

## RELAÇÃO SUAS/SINASE NA REVISÃO DO MARCO REGULATÓRIO – LEI 12435/2011 E LEI 12594/12: COMENTÁRIOS CRÍTICOS.

<sup>1</sup> M. do Rosário Corrêa de Salles  
Gomes

Sob a ótica da gestão da política de direitos ao adolescente em conflito com a lei, este texto visa analisar interfaces entre os Sistemas SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e o SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo), ou seja, o modo como se articulam para a garantia dos direitos do adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, com destaque ao fato de que os dois Sistemas públicos tiveram, entre 2011 e 2012, seu reconhecimento legal.

Ambos se caracterizam como estratégias de gestão pública, interdependentes, porém de natureza diversa. O SUAS resulta do amadurecimento do processo de descentralização político-administrativa que a política de assistência social vem experimentando, desde seu reconhecimento na Constituição Federal de 1988 como política de proteção social não-contributiva e integrante do sistema de seguridade social brasileiro, ao lado da saúde e previdência social. Portanto, o SUAS é a estratégia de gestão sistêmica da política pública de assistência social adotada a partir de 2004. Já o SINASE caracteriza-se como um sistema transversal, multidimensional e vinculado à efetividade da capacidade articuladora entre setores de políticas públicas (assistência social, saúde, educação, dentre outras), entre organizações do Sistema de Justiça (Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar), considerando as relações de reciprocidade que essas dimensões intersetorial e interinstitucional exigem e seus nexos com a sociedade civil (movimentos sociais, centros de defesa dos direitos da criança e do adolescente, organizações sociais).

A Lei nº 12435, de julho de 2011, conhecida como “Lei do SUAS”, altera a Lei nº 8742/1993, norma infraconstitucional que dispõe sobre a organização da assistência social pública. Dentre outras alterações, o artº 6

<sup>1</sup> Doutora em Serviço Social.  
Professora do Mestrado Profissional  
Adolescente em Conflito com a Lei.

E-mail: [maro@iron.com.br](mailto:maro@iron.com.br)

reafirma que a gestão das ações na área da assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social, por sua vez, integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social (artº 6º, p. 2º). O SINASE adquire seu estatuto legal em janeiro de 2012, com a promulgação da lei nº 12594 que passa a vigorar a partir de abril deste ano: institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional (artº 1). Desde 2006, a proposta de um sistema de alcance nacional para o atendimento socioeducativo a esses adolescentes é implementada, processo este orientado pela Resolução nº 119 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

É importante considerar que os dois sistemas de gestão pública resultam de exigências sócio-históricas determinantes para este modo de gestão sistêmica. Pode-se afirmar que suas raízes foram semeadas na Constituição Federal, com destaque aos artº 227 e 204, regulamentadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8609/90) e na Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8742/93).

Além disto, a raiz mais profunda se encontra no modelo de organização do Estado brasileiro - o federalismo:

Sistema baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definido e assegurado, de tal forma que os governos nacional e subnacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação (ALMEIDA, 1996, p..14).

O Estado brasileiro é republicano e federativo. A predominância de seu desenho se deu pelo federalismo binário, ou seja, por quase um século (1889-1988) somente as instâncias federal e estadual eram reconhecidos como entes federados. Somado a isto, os dois períodos ditatoriais<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 1930-1945;1964-1985

pautaram as relações federativas nos moldes de um federalismo centralizado, isto é, a centralização de deliberações transforma governos estaduais e municipais em agentes administrativos do governo federal, que possui forte envolvimento nos assuntos das unidades subnacionais e primazia decisória inclusive no âmbito dos recursos financeiros (id, 1996).

A mudança no desenho republicano ocorre na Constituição Federal de 1988, quando os municípios passam a ser reconhecidos como entes federados autônomos e a arquitetura de um federalismo cooperativo é recuperada: começam a se estruturar formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais (esferas estaduais e municipais) guardam autonomia decisória, capacidade própria de financiamento, somado à distribuição de competências e responsabilidades. O sentido de complementaridade é nato às competências compartilhadas, provocando a permanente tensão entre a autonomia e interdependência na relação federativa, sob a perspectiva de se alcançar o pacto federativo como um processo permanente.

É possível dizer que as relações entre os níveis de governo se configuram, da década de 90 em diante, como típicas de um Estado federativo.

