

## Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil

*Luisa Guimarães<sup>1</sup>  
e Lígia Giovanella<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde.

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Programa de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Enviar correspondência para esta autora no seguinte endereço: Avenida Brasil 4036, sala 1001, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: luisa.guimaraes@solar.com.br

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. E-mail: giovanel@ensp.fiocruz.br

A descentralização faz parte dos fenômenos globais vividos por sociedades e governos nas décadas de 1980 e 1990. Sua adoção tem sido justificada, entre outros, pela noção de que a centralização e a concentração são ineficientes e iníquas.<sup>3</sup>

Desde o início, a implantação dos processos de descentralização variou em função da concepção do papel do Estado (1), e os resultados vêm demonstrando, de maneira geral, que não basta mudar o âmbito da tomada de decisões — é fundamental, também, construir instituições compatíveis aos novos processos instalados (2). Também tem sofrido variações o conceito de descentralização, gerando ambigüidades, imprecisões e divergências (3). No presente artigo, a descentralização é entendida como a transferência de autoridade e poder decisório do âmbito nacional para outras esferas de governo, com definição de responsabilidades de gestão, inclusive gestão financeira (4), que resulta em nova divisão de poder e de responsabilidades entre níveis executivos e incrementa as capacidades institucionais (5). Nesse sentido, a descentralização é fundamentalmente uma estratégia para melhorar a efetividade da administração pública, e seu caráter instrumental implica que não seja um fim em si mesma (6). A descentralização atende, entretanto, projetos de mudança do Estado tanto de correntes políticas defensoras da redução quanto daquelas comprometidas com a reestruturação democrática. Uma das diferenças básicas entre as correntes é a orientação da relação final do Estado com a sociedade e com o mercado.

Nos anos 1990, a descentralização foi mantida nas agendas de reformas tanto das agências de cooperação quanto dos países, incluindo, além de questões de reorganização de sistemas, privatização e flexibilização, a questão de fortalecimento de processos democráticos. No caso de países latino-americanos, essa relação assumiu um significado especial pela simultaneidade da difusão da descentralização com os processos de mudanças de regimes autoritários, centralizados, burocráticos e excludentes (1). Ainda com motivações complexas, os resultados da descentralização indicam que a associação com a democracia funda-se na possibilidade de, como mecanismo institucional, integrar variados grupos sociais — inclusive de oposição — em processo de negociação formal e ritualizado (7).

<sup>3</sup> Rufián D, Palma E. La descentralización: problema contemporáneo en América Latina [documento mimeografado]. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

A defesa plena da descentralização encontra, entretanto, opositores. Alguns argumentam que a centralização não seria sempre ineficiente, nem o debate favorável à descentralização tão definitivo, pois a descentralização estaria sujeita a interesses difusos de seus agentes, os quais imprimem percalços ao processo. Os processos descoordenados ou descontrolados de transferência podem gerar, por exemplo, perdas de controle fiscal e de capacidade redistributiva do Estado (7, 8). Entre os efeitos negativos que poderiam advir da descentralização se destacam, ainda, a acentuação de diferenças regionais, a recentralização, a fragmentação, a dispersão local e a duplicação ou o abandono de responsabilidades sociais (5, 7). Vários estudos mostram que, algumas vezes, a efetivação de políticas descentralizadas é dificultada pela capacidade limitada dos entes periféricos, pela dificuldade de controlar a corrupção e pelo pouco avanço da participação social (2, 9). No Brasil, a descentralização do setor saúde, iniciada com a criação, pela constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), esteve — e continua — sujeita a todos esses dilemas.

## O SISTEMA FEDERATIVO E A DESCENTRALIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

A descentralização do setor saúde no Brasil tem raízes no sistema federativo. Nesse sistema, frente às diversidades municipais, é fundamental o papel de coordenação da esfera estadual nas funções moduladoras e redistributivas para a efetivação de políticas públicas (10, 11). Ou seja, em regimes federativos, a descentralização não significa redução do Estado ou esvaziamento de funções dos entes intermediários de governo. Ao contrário, objetiva o fortalecimento das capacidades de cada ente governamental para executar as novas funções e interagir com as executadas pelas demais esferas (autonomia e interdependência). O desenvolvimento de relações cooperativas intergovernamentais é, por sua vez, meio de evitar a fragmentação, a rigidez burocrática e a evasão de responsabilidades.

