

# **Descentralização do setor da saúde no Brasil: algumas potencialidades X limites**

Carácter de la ponencia: Resultado de investigación finalizada

GT 19 – Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Silvia Jurema  
Leone Quaresma

## **RESUMO:**

No Brasil ao longo dos séculos foram sendo estabelecidas amplas trajetórias do setor da saúde, ora com períodos de centralização e ora com períodos de descentralização. E estas foram impulsionadas por interesses e mudanças sociais, políticas e econômicas que acabaram deixando pontos de escolhas para futuras mudanças, como as que ocorreram com o estabelecimento da descentralização política e administrativa do setor da saúde na década de 1990. Tendo em vista esse cenário, o objetivo deste artigo é analisar o conceito de descentralização na literatura específica; assim como, analisar o atual processo de descentralização do setor da saúde no Brasil, apresentando algumas de suas potencialidades contrapondo-as com seus limites, de acordo com a percepção de alguns pesquisadores brasileiros entrevistados em 2011.

**Palavras Chaves:** descentralização, sistema de saúde, potencialidades/limites.

## **Descentralização do setor da saúde no Brasil: algumas potencialidades X limites**

### **1. Introdução**

Um dos marcos do século XIX no Brasil é representado pela chegada da Família Real Portuguesa, em 1808. A partir daí começaram a se caracterizar algumas mudanças econômicas e sociais importantes para a população brasileira como, por exemplo, a criação das primeiras instâncias de saúde, sendo todas regidas sob a ordem da Coroa.

Com a Independência do Brasil, em 1822, as instâncias de saúde criadas passaram a ser competência das câmaras municipais atuando de forma descentralizada. Desse modo, iniciou-se o primeiro período de descentralização da área da saúde no Brasil, no qual os poderes locais passaram a agir de acordo com os seus interesses e necessidades. Entretanto essa descentralização mostrou-se ineficaz, pois grande parte dos estados e municípios não tinham condições, financeiras e organizacionais, de arcar com a saúde de sua população.

Esse modelo descentralizado de saúde durou até 1930 quando houve uma ampla reforma política e administrativa no país empreendendo-se na saúde um regime autoritário, cujas reformas centralizadoras acabaram por decretar o fim da descentralização. Destaca-se que nesse período, que se estendeu até 1988, houve a expansão dos serviços de saúde, principalmente a criação de vários órgãos destinados à saúde pública, assim como a criação do Ministério da Saúde.

Mas, mesmo estando à saúde centralizada novamente, já havia propostas para uma nova descentralização do setor que começou a ser articulada na década de 1960, na 3ª Conferência Nacional de Saúde. Todavia não havendo consenso para a implantação do novo sistema descentralizado, os partidários da municipalização da saúde conseguiram implantar em certas áreas carentes do Brasil

algumas experiências municipais que tinham como meta a organização dos serviços locais de saúde, com a implementação de serviços básicos de saúde.

Embora essas experiências locais não tenham sido capazes de alterar o modelo hegemônico do sistema de saúde no Brasil, foram os alicerces para a criação de alguns Programas federais que visavam à organização de serviços básicos de saúde nos municípios. Esses serviços eram fundamentados em convênios entre as três esferas de governo. Esse novo modelo de organização na saúde foi se expandindo por todo o território nacional havendo a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde nas unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros. Essas unidades locais eram responsáveis por ações de caráter preventivo e de assistência médica e se integravam ao sistema de saúde pública e ao sistema de assistência à saúde previdenciária. Dessa forma, as unidades locais passaram a atender a população independente da contribuição financeira à previdência social, o que de certa forma, inaugura a universalização da assistência médica à população (Giovanella & Mendonça, 2008). Portanto, as experiências municipais dos serviços locais de saúde trouxeram várias contribuições políticas e sociais, demonstrando que era possível a municipalização no processo de mudanças da realidade sanitária brasileira.

