

A Política de Descentralização da Saúde e suas Interfaces Escalares

Ana Rocha dos Santos¹ & Alexandrina Luz Conceição²

¹ Núcleo de Geografia, Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Alberto Carvalho, Itabaiana SE

² Núcleo de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Sergipe, 4100-000, São Cristovão SE

(Recebido em 21 de outubro de 2009; aceito em 01 de maio de 2010)

A preocupação central deste artigo é analisar a política de descentralização da saúde que criou o SUS e com ele, uma redistribuição de poder político, fortalecendo o município para operacionalização da política de saúde. Parte-se de uma leitura escalar como recurso metodológico para explicação da realidade com o propósito de compreender que, embora haja uma valorização da instância local para o desenvolvimento local, a escala global é definidora das políticas públicas pensadas para o município. Através do método dialético e da pesquisa qualitativa, os sujeitos sociais foram ouvidos e suas falas interpretadas. A análise da política de descentralização da saúde considerou a redefinição do papel do Estado no contexto da mundialização do capital que pratica novo ordenamento territorial, centrado no município, chamado para dar respostas à crise financeira, fiscal e melhorar a capacidade de gestão do Estado. A pesquisa desenvolvida em Sergipe constatou que a política de descentralização da saúde mascara a apropriação privada dos serviços e ações de saúde no âmbito local/nacional/global através de uma rede seletiva e excludente. Para isso concorre o tratamento patrimonial da coisa pública que alimenta a cultura do favor e desencadeia disputas políticas descomprometidas com o atendimento das necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: descentralização, relações escalares, Sistema Único de Saúde

The central concern of this article is to analyze the decentralization politics of health that created SUS and with it, a redistribution of political power, strengthening the municipal district for operationalization of the politics of health. It is started from a scalar reading as methodological resource for explanation of the reality with the purpose of understanding that, although there is a valorization of the local instance for the local development, the global scale is definer of the public politics thought for the municipal district. Through the dialectical method and of the qualitative research, the social subjects were heard and their speeches were interpreted. The analysis of the decentralization politics of health considered the redefinition of the role of the State in the context of the globalization of the capital that practices new territorial ordainment, centered in the municipal district, called to give answers to the financial crisis, fiscal and to improve the capacity of administration of the State. The research developed in the state of Sergipe verified that the decentralization politics of health masks the deprived appropriation of the services and actions of health in the local/national/global ambit through a selective and excluding net. For that, it competes the patrimonial treatment of the public thing that feeds the culture of the favor and unchains uncommitted political disputes with the attendance of the population needs of health.

Keywords: decentralization, scalar relations, Unique Health System

1. INTRODUÇÃO

Este artigo analisa a política de descentralização da saúde que criou o SUS e com este, uma redistribuição de poder político, ao fortalecer o município para a operacionalização da política de saúde, conforme dinâmica das relações escalares. A descentralização tem uma natureza política de poder, produzindo um espaço que se define na arquitetura escalar, o que a coloca como central na análise geográfica. Traz em seu seio duas questões relevantes na Geografia: os limites do poder, sua necessidade de se espacializar para estabelecer seu domínio e a escala geográfica como leitura necessária da produção da igualização e diferenciação espacial para a realização do capital. Desse modo, ter como parâmetro a escala para análise da política de descentralização permite compreender que as escalas espaciais são produzidas pelo capital, cujo impulso para igualização só pode ser realizado pela diferenciação do espaço. Assim, “as escalas não são fixas, mas se desenvolvem (aumentando suas angústias e problemas correlatos) dentro do desenvolvimento do próprio capital” (SMITH, 1988, p. 211).

No jogo das escalas, a política de descentralização tem nos municípios (escala local) sua forma de atuação na reformulação das funcionalidades das escalas para adequá-las à desregulação dos mercados, como garantia da acumulação flexível e à mercantilização de todos os aspectos da vida. Estar em sintonia com o capitalismo internacional é a regra do jogo e para isso, a descentralização é decisiva para a adaptação às imposições dos mercados financeiros internacionais. Abordar geograficamente a redefinição das escalas de atuação do Estado que ora dá ênfase a escala nacional, ora prioriza as políticas mais localizadas, fortalecedoras dos espaços subnacionais (os municípios) é tarefa que se pretende abordar neste artigo.