Em estados federativos, portanto, o processo de descentralização bem-sucedido demanda adequada repartição de papéis entre os agentes, com centralização, em certa medida, de algumas atividades, e com o fortalecimento de funções específicas em cada esfera de governo e da cooperação intergovernamental.

Ao longo dos anos 1990, a coordenação e a articulação intergovernamentais que sustentam as relações federativas estiveram presentes no processo de descentralização da saúde brasileira de forma inequívoca, mediante incentivos políticos, financeiros e

técnicos, de modo a reduzir as dificuldades dos municípios e estados frente às novas responsabilidades e, por fim, superar deficiências de capacidades prévias (2, 12–14). A transição para o SUS foi, contudo, marcada por descontinuidades e fragilidades na definição das funções de coordenação, o que acabou por acentuar os processos de competição entre esferas de governo. Em decorrência disso, no avanço da descentralização predominaram capacidades de gestão local em relação às possibilidades de melhoria de atributos do sistema com um todo. Ao mesmo tempo, a implantação do SUS se deu nos anos 1990 em meio a crises econômicas e contenção de gastos públicos, a par da manutenção da democratização. Naquele cenário, a prevalência da municipalização acentuou a fragmentação e o isolamento das ações e serviços de saúde, resultando no efeito inesperado de dificultar a integração do sistema e a integralidade da atenção, e as situações de competição entre as esferas de governo prevaleceram sobre as de cooperação.

Além dos aspectos contextuais e estruturais mencionados, outros fatores tornaram ainda mais intrincada e desafiadora a efetivação do SUS. Entre esses, vale destacar a extensão continental do país, as assimetrias na distribuição de recursos humanos e financeiros e a concentração da rede de serviços de saúde nas capitais dos 26 estados e em grandes cidades. Outro aspecto relevante é a heterogeneidade de porte populacional dos 5 560 municípios brasileiros. Pouco mais de 200 cidades têm acima de 100 000 habitantes; 0,6% dos municípios com mais de 500 000 habitantes concentram 28% da população, ao passo que 48% dos municípios com até 10 000 habitantes abrigam apenas 8% da população (15). Em 2002, 24,7% dos municípios brasileiros tinham menos de 5 mil habitantes; 47,9% tinham até 10 mil habitantes; 73,3% tinham até 20 mil habitantes; 89,6% tinham até 50 mil habitantes; e 95,2% dos municípios abrigavam uma população de até 100 mil habitantes (15). A variedade desse perfil se reflete diretamente na capacidade de assumir as responsabilidades impostas pelo SUS. Além disso, observa-se o surgimento de um grande número de municípios muito pequenos, notadamente nos anos 1990, alguns deles sem condições institucionais de viabilidade.

Contudo, ainda que enfrentando dificuldades, a saúde foi o setor com descentralização mais difundida e profunda, onde o padrão anterior de centralização, de privatização da oferta e de exclusão social foi sendo gradualmente modificado.

## AUTONOMIA E INTERDEPENDÊNCIA: EQUILÍBRIO INDISPENSÁVEL

No Brasil, a descentralização decorreu do processo de democratização, foi simultânea e incenti-

vou a criação de novos mecanismos de participação social no sistema de saúde. Novas arenas públicas locais em vários setores sociais, fomentadas pela constituição de 1988, instituíram a participação dos representantes de associações e organizações da sociedade civil na gestão das políticas públicas. No setor saúde surgiram dois foros de debate e articulação com importante papel na descentralização e na conformação do SUS: um voltado para a sociedade civil; e outro dos representantes dos governos.

