

# A gestão estadual perante os desafios da atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005-2007)

## State management and the challenges to deploy the Brazilian Public Health System (SUS) in the current stage: a case study carried out by the São Paulo State Health Department (2005-2007)

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio<sup>I</sup>, Ana Lúcia Medeiros de Souza<sup>II</sup>, Nicanor Rodrigues da Silva Pinto<sup>III</sup>, Rosemarie Andrezza<sup>IV</sup>, Sandra Maria Spedo<sup>V</sup>, Wanda Nascimento dos Santos Sato<sup>VI</sup>, Marlene Rizziolli Lima<sup>VII</sup>, Lígia Maria de Almeida Bestetti<sup>VIII</sup>, Cláudia Vega<sup>IX</sup>, Cláudia Elisa Belinazo Mercadante<sup>X</sup>

### Resumo

Na atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), é esperado dos gestores estaduais o apoio à criação dos sistemas regionais de atenção à saúde, constituindo-se de redes de cuidado complexas, resolutivas e de caráter intermunicipal. O artigo apresenta os resultados de pesquisa qualitativa, realizada em um órgão regional da Secretaria de Estado de Saúde, com o objetivo de caracterizar como o gestor estadual atua no processo de regionalização, em particular as relações que constrói com os gestores municipais. O estudo destaca o esvaziamento e despreparo do órgão regional para cumprir as funções de coordenação da regionalização e de apoio técnico aos gestores municipais, bem como aponta que recursos financeiros insuficientes explicam apenas em parte a dificuldade na construção das regiões de saúde.

**Palavras-chave:** Regionalização, Municipalização, Regiões de Saúde; Gestão Estadual

### Abstract

At the current deployment stage of the National Health Service (SUS), state managers are expected to support the creation of regional health care systems as complex, resolute networks on an intercity basis. The paper presents results from a qualitative research carried out by a regional division belonging to the State Health Care Department. It was aimed at characterizing how state managers act as the regionalization process takes place, particularly in relationships that are formed as they interact with local managers. The study highlights the emptiness and the unpreparedness presented by the regional entity to perform these functions: coordinating the regionalization and rendering technical support to local managers. In addition, it points out that insufficient financial resources can only partially explain the difficulties to build health regions.

**Keywords:** Regionalization, Decentralization, Health Regions, State Management

<sup>I</sup>Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (cecilioluiz@uol.com.br) é médico sanitário, doutor em Saúde Coletiva, livre-docente em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e professor adjunto no Departamento de Medicina Preventiva (DPM) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

<sup>II</sup>Ana Lúcia Medeiros de Souza (anamedeiros59@gmail.com) é nutricionista do Departamento de Medicina Preventiva/EPM/UNIFESP

<sup>III</sup>Nicanor R. da Silva Pinto (nrspinto@unifesp.br) é médico sanitário, doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e médico sanitário assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp

<sup>IV</sup>Rosemarie Andrezza (rbac48@gmail.com) é nutricionista, doutora em Saúde Pública e professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp

<sup>V</sup>Sandra Maria Spedo (smspedo@unifesp.br) é médica sanitária, doutora em Saúde Pública (USP) e médica sanitária assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp

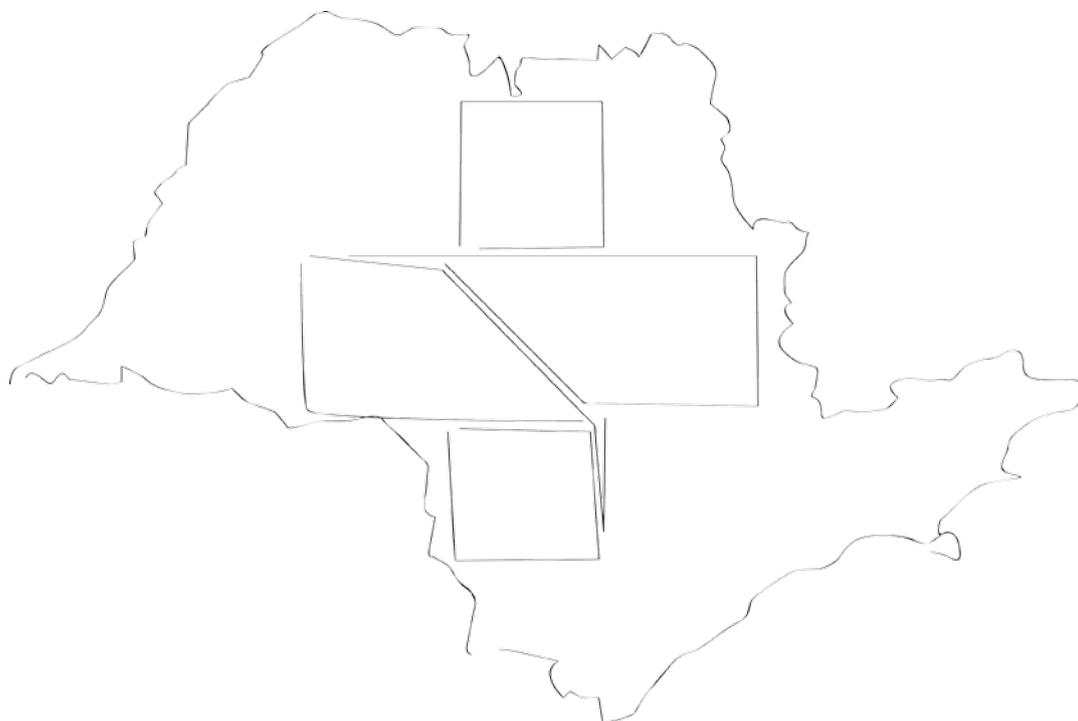
<sup>VI</sup>Wanda Nascimento dos Santos Sato (wandasato@bol.com.br) é enfermeira, mestre em Saúde Coletiva (Unifesp) e enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital. São Paulo

<sup>VII</sup>Marlene Rizziolli Lima (marlalima@hotmail.com) é formada em Administração de Empresas e executiva pública da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

<sup>VIII</sup>Lígia Maria de Almeida Bestetti (calitita@terra.com.br) é socióloga e executiva pública da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

<sup>IX</sup>Cláudia Vega (klau.vega@yahoo.com.br) é formada em Serviço Social e é diretora técnica I da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

<sup>X</sup>Cláudia Elisa Belinazo Mercadante (claumercadante@uol.com.br) é psicóloga e diretora técnica II da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



## Introdução

**A** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) teve importante atuação no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo. Nesse sentido, é possível destacar sua marcante presença no processo de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e de todo o processo de municipalização na década de 1980. Via seus órgãos regionais, a SES/SP teve um reconhecido papel na condução de negociações com os municípios, visando à configuração do SUS, finalmente formalizado já no final da década.

A década de 1980 foi marcada por importantes avanços na construção do SUS, dentro dos princípios da busca da universalização do atendimento, da ampliação do acesso e do fortalecimento do município como ente fundamental na consolidação do novo sistema de saúde.

Para exemplificar a importância que a SES/SP teve no processo de implantação das diretrizes políticas que, anteriores à Lei Orgânica da Saúde, já apontavam para o novo sistema de saúde, basta lembrar o papel central que desempenhou na época da organização do SUDS no estado. O SUDS teve um papel decisivo no processo de descentralização, pois implicava o repasse de recursos financeiros do Ministério de Saúde para as secretarias estaduais de saúde que, em par-

ceria com os municípios, deveriam avançar na expansão e consolidação das redes estaduais e municipais de atendimento. Para a implementação de tal política, a SES/SP mobilizou o Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (CADAIS) para a formulação de um instrumento de programação que foi intitulado, na época, de Programação e Orçamento Integrada (POI). No correr de 1987, ano de implementação do SUDS, foi intensa a movimentação da SES, tanto no seu nível central, como nos recém-criados escritórios regionais de saúde (ERSA), no sentido de, em atuação conjunta com os municípios, elaborar instrumentos de programação (baseados na capacidade física instalada em serviços próprios da SES/SP e dos municípios) capazes de direcionar os novos recursos que vinham de Brasília.

