

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: PERSPECTIVAS DOS  
GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE GOIÂNIA, BRASIL\***

Denismar Borges de Miranda<sup>a</sup>

Iraci Gonçalves Guimarães<sup>b</sup>

Elioenai Dorneles Alves<sup>c</sup>

**Resumo**

O processo de descentralização, entendido como desconcentração, devolução ou delegação, surge como ferramenta da administração pública e passa a constituir-se como obrigatoriedade para o setor de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), teoricamente, enquadra-se na devolução. Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar elementos das representações sociais dos gestores municipais de saúde de Goiânia sobre a descentralização do SUS. Trata-se de investigação de campo, descritiva, com abordagem qualitativa, a qual utiliza a Teoria das Representações Sociais (TRS) como marco teórico metodológico. Na coleta de dados utilizaram-se o formulário para registro demográfico, socioeconômico e cultural e a entrevista semiestruturada. Emergiu um eixo com seis classes, possibilitando a identificação de que os gestores desconhecem a definição de descentralização, o que corrobora a ineficácia de sua atuação em seu âmbito de gerenciamento. A atuação competente está intimamente relacionada ao conhecimento, sugerindo que a implantação de cursos de aperfeiçoamento, especialização e capacitação dirigidos aos gestores, com abordagem teórica desta temática, faz-se necessária.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Descentralização. Psicologia Social.

---

\* Artigo apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

<sup>a</sup> Enfermeiro. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade de Brasília (UNB). Mestrando em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). denismarmiranda@hotmail.com

<sup>b</sup> Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. iracig@gmail.com

<sup>c</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. Coordenar do II Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade de Brasília. elioenai@unb.br

**Endereço para correspondência:** Avenida Octávio Mangabeira, nº. 3.551, Aptº. 509, Condomínio Bahia Suíte Residence, Jardim Armação, Salvador, BA. CEP: 41750-240.

## SOCIAL REPRESENTATIONS OF SUS DECENTRALIZATION: MUNICIPAL HEALTH MANAGERS' PERSPECTIVES IN THE CITY OF GOIANIA, BRAZIL

### **Abstract**

The decentralization process began as a public administration tool and turned out to be compulsory to it. The decentralization process can be understood as deconcentration, devolution or even as delegation. SUS (Unified Health Service in Brazil), theoretically, answers the requirements of devolution. This study intended to learn and analyze some social representative elements of municipal health managers in the city of Goiânia-Go/Brazil. It focused the SUS decentralization process. It shows a practical investigation based on a qualitative approach, by using the TRS (Social Representative Theories) as a methodological and theoretical framework. The data were collected by the filling out of a cultural and socioeconomic protocol used for demographic registers and by interviews. These interviews were, partially, prepared in advance. The universe of this study was composed by 16 (sixteen) managers, half of them being district directors. The reminders were directors of some health basic unities. All of them, however, were working as managers in October/2007. HAMLET® software was used to analyze the results. An axis with six classes emerged, and it was possible to identify that managers had no knowledge, indeed, of the decentralization concept. It was also inferred that the lack of this knowledge was responsible for their inefficacious performances in their functions. The desired result is closely related to an actual knowledge of what decentralization is, suggesting then the need of courses – presenting a theoretical approach of the decentralization concept – to qualify the SUS managers.

Key words: Health Public Policy. Decentralization. Social Psychology.

### **INTRODUÇÃO**

A descentralização de ações governamentais pode ser vista em diversas políticas nos diferentes países do mundo, com destaque para os resultados de sua implementação.<sup>1</sup> De acordo com Guimarães,<sup>2</sup> tais resultados relacionam-se a fatores sociais e políticos, com ênfase nos conflitos decisórios e nas estratégias utilizadas, fato que pode ser observado também na percepção dos diferentes atores envolvidos no processo.

A descentralização assume uma nova dimensão e passa a ser um dos princípios da organização político-administrativa do Estado brasileiro e do exercício pleno da Democracia como manifestação da cidadania, reforçando um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária, desde a formulação de suas diretrizes na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.<sup>3</sup>

Na área das políticas públicas voltadas para a saúde, esta descentralização é ainda mais relevante, pois se constitui em um comando único em cada esfera de governo. Tal fato é organizado mediante o repasse de responsabilidades, atribuições e recursos de natureza diversa da gestão federal para a estadual, e desta para a municipal.<sup>4</sup>

O processo de descentralização pode ser caracterizado como: desconcentração, devolução e delegação. Para Pasche,<sup>5:416</sup> a desconcentração

[...] sugere a transmissão de certas responsabilidades e funções, sem a transferência correspondente de poder decisório; a delegação é a transferência de responsabilidades gerenciais para organismos não-governamentais; e devolução implica na transferência de poder decisório para as esferas subnacionais, fortalecendo-as.