A pesquisa desenvolvida foi fundamentada nos pressupostos do método dialético que permitiu compreender o particular na totalidade das determinações que produziram a espacialização do Sistema Único de Saúde em suas contradições. No aparente, o SUS é blindado pelo discurso hegemônico como a mais avançada política democrática existente no país. Mas as dificuldades do acesso e a demora para a resolução dos problemas de saúde vividas no cotidiano das pessoas denunciam a natureza do SUS.

Desvelado o aparente e expostas as contradições da política (des) centralizadora do Estado se constata que mudar a estratégia de desenvolvimento se apresentou como uma condição para o país adaptar-se às imposições dos mercados financeiros que buscam estabelecer relações diretas com os locais, tornados territórios de apropriação do capital. Mais do que elaborar uma política de redefinição da ação dos entes federados, o que se elegeu na política de descentralização da saúde e de fortalecimento dos espaços locais (os municípios) não foi somente uma resposta à crise financeira e fiscal de governos centralizados ou a problemas de governabilidade. Tratou-se de buscar nos municípios as condições necessárias para que o capital continue a se reproduzir em um novo contexto político-econômico-financeiro em que a intencional perda da centralidade da escala nacional é acompanhada pela valorização do município como escala de melhor gestão.

2. A ATUAÇÃO DO BANCO MUNDIAL NA DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A importância atribuída ao município como estratégia de gestão e de instituir que o mesmo se fortaleça com a formação de regiões de saúde e de pactos entre os governos municipais e estaduais faz parte do conjunto das injunções dos organismos multilaterais que prescrevem um elo racional padronizador.

O Banco Mundial tem mudado de estratégia desde os anos 1990 quando a imagem positiva desta instituição sofreu abalos na sua reputação. Nos anos 1980 as recomendações eram para a redução dos orçamentos sociais, privatização das empresas estatais, entre outras, logo criticadas nos países periféricos por implicar em perdas sociais. Uma crise de legitimidade se instalou e para recuperá-la o Banco Mundial mudou o foco de ação, passando a incorporar em suas políticas “as necessidades” e potencialidades dos diferentes locais.

São os governos locais os últimos empreendedores e o aumento de sua responsabilidade está relacionada com a capacidade declinante dos estados nacionais de controlar os fluxos financeiros das empresas multinacionais. Cada vez mais as relações diretamente estabelecidas entre o capital financeiro internacional e os poderes locais se organizam como se estivessem expostos em uma vitrine para atrair os investimentos financeiros. Cada localidade (cidade, municípios) constrói suas vantagens específicas para ter condição de competitividade.

As implicações dessa corrida competitiva entre os locais (cidades) são

muitas das inovações e dos investimentos idealizados para tornar certas cidades mais atraentes como centros culturais e de consumo foram rapidamente imitados em outros lugares, tornando efêmera qualquer vantagem competitiva num conjunto de cidades [...] muitas vezes, o sucesso é fugaz ou se torna discutível pelas novidades semelhantes ou alternativas que surgem em outros lugares. Em virtude das leis coercitivas da concorrência, as coalizões locais, para sobreviverem, não têm opção, exceto conseguirem se manter na dianteira no jogo, engendrando saltos de inovação em estilos de vida, formas culturais, combinações de produtos e serviços e, inclusive, formas institucionais e políticas. O resultado é um turbilhão estimulante, ainda que destrutivo,

de inovações culturais, políticas, de produção e consumo de base urbana (HARVEY, 2005, p. 182-183).