O que se quer destacar, aqui, é o papel da SES como formuladora de políticas, construtora de instrumentos de planejamento e programação, articuladora regional dos gestores municipais, formadora de técnicos ao nível das regionais para o exercício das novas atribuições que as rápidas mudanças no sistema de saúde iam colocando. É possível afirmar que, sem o protagonismo da SES/SP, na década de 1980, não teria sido possível garantir os avanços que o SUDS potencialmente propiciava. Foi um momento no qual a SES/SP exerceu o papel que se esperava que um gestor estadual devesse exercer. Contando com a facilidade

de da recente reforma administrativa que havia realizado, em particular a criação de mais de 60 ERSAS em todo o estado, conseguia exercer, com agilidade e de forma mais descentralizada, o papel de coordenação da política de saúde no âmbito regional.

Na década de 1980, grandes foram os avanços no sentido no sentido de “colocar o município em cena”. Este fortalecimento da gestão municipal se deu tanto através de convênios com municípios, para repasse de recursos para fixação de médicos em locais onde não havia aquele profissional (programa “municípios carentes”), já em 1983, como através da contratualidade exigida pelas AIS, ampliando a participação dos municípios na operacionalização do sistema de saúde. A implantação do SUDS, em 1987, só veio reforçar essa tendência. Foi uma época de grande expansão da rede básica de serviços no estado, com a presença cada vez mais decisiva do município na prestação e gestão dos serviços<sup>6</sup>.

Nessa medida, é possível dizer que a SES preparou o terreno para o processo mais radical de municipalização que deveria ocorrer na década seguinte. Todo este esforço da SES pode ser considerado como uma espécie de “ensaio final da orquestra” para o que estava por vir nos próximos anos<sup>12, 13, 8</sup>.

Na década de 1990, este vetor da municipalização que vinha sendo vivido de forma vigorosa no estado de São Paulo prometia ter novo impulso com os desdobramentos posteriores à aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. De fato, um conjunto de atos normativos do Ministério da Saúde, em particular as normas operacionais (NOB), entre as quais se destacam as NOB-93 e a NOB-96 traduziam, na prática, e de forma radical, a diretriz da municipalização apontada há alguns anos pelo Movimento Sanitário e inscrita na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Inicialmente gestão parcial, semiplena e plena (NOB-93) e depois gestão plena de rede básica e gestão plena do sistema (NOB-96), com todas as contramarchas e dificuldade, resultaram numa radical transformação do sistema público de saúde no estado de São Paulo, como, aliás, vinha ocorrendo no Brasil como um todo<sup>9, 10, 14, 16, 17</sup>.

Tais transformações na política de saúde tiveram forte impacto no funcionamento da SES/SP. O processo de municipalização implicou a ampliação da rede municipal de saúde, com uma conseqüente redução da participação da SES/SP na prestação direta de serviços. Crescentes responsabilidades estavam colo-

cadadas para os municípios, de forma que novos gestores municipais da década de 1990, em particular na sua segunda metade, se viam assoberbados por várias responsabilidades. Uma questão que talvez não tenha sido adequadamente valorizada, embora fosse conhecida, era a baixa capacidade de governo do gestor municipal para fazer frente às novas atribuições que estavam colocadas para o município. A gestão dos sistemas de saúde é complexa por várias razões: a) a própria natureza do “objeto de gestão em saúde”, qual seja, a produção do cuidado e as múltiplas variáveis intervenientes, para não dizer determinantes, da qualidade da atenção oferecida à população, em particular o fato do processo saúde-doença ser resultante de um conjunto de fatores sócio-econômico-culturais que transbordam o “setor saúde”; b) a produção do cuidado se dá em campo atravessado por instituições que conformam a micropolítica dos serviços, em particular a “Instituição Médica”; b) o “furor normativo” do Ministério da Saúde que se traduz em uma grande quantidade de normas, preceitos, diretivas, responsabilidades, prazos e cobranças que o gestor municipal tem que atender<sup>5</sup>. Agravando tais dificuldades, é patente a baixa capacidade da maioria das equipes que fazem a gestão municipal da saúde.