Deve-se dar destaque à ampla reforma político-institucional trazida pela descentralização fiscal da Constituição de 1988, que provoca expressiva transferência de recursos aos estados e municípios, somado ao poder de taxação a eles conferido. Todavia, não ocorreu um processo pactuado de redefinição de funções na área social *lato sensu*, dotado de capacidade de estabelecer minimamente um conjunto de atribuições desempenhadas pelas unidades de governo (ARRETCHE, 2000).

Conseqüentemente, o processo de descentralização das políticas públicas sociais ocorre de forma heterogênea apresentando variações no grau de descentralização tanto entre as políticas setoriais quanto na distribuição territorial deste processo, por dentro de cada política social (id, 2000).

O modo como este amplo processo de descentralização vem ocorrendo coloca em xeque o formato histórico verticalizado de configuração das políticas sociais brasileiras, isto é, a excessiva setorização: cada qual se estruturou de forma assincrônica a uma articulação quer seja entre os entes federados quer seja entre as políticas públicas, para o alcance da efetiva intersectorialidade nas respostas complexas da questão social brasileira.

Assim, o grande desafio que se observa na gestão de cada política pública social, nesses últimos e quase vinte e cinco anos, é dar resposta a uma questão: como erguer, em uma federação, a unidade territorial na gestão de uma política nacional?

Tal qual um exercício de anatomia, ao se dissecar esta questão, percebe-se que ela é composta por partes que se complementam: pela urgência de se buscar a unidade de ofertas, embasada por padrões comuns de cada política pública para todo o território nacional; e por acoplar a este sentido de unidade a diversidade territorial, que é a grande marca da extensão continental do país. Trata-se das múltiplas expressões da diversidade: geográfica, cultural, étnica, etária, populacional, socioeconômica, dentre outras.

O principal vetor que dá vida a este movimento é a gestão compartilhada na provisão dessas ofertas, lastreada na atribuição de responsabilidades e competências para cada ente federado (União, estados e DF, municípios).

Desta forma, a configuração de sistemas nacionais de caráter unificado tem sido a resposta aplicada na gestão da maioria das políticas sociais. A título de exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi o precursor e inspirador na adoção do modelo sistêmico para a gestão de outras políticas sociais, tal qual o SUAS, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), Sistema Nacional de Segurança Pública (SNSP). No campo da educação, a especificidade ocorre pela convivência de sistemas de ensino que caminham para a unificação, sem a sobreposição de iniciativas superada somente a partir do advento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB, lei 9394/1996). Estes são exemplos de sistemas de políticas setoriais.

Por sua vez, o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente (SGD) e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) caracterizam-se como sistemas<sup>2</sup> transversais, isto é, requisitam para sua organicidade a concorrência de outros sistemas – setoriais e institucionais. Portanto, são dotados de caráter intersistêmico, pelas relações intersetoriais e interinstitucionais necessárias para sua configuração.

A lógica que move a gestão inter-sistemas, aqui abordada no campo dos direitos da criança e do adolescente, define-se pela conjugação da especificidade de cada política social com os desafios decorrentes da intersetorialidade e interinstitucionalidade. Portanto, são três movimentos, a saber: 1) a especificidade - requer o alcance da unidade de diretrizes, objetivos, serviços, benefícios, programas e projetos voltados a uma padronização nacional, de tal forma que seja possível garantir ao usuário o direito a ofertas comuns em qualquer espaço territorial, isento de variações que marcam a volatilidade de programas e projetos que mais se aproximam de iniciativas governamentais do que iniciativas permanentes estatais. Sob este prisma, caminha-se para a construção de indicadores palpáveis que sinalizem a qualidade esperada e necessária; 2) a intersetorialidade – requer pactuações para a articulação das ações setoriais que, conjugadas, alcançam a complementariedade, considerando o princípio da incompletude nata a cada política pública social e, 3) a interinstitucionalidade - requisita a articulação com as instituições operadoras do direito para o estabelecimento de respostas, o que envolve órgãos que compõem o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, dentre outros.

Faz-se mister considerar que outra dimensão compõe esta lógica: mobilização e parcerias com movimentos e organizações da sociedade civil.

---

<sup>2</sup> Há também a compreensão de que o SINASE é um sub-sistema do SGD (BRASIL, 2006). Na abordagem realizada para este texto, considera-se a possibilidade de cada um se caracterizar como um sistema próprio, porém interdependente.

Retomando o tema central deste texto, é preciso contextualizar tais características e/ou dimensões para o SUAS e SINASE.

A especificidade da trajetória da assistência social pública mostra que não tem tradição republicana na sua configuração: somente a partir de seu reconhecimento como política de seguridade social começa a se desenhar a gestão compartilhada e federativa.

