na assistência social; c) a publicação do “Pacto pela Saúde” com vistas a promover a consolidação e melhorias de gestão do SUS.

Os dois sistemas foram introduzidos na Constituição Federal de 1988, porém, sua implementação dependia de regulamentação por lei específica. A LOS foi aprovada em 1990 e a norma operacional que orienta a implementação (NOB-SUS 01/91) aprovada em 1991, já a LOAS foi aprovada em 1993, e a sua implementação só ocorreu em 2004, com a aprovação da PNAS/2004. Em ambos os casos, a lei específica por si só não permitiu a implementação dos sistemas, dependeram adicionalmente de normas operacionais publicadas como resoluções ou portarias para orientar os movimentos tático-operacionais e esclarecer as relações entre os gestores.

Porém, cabe destacar que as normas operacionais, por mais que normatizem as políticas, são instrumentos normativos infralegais e secundários e não tem o poder de gerar direitos tampouco impor obrigações, apenas podem orientar a realização do direito infraconstitucional. No entanto, o que pese sua posição na hierarquia das normas, as NOB estabeleceram normatizações para as lacunas das leis específicas.

Outra questão de destaque na análise comparada da evolução das legislações dos dois sistemas únicos é não haver previsão na constituição, lei ou decreto federal dos mínimos a serem investidos na assistência social, diferentemente do SUS que teve a inclusão no texto constitucional dos recursos mínimos a serem investidos por cada esfera de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde na EC 29/2000. Deriva-se deste fato a existência de uma fragilidade na institucionalização do financiamento do SUAS.

No âmbito do SUS, a partir do ano de 2006, várias portarias foram publicadas pelo Ministério da Saúde sob o rótulo de “Pacto pela Saúde”. As portarias representam um esforço compartilhado entre gestores, embasados nas recomendações dos Conselhos, de promover melhorias nas relações já institucionalizadas no SUS. Em contrapartida, nesse mesmo período o SUAS, ainda, está na fase de consolidar a PNAS/2004, por meio dos esforços de implementar a NOB-SUAS/2005 quanto a gestão padronizada e descentralizada e a territorialização da rede de assistência social.

Além da interpretação das legislações, enquanto instituições formais, faz-se necessário incorporar outros fatores ao modelo analítico esboçado até agora, que ajudam a explicar as diferenças históricas das duas políticas. Uma variável explicativa endógena importante da inovação institucional é o papel do mundo das ideias. Os sociólogos institucionalistas ressaltam que as crenças e valores são elementos socialmente construídos e que influenciam no processo de institucionalização.

Para os autores DiMaggio e Powell (1983) mudanças institucionais ocorrem quando as instituições estão em discrepância com os valores e códigos culturais legitimados pela sociedade que está inserida, por isso, há necessidade de ajustar as instituição ao sistema cognitivo disseminado. É justamente a legitimidade social por certas opções de estrutura institucional, decisória e de gestão ou organização do financiamento que explicam a existência de estruturas institucionais isomórficas. As novas instituições copiam a formatação de anteriores para evitar conflitos e não precisarem legitimar novos sistemas cognitivos que amparem, por exemplo, outras opções de gestão e financiamento.

Para verificar o quanto as estruturas do SUS e do SUAS são isomórficas atualmente, apresentar-se-á, nos quadros 11 e 12, a estrutura institucional e decisória e os da divisão de competências de gestão entre as esferas de governo e comissões e conselhos em ambos os sistemas, que refletem a trajetória das regulamentações das políticas.

ESTRUTURA DE GESTÃO DO SUS			
Esfera de governo	Gestor	Comissão Intergestores	Colégio Participativo
União	Ministério da Saúde	Comissão Intergestores Tripartite (União, Estado e Município)	Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Estadual	Secretarias Estaduais de Saúde	Comissão Intergestores Bipartite (Estado e Município)	Conselho Estadual de Saúde (CES)
Municipal	Secretarias Municipais de Saúde	-	Conselho Municipal de Saúde (CMS)
Entidades de representação de gestores: Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONAS).			

Quadro 11. Estrutura de gestão do SUS.

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.

ESTRUTURA DE GESTÃO DO SUAS			
Esfera de governo	Gestor	Comissão Intergestores	Colégio Participativo
União	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Comissão Intergestores Tripartite (União, Estado e Município)	Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)
Estadual	Secretarias Estaduais de Assistência Social ou similares	Comissão Intergestores Bipartite (Estado e Município)	Conselhos Estaduais de Assistência Social (CEAS)
Municipal	Secretarias Municipais de Assistência Social ou similares	-	Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS)
Entidades de representação de gestores: Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) e Fórum Nacional de Secretário de Estado de Assistência Social (FONSEAS).			

Quadro 12. Estrutura de gestão do SUAS.

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.

A apresentação da estrutura institucional e decisória do SUS e do SUAS comprova o forte isomorfismo institucional entre as estruturas organizacional e decisória do SUS e do SUAS. No Apêndice A, apresenta-se a divisão legal de competência entre as unidades gestoras da assistência social e saúde, com vistas a analisar se o isomorfismo do organograma de gestão é mantido quanto à divisão das atribuições. As respectivas Leis Orgânicas estabelecem as competências e atribuições comuns à união, estados, distrito federal e municípios no seu âmbito administrativo, e as exclusivas de cada ente federado.

Ao analisar a compilação no Apêndice A, observa-se que de forma geral o isomorfismo institucional presente na estrutura organizacional reflete na divisão das competências do SUS e do SUAS. Em ambas, a união é, prioritariamente, responsável pela coordenação e articulação da política nacional e pela proposição de normas gerais que regulamentam o sistema. Enquanto que os municípios são a unidade executora principal para a oferta de ações e serviços da saúde e da assistência social, e os estados executam apenas ações em caráter subsidiário aos municípios. As três esferas tem obrigação legal de cofinanciar a gestão, serviços e programas e ações da saúde e da assistência social.

Os conselhos possuem atribuições bastante similares correspondentes a propor diretrizes para a política, aprovar o orçamento antes da homologação pelo executivo e a fiscalização da execução financeira e das ações. Sob uma visão macro, a diferença que se aponta é que, no SUAS, a união executa ações e programas específicos, como o BPC e o PBF, enquanto no SUS apenas executa subsidiariamente, concentrando-se na coordenação e supervisão da execução da política.