A partir daí, se iniciaram debates que visavam a necessidade do fortalecimento das instâncias estaduais e municipais e estes acabaram sendo incorporados quando da implantação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, em 1987, ou seja, logo após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A principal característica deste Programa foi a reorganização e descentralização dos serviços de saúde nos níveis estaduais e municipais e, posteriormente, a inserção garantida de um sistema de atendimento público e gratuito no próprio texto da Constituição de 1988. Sendo que, a partir de 1991 as Leis Orgânicas de Saúde e as Normas Operacionais Básicas propuseram e complementaram o que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS). Os preceitos constitucionais deste novo modelo compreendiam, além da descentralização, a: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, integralização, resolutividade, e participação (Grisotti & Patrício 2006).

## 2. O conceito de descentralização na literatura

Bobbio, Matteucci & Pasquino (2010, p. 329) ao analisarem os conceitos de descentralização e centralização, destacam que ambas “não são instituições jurídicas únicas, mas, fórmulas contendo princípios e tendências, modos de ser de um aparelho político ou administrativo”. Portanto, são diretivas da organização do Estado. Nenhuma das duas pode existir de forma pura, isto é, ambas encontram-se sempre entrelaçadas e em relação dinâmica. Segundo os autores nem mesmo em regimes autoritários, quando o poder é extremamente centralizado, não é possível controlar totalmente uma nação. Por outro lado, a descentralização total de uma nação representaria o caos, principalmente, para nações em que vigorem vários níveis de desigualdade. Isso significa dizer que os ordenamentos jurídicos em geral apresentam-se parcialmente centralizados e descentralizados.

Os autores também destacam que estudiosos de diversas áreas avaliam que a descentralização, na forma de transferência das funções do centro para a periferia, é natural em qualquer administração que tenha ultrapassado certas dimensões, compreendendo desde a administração estatal até entidades públicas menores, assim como, entidades empresariais privadas. Mas, é claro que ela vai tomar diferentes formas dependendo das circunstâncias históricas, políticas e econômicas de cada país.

Quanto a isso, na literatura específica há autores como Lobo (1990 p. 8), por exemplo, que enfatizam alguns dos princípios norteadores da descentralização. O primeiro deles é a flexibilidade entendida como "tratamento diferenciado aos governos subnacionais", ou seja, as desigualdades políticas, econômicas, técnico-administrativas e sociais (intra e extra regionais, estaduais e municipais) devem ser consideradas e tratadas de maneira diferenciada. Dessa forma, não deve existir um único e fixo modelo de descentralização. O segundo princípio, gradualismo e progressividade, incorpora a

flexibilidade e trata da adequação da descentralização às distintas realidades definidas no tempo e no espaço, permitindo que ela se consolide de forma gradual e contínua, não somente a partir de deliberações centrais, mas como resultado de processos pactuados de mudanças. Há também a transparência no processo decisório que, assim como a descentralização, trata fundamentalmente de transferência de poder; o exercício desse poder descentralizado implica em transparência para que ele se legitime, se implemente e se perpetue. E por fim há o controle social que, associado à transparência no processo decisório, é elemento de democratização do Estado, sendo ambos, princípios orientadores do processo de descentralização.

Rondinelli et al (1983) classifica a descentralização em quatro tipologias e em meio a essas tipologias os países vão se ajustando a um tipo de descentralização ou a uma combinação de dois ou mais tipos. A primeira tipologia<sup>1</sup> apresentada pelo autor é a desconcentração ou descentralização administrativa que consiste no deslocamento de responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, sem que haja redistribuição do poder decisório e repasse de capacidade decisória a um ente federativo de menor escala. A segunda é a devolução ou descentralização política que consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico, adquirindo assim autonomia política e administrativa. A próxima tipologia é a delegação que envolve a transferência de responsabilidades gerenciais do Estado para algumas organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. A última é a privatização, isto é, a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sendo que, essa transferência geralmente ocorre pela venda de ativos públicos.