Dentro da lógica de uma política do Banco Mundial que promove o desenvolvimento a partir dos locais e inclui como preocupação o alívio da pobreza, nos anos 1990 o Brasil expande o volume de empréstimos junto a esta instituição, destacando-se o setor saúde por estar intimamente ligado à questão da pobreza e por representar um mercado promissor para o investimento privado. A emergência da AIDS e outras doenças transmissíveis também contribuíram para a saúde tornar-se relevante na ampliação dos empréstimos, na medida em que a AIDS passou a ser tratada como uma questão de segurança nacional. A partir desse momento, o Banco Mundial realizou vários estudos sobre a saúde no Brasil com o objetivo de contribuir para o aprofundamento sobre este setor e apontar sugestões que pudessem enfrentar a dificuldade de descentralizar, democratizar e reduzir déficits fiscais diante do que fora legalmente instituído pela Constituição de 1988 (RIZZOTTO (2000).

No documento *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*, analisado por Rizzotto (2000) ficam explícitas a defesa da participação da rede privada e as críticas à Constituição de 1988 por dar preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Em outro documento *Brasil: novo desafio à saúde do adulto (1991)*, fica transparente o otimismo no que se refere às reformas por apontar a possibilidade de se retirar do Governo Federal o poder decisório e partilhar as responsabilidades com os estados, municípios, entidades não-governamentais e as comunidades.

No relatório mais recente publicado pelo Banco Mundial *Governança no Sistema Único de Saúde brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão dos recursos*, publicado em 2007, as recomendações para o Brasil enfatizam a melhoria da capacidade de gestão com o fim de aprimorar a governança e o uso de recursos públicos de maneira otimizada.

Os principais problemas apresentados no referido relatório estão ligados a causas estruturais, especificamente voltadas para gestão, organização e orçamento do SUS. Os desafios a serem enfrentados dizem respeito à ineficiência e baixa qualidade dos serviços, comprometidos pela fragilidade de governança. A questão posta pelo Banco Mundial para o Brasil é garantir que os serviços sejam viáveis financeiramente e que tenham boa qualidade, o que é colocado como oneroso pelos governos brasileiros na medida em que os custos com a atenção à saúde só aumentam. Conforme o relatório “as autoridades financeiras estão cada vez mais preocupadas com o aumento dos custos da atenção à saúde, que já representam cerca de, 11% dos gastos públicos” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 1).

Para sanar os problemas, o Banco Mundial recomenda seis ações corretivas nas quais a gestão está voltada para os resultados: a autonomia organizacional, fortalecimento da capacidade gerencial, contratos de gestão, simplificação de repasses federais, monitoramento e avaliação de impacto e alinhamento de processos de planejamento, orçamento. De acordo com o relatório do Banco Mundial, estas ações tomadas isoladamente não surtirão resultado positivo, mas juntas poderão ser alavancas poderosas para o aprimoramento do SUS. São, portanto, as “saídas” administrativas assentadas numa descentralização que delega a responsabilidade ao local (seja o município, seja a unidade de saúde). Segundo as recomendações do Banco Mundial, a descentralização poderia

transformar unidades de saúde e/ou órgãos regionais em unidades orçamentárias, dotadas de seu próprio orçamento. As unidades menores poderiam ser unidades de despesa ou unidade de gestão, com níveis menores de autoridade e autonomia do que as unidades orçamentárias, embora com autoridade e autonomia suficiente para gerenciar boa parte de seus recursos materiais e todas as informações financeiras relevantes. A identificação exata das responsabilidades a serem delegadas deveria ser determinada com base em um estudo diagnóstico específico, levando em consideração economias de escala com compras, sua viabilidade diante das condições concretas locais e outros fatores que poderiam aumentar gastos ou limitar as vantagens do poder executivo descentralizado (ibid., 2007, p. 79).

Para então, conduzir a agenda da saúde, sugerida pelo Banco Mundial, desde os anos de 1990 vem sendo publicadas várias Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001/2002 e o Pacto pela Saúde, em 2006) nas quais se percebe que há um vai-e-vem na legislação básica, ora estabelecendo critérios mínimos para a habilitação dos municípios, ora os liberando para que definam quais serviços e ações de saúde se comprometem a oferecer.