Além da análise das legislações, o papel das instituições nas mudanças de políticas é observada no estudo longitudinal do orçamento da seguridade social que reflete o balanço de direitos sociais e deveres fiscais estruturados nas legislações. Nesse sentido, no gráfico 7, apresenta-se a evolução comparada da despesa líquida executada pelo governo federal na Saúde e na Assistência Social em porcentagem com base no ano de 2000.

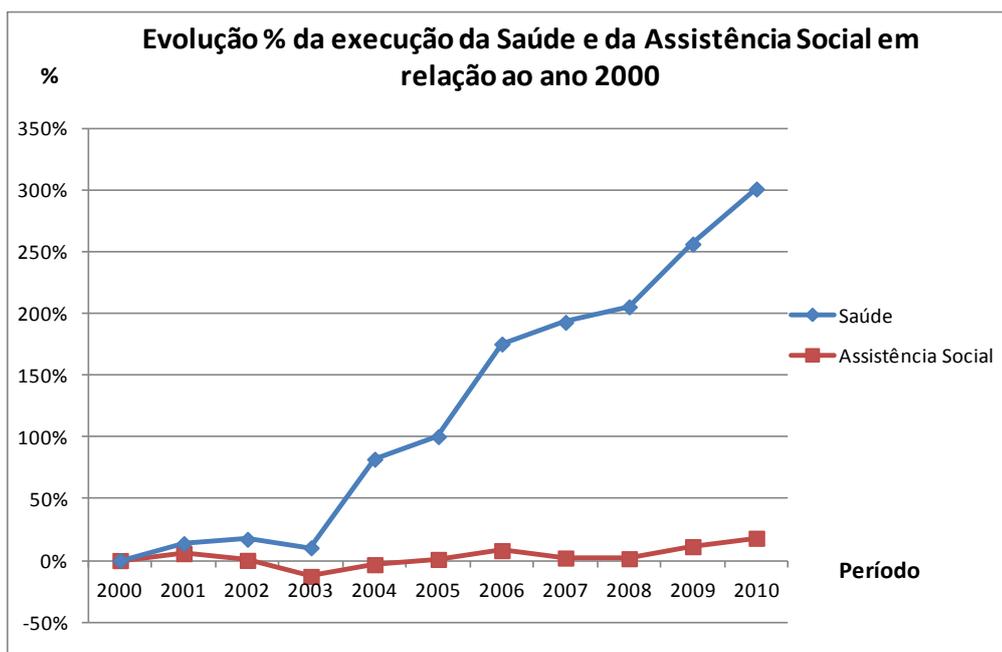


Gráfico 7. Evolução comparada da despesa líquida executada na Saúde e na Assistência Social, a partir dos valores atualizados¹, em porcentagem com base no ano de 2000 (2000-2010).

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC. Elaboração própria.

¹ Valor atualizado com base no IGP-DI

A análise do gráfico demonstra que o crescimento do orçamento executado pela saúde foi crescente, enquanto que na assistência social o orçamento oscilou muito pouco desde o ano inicial do gráfico. Os dados refletem a maior consolidação do financiamento da saúde a partir da EC 29/2000, que estabelece os mínimos de recursos a serem destinados a saúde, questão que não foi resolvida no SUAS.

6.3 O CONTEXTO

A ênfase nos atores e nas instituições durante a trajetória das mudanças da políticas não significa considerar que o contexto político e econômico não tenha influência na evolução do SUS e do SUAS. Ao contrário, esse contexto tende a constranger, legitimar, ou aprofundar a trajetória da política. Na década de 1980, cresceu a capacidade de infiltrar as demandas sociais nos canais formais da política e de disseminar os princípios de políticas sociais universalizantes e descentralizadas, especialmente na saúde pelo papel do movimento sanitário, são potencializados no contexto da redemocratização do país.

O contexto de transição democrática favoreceu, assim, a mudança institucional, em função de alterações no processo político que permitiram que novos atores com propostas alternativas surgissem no processo decisório. Não obstante, após a promulgação da

constituição, há um retorno forte do debate sobre focalização versus universalização, as ações governamentais redirecionam o foco do sistema público de assistência aos segmentos da população mais pobres e vulneráveis. Inclusive, no sistema de saúde brasileiro, institucionaliza-se a dualidade público e privado na oferta de serviços de saúde, e a descentralização das ações não são implementadas, continua-se com a concentração na execução das ações e serviços das políticas sociais no governo federal.

No período pós-democratização, o contexto político é dominado pela crise econômica que impunham uma reformulação do papel do Estado na tentativa de redução dos gastos públicos, implementados por meio do plano real. O governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) teve uma orientação de reforma do Estado, no sentido de reduzir os gastos públicos, promover competitividade da economia e manter a estabilidade econômica apesar da série de crises mundiais, no México em 1995, a crise asiática em 1997-1998, a crise russa em 1998-1999 e, em 2001, a crise argentina.

Os cortes nos gastos com as políticas sociais afetaram diretamente a implementação do SUAS no período. Porém, governo teve uma forte publicidade política com ações do Ministério da Saúde, como o programa nacional de combate à AIDS e a lei de incentivo aos genéricos. Paralelamente, a regulamentação dos dispositivos constitucionais relativos à saúde avançou bastante. Porém, a falta de regularidade do financiamento das ações de saúde inviabilizou, na prática, a implementação do SUS.

As eleições de 2002 trouxeram para o debate público, por meio da plataforma eleitoral do Partido dos Trabalhadores para o executivo federal, a crescente demanda social de combate à fome e a pobreza, aparecimento de experiências de transferências de renda em municípios, e a maior mobilização dos representantes de profissionais da assistência social, acadêmicos e sociedade civil organizada em geral. A partir do início do mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e o lançamento do Programa Fome Zero, o contexto nacional tornou-se favorável para avanços na implementação do SUAS, tanto em termos de amplo apoio da sociedade como da base política necessárias para a implementação do SUAS.

Nesse sentido, a Medida Provisória 103/2003 cria o MPAS e integra o CNAS e o Conselho de articulação de Programas Sociais a estrutura do ministério. Ademais, os serviços assistenciais foram ampliados a partir da criação de um programa nacional de transferência de renda, que, posteriormente, foi articulado no âmbito do SUAS institucionalizado. Todos esses fatores do contexto político e econômico contribuem para a compreensão do formato

institucional atual do SUS e do SUAS e reforçam as características adquiridas ao longo de sua trajetória.