Segundo o mesmo autor, o Sistema Único de Saúde (SUS) se enquadraria teoricamente como a descentralização do tipo devolução.<sup>5</sup>

Por sua vez, o SUS está alicerçado em princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizacionais (regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação da comunidade e complementaridade), englobando, portanto, a descentralização.<sup>6</sup>

Conforme art. 18 da Lei Orgânica nº. 8.080, compete à direção municipal do SUS: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde no âmbito de seu município, como também normatizar complementarmente suas ações e serviços públicos de saúde no delineamento de sua atuação municipal.<sup>6</sup> O gestor, ao utilizar a política de descentralização, poderá elaborar e implementar projetos de melhoria da qualidade, tanto da assistência prestada quanto da estrutura física, desde que satisfaça os princípios doutrinários e organizacionais supracitados. A gestão municipal é, portanto, “[...] a autonomia administrativa e financeira do município para o credenciamento, a contratação, a programação, o controle, a avaliação e o pagamento de prestadores de serviços públicos e privados em seu território”.<sup>7:144</sup> Em outras palavras, compete à esfera municipal o gerenciamento de todas as unidades de saúde do município.

Em quase duas décadas de atividade, o SUS, enquanto política de gestão do setor saúde, ainda apresenta dificuldades na execução de seus princípios. De um lado estão os gestores, que não exercem adequadamente seu papel, e do outro os usuários/cidadãos, que não exigem o cumprimento legal e a melhoria do sistema. A descentralização pode ser compreendida como uma ferramenta que pode viabilizar a efetividade do SUS, no entanto carece de real utilização pelos gestores.<sup>8</sup>

Portanto, conhecer os elementos das representações sociais dos gestores municipais de saúde sobre descentralização do SUS pode ser útil para o melhor atendimento aos usuários que procuram este serviço. Destaca-se também a possibilidade de reformulação de algumas atividades, com ênfase na educação continuada.

Objetiva-se com este estudo responder a alguns questionamentos, tais como: qual a atual visão dos gestores municipais de saúde de Goiânia em relação à política de descentralização do SUS? Como estes utilizam sua autonomia administrativa para programar a política de descentralização em seu município? Como é compreendida a municipalização para estes gestores?

### **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo de investigação de campo, descritivo com abordagem qualitativa, o qual utiliza a Teoria das Representações Sociais (TRS) como marco teórico metodológico. A pesquisa qualitativa permite “[...] interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas”,<sup>9:197</sup> ou seja, ela permite analisar-se a perspectiva dos participantes em relação ao saber e ao saber fazer, além de sua ótica ou até mesmo sua ligação aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

Acredita-se que associar a TRS com o objeto em tela facilitou o alcance dos objetivos propostos, uma vez que, para Moscovici,<sup>10</sup> a Representação Social (RS) refere-se ao conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas do cotidiano, o equivalente ao senso comum da vida contemporânea. Logo, para esse autor:

[...] representar uma coisa [...] não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la; é reconstituí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de ‘realismo’.<sup>10:58</sup>

Assim, a adoção desse referencial para o presente estudo aproximou os conteúdos do senso comum do grupo, que, em outras palavras, é resultado da interação e da comunicação entre indivíduos que compartilham da mesma realidade, formando um produto e processo de atividade mental que atribui significado específico a um determinado objeto.<sup>11</sup> Nota-se, então, que o processo de representação vai do percebido ao concebido, existindo entre os dois o representado, ou seja, o significado que o sujeito confere ao objeto, o que possibilitou o alcance do objetivo proposto.

Participaram da pesquisa, voluntariamente, 16 gestores municipais de saúde, sendo metade diretores gerais dos distritos de saúde e a outra metade diretores de unidades

de saúde, representando cada região distrital. A variável idade e profissão não foram levadas em consideração para a seleção dos sujeitos.