Além disso, o conceito de descentralização do Estado já foi discutido amplamente por vários autores (Arretche, 1996; 1999; Guimarães, 1999; Souza & Carvalho, 1999; Tobar, 1991) e esteve presente em vários campos disciplinares. Guimarães (1999), ao realizar um balanço sobre a descentralização na literatura, cita que Penfold-Becerra (1998) faz um apanhado das disciplinas que contemplam o tema. Para ele no campo da Ciência Política a descentralização é debatida como sendo um mecanismo democrático que admite a autonomia política dos níveis locais e regionais para o aprofundamento da democratização. No campo da Ciência Econômica, ela é apresentada como uma transferência de responsabilidades das atividades econômicas públicas para o setor privado. No campo da Sociologia a descentralização se destaca como um mecanismo para a autorização da sociedade civil, cujo objetivo é aumentar a cidadania e o controle social. Finalmente, no campo da Administração Pública a descentralização se constitui de uma política para diluição do poder decisório e administrativo dentro das agências públicas centrais. Dentro dessa última perspectiva Bresser Pereira (2000) enfatiza que a descentralização é a transferência de poder de um nível mais alto de governo para os mais baixos: da União para os estados e municípios. Deriva da demanda de maior autonomia pelas regiões ou pelos governos locais e é decidida através de um processo de negociação política. Dessa forma, a descentralização geralmente tem sido empregada na literatura ora como valor ideológico normativo e ora como diretriz política, instrumento de gestão.

Na maior parte das análises a descentralização se apresenta como valor ideológico e está associada com a democratização do Estado e promoção da justiça social, pois, é através dela que se ampliam (ou deveriam se ampliar) a participação social incorporando novos atores no centro do poder (S.F. Silva, 2001). Dessa forma, a descentralização tenderia a promover a aproximação do Estado e da sociedade, deslocar os eixos de poder e ao mesmo tempo ampliar a responsabilidade dos cidadãos no processo decisório. No entanto, Arretche (1996) assim como Junqueira (1997), alertam que a descentralização, por si só, não pode ser considerada como sinônimo de democratização e de participação, mas, pode se constituir como um elemento de viabilização da democracia.

Por fim, vale destacar que a descentralização não é uma unanimidade entre os especialistas. Pois, para alguns autores a descentralização é imprescindível para países como o Brasil, visto que, é

---

<sup>1</sup> Essas tipologias da descentralização estarão sendo apresentadas aqui de forma bastante resumida.

um país continental, complexo e desigual no qual se manifestam diferenças culturais, econômicas, demográficas e sanitárias entre as suas diferentes regiões e em cada uma delas há uma grande variedade de grupos sociais. Daí a necessidade da descentralização como forma de viabilizar políticas públicas conforme as necessidades de cada pedacinho do país (MENDES, 2001).

Já outros autores consideram que o processo de descentralização no qual os municípios assumem as políticas públicas pode acabar acarretando o aprofundamento das heterogeneidades. Uma vez que nos municípios ricos a ação social do Estado é potencializada pela descentralização e nos municípios pobres a descentralização aumenta a escassez e a precariedade da prestação dos serviços públicos (Abrucio & Couto, 1996).

### **3. A descentralização “a brasileira” do setor da saúde**

O último processo descentralizador do setor da saúde no Brasil se iniciou com a implantação das Normas Operacionais Básicas (de 1991; 1992, 1993, 1996) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (de 2001 e 2002), que foram definidas de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais e foram instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas são consideradas como instrumentos para: operacionalização da diretriz de descentralização das ações e dos serviços; organização da gestão descentralizada do SUS; reorganização do modelo de atenção à saúde no país; e por fim, para orientação do processo de regionalização da assistência à saúde.

A descentralização do setor da saúde, considerada como um dos princípios organizativos do SUS trata-se, segundo Z.P. Silva (1996 p. 81), da redistribuição do poder político. Isto é, a “transferência do centro das decisões para outras esferas com personalidades jurídicas distintas e autoridades eleitas localmente”. Esse tipo de descentralização também é conhecido como descentralização político-administrativa que, na tipologia de Rondinelli et al (1983), seria uma combinação das formas de desconcentração e devolução. Contrariando a visão de Mendes (2001) que considera a descentralização do setor da saúde no Brasil uma combinação das formas de devolução e privatização<sup>2</sup>. No entanto, entende-se que essa descentralização “à brasileira” tomou forma levando em conta os três tipos mencionados pelos autores, ou seja, desconcentração, devolução e privatização. Já que, há deslocamento de responsabilidades administrativas e repasse das capacidades decisórias aos entes federados com autonomia política e administrativa e, ainda, existe a forma de privatização da assistência médica supletiva.