6.4 A TRAJETÓRIA

A conjuntura política, ideológica e econômica e, igualmente, a própria trajetória e os legados institucionais anteriores influenciam o processo da mudança institucional. O SUS que foi criado pela Constituição Federal de 1988 teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, nascidas nas disputas entre os três entes federativos, usuários, prestadores privados de serviços e sociedade civil organizada.

De tal modo, a trajetória do SUAS remonta a condição clientelista anterior a constituição federal, quando foi prevista como direito social, até sua efetiva implementação com a PNAS/2004 e sua blindagem enquanto política estatal no segundo mandato do governo de Lula. No quadro 13, há um panorama geral e estruturado da trajetória macro das duas políticas a partir da periodização proposta no modelo analítico.

Panorama geral da trajetória das mudanças institucionais		
	SUS	SUAS
Fase I: Condições antecedentes	1940 – 1987 <ul style="list-style-type: none"> • Início das Conferências Nacionais de Saúde; • Surgimento e articulação do movimento sanitarista; • Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. 	Até 1987 A assistência social era uma ação filantrópica, ofertada por instituições religiosas e as poucas ofertas governamentais tinham traços claros de clientelismo, ou acessadas pelos contribuintes do seguro social.
Fase II : Regulamentação	CF 1988 Introdução do SUS com os princípios desenvolvidos do movimento sanitarista.	CF 1988 Inclusão da assistência social como um direito social e parte política de seguridade social.
	1990 Leis Infraconstitucionais nº 8.080/90 e 8.142/90.	1993 Lei Infraconstitucional nº 8.742/93.
Fase III: Operacionalização	1991-1993 Normas Operacionais (NOB/91 e 93).	1997-2005 <ul style="list-style-type: none"> • NOB-SUAS/97; • NOB-SUAS/98; • PNAS/1998; • PNAS/2004; • NOB-SUAS/2005.
Fase IV: Implementação	1991-1994 <ul style="list-style-type: none"> • Municipalização da execução; • Cofinanciamento entre as três esferas de governo; • Criação de Conselhos de gestores, CIB e CIT; 	2005-2006 <ul style="list-style-type: none"> • Gestão compartilhada e sistema descentralizado; • Criação das instituições (conselhos) de participação social nas três esferas de

	<ul style="list-style-type: none"> • Repasse regular e automático dos recursos. 	governo; <ul style="list-style-type: none"> • Transferências regulares fundo a fundo.
Fase V: Institucionalização	1996-2002 <ul style="list-style-type: none"> • Efetiva descentralização do SUS; • Financiamento mínimo e regular a saúde definido na CF; • Expansão da cobertura do SUS. 	2003-2010 <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura do viés filantrópico na oferta dos serviços; • Integração do PBF ao SUAS. • Municipalização; • Padronização dos serviços de assistência social; • A articulação de programas e projetos.
Fase IV: As relações institucionalizadas	2003-2010 Pacto pela Saúde: melhorias na gestão e da qualidade da atenção à saúde, adensamento da descentralização e da regionalização e intensificação do controle social.	Após 2010 – Resolução da: <ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação dos mínimos de financiamento por cada esfera; • Ampliação da cobertura; • Adensamento da descentralização; • Efetiva participação social nos mecanismos oficiais (conselhos).

Quadro 13. Panorama geral comparado da trajetória das mudanças institucionais do SUS e do SUAS.

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.

O fator que mais se destaca na análise longitudinal do quadro 13 é o lapso entre a implementação do SUS, iniciada em 1991, e a do SUAS que foi concretizada apenas a partir do ano de 2004. O processo de institucionalização do SUAS foi uma longa e lenta trajetória, não obstante, após a PNAS/2004, houve uma rápida institucionalização do SUAS em face do contexto favorável e do isomorfismo institucional como legado da resolução dos conflitos no âmbito da saúde.

A incorporação da análise da trajetória histórica permite interligar as variáveis endógenas e exógenas em mecanismos causais que atuam no processo de institucionalização de uma política, contextualizando as mudanças enquanto produto do conflito político e de escolhas dos atores constrangidos pelas instituições políticas já consolidadas e legitimada.

6.5 BALANÇO DO ESTUDO COMPARATIVO DO SUS E DO SUAS

A metodologia proposta ancorada, principalmente, na teoria de mudanças institucionais de Mahoney e Thelen (2005), atribuiu um papel importante tanto para variáveis endógenas como exógenas: atores, instituições, contexto e trajetória da política. A variáveis interagiram para contingenciar as mudanças institucionais no processo incremental de

institucionalização do SUS e do SUAS. Em ambas as políticas, houve um mix dos tipos de mudanças categorizadas pelos autores ao longo do processo de mudança.

Na promulgação da Constituição Federal, houve uma substituição da maioria das regras existentes e a introdução de novas. O movimento foi gradual, mas as novas instituições de saúde e assistência social foram regulamentadas, operacionalizadas e implementadas. Durante o processo de implementação do SUS e do SUAS, ocorreu a estratificação, ou seja, a introdução de novas regras junto às existentes. Durante um período considerável, houve uma convivência do modelo dual de saúde universal e focalizado e da política de assistência social enquanto direito e clientelista até que o acumulativo de vários novos elementos legais levaram a grandes modificações no longo prazo, e consolidaram a seguridade social enquanto política de Estado.

A institucionalização do SUS constitui um processo, predominantemente, *bottom-up*, em que o movimento sanitarista subversivo conseguiu infiltrar-se e promover mudanças de dentro das estruturas estatais. Ao mesmo tempo em que disseminou valores de universalização e descentralização da saúde na sociedade brasileira, possibilitando que nos contextos favoráveis da redemocratização a institucionalização muito mais rápida que no SUAS.

Os atores no SUAS eram desarticulados e oportunistas que por sua inércia de ação preservaram a instituição da assistência social filantrópica e clientelista por um longo período. Apenas quando a comunidade epistêmica articulou-se para pressionar e infiltrar-se no Estado, conjugados com os dados alarmantes sobre a população de vulneráveis no Brasil e com a janela de oportunidades da eleição de 2002, a trajetória da institucionalização do SUAS acelera-se.