O número elevado de normas e portarias publicadas, com diferentes níveis de detalhes e exigências revela a intenção de resolver pontos de estrangulamentos provocados pela edição de cada uma dessas normas, mas na essência representam o controle social imposto pelo Estado. Embora sejam apresentadas como inovações e resolutivas, as NOBs e NOAS apresentam um continuum (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VIANA, 2001) pelo qual são propostos avanços na NOB imediatamente anterior. Assim é que desde a primeira NOB (a de 91) até o Pacto pela Saúde 2006 os recursos são centralizados na União, liberados de acordo com os programas de Atenção Básica¹ desenvolvidos pelos municípios.

A figura 1 abaixo apresentada é uma síntese da operacionalização do SUS entre os anos de 1991 e 2006, na qual são enumerados os instrumentos legais (as NOBS e NOAS), considerando o jogo escalar existente no movimento de construção da política de saúde. São apresentadas as principais ações dos governos federais desde a criação do SUS e a interface geográfica dessas ações, pois ao organizar a gestão do SUS é impresso um controle sobre o espaço e são estabelecidas novas relações entre os entes federados. A leitura da figura 1 permite observar que independente da postura político-partidária, os governos (de Collor a Lula) continuaram um processo de descentralização, ensaiando o fortalecimento do município, mas pensando a política de saúde apenas como regulação de assistência e definição de regras para a descentralização a partir da indução de incentivos financeiros.

A publicação dos instrumentos legais é um demonstrativo de que as mudanças são (des)feitas institucionalmente, reproduzindo as contradições e conflitos em diferentes níveis escalares de atuação. Pelo exposto, os arranjos institucionais resultantes das relações entre os três entes federados envolvem uma teia de poder que produz uma rede, cuja materialidade se expressa numa desigual distribuição e acesso aos serviços de saúde, favorecedora do poder privado e da manutenção das relações patrimonialistas/clientelistas.

A organização dos serviços e ações de saúde sob a forma de rede regionalizada e hierarquizada constitui-se em estratégia de fortalecimento da atuação do Estado unitário para torná-lo mais eficiente. A rede de saúde não representa a autonomia dos municípios e reflete sobremodo, uma territorialidade marcada pela seletividade e obediência ao comando da União. Por ser seletiva, a rede do Sistema Único de Saúde apresenta dois eixos que se interconectam, definindo a acessibilidade e o cuidado com a atenção à saúde. Há o sistema público que dá ênfase a Atenção Básica e o sistema privado que deveria participar do SUS de maneira complementar.

Dois sistemas formando uma unidade dialética que aparece espacialmente em Sergipe, na aglomeração e concentração dos serviços de saúde em Aracaju (capital do estado) enquanto lócus da produção, circulação e consumo e pela dispersão/rarefação desses serviços nos locais pouco vantajosos para a lógica do capital enquanto possibilidade de lucro.

Para Guimarães

os serviços de saúde são articulados aos centros nervosos de redes cada vez mais extensas de serviços de produção e consumo urbanos e podem ser considerados elementos fundamentais do processo de (re) estruturação da centralidade urbana (2001, p. 157).

¹ A atenção Básica se refere ao primeiro nível de contato dos indivíduos e da família com o sistema de saúde, corresponde aos cuidados com o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, da mulher e bucal. É o nível de atenção que todos os municípios devem oferecer. Tem a estratégia de Saúde da Família como modelo de assistência e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (NOAS 2002; Pacto pela Saúde 2006).