A participação da sociedade civil foi possibilitada pela criação de conselhos de saúde, organizados nas esferas municipal, estadual e federal. De acordo com a legislação, a existência dos conselhos, compostos por membros de organizações da sociedade civil, representando os usuários dos serviços de saúde, e por representantes do governo local e prestadores de serviços, tornou-se compulsória para o repasse de verbas federais aos municípios. Essa inovação no desenho institucional do setor saúde brasileiro procurou garantir, mediante a participação da sociedade, a responsabilidade dos governos locais. Na atualidade, conselhos de saúde estão constituídos em todos os municípios brasileiros.

As comissões de representantes dos governos na saúde, por sua vez, surgiram a partir de 1996 como mecanismos para produzir consensos e incrementar a cooperação entre as esferas de governo durante os processos de descentralização. Comissões bipartidas foram constituídas por gestores municipais e estaduais nos 26 estados da federação. Uma instância tripartite de negociação intergovernamental nacional também foi formada, integrada por representantes municipais, estaduais e federais. As comissões tornaram-se fundamentais no estabelecimento de acordos cooperativos para regular a operacionalização da descentralização no SUS, construir consensos sobre a responsabilização no sistema, estabelecer metas de desempenho e ainda executar a política nacional de saúde de modo compartilhado entre entes governamentais.

No caso brasileiro, as responsabilidades sanitárias podem ser assumidas pelos municípios em dois níveis de autonomia: gestão plena do sistema de saúde (assumindo a responsabilidade pelos diversos níveis de complexidade da assistência) ou gestão da atenção básica. Cerca de 90% dos municípios responsabilizaram-se apenas pela atenção básica, o que leva à necessidade de organizar um sistema de referência compartilhado entre entes governamentais, que é uma função estadual (16). Contudo, a definição das responsabilidades da esfera estadual não foi clara desde o início, resultando em uma organização insuficiente dos sistemas integrados e regionalizados. A atenção de maior densidade e incorporação tecnológica, a qual demanda escala regional, foi abordada apenas nas regula-

mentações mais recentes da descentralização. Assim, ao longo dos anos 1990, foram implantadas transformações profundas no papel do ente municipal sem, contudo, delinear-se a articulação com a esfera estadual e com outros municípios.

Na concepção de um sistema único, a organização de redes assistenciais hierarquizadas e integrais é percebida como uma função tipicamente estadual. A conformação de redes regionais de atenção pressupõe o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas que superem o cumprimento de forma isolada de requisitos e de responsabilidades advindas com a descentralização (17). O atendimento isolado de requisitos formais para qualificar graus de gestão de sistemas municipais consolida diversidades prévias, estruturais e administrativas; e as condições mais avançadas de gestão terminam condicionadas ao perfil de serviços existentes. Ainda que, de um modo geral, a descentralização favoreça mudanças institucionais em todas as esferas de governo, de modo a caracterizar e sustentar o compartilhamento de responsabilidade de gestão, dificuldades locais específicas interferem nas capacidades de construção e adequação de acordos entre os governos (14).

De acordo com a literatura revisada, na perspectiva das relações intergovernamentais, notadamente em regimes federativos, a descentralização deve resultar em equilíbrio entre autonomia e interdependência na execução de responsabilidades dos entes governamentais (1, 10, 18). No caso brasileiro, a descentralização da assistência à saúde ocorreu de modo incremental e foi regulada por normas universais, editadas pelo nível federal sob consenso tripartite, que implantaram critérios técnicos a serem cumpridos por estados e municípios. Em intervalos variados, as normas federais foram reeditadas, evoluindo do caráter vertical e prescritivo para relativa flexibilidade e gradualismo, e do cumprimento isolado de requisitos para a conformação de sistemáticas de relações intergovernamentais.

A evolução das normas federais na saúde ao longo da última década demonstra, por outro lado, a pressão da incorporação de inovações criativas de gestão municipal e estadual, que trazem novos elementos para a discussão de políticas nacionais, tais como o desenvolvimento integrado, o planejamento regional, a articulação e a cooperação entre gestores. Normas mais recentes buscam, assim, introduzir distintas modalidades de organização dos sistemas de serviços de saúde consoantes ao limite de aptidões de que dispõem os entes subnacionais. Entretanto, os programas verticais e o excessivo controle contábil ainda não foram superados, e o processo tem sido denominado descentralização incompleta (19). No setor social brasileiro, a descentralização implantada por normas operacio-

nais teria assumido modalidade tutelada, onde ocorre exagerado controle operacional e escassa capacidade de avaliação da cobertura e da qualidade dos serviços (3).