Foram excluídos do estudo os gestores em exercício, que substituíam os efetivos por motivos variados de afastamento de suas atividades administrativas. A todos foram garantidos os preceitos da Resolução n. 196/96.<sup>12</sup>

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (protocolo de aprovação nº 108/2007), procedeu-se à seleção dos sujeitos, a qual foi realizada no mês de outubro de 2007, por meio de levantamento dos Distritos e das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Goiânia, através da Secretaria Municipal de Saúde do município, com prévia autorização do Secretário de Saúde.

Após identificação dos gestores com o perfil mencionado, estes foram contatados por telefone, recebendo informações sobre o estudo. Nesta oportunidade, foram consultados quanto à possibilidade de sua participação. Nos casos positivos, os encontros foram agendados conforme a conveniência de cada um. Em sua totalidade, optaram pela realização da entrevista na unidade de trabalho, momento em que se solicitou autorização para o uso de gravador. Foram resguardadas as condições de privacidade dos sujeitos.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um formulário para registro demográfico, socioeconômico e cultural e uma entrevista semiestruturada, com roteiro previamente estabelecido. Todas as falas foram transcritas na íntegra e as fitas destruídas após a transcrição.

O critério adotado para o encerramento da coleta de dados foi a aplicação da entrevista a todos os gestores distritais e pelo menos um diretor de unidade de saúde, representando cada distrito. Logo após o encerramento, as entrevistas foram organizadas em um único *corpus*, o qual é designado como Unidade de Contexto Inicial (UCI), ou seja, agrupamento de entrevistas de diferentes sujeitos.

A análise dos dados foi realizada em dois momentos, conforme proposto em pesquisa anterior.<sup>13</sup> As respostas relacionadas às entrevistas semiestruturadas foram submetidas ao *software* HAMLET®. A “[...] idéia principal do HAMLET® é a de procurar em um arquivo de texto, palavras dadas em uma lista de vocabulários, além de contar as frequências de junção (co-ocorrência) em qualquer unidade de contexto, nas sentenças ou sua posição em uma lista de palavras [...]”<sup>14:1</sup>

O primeiro passo foi converter o *corpus* em uma lista de palavras (*wordlist*), na qual cada palavra aparece com sua frequência de ocorrência no texto e a respectiva proporção (%) da ocorrência em relação ao *corpus*. O segundo passo foi criar a lista de

vocabulário de cada *corpus*, estipulando-se as palavras plenas de cada categoria; o programa conta as palavras de cada categoria como se fossem sinônimos. Portanto a lista de palavras contém as unidades de registro e a lista de vocabulário ou categorias.

Já para as respostas do questionário socioeconômico, a análise foi feita por meio da interpretação dos dados, objetivando a caracterização dos participantes, assim como a orientação referente ao assunto abordado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em duas dimensões descritas a seguir: caracterização demográfica, socioeconômica e funcional e tratamento do *corpus* pelo HAMLET®.

### CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E FUNCIONAL

O estudo foi realizado junto a uma população de dezesseis gestores, com idades entre 25 e 56 anos, com média de 43 anos. No grupo, a maioria é casado, todos com ensino superior completo na área de saúde, sendo a profissão enfermagem de predomínio entre os gestores; menos da metade possui título de especialização. A maioria respondeu que tinha plano de saúde, não possui vínculo empregatício com o Município, tem outro emprego e recebe mais de dez salários mínimos (**Tabela 1**).