Tabela 1: Síntese da Operacionalização do SUS 1991 – 2006

INSTRUMENTOS LEGAIS	CONDIÇÕES DE GESTÃO	AÇÕES/PRINCÍPIOS	DIMENSÃO ESCALAR	GEOGRAFICIDADE
NOB 91 e 92 – Gov. Collor	Sem habilitações	Criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) para o pagamento aos prestadores de serviços. Repasse de recursos feitos através de convênios. Visão exclusivista de saúde ligada à assistência. Cultura Inampsiana	Centralizada na União - INAMPS	Subordinação dos municípios. Agravamento da distribuição irregular dos serviços de saúde. Articulação de municípios para formar consórcios e desenvolver ações e serviços de saúde.
NOB 93 – Gov. Itamar Franco	Incipiente Parcial Semi-plena	Assistência integral, universalizada, regionalizada e hierarquizada e cada esfera de governo responsável em todos os pontos do sistema. Municípios prestadores dos serviços e ações de saúde na gestão incipiente. Repasse de recursos fundo a fundo somente na gestão semi-plena	Centralizada no município – desencadeia o processo de municipalização	Ênfase na esfera municipal (municípios eram prestadores dos serviços de saúde) - fortalecimento do município através de repasses de recursos e dos bens móveis e imóveis. Manutenção da distribuição desigual dos serviços, uma vez que os recursos eram distribuídos segundo a rede instalada e a capacidade de produzir. Regionalização a partir das características dos municípios e formação de consórcios
NOB/96 (munic. autárquica) – Gov. FHC	Plena da Atenção Básica Plena do Sistema Municipal	Consolida a responsabilidade do município pela gestão da atenção à saúde de maneira integral. Enfatiza a regionalização, o cadastramento e vinculação da clientela, fluxos de referência e contra-referência, através do Cartão-SUS. Indução da mudança de modelo assistencial com o incentivo ao PACS e PSF. Ampliação das transferências regulares e automáticas para todos os níveis de gestão (o financiamento passou a ser per capita – um teto único).	Centralizada no município – consolida o processo de municipalização	A vinculação entre recursos e adesão às habilitações da NOB 96 provocou uma rápida municipalização. Polarização entre o governo federal com o poder financeiro e normatizador e os municípios que surgiram como um novo ator social. Municípios eram gestores do sistema. Esvaziamento dos estados

Continuação, Tabela 1

INSTRUMENTOS LEGAIS	CONDIÇÕES DE GESTÃO	AÇÕES/PRINCÍPIOS	DIMENSÃO ESCALAR	GEOGRAFICIDADE
NOAS 2001- revista em 2002 – Gov. FHC	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada Gestão Plena do Sistema Municipal	Estabelece a regionalização como a estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Aponta para a necessidade de ganho de escala, ampliação da responsabilidade do município na atenção básica. Fortalecimento do PSF como modelo de atenção à saúde.	Centralizada no município com ênfase na regionalização	Organização da distribuição dos serviços e ações de saúde de acordo com a densidade tecnológica do município, criando uma hierarquização baseada na oferta dos serviços e ações e não em sua demanda. O acesso e o fluxo da população são regulados. Propõe a regionalização com a definição de regiões, microrregiões e módulos assistenciais.
PACTO PELA SAÚDE 2006 (Diretrizes operacionais) – Gov. Lula	Pactuação entre os entes federados. Substituição do atual processo de habilitação pela adesão aos Termos de Compromisso de Gestão. Define prioridades articuladas e integradas nos seguintes componentes: Pacto pela vida Pacto em Defesa do SUS Pacto de Gestão do SUS	Universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, vínculo, equidade. Avançar na regionalização e descentralização. Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica. Propõe desburocratizar os processos normativos. Gestão de compromissos solidários. Integração das várias formas de repasse dos recursos federais. Foco na necessidade da população.	Ênfase na regionalização como eixo estruturante que deve orientar a descentralização e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS	Rede regionalizada (regionalização cooperativa) – redes assistenciais articuladas territorialmente; coordenação de fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos serviços; em conformidade com os princípios de economia de escala, do acesso a serviços e de acordo com os fluxos assistenciais e as redes viárias existentes. Reforço nas regiões sanitárias.