A descentralização do setor da saúde desde a década de 1990 vem constituindo um arcabouço jurídico-normativo que assegura, segundo Fleury (1997 p. 4), um desenho institucional bastante consistente e adequado “tanto à ideia da centralidade do município no funcionamento do sistema, quanto à ideia de sua permeabilidade às demandas sociais”.

Mas, se por um lado, o modelo de descentralização da saúde adotado no país significa que a responsabilidade da saúde dos cidadãos é dos municípios e estes devem assumir: a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde. Por outro lado, os municípios brasileiros ao receberem estas competências continuam sujeitos às normas, às avaliações e aos controles de qualidade estabelecidos pelo Estado. Dessa forma, a descentralização do setor da saúde no Brasil não é um modelo único e fechado, mas, é uma forma híbrida que implica graus de centralização.

Porém, convém destacar que todo o processo de mudança das responsabilidades para com a saúde da população está ocorrendo de forma desigual no país, visto que, há no Brasil municípios com

---

<sup>2</sup> Segundo Mendes (2001) a forma de privatização ocorre devido à expansão do sistema privado de assistência médica supletiva.

diferentes condições financeiras, políticas e administrativas que acabam interferindo na capacidade municipal de respostas às necessidades e demandas da população.

#### **4. Algumas potencialidades X limites no modelo vigente da descentralização do setor da saúde no Brasil**

Esse modelo de descentralização do setor da saúde vigente no Brasil se mostrou muito complexo, seja sob o ponto de vista administrativo, financeiro ou operacional. E, ainda hoje, enfrenta vários desafios que acabam ocasionando implicações no bom andamento do setor saúde, seja em âmbito municipal, estadual ou federal. Portanto, nesta parte do artigo apresentam-se alguns pontos positivos dessa descentralização contrapondo-os com seus limites. Sendo que, os dados expostos estão contemplados na pesquisa realizada (em 2010/2011) para a tese de doutorado da autora do artigo. Nessa pesquisa foi entrevistado um grupo de sanitaristas/pesquisadores tendo por objetivo analisar as várias percepções em relação às fragilidades da descentralização do setor da saúde no Brasil. É importante destacar que os entrevistados atuaram (e continuam atuando) em diversas instituições de ensino e pesquisa na área de saúde pública. E ainda, alguns deles também foram agentes na condução da implementação de muitas políticas de saúde em várias regiões do país no período compreendido entre 1960-1990.

Um dos principais pontos positivos da descentralização do setor da saúde foi o ganho de autonomia dos municípios em relação as suas demandas em saúde. No entanto, alguns secretários municipais de saúde ainda se encontram atrelados às políticas partidárias que, por sua vez, pouco se interessam pelas políticas de saúde no Brasil, já que, não apresentam programas e nem mesmo se propõem a discutir os problemas nesta área. Além disso, continua havendo na gestão em saúde a distribuição de cargos sem base em critérios técnicos. Essa prática é condenada, inclusive, pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde como sendo as que mais favorecem a corrupção no setor público.

Outro ponto de extrema importância foi o desenvolvimento dos Conselhos de Saúde em que a população tem a chance de participar no planejamento e controle da execução das políticas de saúde. Entretanto, essa participação ainda é incipiente em grande parte dos municípios brasileiros. Dessa forma, é necessário haver uma maior conscientização por parte da população em participar dos Conselhos para que estes se fortaleçam no exercício, principalmente, do controle social e com isso diminuindo a cooptação desses Conselhos pela gestão municipal. Além disso, essa aproximação, por meio dos Conselhos, entre o sistema de saúde e o cidadão colabora para que estes obtenham mais informações sobre os seus direitos em saúde.