**Tabela 1.** Caracterização demográfica, socioeconômica e funcional dos gestores municipais. Goiânia – out. 2007

Gestores	Idade (anos)	Sexo	Estado Civil	Profissão	Titulação Pós-Graduação	Plano de Saúde	Vínculo Funcional	Outro Vínculo Empregatício	Renda Salário*
01	45	F	Casado	Serviço Social	Não	ISM/CELGMED	Efetivo	Não	> 10
02	57	M	Casado	Psicologia	Esp. Saúde Pública	SMS	Efetivo	Não	2-5
03	40	F	Divorciado	Odontologia	Esp. Prótese Dentária	Unimed	Efetivo	Sim, Privado	> 10
04	29	F	Solteiro	Enfermagem	Não	Não	Comicionado	Não	2-5
06	51	F	Casado	Serviço Social	Esp. Saúde Pública	ISM	Efetivo	Não	6-10
07	25	F	Casado	Terapia Ocupacional	Não	CELGMED	Comicionado	Sim, Pública	> 10
08	49	F	Casado	História / Enfermagem	Não	SMS e IPASGO	Efetivo	Sim, Público	> 10
09	47	M	Casado	Serviço Social	Não	ISM	Comicionado	Não	2-5
10	56	M	Divorciado	Odonologia	Não	ISM	Efetivo	Não	> 10
11	47	F	Casado	Farmácia Bioquímica	Esp. Citopatologia	ISM	Comicionado	Não	> 10
12	37	F	Casado	Enfermagem	Esp. Auditoria e Musicoterapia	IPASGO	Comicionado	Sim, Privado	> 10
13	28	M	Solteiro	Biomedicina	Esp. Auditoria	IPASGO	Comicionado	Sim, Privado	> 10
14	28	F	Solteiro	Enfermagem	Esp. Auditoria	Não	Comicionado	Não	2-5
15	50	F	Solteiro	Enfermagem	Não	ISM	Efetivo	Não	2-5
16	52	M	Casado	Enfermagem	Não	GEAP	Comicionado	Sim, Público	2-5

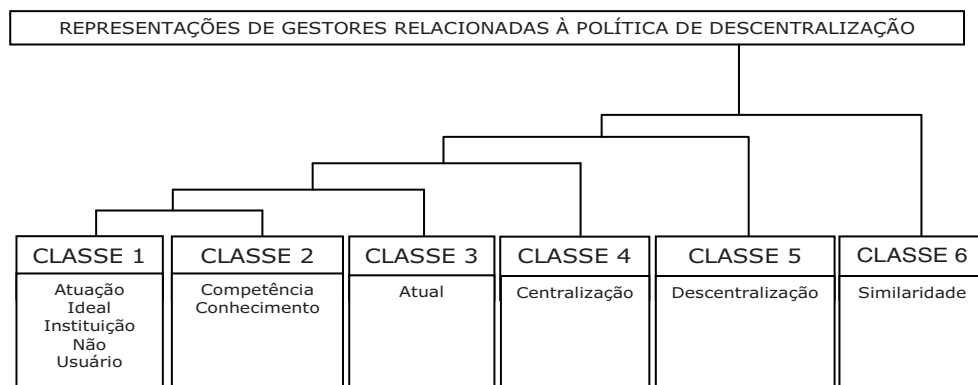
\* Salário mínimo em 2007 igual à R\$ 380,00.

Certamente a predominância da profissão de enfermeiro no grupo estudado pode ser explicada pela formação generalista na área da saúde que este profissional recebe durante sua graduação. O enfermeiro incorpora em sua formação os princípios de generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, além do saber de áreas diversas, como é o caso da administração.<sup>15</sup>

O duplo vínculo empregatício e até mesmo a não utilização dos serviços públicos de saúde, substituídos pelo serviço complementar (os planos de saúde), podem ser entendidos como fatores que distanciam os gestores de seu objeto de trabalho, a saúde pública. Em outras palavras, pode ser visto como choque de interesses ou obstáculos à concretude da política de descentralização por parte dos gestores.<sup>16</sup>

#### TRATAMENTO DO CORPUS PELO HAMLET®

O resultado do material processado no HAMLET® foi agrupado em um único eixo, contendo seis classes. Os principais signos (palavras plenas) foram distribuídos em suas respectivas classes, possibilitando a melhor visualização e apreensão dos resultados acerca de como os gestores municipais expressam suas vivências relacionadas à política de descentralização. A sequência com que as classes foram estruturadas ocorreu devido à força de correlação entre os signos. Assim, tem-se na **Figura 1** o Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do material textual referente às respostas das entrevistas sobre a política de descentralização.



**Figura 1.** Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do material textual referente às respostas das entrevistas sobre a política de descentralização – Gestores Municipais de Saúde - Goiânia – out. 2007.

Na Classe I, aparecem signos como “atuação”, “ideal”, “instituição”, “não” e “usuário”. Pode-se inferir que, para os gestores de saúde, a atuação ideal só ocorre se houver uma relação mútua entre usuário e instituição, de forma que exista uma forte aliança, quase

como pré-requisito, entre atuação eficaz e condições institucionais do município. Em outras palavras, quando não existem condições favoráveis, sejam elas estrutura física, recursos humanos, repasse de capital financeiro, autonomia administrativa, dentre outros, certamente, a descentralização, por si, não existe.