Um dos avanços mais significativos alcançados pelo SUS decorreu da implantação da atenção básica municipal, com importante expansão de cobertura, tendo como estratégia mais recente a saúde da família. Centrada em equipe multiprofissional, a estratégia prevê a reorientação do modelo assistencial ao priorizar a prevenção e a promoção da saúde, organizar a demanda com definição de grupos prioritários para atendimento e instituir o primeiro nível de atenção como porta de entrada do sistema de saúde (20). O novo modelo de atenção básica foi difundido gradualmente, passando-se de cerca de 3 000 equipes de saúde da família em 1998 para 19 503 equipes em junho de 2004, com cobertura estimada de 60 milhões de brasileiros distribuídos em 90% dos municípios (21).

É interessante notar que os programas de saúde da família surgiram como uma iniciativa municipal, e não como política nacional. Contudo, a inclusão da saúde da família no texto da norma operacional básica de 1996 (NOB 96), como um programa para auxiliar na organização da atenção básica, resultou na expansão do percentual de população coberta. Em 1997, o programa atingiu 3,51% da população; em 1998, 6,57%; em 1999, 8,95%; e no final de 2000, o programa já atingia 17,87% da população. A norma operacional da assistência à saúde (NOAS) editada em 2001, por sua vez, reforçou a saúde da família como estratégia, sendo que nos anos subsequentes novos aspectos foram regulamentados, dando força ao aumento da cobertura populacional. Assim, em 2003, a estratégia de saúde da família passou a alcançar mais de um terço da população total do país, com 35,69% de cobertura. É relevante notar que os municípios com menos de 30 000 habitantes são aqueles que atingem as maiores coberturas populacionais, na faixa de 70% da população residente (consulta ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, junho de 2004).

A ampliação de cobertura de atenção básica decorrente do processo de descentralização pode ser evidenciada por mudança na estrutura de serviços ofertados com aumento expressivo no número de municípios com estabelecimentos de saúde ambulatoriais e crescimento no número destes serviços *per capita* durante a década de 1990 (22). A grande maioria dos serviços de saúde públicos (ambulatoriais e hospitalares) é hoje municipal. O número de unidades ambulatoriais públicas cresceu 40%, com a criação de 10 000 unidades na última década, passando de 24 960 no ano de 1992 para

35 086 em 2002 (23), o que significou, principalmente em pequenas localidades previamente desassistidas, uma importante extensão da cobertura assistencial. No setor hospitalar — caracterizado por uma oferta predominantemente privada — também ocorreu ampliação da oferta pública na década de 1990, com aumento em 27% de unidades e 22% dos leitos públicos, tendo sido inauguradas 500 novas unidades hospitalares públicas entre 1998 e 2002, em geral de pequeno porte, com até 50 leitos (23). Essa ampliação pode ser atribuída à assunção de responsabilidades pelo executivo local; contudo, o insuficiente planejamento regional levou, por vezes, ao paralelismo de ações e à atomização de sistemas municipais de saúde em decorrência de insuficiente cooperação entre entes governamentais.

Com referência especificamente à adesão às normas operacionais, considera-se que o percentual de municípios habilitados evidencia os avanços na implantação do SUS quanto à descentralização da assistência. Contudo, em 2004, vigiam duas normas operacionais simultaneamente, denotando o gradualismo do processo e a não superação de procedimentos anteriores. Ou seja, embora fossem incentivados a assumir as novas condições da NOAS 2001, os municípios poderiam permanecer habilitados na NOB 96. A NOB 96 alcançou adesão bastante expressiva, ao habilitar 99,57% dos municípios em uma das duas condições de gestão que estabeleceu. Assim, 4 973 municípios (89,46%) encontravam-se habilitados na condição plena da atenção básica; e 562 na condição plena do sistema municipal, a mais avançada, representando 10,11%. Na NOAS 2001, por sua vez, o total de municípios habilitados em alguma das condições de gestão estabelecida era de 1 708 em fevereiro de 2004, representando 30,72%. Entretanto, é digno de nota o aumento no número de municípios que pleitearam a condição mais avançada de gestão, fazendo crescer para 632 o total de municípios habilitados na condição mais avançada de gestão municipal no SUS (consulta ao Departamento de Atenção Descentralizada da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil, junho de 2004).