Ademais, no processo de mudança gradual, os atores exploram lacunas e ambiguidades das normas para produzirem novas interpretações e aplicações mais favoráveis aos seus interesses e, assim, atribuíram às instituições existentes novos objetivos, funções e propósitos. A mudança por conversão é exemplificada na ação do governo federal em postergar a regulamentação da LOAS. O executivo aproveitou-se do fato que os dispositivos constitucionais precisam de regulamentação infraconstitucional para implementar políticas, para continuar a executar políticas centralizadas e de cunho clientelista, em total descumprimento dos princípios postos para a seguridade social na constituição.

Esse processo foi, ainda, permeado por várias normas operacionais que exemplificam perfeitamente as mudanças por redirecionamento. Não há mudança no texto das normas, porém a partir de alterações no ambiente e da pactuação entre os atores, a implementação delas modificaram-se, aprofundando certas diretrizes ou redirecionando o foco da gestão para outras questões.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas enquanto instituições podem ser compreendidas enquanto normas, procedimentos e arranjos institucionais e organizacionais duradouras no tempo e que constroem novas mudanças, a institucionalização de uma nova política pressupõe um reordenamento legal e de seus arranjos estruturantes. Nesse sentido, a consolidação do SUS e do SUAS de fato foi a criação e consolidação de novas instituições políticas, dado o alcance e profundidade das mudanças ocorridas.

O propósito central desta dissertação foi realizar um estudo comparado do processo de institucionalização do SUS e do SUAS a partir da Constituição Federal, por meio de uma análise detalhada de suas legislações, na tentativa de explicar a trajetória dessas mudanças institucionais e em que medida as instituições que emergiram são variantes ou similares. Conclui-se que os dois sistemas possuem isomorfismo institucional, mas há diferenças e semelhanças em relação às demais variáveis, tais como contextos, atores, trajetórias e ideologia. Esses fatores ajudam a explicar as semelhanças e divergências nos processos de institucionalização e os resultados isomórficos da configuração institucional final.

Os pressupostos teóricos, que basearam o modelo analítico proposto nesta dissertação, para explicar a institucionalização das políticas de saúde e assistência social no Brasil, são resumidamente que mudanças institucionais são contínuas e que podem ser abruptas ou incrementais, geradas por fatores endógenos ou exógenos. As variáveis apresentadas para este estudo longitudinal assentam-se sobre o fluxo de formulação e reformas de políticas: a) os empreendedores políticos; b) a existência de instituições anteriores que como legados políticos influenciaram o curso futuro das políticas; c) o contexto, enquanto dinâmica política-institucional de “conjunturas críticas” e compartilhamento de valores sobre as soluções existentes; d) curso da trajetória.

A pesquisa deste trabalho foi desenvolvida a partir do levantamento das legislações, do papel dos atores e do contexto político-econômico da série de mudanças institucionais graduais ocorridas na saúde e na assistência social que em um processo longitudinal levaram a institucionalização do SUS e do SUAS nos estruturas estatais do Brasil. Apesar de muitos teóricos apontarem a conjuntura crítica como ferramenta explicativa para as mudanças abruptas nas políticas sociais no Brasil, identificando as crises econômicas e redemocratização como janelas de oportunidade para mudanças profundas (KAUFMAN,

NELSON, 2004; DRAIBE 1994; LEWIS, MEDICI, 1988), a análise empreendida ao longo desta dissertação propõe-se a levantar algumas questões importantes sobre mudanças institucionais graduais.

A relevância da proposta assenta-se sobre singularidade do tema desta dissertação em duas esferas. A primeira é o fato que as teorias de mudanças institucionais graduais são bastante atuais e de interesse crescente na Ciência Política e é uma perspectiva teórica bastante promissora para compreensão de políticas públicas no Brasil. A segunda é que a coleta de dados desta pesquisa não identificou uma pesquisa comparativa extensiva entre o SUS e o SUAS.

Portanto, o esforço de pesquisa e análise desenvolvido sobre o processo de institucionalização do SUS e do SUAS, nos capítulos anteriores, apresenta contribuições importantes para a discussão teórica levantada pelo modelo analítico. Um elemento importante deste estudo é a definição de institucionalização. Apresentou-se no modelo analítico que institucionalização de uma política é o processo que uma série de mudanças institucionais acarreta sua transformação em uma política de Estado, a partir de avanços políticos, legais e organizacionais.

Para proceder à análise comparada, foi proposta a periodização desse processo nas seguintes fases: condições antecedentes, regulamentação, operacionalização, implementação, institucionalização e relações institucionalizadas. A partir da descrição e análise de cada fase, destaca-se que as mudanças nas duas políticas foram bastante significativas, porém houve uma lacuna temporal importante entre a implementação do SUS e do SUAS.

O SUS foi protagonista, mas os resultados mais promissores parecem estar na proteção social, a partir da articulação entre a assistência social e os programas de transferência de renda. A partir da expansão nacional do Programa Bolsa Família e de sua articulação com o sistema público e universal de assistência social, ampliou-se substantivamente o escopo e os resultados da proteção social.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é que o resultado mais fiel aos seus princípios originais está no SUS, que a despeito de seus problemas de qualidade, tem permanecido universal, contrastando com o paradigma neoliberal, que prega, em nome dos ajustes fiscais, a focalização dos gastos sociais. Tanto a implementação do SUS como do SUAS, através da descentralização das ações, fortaleceram as capacidades institucionais, de recursos e gerenciais nos estados e municípios. Não obstante a melhorias institucionais mencionadas,

dada à diversidade orçamentária e de capacidades dos municípios brasileiros, permanecem, ainda, enormes problemas de financiamento, governança e implementação de políticas sociais.

Ademais, o sistema mais estruturado e articulado de seguridade social está relacionado, aparentemente, a ganhos de qualidade de vida para a população, aumento da expectativa de vida do brasileiro, diminuição da desigualdade de renda, inclusão social, política e simbólica de um amplo segmento vulnerável da população que historicamente encontravam-se à margem da sociedade. Ainda que traços do clientelismo permaneçam presente na esfera pública brasileira como um todo, a construção do SUS e do SUAS, enquanto ancorados como direitos e garantias sociais, criaram um campo de ação do Estado na seguridade social.