Em consonância com esta perspectiva, Vianna, Haimann, Lima, Oliveira e Rodrigues<sup>7</sup> afirmam que incentivos do processo de descentralização do SUS seriam associados às condições criadas pelo município para responder às demandas da descentralização. Logo, os gestores municipais têm como obrigatoriedade criar condições institucionais para que a descentralização não encontre barreiras quanto a sua implementação.

O ato de governar requer do indivíduo da ação não apenas competência, mas, acima de tudo, habilidade política. O gerenciamento do setor público constitui-se uma das primordiais ferramentas de controle da economia do país e o gestor é o grande responsável por esta atividade. Administrar de forma segura e competente requer conhecimento, poder de negociação, equilíbrio emocional, dentre várias outras destrezas requeridas para o cargo. Este fato tem justificado a atual preocupação do setor público quanto à formação acadêmica dos gestores. O bom administrador público incorpora em sua práxis características de sua vida social.

Os resultados deste estudo corroboram o que dizem outros autores a respeito da competência técnica e administrativa dos administradores estar intimamente relacionada à aquisição de conhecimento ao longo da vida pessoal e profissional, como se verifica na Classe II, por trazer signos como “competência” e “conhecimento”.

O reconhecimento das limitações constitui-se no principal mecanismo para o processo de mudança. Assim, é possível dizer-se que, a despeito de os gestores apresentarem carências em relação à administração dos serviços e ao entendimento das políticas públicas de saúde em relação à descentralização, reconhecem ser necessário, para uma atuação ideal, a aquisição de competência. Ressaltam ainda a ligação entre competência e conhecimento como uma via de mão única.

A Classe III tem a categoria “atual”. Com base nas falas dos gestores, é possível inferir-se que a atual gestão do SUS carece de maior atenção das esferas superiores. Conforme relatos dos entrevistados, atribui-se uma importância tremenda “[...] em quem segura a varinha e que executa a ação” (E12). O primeiro diz respeito ao dono do poder, ao âmbito em que as decisões, na grande maioria, são tomadas; já o segundo, refere-se às esferas inferiores, ou seja, ao âmbito local, o executivo. Nem sempre há uma mesa de discussão entre os dois segmentos, fato que dificulta o repasse e o conhecimento de ambos os envolvidos com a real necessidade da população.



Visualiza-se aqui, conforme detectado por diversos autores, que a descentralização existe, porém, enquanto política, sua efetividade é pouco praticada. O que deveria servir como importante ferramenta da administração passa a atuar em sentido contrário, como dificultador, conforme referiram os gestores.

Fazendo uma análise agrupada das palavras plenas que compõem as Classes IV, V e VI, respectivamente, “centralização”, “descentralização” e “similaridade”, constata-se que os gestores municipais de saúde de Goiânia pouco sabem sobre o processo de descentralização, o que é preocupante, visto que o sistema constitui um dos mecanismos governamentais para o setor.

A idéia que se tem é que centralização e descentralização são palavras antagônicas e, portanto, deveriam compor eixos diferentes. Nos dados analisados, porém, não é o que se observa. Acredita-se que há pouco, ou até mesmo inexistente, capacitação e/ou treinamento para esses gestores, no que diz respeito às atualizações quanto às políticas públicas, bem como ao direcionamento para seu campo de atuação.

O estudo possibilitou identificarem-se elementos da representação social dos gestores municipais de saúde de Goiânia. Esses elementos são marcados por atuação ideal, competência, conhecimento, dentre outros, os quais, no conjunto, possibilitam o conhecimento de parte da dimensão do que é gerenciar um serviço de saúde público para o grupo que participou da pesquisa. Os conteúdos explícitos e implícitos que permitiram essa leitura são tradicionalmente sustentados pela cultura e situados em um contexto histórico.

Foi possível identificar que o processo de descentralização do referido município vai de encontro aos conceitos de desconcentração em substituição ao de devolução, como propósito organizacional da política do SUS.

Com o conhecimento dos elementos representacionais, infere-se que os gestores desconhecem a definição de descentralização, o que contribui para a ineficácia de sua atuação em seu âmbito de gerenciamento. Ainda reafirma que a atuação competente dos gestores está intimamente relacionada ao conhecimento, fazendo-se necessária a implantação de cursos de aperfeiçoamento, especialização e capacitação, com abordagens teóricas desta temática.