A mudança de critério para alocação de recursos, de um sistema baseado em serviços prestados para transferências diretas *per capita*, a partir de 1997, contribuiu para reduzir as desigualdades regionais na distribuição dos recursos federais, e desde 1998 mais de 5 000 municípios brasileiros recebem recursos financeiros federais diretamente para seus fundos municipais de saúde (24).

Permaneça, contudo, a necessidade de organização e integração de redes regionais mais complexas para cumprir com princípios constitucionais de integralidade, ou seja: garantir a oferta articulada de ações de cuidados de saúde em todos os níveis

de complexidade da atenção de modo eficiente, com economia de escala, e, ao mesmo tempo, com equidade na atenção entre populações de distintas localidades (25). A descentralização é uma estratégia que reforça a autonomia e responsabilidade de cada ente governamental. Entretanto, o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais.

## COMENTÁRIOS FINAIS

A descentralização está presente na maior parte dos países, embora com compreensões e práticas distintas, e pode ser considerada como fenômeno típico da década de 1990. No Brasil, no campo específico da saúde, a descentralização teve como objetivo melhorar as respostas dos sistemas de saúde. A construção do SUS transfere titularidade de níveis centrais para territoriais, mantendo assim a atribuição constitucional de dever do Estado na garantia do direito à saúde em todas as esferas. Ainda em processo, os avanços atuais demonstram a busca de superação diante do legado de políticas centralizadoras e de competição entre esferas de governo.

A concepção de sistema de saúde implantada em situação de estado federado indica que a cooperação é elemento fundamental da relação intergovernamental, pois, ao mesmo tempo em que reforça a autonomia e as iniciativas locais, impõe a necessidade da solidariedade entre governos para a integralidade e a equidade. A dinâmica desde as origens do federalismo brasileiro, entretanto, tende para relações predatórias e competitivas entre os níveis de governo, agravadas nos anos 1990 por crises fiscais que interferiram na atuação política e de coordenação das esferas.

A descentralização no sistema de saúde brasileiro tem indicado que o enfrentamento de condições que afetam uma comunidade não alcança eficácia com soluções individuais ou atomizadas, porque os efeitos externos dos agravos geram a necessidade da coletivização do cuidado sanitário. No campo específico da assistência e da saúde coletiva, a situação de interdependência impõe a ação cooperativa, porque as ações coordenadas se mostram mais efetivas.

Nessa perspectiva, os esforços de um município para aprimorar o sistema de saúde trará, aos municípios circunvizinhos, benefícios e possibilidades de acesso ou problemas e prejuízo em decorrência da demanda excessiva de serviços. No caso de bens coletivos, como a saúde, é preciso que os agentes públicos reconheçam que os efeitos externos de um sistema cruzam fronteiras. A descentralização aumenta a quantidade de transações e de pessoas que tomam decisões com impacto sobre outras. Assim, é necessário haver acordos cooperativos que

considerem a interdependência tanto do sistema quanto dos problemas de saúde em si mesmos.

Destarte, a dependência mútua passa a adquirir sinal positivo, ao ser mobilizada para empreendimentos cooperativos, e demanda coordenação para se organizar e estabelecer arranjos mais estáveis. Nos sistemas municipais de saúde existem diversidades e assimetrias, as quais, se não forem coordenadas, têm potencialidade para gerar conflitos e iniquidade à medida que aumenta a autonomia municipal. Vários estudos têm demonstrado que na descentralização de políticas sociais importa uma estrutura eficiente de incentivos implantada pela esfera estadual, para além das capacidades prévias dos municípios. A interdependência coordenada ocasiona o estabelecimento de metas comuns entre os parceiros com a definição de prioridades. Se, por um lado, a responsabilidade pela saúde é municipal, por outro essa responsabilidade deve ser compartilhada com os âmbitos estadual e federal. Para alcançar os princípios do SUS, se impõe, nesse sentido, a definição clara de competências próprias e comuns que ponderem a competição entre sistemas e orientem processos de cooperação. A conformação de um sistema único em todo o território do Brasil, por sua vez, ao tempo em que reduz a autonomia dos entes federativos, aumenta a interdependência entre os sistemas de saúde. Nesse sentido, há que reforçar e aperfeiçoar espaços para a construção de acordos dinâmicos que permitam a geração de bens públicos, como é o caso da saúde.