A grande marca do processo de descentralização desta política pública é a municipalização, sinônimo de forte sobrecarga de exigências às municipalidades mas desigual no modo como as gestões estaduais vem reorganizando sua atribuição federativa. Empiricamente, pode-se constatar que, por vezes, o risco de pautar sua relação com os municípios ocorre de forma hierárquica, o que não cabe nos preceitos e natureza de um Estado federativo, dada a autonomia de cada ente que o compõe.

A promulgação da Política Nacional de Assistência Social (2004) e sua Norma Operacional Básica (NOB SUAS 2005)-Resoluções 145/2004 e 130/2005 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) - trazem claramente as competências de cada ente federado, confirmando que a execução de serviços, benefícios, programas e projetos estão sob a responsabilidade dos estados, DF e municípios. Desde então, o caráter sistêmico de implementação desta política tem exigido o aprimoramento crescente e permanente do exercício da gestão federativa, dado que o horizonte de alcance de um sistema único tensiona, espreme e dá visibilidade ao efetivo equilíbrio na distribuição das responsabilidades governamentais por este processo.

A política de assistência social adquire maior precisão quanto à cobertura que deve garantir na condição de política de seguridade social, não-contributiva, confirmado pela legislação complementar (Lei do SUAS). Seus objetivos ratificam as funções desta política pública, visando: a) proteção social, com vistas à garantia de vida, redução de danos e prevenção à incidência de riscos, com ênfase à família, infância, adolescência, maternidade, velhice. Cabe destacar a perspectiva preventiva aferida à assistência social, tradicionalmente moldada como sinônimo

de ações e atividades emergenciais. Soma-se à intenção de promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de sobrevivência; b) vigilância socioassistencial, traduzida na análise territorial permanente quanto a capacidade protetiva das famílias e as possíveis ocorrências de vulnerabilidades, ameaças, vitimizações e danos; c) defesa de direitos, na forma de garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais e de outros campos.

A garantia da atenção aos usuários é organizada de forma diferenciada, por níveis de proteção social: básica (dimensão preventiva) e especial (dimensão reparadora nas situações de violação de direitos) e, neste caso, cabe a hierarquização dos serviços de acordo com a complexidade das situações - média complexidade e alta complexidade, na ocorrência de rupturas de vínculos familiares e sociais.

O modo de gestão sistêmico trazido pelo SUAS prevê duas importantes unidades públicas estatais, proporcionais ao nível de proteção social. A proteção básica tem o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) como referência territorial na prospecção e atenção às famílias, com vistas a fortalecer sua capacidade protetiva, adotando fluxos que conectam o CRAS a entidades e organizações de assistência social que compõem a rede socioassistencial, à unidades de referência de outras políticas sociais (saúde, educação, cultura, dentre outras) e a outras instituições necessárias. A proteção especial tem o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) como referência para a atenção a indivíduos e famílias vítimas de violência, responsável pelo desenho de fluxos de referência e contrarreferência às múltiplas atenções setoriais, intersetoriais, interinstitucionais que deve estabelecer, em especial com o Sistema de Garantia de Direitos.

Na intersecção SUAS/SINASE, merece destaque examinar o modo como as medidas socioeducativas em meio aberto vem se processando. O SINASE, desde 2006, ratifica a disposição do ECA, ao priorizar a execução dessas

medidas considerando a importância da preservação dos vínculos familiares e sociais que devem ser garantidos ao adolescente em cumprimento de medida determinada judicialmente, em seu território de vida e mantendo-os próximos aos grupos familiares e sociais. O sinônimo desta questão é a municipalização das medidas socioeducativas em meio aberto -liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade -, fato que vem ocorrendo acompanhado do cofinanciamento federal, no campo da assistência social, de forma mais expressiva desde 2008. Em 2010, havia 40.657 adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto, dado significativo face aos 17.703 que cumpriam medidas privativas de liberdade (semiliberdade e internação)<sup>3</sup>. É importante destacar que 1099 Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) sediavam, em 2010, a execução das medidas em meio aberto no país<sup>4</sup>, o que equivale a um incremento médio de 20% com relação a 2009. Mais ainda, o Censo SUAS 2010 computou a presença de 1590 CREAS no território nacional, sendo 1540 municipais e 50 regionais, ou seja, há a possibilidade de existir tais unidades públicas estatais de alcance regional, o que requer a presença ativa e direta do órgão gestor estadual na sua coordenação e cofinanciamento.