Há de se programar sistemas de avaliação de competência gerencial, como mecanismo de seleção para o cargo. Para administrar o direito público, em relevo a saúde, é necessário conhecimento na área. Para tanto, a gerência superior deve eleger indicadores que possam ser incorporados na prática de avaliação da atuação dos gestores, bem como avaliar a necessidade de processo seletivo para o cargo. A possível justificativa para este viés deve-se ao

fato de muitos deles terem alguns anos de formados e a grande maioria, apesar de terem pós-graduação, não têm concentração em administração de serviços públicos.

Na perspectiva de Cordeiro,<sup>4</sup> a descentralização despe-se de seu caráter mágico de panacéia sanitária ou administrativa, para reforçar seu sentido democrático e federativo, capaz de conduzir a resultados coerentes com a equidade. Logo, persiste-se neste mecanismo como a ferramenta quem possivelmente, quando efetiva, trará mudanças na administração dos serviços, o que refletirá em melhoria do atendimento de saúde à população.

A descentralização faz-se necessária e vigente para o setor público de saúde. Para conseguir uma boa gestão do serviço, devido à dimensão do gerenciamento do SUS nas unidades federativas, o administrador público deve trazer em seu currículo, autonomia, competência, conhecimento entre outras qualidades. Acredita-se, assim, que o cargo requer mínimos conhecimentos da área, além da probidade política e administrativa que a função requer.

Acredita-se na idéia de CEPAL<sup>17</sup> que a descentralização da gestão pública representaria uma grande oportunidade para a adequação dos programas governamentais às demandas e singularidades locais e para o aumento da efetividade do gasto público, da efetividade gerencial, da sustentabilidade e da equidade no que se refere aos resultados da ação governamental, com potencial de assegurar maior efetividade ao gasto social.

Conclui-se que a atuação competente está intimamente relacionada ao conhecimento, sugerindo a necessidade de implantação de cursos de aperfeiçoamento, especialização e capacitação, com abordagem teórica desta temática para os gestores.

Fica como desafio, tanto para a população quanto para os administradores públicos, a melhora dos serviços de saúde. Aos primeiros diz respeito a exigência constante da excelência dos serviços prestados pelo setor, a luta pela "ideologia", pela concretude da política pública de saúde dos SUS. Já aos segundos, em todas as esferas de governo, buscar sempre uma atuação alicerçada no compromisso ético e humano que o cargo requer. Sugere-se, por fim, o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à competência de gestores e à implementação de políticas públicas na prática social.

#### REFERÊNCIAS

1. Khaleghian P. Decentralization and public services: the case of immunization. *Soc. Sci. Med.* 2004;59:163-83.
2. Guimarães MCL. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998. [Tese] Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2000.

3. Paim JS. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 455-66.
4. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ci. & Saúde Colet*. 2001;6(2):319-28.
5. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *R. Panam. Salud Publ*. 2006; 20 (6): 416-22.
6. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*. Brasília; 1990.
7. Viana ALA, Haimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Públ*. 2002;18:139-51. Extraído de [<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13800.pdf>], acesso em [20 de junho de 2007].
8. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas do governo. [Dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
9. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Deslandes SF (ed). *Caminhos do pensamento. epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.195-223.
10. Moscovici S. *A representação social psicanálise*. 2ª ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1978.
11. Campos PHF, Torres ARR, Guimarães SP. Sistemas de representação e mediação simbólica da violência na escola. *Educ. Cult. Contemp*. 2004;1(2):109-32.
12. Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília; 1996.
13. Guimarães IG. Quando esquecer é o problema: Representações Sociais de familiares sobre saúde mental no envelhecimento e os desafios impostos pela demência. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
14. Brier AP. HAMLET computer assisted text analysis. Extraído de [<http://apb.newmdsx.com/hamlet2.html>], acesso em [22 de setembro de 2008].
15. Kurcgant P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: Kurcgant P. Coordenadora. *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. p.3-14.

16. Pellegrini B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização Política: obstáculos à municipalização do SUS. Ci. & Saúde Col. 2007;12(2):325-33.
17. Cepal - Comisión Económica para la América Latina y el Caribe. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Nações Unidas; 2000. p. 157-182.

Recebido em 1.12.2008 e aprovado em 13.8.2009.