---

## SYNOPSIS

### **From cooperation to competition: different roads to health sector decentralization in Brazil**

*Decentralization was one of several global phenomena that were experienced by societies and governments during the 1980s and 1990s. In Brazil, the creation of a Unified Health System (UHS) was part of such decentralization initiatives. However, implementing the UHS proved difficult because Brazil's central authorities encourage competition, rather than cooperation, between different levels of government. There were other challenges as well: the vastness of the country, the asymmetric distribution of human and financial resources, the uneven concentration of health services, and the fact that Brazilian municipalities vary greatly in size. However, several important things have already been accomplished as a result of decentralization. Basic health coverage has increased, as witnessed by the fact that during the 1990s there was an impressive rise in the number of municipalities with health clinics, in the availability of primary health care services per capita, and in the number of public hospitals. Still, several tasks lie ahead, and one of the most important is organizing and integrating regional networks to ensure universal, efficient, and cost-effective health care at all levels of health services provision in all Brazilian municipalities.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Junqueira L. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. Em: Canesqui AM, org. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997. Pp. 173–204.
2. Arretche MTS. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Rev Bras Cienc Soc. 1996;11(31):44–66.
3. Jacobi P. Políticas sociais e ampliação da cidadania. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2000.
4. Costa NR, Silva PLB, Ribeiro JM. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. Rev Servico Publico. 1999;50(3): 33–55.
5. Litvack J, Seddon J, orgs. Decentralization briefing notes. Washington, DC: World Bank Institute; 1999.
6. Medici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo; 1994.
7. Burki SJ, Perry GE, Dillinger WR. Más allá del centro: la descentralización del estado. Washington, DC: Banco Mundial; 1999.
8. Manor J. The political economy of democratic decentralization. Washington, DC: The World Bank; 1999.
9. Guimarães L. Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formación de un marco normativo. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2001.
10. Almeida MHT. Federalismo e políticas sociais. Rev Bras Cienc Soc. 1995;10(28): 88–108.
11. Abrucio FL. Os barões de federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec; 1998.
12. Arretche MTS. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; 2000.
13. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. Rev Bras Cienc Soc. 1999;14(40): 111–41.
14. Ruivo F, Francisco D. O poder local entre centro e periferias. Rev Crit Ciencias Sociais. 1999;52/53:281–306.
15. Guerrero E, Chagas L, Guimaraes L, Pawlowski V. Modernização das secretarias de estado da saúde: cooperação técnica descentralizada para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde no Brasil, ano 2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, vol. 5).
16. Levcovitz E. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS — um estudo das reformas da política nacional 1974–1996 [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
17. Guimarães L. Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde em Mato Grosso [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
18. Nascimento VB. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. Lua Nova. 2001;52:29–69.
19. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):293–312.
20. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna M. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2002.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149). Acessado em setembro de 2004.
22. Costa NRC, Pinto LF. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. Em: Negri B, Vianna ALD. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2001. Pp. 271–97.
23. Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS. Pesquisa assistência médico-sanitária 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/amsopcao.htm>. Acessado em setembro de 2004.
24. Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. Em: Negri B, Vianna ALD. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002. Pp. 411–32.
25. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saude Publica. 2004;20(2):386–402.

Never hurry. Take plenty of exercise. Always be cheerful. Take all the sleep you need. You may expect to be well.

[No corra. Haga mucho ejercicio. Manténgase de buen humor. Duerma a sus anchas. La buena salud será suya.]

*James Freeman Clarke*