A recuperação da memória e o registro sistematizado e analítico aqui propostos, acerca dessas variáveis fundamentais para a institucionalização do SUS e do SUAS enquanto políticas de Estado e sua oferta de serviços consideradas direito social, possibilitam o exercício da reflexão e a elaboração de novas formas de pensar e agir da trajetória de criação de uma nova política e de sua consolidação. Como um processo em movimento contínuo, a consolidação do SUS e do SUAS não esgotou todos as suas dificuldades iniciais, assim como novos desafios foram surgindo ao longo do tempo. Vários obstáculos estão relacionados ao financiamento, pois apesar do aumento do gasto social nas últimas décadas, os recursos continuam a se mostrar insuficientes para atender as necessidades da sociedade. Respeitando as devidas divergências de trajetórias, percebe-se que o processo de formulação e implementação das políticas sociais foram igualmente complexas.

Apesar de muitos teóricos apontarem a reforma constitucional de 1988 e a redemocratização como uma conjuntura crítica ou janelas de oportunidade que provocaria mudanças abruptas nas políticas, o estudo longitudinal das políticas de saúde e assistência social demonstrou que as mudanças foram incrementais, porém profundas. Estas mudanças institucionais podem ser computadas pela confluência de fatores externos e internos à própria política.

Através da análise dos dados apresentados na pesquisa, foi possível observar que existem similaridades importantes no processo de mudanças nas duas políticas: o mesmo contexto político da redemocratização e das políticas liberalizantes, a previsão constitucional dos dois sistemas únicos, a existência de leis específicas que regulamentam as duas políticas,

a divisão de competências entre as três esferas de governo e a presença de conselhos nacionais de gestão e fortalecimento do controle social. Demonstrando que o resultado das mudanças institucionais é um claro isomorfismo institucional entre o SUS e o SUAS.

Contudo, os resultados sugerem que este isomorfismo institucional não deriva um darwinismo organizacional, que a partir feedback positivos haveria uma evolução da instituições nem um círculo virtuoso, mas é resultado da dimensão conflitiva da política. Portanto, a conclusão deste trabalho é que o sistema único de assistência social foi baseado no da saúde tendo em vista evitar conflitos políticos entre grupos e conflitos distributivos comuns que já haviam sido resolvidos na arena da saúde por seus empreendedores políticos, tendo em vista a lacuna temporal de criação dos dois sistemas únicos.

O SUS e o SUAS tem estruturas organizacionais, sistema de gestão e divisão de competências isomórficos. No entanto, cabe destacar que mesmo que o resultado das mudanças institucionais seja bastante próximo, outra conclusão a que se pode chegar é que houve diferenças consideráveis no processo de institucionalização do SUS e do SUAS, desde a formulação da agenda, passando pela implementação até a consolidação das políticas públicas. Ademais, conforme já foi descrito no capítulo 6, apesar da singularidade do movimento sanitarista na construção de políticas brasileiras, os empreendedores de políticas públicas em ambos os sistemas foram essenciais para que a agenda fosse constituída.

Pode-se dizer, ainda, que tanto o SUS como o SUAS estão institucionalizados conforme articulado no modelo analítico. Embora isso não signifique que sejam instituições acabadas, mas se mostram relativamente maduros e consolidados, a partir de mudanças institucionais seriadas que pelo processo de estratificação, conforme preconizado pelo modelo de Mahoney e Thelen (2010), e não devido à substituição das instituições vigentes nos períodos anteriores.

Cabe destacar que os resultados desta pesquisa são consistentes e validos na medida em assentam-se na análise realizada nos capítulos 4 a 6 e que as variáveis utilizadas relacionam-se com o arcabouço teórico que se baseia o modelo analítico e em espectro temporal considerável para o estudo proposto. Ademais, os dados foram coletados em fontes equivalentes nos dois sistemas com vistas a validar a comparabilidade dos resultados. O estudo foi desenvolvido a partir coleta das leis, decretos, portarias e resoluções da esfera federal da saúde e a assistência social do período de 1988 a 2010, documentos oficiais das unidades federais executoras do SUS e do SUAS, de seus conselhos, além de estudos de

institutos de pesquisa, dados orçamentários do SIAFI, assim como análise bibliográfica já existente sobre as duas políticas.

As observações realizadas ao longo da pesquisa e as conclusões apresentadas apontam que modelo analítico utilizado neste trabalho pode servir como referência para outros estudos que pretendam analisar a institucionalização de outras políticas públicas. Outra pesquisa promissora seria a análise do processo de mudanças institucionais da previdência social sobre a perspectiva comparada da institucionalização da saúde e da assistência social. Tendo em vista que a previdência é o terceiro pilar da seguridade social brasileira que pelo texto constitucional compreende-se ser um conjunto integrado de ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.3, pp. 615-626. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300020&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 de junho de 2012.

BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan D. **Agendas and Instability in American Politics**. Chicago: University of Chicago, 1993.

BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan D. Punctuated equilibrium theory: explaining stability and change in American policymaking. In: SABATIER, Paul A. (org.). **Theories of the policy process**. Oxford: Westview Press, 1999.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BID / Harvard University. **A política das políticas públicas: progresso econômico e social na América Latina**. Relatório 2006. Ed. Campus, 2ª edição.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e trabalho: paradoxos das políticas de previdência e Assistência Social no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974**. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2 de maio de 1974.

_____. **Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974**. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 de dezembro de 1974.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei nº 7.739, de 16 de março de 1989**. Dispõe sobre a organização da presidência da república e dos ministérios e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de março de 1989.

_____. **Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 de novembro de 1992.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 de dezembro de 1993.

_____. **Resolução nº 7, de 10 de setembro de 2009.** Brasília: Comissão Intergestores Tripartite, 2009a.

BUSS, Paulo Marchiori e LABRA, Maria Eliana (orgs.). **Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec.** São Paulo; Editora Hucitec; 1995.

CAPELLA, Ana Cláudia. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CARVALHO, C. A.; ANDRADE, J. A.; MARIZ, L. A. C. Mudança na Teoria Institucional. In: **Anais do XXIX Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração.** Rio de Janeiro, ANPAD, 2005. pp. 1-10.