O terceiro ponto a se considerar diz respeito à inclusão da corresponsabilidade dos três entes federados no financiamento da saúde facilitando, inclusive, a transferência de recursos para os estados e municípios. Esse fato acentua a expansão da oferta de serviços com uma gradual melhoria do acesso aos serviços, principalmente nos municípios. Entretanto, não se pode negar que ainda há vários problemas como, por exemplo, na assistência médica em relação à média complexidade<sup>3</sup>; deficiências no sistema de referência e contrarreferência<sup>4</sup> e a administração hospitalar precária.

---

<sup>3</sup> As ações de média complexidade se compõem de ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população que demande profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já as ações de alta complexidade na saúde são o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são, entre outros: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente com câncer; cirurgia cardíaca e de veias; colocação de marca passo; procedimentos de neurocirurgia (BRASIL, 2009a).

<sup>4</sup> Referência é o trânsito do paciente de um nível de menor complexidade (unidade de saúde) para um de maior complexidade (hospital). Já a contrarreferência é o contrário, é o trânsito do paciente do nível de maior complexidade (hospital), para o de menor complexidade (unidade de saúde).

Considera-se também como uma potencialidade da descentralização o avanço na capacitação dos profissionais da saúde. No entanto, ainda há pouco investimento nesse setor por parte dos estados e municípios. E também continua havendo falta de gestão profissionalizada em todos os níveis, seja pela escassez de profissionais capacitados nas diversas áreas da saúde ou ainda, pela persistência do clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema de saúde.

O quinto aspecto de potencialidade do modelo descentralizado de saúde diz respeito ao avanço considerável no processamento e agilidade das informações em saúde. Que oportunizam vários tipos de análise da situação de saúde da população seja em nível local, estadual ou ainda federal e com isso as intervenções podem ser realizadas mais rapidamente. No entanto, ainda há falta de profissionais capacitados para realizar esses tipos de análises nos municípios e isso acaba limitando-os frente ao potencial que está a sua disposição no sistema de informações.

Outro avanço importante que ocorreu com a descentralização foi a difusão da necessidade da intersetorialidade<sup>5</sup> como princípio organizativo do sistema de saúde. Uma vez que a intersetorialidade estabelece o comprometimento dos diversos setores do Estado, e também fora deste, com a produção da saúde e o bem-estar da população. No entanto, no Brasil a implantação da intersetorialidade está esbarrando em alguns entraves, sendo o principal deles a cultura política do país que privilegia a unisetorialidade, isto é, uma estrutura política fragmentada em setores que se prevalecem, inclusive, de um orçamento público setorializado.

## 5. Algumas reflexões finais

O principal motor da descentralização do setor da saúde no Brasil foi a redefinição das competências de cada um dos entes federados no âmbito político e administrativo. No entanto, também ficaram estabelecidas competências comuns a todos os entes. Cabendo aos três: a participação no planejamento dos sistemas de serviço, a formulação das políticas de saúde, os investimentos nos serviços de saúde, o controle e avaliação do sistema. Dessa forma, com essa divisão das competências ficaram instituídos três entes federados autônomos e interdependentes. No entanto, toda essa repartição não pode ser concebida como aliada a um clientelismo político comprometendo, inclusive, o uso dos recursos na saúde. Nesse novo modelo descentralizado tem que prevalecer a eficiência e a transparência.

Outro ponto que merece destaque trata-se da melhoria da capacitação dos recursos humanos envolvidos no atual sistema de saúde. No entanto, ainda não é a ideal, já que, grande parte desses recursos continuam sem capacitação e sem comprometimento com o atual sistema de saúde. Esse problema se agrava ainda mais quando se presencia que grande parte das universidades não acompanharam as mudanças decorrentes do novo modelo do setor da saúde. Sendo assim, continua sendo necessário haver reformas no ensino de algumas áreas da saúde que possibilitem que os profissionais sejam formados levando em conta as reais necessidades da saúde no país e a lógica do atual sistema de saúde.