Fonte: Elaboração das autoras, 2007

Em Sergipe, a rede de saúde produz um perverso processo que torna a saúde mercadoria e as pessoas em clientes ou subatendidos nas unidades públicas de saúde, concentradas na capital. A pesquisa de campo revelou que mais do que um conjunto de equipamentos distribuídos espacialmente, a rede de saúde envolve interesses favorecedores do setor privado. Na pesquisa de campo, realizada em 2007, 90% dos entrevistados afirmaram já ter utilizado o serviço privado no que se refere a consultas com especialistas e exames. Dentre esses, 40% afirmaram ter pagado por cirurgias (nos olhos, ginecológica, próstata, ortopédica). As razões que levaram a população SUS-dependente ao pagamento pelos serviços médico-hospitalares e ambulatoriais são a demora do atendimento pelo SUS, a dificuldade de marcar os exames que os médicos solicitam. Assim, os entrevistados afirmaram

- tenho uma cirurgia que era pra ser feita agora em junho, mas o médico saiu de férias e acabou-se... (pesquisa de campo/junho de 2007 - morador de Aracaju)
- sou doente de diabetes, tenho que operar o olho. Se for esperar o SUS, eu morro (pesquisa de campo/junho de 2007 - morador de Neópolis).
- estou com os olhos doentes, mas passa 4 meses para uma consulta. O jeito é pagar (pesquisa de campo/junho 2007 – morador de Itabaiana)

Durante a realização da pesquisa de campo, os entrevistados se mostraram insatisfeitos com as questões referentes à saúde. Diante da imobilização para resolver seus problemas e julgando ser necessária a interferência do poder público para a realização dos cuidados com a saúde, os entrevistados apelam para os representantes dos governos, como se estivessem pedindo um favor, uma dádiva que um Senhor concede.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde organizada em uma rede hierárquica e seletiva é a representação espacial das relações de poder entre os entes federados e expressa, sobretudo, o processo de barganhas que conformam os pactos federativos, com arranjos espaciais que possuem conteúdos sociais e políticos diferenciados. Entre esses arranjos, está a conformação de um sistema de saúde, cujo modelo de atenção está centrado na oferta pulverizada dos serviços básicos nos municípios, centralização dos serviços especializados nas capitais e centros regionais (no caso da pesquisa desenvolvida, a centralização se dá em Aracaju-SE) e na expansão da rede privada que descobriu um novo mercado: a oferta de serviços de saúde para um consumo mais popular, alimentado pelo setor público.

O SUS, cujas raízes históricas estão nas lutas sociais dos anos de 1970 e 1980, é associado às conquistas dos movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários e intelectuais engajados na luta por democracia e por direitos de cidadania. Entretanto, as constantes respostas que o Estado propõe para o setor saúde não ultrapassam a visão setorial que reforçam as velhas marcas da dependência, desigualdade e o uso da saúde como moeda de troca.

A existência das relações patrimonialistas encontra nas condições de saúde disponíveis à população um dos seus meios para se sustentar, pois tutelar e ser tutelado é uma prática que embala as relações sociais. No âmbito da política de saúde, as constantes alterações na organização e funcionamento da rede de saúde conduzem tanto para a permanência de um Estado tutelar como para um conteúdo privatizante das ações e serviços de saúde. Dessa maneira, as práticas políticas sujeitam à sociedade inteira ao seu controle, definindo o que, como e qual prática de saúde deve existir. O planejamento se faz para atender a lógica do mercado e imprime uma racionalidade técnica deslocada da satisfação das necessidades essenciais da vida humana.

1. BANCO MUNDIAL. **Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde brasileiro fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão dos recursos.** 15 fev. 2007, Relatório n. 36601 – BR. Unidade Gestora de País – Brasil, 2007. Disponível em: <<http://www.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/biblioteca/novos/publicacoes/Governanca.pdf>> Acesso em: 07 out. 2007
2. _____. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto.** Washington, D.C. 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países)
3. GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novos desafios. **Revista Terra Livre.** São Paulo. n. 17, p. 155-167, 2º semestre/2001
4. HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço.** São Paulo: Annablume, 2005
5. LEVCOVITZ, E.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Criatiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext >. Acesso em: 09 dez. 2007
6. RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS.** 2000. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2000
7. SMITH, Neil. **Desenvolvimento desigual: natureza e a produção do espaço.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988
8. VIANA, Ana Luiza d' Ávila. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext >. Acesso em: 09 dez. 2007