CASTRO, Jorge Abrahão de et al. **Texto para Discussão 988: Análise da evolução e dinâmica do gasto social federal: 1995-2001.** Brasília: IPEA, 2003.

CASTRO, Jorge Abrahão de; CARDOSO JR., José Celso. Políticas Sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002. In: JACCOUD, Luciana. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.** Brasília: Ipea, 2005.

CONASS. **Para Entender a Gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003

_____. **Sistema Único de Saúde: Coleção Para Entender a Gestão do SUS,** 2011, v. 1. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília : CONASS, 2011b.

DEUBEL, André-Noël Roth. **Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación.** Bogotá: Ediciones Aurora, 2006.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, W. Walter. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review,** v. 48, p. 147-160, 1983

_____. A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas – RAE,** São Paulo, v. 45, n. 2, p. 74-89, abr.-jun. 2005.

DRAIBE, S.; CASTRO, M. H.; AZEREDO, B. **O sistema de proteção social no Brasil.** Campinas: NEPP/UNICAMP, 1991.

DRAIBE, Sônia Miriam. América Latina: o sistema de proteção social na década da crise e das reformas. **Caderno de Pesquisa 30.** NEPP/UNICAMP, 1995.

ELDER, Charles D.; COBB, Roger W. Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos. In: VILLANUEVA, Luis Aguilar (Org.). **Problemas Públicos y agenda de gobierno.** Mexico: Miguel Angel Porrua., 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela. (orgs.). **A era FHC e o Governo Lula: transição?**. Brasília: Instituto de Estudos Sócioeconômicos, 2004. pp. 31-64.

FALLETI, Tulia. Theory-Guided Process-Tracing: Something Old, Something New. **Newsletter of the Organized Section in Comparative Politics of the American Political Science Association**, Volume 17, Issue 1, Winter 2006, 9-14. Disponível em: < <http://www.polisci.upenn.edu/~falleti/Falleti-CP-APSANewsletter06-TGPT.pdf> > . Acesso em: 12 jul. 2011.

FRANCE, G. Introduzione. La Sanità in trasformazione. L' Assistenza Sociale. **Rivista Trimestrale sulle Prospettive del Welfare**. Roma, s/p, 1997.

GEORGE, Alexander.L.; BENNETT, A. **Case studies and theory development in the Social Sciences**. Cambridge: MIT Press, 2004.

_____. **Case Studies and Theory Development in the Social Sciences**. Cambridge: MIT Press, 2005.

GEORGE, Alexander L.; MCKEOWN, Timothy J. Case Studies and Theories of Organizational Decision Making. In: COULAM; SMITH. **Advances in Information Processing in Organizations**. Greenwich: JAI press, 1985. Cap. 2, pp. 21-58.

GERRING, J. 2004. What Is a Case Study and What Is It Good for? **American Political Science Review**, Los Angeles, v. 98, n. 2, p. 341-354, May.

_____. **Case Study Research: Principles and Practices**. New York: Cambridge University Press, 2007.

HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. “As três versões do neo-institucionalismo”. **Lua Nova** n.58, 2003, p. 193-224.

HECLO, Hugh. Las redes de asuntos y el poder Ejecutivo. In: VILLANUEVA, Luis Aguilar (Org.). **Problemas Públicos y agenda de gobierno**. Mexico: Miguel Angel Porrua., 2007.

IPEA. **Políticas sociais : acompanhamento e análise**. nº 1. Brasília : IPEA, 2000.

_____. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. nº 6. Brasília: IPEA, 2003a.

_____. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. nº 7. Brasília: IPEA, 2003b.

_____. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise: Vinte Anos da Constituição Federal**. Vol. 1, nº 17. IPEA: Brasília, 2009.

_____. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. nº 19. IPEA: Brasília, 2011.

JACCOUD, Luciana. **Pobres, pobreza e cidadania: os desafios recentes da proteção social**. Texto para Discussão, n. 1372. Brasília: Ipea, 2008.

JOHN, Peter. Is there life after Policy Streams, Advocacy Coalitions and Punctuations: Using evolutionary theory to explain policy change? **Policy Studies Journal**, Denver, Vol. 31, n. 4, p. 481-498, 2003.

KINGDON, John. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. New York: Harper Collins, 2003.

LAVINAS, L. Inclusão e progressividade: os desafios da Seguridade Social brasileira. In: VAZ, F.; MUSSE, J.; SANTOS, R. (Coord.). **20 anos da Constituição Cidadã**. Brasília: ANFIP, 2008.

LEVI, Margaret. A Model, a Method, and a Map: Rational Choice in Comparative and Historical Analysis. In: Lichbach, M. I.; Zuckerman, A (orgs.). **Comparative Politics: Rationality, Culture, and Structure**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. p. 19-41.

LIMONGI, Fernando. O Novo Institucionalismo e os estudos legislativos: a literatura norte-americana recente. **BIB** n. 37, p. 33-38. Rio de Janeiro: ANPOCS, 1994.

LOWI, Theodore. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World Politics**, Cambridge, v. 16, n. 4, p. 677-715, Jul. 1964.

_____. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, Washington D.C, v. 32, n. 4, pp. 298-310, Jul-Aug. 1972.

MAHONAY, J.; THELEN, K. **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power**. Nova York: Cambridge University Press, 2010.

MAHONEY, James. Combining Institutionalisms: Liberal Choices and Political Trajectories in Central America. In KATZNELSON, Ira; WEINGAST, Barry. (orgs.). **Preferences and Situations: Points of Intersection between Historical and Rational Choice Institutionalism**. New York: Russell Sage Foundation, 2005. p. 313-333.

MARQUES, Eduardo Cesar. **Estado e Redes Sociais: Permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. São Paulo: Revan, 2000.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **A seguridade social na Constituição Federal**. São Paulo: LTR, 1992.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. São Paulo: Atlas, 2003.

MAY, Peter J. Claves para diseñar opciones de políticas. In: VILLANUEVA, Luis Aguilar (Org.). **Problemas Públicos y agenda de gobierno**. Miguel Angel Porrua. Mexico, 2007.

MELO, Marcus André. O Sucesso Inesperado das Reformas de Segunda Geração: Federalismo, Reformas Constitucionais e Política Social. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 48, no 4, 2005, pp. 845 a 889.