Mas, de qualquer forma, a descentralização da área da saúde no Brasil foi e é importante para que o sistema de saúde implantado com o SUS continue a adaptar seus serviços às condições locais, oferecendo maior visibilidade para o sistema e com participação da sociedade.

---

<sup>5</sup> Apesar da proposta de intersetorialidade começar a ser discutida no Brasil na 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967), foi somente na década de 1990 que começaram a ser realizadas experiências que incorporavam ações intersetoriais em alguns municípios do Brasil, entre eles: Camaçari (BA), Campinas (SP) e Fortaleza (CE). Essas experiências foram uma tentativa de consolidar uma reforma administrativa municipal que tinha como eixo articulador os enfoques de descentralização, intersetorialidade e a formação de redes.

## Referências bibliográficas

ABRUCIO, Fernando Luiz; COUTO, Cláudio Gonçalves (1996). O impasse da federação brasileira: o cenário político-financeiro e as suas consequências para o processo de descentralização. Cadernos Cedec, São Paulo, n. 58. Disponível em: <[http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/CAD58.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/CAD58.pdf)>. Acessado em 29 de setembro de 2009.

ARRECH, Marta. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas (1996). Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 31, n. 11, p. 44-66.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo (1999). Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 14, n. 40.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI Nicola; PASQUINO, Gianfranco (2010). Dicionário de política. 13ª edição. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Descentralização geográfica e regional: Brasil e Europa (2000). Santiago de Compostela. Disponível em: <[www.gv.br/economia/sec\\_pd/textos/texto98.pdf](http://www.gv.br/economia/sec_pd/textos/texto98.pdf)>. Acessado em 20 de outubro de 2009.

FLEURY, Sonia et al. Municipalização da saúde e poder local no Brasil (1997). In: XXI Encontro da ANPAD, 1997, Rio de Janeiro, 21-24 de setembro. Disponível em: <[http://app.ebape.fgv.br/academico/pdf/municipalizacao\\_saude\\_21\\_enanpad.pdf](http://app.ebape.fgv.br/academico/pdf/municipalizacao_saude_21_enanpad.pdf)>. Acessado em 24 de março de 2011.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde (2008). In: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. Parte IV, p. 575-626.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis (2006). Florianópolis: Editora da UFSC.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. As controvérsias conceituais e o debate sobre a descentralização na literatura (1999). In: 23º ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, Foz do Iguaçu. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/1999/dwn/enanpad1999-ap-29.pdf>>. Acessado em 3 de outubro de 2009.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde (1997). In: CANESQUI, Ana Maria (org). Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Editora Hucitec.

LOBO, Thereza Larque. Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental (1990). Cadernos de Pesquisa. São Paulo, n. 74, p. 5-10.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS (2001). Salvador: Casa da Qualidade Editora. Tomo I e II.

PENFOLD-BECERRA, Michael. Towards a Political Theory of Decentralization: Passing the Ball in Venezuela (1998) (mimeo).

RONDINELLI, Dennis A. et al. Decentralization in developing countries: a review of recent experience (1983). World Bank Staff Working paper, Washington: World Bank, n. 581. Disponível em: <[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/1983/07/01/000009265\\_3980928162717/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/1983/07/01/000009265_3980928162717/Rendered/PDF/multi0page.pdf)>. Acessado em 7 de março de 2011.

SILVA, Zilda Pereira da. O município e a descentralização da saúde (1996). Revista São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 10, n. 3. Disponível em: <[http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v10n03/v10n03\\_10.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v10n03/v10n03_10.pdf)>. Acessado em 14 de março de 2010.

SILVA, Silvio Fernandes da. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas (2001). São Paulo: Hucitec.

SOUZA Celina & CARVALHO Inaiá MM de. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades (1999). Lua Nova, São Paulo, n. 48, p. 187-212.

TOBAR, Federico. O conceito de descentralização: usos e abusos (1991). Planejamento e Políticas Públicas, Brasília/Rio de Janeiro, n. 5.