Pode-se afirmar que um grande desafio do processo de descentralização político-administrativa da assistência social pública está justamente na dimensão estadual, de forma a alcançar o efetivo e esperado apoio aos municípios, traduzidos nos seis incisos do artº 13º da LOAS, já alterados pela Lei do SUAS. Este esforço deve se traduzir na assessoria às gestões municipais para seu desenvolvimento; no cofinanciamento da gestão, de

---

<sup>3</sup> Fontes respectivas: .MDS: SAGI, SNAS. Censo SUAS 2010. Brasília, DF: 2011.

SDH/SPDCA/SINASE. Levantamento nacional do atendimento socioeducativo 2010 Brasília, DF: 2010

<sup>4</sup> A regulação do serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC), no âmbito da política de assistência social, está contida na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, objeto da Resolução nº 109/ 2009 do CNAS.

benefícios eventuais e serviços; no monitoramento e avaliação do sistema estadual de assistência social e, com destaque, a referência explícita de que é competência da instância estadual a gestão regionalizada.

Neste sentido, nos incisos mencionados, está claro que o cofinanciamento expresso é voltado às ações em âmbito regional ou local. Outros incisos mencionam a responsabilidade por

IV- estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;

V- prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado.

Tanto a PNAS 2004 quanto a NOB-SUAS reforçam a competência pela regionalização por parte do ente estadual. Deixam mais claro, ainda, que esta competência não é só estimular ou apoiar, mas também coordenar e compartilhar com os municípios. Aliás, a regionalização não é uma estratégia de gestão própria ou exclusivamente localizada no âmbito da política de assistência social. A Constituição Federal de 1988 traz, em seu artº 25, 3º que é responsabilidade dos estados instituírem regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, nas quais e em conjunto com os municípios limítrofes, deve implementar o planejamento e execução de funções públicas de interesse comum.

A política de saúde adota a estratégia da regionalização a partir da segunda década de implementação da descentralização político-administrativa (DOURADO, DALLARI e ELIAS, 2011/2012), a despeito de estar prevista na base operacional do Sistema Único de Saúde ao lado da municipalização (Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde). A primeira década foi marcada por forte impulso à

municipalização, o que corresponde à descentralização dos serviços para os municípios, conduzindo-os “...à assunção progressiva da gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios” (id, p. 24). Contudo, foi identificada a necessidade de racionalização do sistema para resolver a fragmentação na provisão dos serviços, somado às disparidades de escala e capacidade produtiva dos municípios. Assim, foi adotado o conceito de regiões de saúde, identificado como a base territorial do planejamento da atenção à saúde, nem sempre coincidente aos limites políticos e geográficos dos entes federados. A maturação deste processo resulta na ideia de se estabelecer uma Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI), de tal forma que os municípios que não dispuserem de capacidade administrativa e orçamentária para prover assistência especializada na média e alta complexidade, pactuem com outros municípios que tenham condições de funcionar como referências intermunicipais, em conjunto com os gestores estaduais. Aos estados cabe coordenar, acompanhar e supervisionar o processo, por meio do apoio técnico, financeiro e político.

Da mesma forma, a regionalização na assistência social passa pela gestão compartilhada de demandas que não encontram lastro administrativo e financeiro nos municípios, principalmente naqueles de pequeno porte (que chegam a 73% da totalidade brasileira). Trata-se de demandas próprias da proteção social especial, de alta e média complexidade e, neste caso, os CREAS regionais desempenham papel importante, ainda que existam, ainda, em quantidade pouco expressiva para todo território nacional. Considerando que poucos municípios contam com CREAS local, os CREAS regionais deveriam funcionar dentro de um raio de ação aglutinador de municípios desprovidos desta unidade pública estatal, de tal forma que sua(s) equipe(s) operaria(m), preferencialmente, de forma móvel para apoio, supervisão e acompanhamento do atendimento ofertado pelas equipes técnicas municipais (devidamente preparadas e especializadas), às situações de violação de direitos, dentre elas o apoio técnico para a execução das medidas socioeducativas em meio aberto.

Outros serviços de referência regional podem ser desenhados, tais como unidades de acolhimento institucional. De toda forma, a ideia da regionalização na assistência social implica na adoção efetiva do planejamento por escalas territoriais, por parte do órgão gestor estadual, de forma colegiada com os municípios circunscritos em cada microrregião socioassistencial, por assim dizer. A resolutividade e racionalidade estariam melhor conjugadas, no caso desta estratégia de gestão.