MENY, Ives; THOENIG, Jean Claude. **Lãs políticas públicas**. Barcelona: Ed. Ariel SA. 1992.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. MDS: Brasília, 2004. Disponível em <http://www.mds.gov.br/nob.asp> . Acesso em: 2 de agosto de 2010.

Norma Operacional Básica – NOB/SUAS: Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. MDS: Brasília, 2005a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2005/Resolucao%20CNAS%20no%20130-%20de%2015%20de%20julho%20de%202005.pdf/download>>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

Relatórios de Gestão ano de exercício 2004. Brasília: MDS, 2005b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/processodecontas> >. Acesso em: 14 de julho de 2012.

Deliberações da VI Conferência Nacional de Assistência Social. MDS: Brasília, 2007. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/cnas/conferencias-nacionais/vi-conferencia-nacional/conferencias-nacionais/vi-conferencia-nacional/deliberacoes-vi-conferencia-nacional-de-assistencia-social.pdf> >. Acesso em: 8 de julho de 2012.

Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: CNAS, 2009a.

Resolução nº 105, de 3 de dezembro de 2009. Brasília: CNAS, 2009b.

Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Brasília: MDS, 2010a.

Relatório de Gestão 2009 - Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Brasília: MDS, 2010b.

O CRAS que temos, o CRAS que queremos. Brasília: SNAS, 2011a.

Censo SUAS 2010: CRAS, CREAS, Gestão Municipal, Gestão Estadual, Conselho Municipal, Conselho Estadual, Entidades Beneficentes . Brasília: MDS, 2011b.

Relatório de Gestão do exercício de 2010. Brasília: MDS, 2011c.

Relatórios de Informações Sociais. Brasília: MDS, 2011d. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao> >. Acesso em: 30 de junho de 2012.

Relatórios de Gestão ano de exercício 2010. Brasília: MDS, 2011e. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/processodecontas>>. Acesso em: 14 de julho de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001.** Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NASCIMENTO, Emerson Oliveira. Os novos institucionalismos na ciência política contemporânea e o problema da integração teórica. **RBCP**, nº 1, Brasília, janeiro/junho de 2009, p. 95-121.

NELSON, Joan M and KAUFMAN, Robert R. **Crucial Needs Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America.** WW Center Press. Washington, D.C. 2004.

OLSON, Mancur. **A Lógica da Ação Coletiva.** São Paulo: EDUSP, 1999.

PEREIRA, L. D. **Políticas Públicas de Assistência social brasileira: avanços, limites e desafios.** Disponível em: <<http://www.cptihs.com/PDF02/Larissa%Dahmer%20Pereira.pdf>>. Acesso em: 18 maio de 2011.

PIERSON, Paul. **Politics in Time: history, institutions and social analysis.** Princeton: Princeton University Press, 2004.

_____. Public Policies as Institutions. In: SHAPIRO, I.; SKOWRONEK, S.; GALVIN, D. (orgs.). **Rethinking political institutions: the art of the state.** New York: University Press, 2006. P. 114-34.

POLLITT, C. **Time, Policy, Management: governing with the past.** New York: Oxford University Press, 2008.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reunião da Abrasco em Cachoeira, Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, pp.33-38, abr. 1988.

RAICHELIS, R. Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social – caminhos da construção democrática. – 2ª edição – São Paulo: Cortez, 2000.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos.** Mimeografado. 1998.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, Angela Moulin S. Penalva; UGÁ, Maria Alícia Dominguez Ugá. “Reformas do Estado, descentralização e políticas de saúde: uma análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México”. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 525-548, out. 2007.

SARTORI, Giovanni. **A política**. Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 1981.

SCHMITTER, Philippe C. **Interest conflict and political change in Brazil**. Palo Alto: Stanford University Press, 1971.

_____. Reflexões sobre o Conceito de Política. In **Curso de Introdução à Ciência Política**. Brasília: Editora da UnB, 1984.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SKOCPOL, Theda. Bringing the State Back in: Strategies of Analysis in Current Research. p.3-37. In: Skocpol, T.; Evans, P.; Rueschemeyer, D. (orgs.). **Bringing the State Back In**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1985.

STEINMO, S; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. **Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo Perspec.** [online]. 2003, vol.17, n.1, pp. 25-33.

STREECK, Wolfgang; THELEN, Kathleen. **Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies**. New York: Oxford University Press, 2005.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

THELEN, Kathleen. Historical Institutionalism in Comparative Politics. **Annual Review of Political Science**, 1999, p. 369-404.

_____. **How Institutions Evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States and Japan**. New York: Cambridge University Press, 2004.

THEODOULOU, Stella Z. **Policy and Politics in Six Nations: A Comparative Perspective on Policy Making**. California: Longman, 2002.

VAITSMAN, Jeni. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEXEIRA, Fleury Sônia (org.). **Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. pp. 139-156,

VAITSMAN, J; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. Proteção Social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciênc. Saúde Coletiva** vol. 14, nº 3, Rio de Janeiro, Maio/Junho 2009.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, 2002, vol.7, no.3, pp.493-507.

_____ ; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008, vol 18, nº 4, pp. 645-684.

VILLANUEVA, L. F. A (Org.). **El Estudio de las Políticas Públicas**. Miguel Angel Porrúa. Mexico, 1996.

_____. **Problemas públicos y agenda de gobierno**. México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

_____. **La hechura de las políticas**. México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

WEYLAND, Kurt Gerhard. **Democracy without equity: Failures of reform in Brazil**. Pittsburgh: Univ Pittsburgh Press, 1996.

YIN, R. K. **Case Study Research: Design and Methods**. California: Sage Publications, 2009.

ZAHARIADIS, N. The Multiple Streams Framework: Structure, limitations, prospects. In SABATIER, Paul (org.) **Theories of the Policy Process**. 1ª ed. Oxford: Westview Press, 2007. p. 65-92.

SÍTIOS:

<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>

<http://www.saude.gov.br>

APÊNDICE

Quadro de Divisão de competências no SUS e no SUAS

Divisão de competências		
	SUS	SUAS
União	<p>I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;</p> <p>II - participar na formulação e na implementação das políticas:</p> <p>a) de controle das agressões ao meio ambiente;</p> <p>b) de saneamento básico; e</p> <p>c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;</p> <p>III - definir e coordenar os sistemas:</p> <p>a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;</p> <p>b) de rede de laboratórios de saúde pública;</p> <p>c) de vigilância epidemiológica; e</p> <p>d) vigilância sanitária;</p> <p>IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;</p> <p>V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;</p> <p>VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;</p> <p>VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;</p> <p>VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;</p> <p>IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;</p> <p>X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;</p> <p>XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;</p>	<p>I - responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no art. 203 da Constituição Federal;</p> <p>II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito nacional;</p> <p>III - atender, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência.</p> <p>IV - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar Estados, Distrito Federal e Municípios para seu desenvolvimento;</p> <p>V - Apoiar financeiramente o aprimoramento à gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social SUAS no âmbito dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal;</p> <p>VI - medir os resultados da gestão descentralizada do SUAS, com base na atuação do gestor estadual, municipal e do Distrito Federal na implementação, execução e monitoramento dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, bem como na articulação intersetorial;</p> <p>VII - incentivar a obtenção de resultados qualitativos na gestão estadual, municipal e do Distrito Federal do Suas;</p> <p>VIII - calcular o montante de recursos a serem repassados aos entes federados a título de apoio financeiro à gestão do SUAS.</p>

	<p>XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;</p> <p>XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;</p> <p>XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;</p> <p>XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;</p> <p>XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;</p> <p>XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;</p> <p>XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;</p> <p>XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.</p>	
<p>Órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional</p>	<p>I - Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde</p>	<p>I - coordenar e articular as ações no campo de assistência social;</p> <p>II - propor ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS a Política Nacional de Assistência Social, suas normas gerais, bem como os critérios de prioridade e de elegibilidade, além de padrões de qualidade na prestação de benefícios, serviços, programas e projetos;</p> <p>III - prover recursos para o pagamento dos benefícios de prestação continuada definidos nesta Lei;</p> <p>IV - elaborar e encaminhar a proposta orçamentária de assistência social em conjunto com as demais áreas da Seguridade Social;</p> <p>V - propor os critérios de transferência dos recursos de que trata esta Lei;</p> <p>VI - proceder à transferência dos recursos destinados à assistência social, na forma prevista nesta Lei;</p> <p>VII - encaminhar à apreciação do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS relatórios trimestrais e anuais de atividades de realização financeira dos recursos;</p> <p>VIII - prestar assessoramento técnico aos Estados, ao Distrito Federal, aos Municípios</p>

		<p>e entidades e organizações de assistência social;</p> <p>IX - formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos no campo da assistência social;</p> <p>X - desenvolver estudos e pesquisas para fundamentar as análises de necessidades e formulação de proposições para a área;</p> <p>XI - coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de assistência social, em articulação com os Estados, os Municípios e Distrito Federal;</p> <p>XII - articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas socioeconômicas setoriais visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas;</p> <p>XIII - expedir os atos normativos necessários à gestão do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS;</p> <p>XIV - elaborar e submeter ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS os programas anuais e plurianuais de aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS.</p>
Estados	<p>I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;</p> <p>II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;</p> <p>IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:</p> <p>a) de vigilância epidemiológica;</p> <p>b) de vigilância sanitária;</p> <p>c) de alimentação e nutrição; e</p> <p>d) de saúde do trabalhador;</p> <p>V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;</p> <p>VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;</p> <p>VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;</p> <p>VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;</p>	<p>I - destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos benefícios eventuais;</p> <p>II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local;</p> <p>III - atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;</p> <p>IV - estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;</p> <p>V - prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado.</p> <p>VI - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento.</p>

	<p>IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p> <p>X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;</p> <p>XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;</p> <p>XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;</p> <p>XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.</p>	
<p>Municípios</p>	<p>I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;</p> <p>II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;</p> <p>III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;</p> <p>IV - executar serviços:</p> <p>a) de vigilância epidemiológica;</p> <p>b) vigilância sanitária;</p> <p>c) de alimentação e nutrição;</p> <p>d) de saneamento básico; e</p> <p>e) de saúde do trabalhador;</p> <p>V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;</p> <p>VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;</p> <p>VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;</p> <p>VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;</p> <p>IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</p> <p>X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços</p>	<p>I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Municipais de Assistência Social;</p> <p>II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;</p> <p>III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;</p> <p>IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;</p> <p>V - prestar os serviços assistenciais.</p> <p>VI - cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local;</p> <p>VII - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito.</p>

	<p>privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;</p> <p>XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;</p> <p>XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.</p>	
Conselhos	<p>I - Atuar na formulação de estratégias da política;</p> <p>II - Supervisão da implementação da oferta de ações e serviços de saúde na instância correspondente;</p> <p>III - Aprovação do orçamento antes da homologação do chefe poder executivo;</p> <p>IV - Fiscalização da execução financeira.</p>	<p>I - Fiscalizar a união, estados, distrito federal e municípios;</p>
Conselho Nacional	<p>I – Possui as mesmas competências dos demais conselhos;</p> <p>II - Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde.</p>	<p>I - aprovar a Política Nacional de Assistência Social;</p> <p>II - normatizar as ações e regular a prestação de serviços de natureza pública e privada no campo da assistência social;</p> <p>III - acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;</p> <p>IV - apreciar relatório anual que conterá a relação de entidades e organizações de assistência social certificadas como beneficentes e encaminhá-lo para conhecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e do Distrito Federal;</p> <p>V - zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social;</p> <p>VI - a partir da realização da II Conferência Nacional de Assistência Social em 1997, convocar ordinariamente a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema;</p> <p>VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;</p> <p>IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais equitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes</p>

		<p>Orçamentárias;</p> <p>X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;</p> <p>XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS;</p> <p>XII - indicar o representante do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS junto ao Conselho Nacional de Seguridade Social;</p> <p>XIII - elaborar e aprovar seu regimento interno;</p> <p>XIV - divulgar no Diário Oficial da União, todas as suas decisões, bem como as contas do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS e os respectivos pareceres emitidos.</p>
CIT e CIB	<p>I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;</p> <p>II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;</p> <p>III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.</p>	
<p>Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.</p>		

Fonte: Elaboração própria, com base na pesquisa para esta dissertação.