Por sua vez, o SINASE traz, já na abertura de sua proposição, dois aspectos de extrema importância, no que tange as relações federativas: 1) artº 1º, o entendimento de que SINASE é §1º: o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, o que inclui os sistemas estaduais, distrital e municipais, por adesão [...]. Pode-se dizer que este último ponto espelha o binômio autonomia e interdependência, próprio das relações entre as instâncias do federalismo cooperativo; 2) artº 2º a 5º: tratam da distribuição de competências entre os entes federados. Fica estabelecido que a União coordena o Sistema Nacional, cofinancia os programas e serviços – o que vincula à participação dos outros entes federados - e aloca a responsabilidade pelas funções executiva e de gestão do SINASE à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Contudo, esta mesma precisão não ocorre na definição do *locus* administrativo responsável pela gestão dos sistemas estaduais e municipais - menciona que “compete ao órgão a ser designado no Plano (Estadual), (Municipal) de Atendimento Socioeducativo as funções executiva e de gestão do Sistema (Estadual), (Municipal) de Atendimento Socioeducativo” (art. 4º,3º; art. 5º,4º).

Dadas as dimensões intersetorial e interinstitucional que qualificam o SINASE, cabe refletir sobre a necessidade de um período de transição desde a vigência da Lei nº12594/12, a fim de que se efetive um processo de reordenamento institucional no âmbito do Poder Executivo estadual, distrital e municipal, de tal forma que se previna e/ou saneie disparidades e excessiva diversidade quanto à definição desses *locus* administrativos. A título de exemplo, na esfera estadual, esta diversidade pauta a

alocação heterogênea, atualmente, entre Secretarias de Segurança Pública<sup>5</sup>, Justiça, Assistência Social. Outra justificativa é o fato de a Lei ratificar a função de assessoria técnica, suplementação financeira e outras formas de colaboração devidas pela esfera estadual aos municípios, nos quais a pasta responsável é a de assistência social. O alinhamento no diálogo intergovernamental deve ser pautado por um dialeto comum.

Da mesma forma, a reorganização técnico-administrativa envolve todos os entes federados, incluindo os municípios, uma vez que a Lei traz, na figura da entidade de atendimento, a pessoa jurídica de direito público ou privado (art. 1º, 5º). Em outras palavras e a título de sugestão, a execução das medidas em meio aberto devem contar com a referência do CREAS, articulado para parcerias com entidades e organizações da sociedade civil.

Por último, cabe ressaltar que a ideia de consórcios públicos ou outro instrumento jurídico adequado para o compartilhamento de responsabilidades está restrito à iniciativa dos municípios, sem qualquer menção a uma participação ativa e mais ampla do gestor estadual. Conforme já mencionado, é do gestor estadual a responsabilidade maior pela adoção da regionalização, a exemplo dos setores da saúde e da assistência social. Certamente, a regionalização se coloca como estratégia fundamental para a unidade de um sistema nacionalizado, sinônimo de ruptura com a inviabilidade de municípios de pequeno porte arcarem sozinhos ou entre si, com a efetividade de sistemas municipais de atendimento socioeducativo.

O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo tem, para sua composição, os sistemas estaduais e municipais. A aglutinação dos municípios por microrregiões é mais do que a pura soma de esforços: avança na cobertura de lacunas do planejamento, monitoramento e avaliação de uma gestão voltada ao atendimento digno do adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas.

---

<sup>5</sup> Em Minas Gerais, a pasta administrativa responsável pelo sistema estadual de atendimento socioeducativo é a Secretaria de Defesa Social.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e políticas sociais. In AFFONSO, R.; SILVA, P. (orgs). **Descentralização e Políticas Sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. 376 p

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 atualizada. Constituição do Estado de São Paulo anotada**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2006.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990. In **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo. Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. São Paulo: 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_.Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Norma Operacional Básica NOB/SUAS** - construindo as bases para implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília,DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo-SINASE**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009**. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/legislacao-2011/resolucoes/2009/ResolucaoCNASno109-de11novembrede2009.pdf>. Acesso em maio de 2012.

\_\_\_\_\_. MDS: SAGI, SNAS. **Censo SUAS 2010**. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Assistência Social. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei nº 12435, de 2011.** Versão PDF. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm). Acesso em novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12594, de 18 de janeiro de 2012. In **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo. Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. São Paulo: 2012.

DOURADO, D.; DALLARI, S.; ELIAS, P. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**. CEPEDISA/NAP-DISA/USP, São Paulo, vol.12, n.3, p.10-34, nov.2011/fev.2012.