Diante disso é que foi se colocando um novo papel da SES/SP, de preferência através dos seus órgãos regionais, para fazer frente ao novo contexto. Mesmo tendo “perdido” a gestão de sua rede própria, pelo menos duas grandes atribuições poderiam ser pensadas para a SES na década de 1990: “transferência tecnológica” para os municípios, apoiando-os e capacitando-os em suas novas e complexas atribuições e, ao mesmo tempo, um forte protagonismo na articulação da regionalização dos serviços, muito necessária na atual etapa do SUS.

### Metodologia

Os dados utilizados no artigo foram obtidos em pesquisa intitulada “O gestor estadual e os gestores municipais na construção do sistema loco-regional de saúde: desafios da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS)”, realizada com recursos CNPq/FAPESP, 2005-2007 e desenvolvida na região de Campinas, envolvendo 20 municípios. A pesquisa procurou caracterizar a gestão estadual do SUS no atual momento de municipalização e de regionalização, tentando responder às seguintes perguntas: como se pensa, se or-

ganiza e atua o gestor estadual perante as tarefas que estão colocadas para o processo de regionalização, no atual contexto de municipalização? Como ele é visto pelos outros atores institucionais que vivem o processo de regionalização, em particular os gestores municipais? Como ele pensa a relação com os municípios? Como ele encaminha, concretamente, tais relações? Como ele faz um desenho de futuro para a regionalização?

Para a coleta das informações, foram realizados os seguintes procedimentos: entrevista com o então secretário de estado da saúde de São Paulo, entrevista conjunta do diretor regional de saúde de Campinas e da diretora de planejamento da regional de saúde de Campinas, entrevista com a diretora da Unidade de Avaliação e Controle da regional de Campinas, grupo focal com os gerentes da nova estrutura regional criada pelo Decreto 51433 de 28/12/2006, duas oficinas de trabalho com os gerentes da regional de Campinas para análise da nova estrutura; observação participante em dois fóruns de educação permanente dos gestores municipais que funcionam na região de Campinas desde 2005 e análise documental.

Os dados obtidos foram sistematizados e analisados através do confronto das percepções dos atores entrevistados sobre o atual momento do SUS, muito em particular sobre o papel e responsabilidade gestor estadual na condução do processo de regionalização. Os resultados foram apresentados e discutidos, em seminário, com os atores que participaram do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

### Resultados e discussão

A SES/SP não conseguiu fazer os movimentos de atualização necessários à condução da política de saúde, no estado, nos últimos anos, em particular a adequação dos seus órgãos regionais para atuarem com condutores do processo de regionalização. Os órgãos regionais não tiveram atualização do seu quadro de pessoal, nem em quantidade, nem na qualificação exigidos para a atual etapa do SUS. Além do mais, não gozam da necessária autonomia e governabilidade para a construção dos pactos regionais necessários para regionalização.

A centralização, no nível central da SES/SP, de decisões cruciais referentes à regionalização, sem a par-

ticipação dos órgãos regionais, foi fator agravante da falta de governabilidade dos departamentos regionais de saúde para conduzir o processo de regionalização.

As razões para este descompasso entre as necessidades e o quadro real dos órgãos regionais podem ser pensadas a partir de duas vertentes. Na primeira, como o desdobramento da perda da atribuição da SES na prestação direta da assistência no processo de municipalização. Com exceção da bem conhecida situação da capital, a SES/SP deixou de gerenciar serviços em todo o estado desde o final da década de 1980. A outra vertente pode ser entendida como a tradução, na prática, da concepção do papel do Estado que as últimas gestões da SES, pelo menos desde o governo Mário Covas, adotaram, de maneira mais ou menos explícita.

De maneira mais explícita, quando o governador Covas fez a opção de entregar a gestão de 13 hospitais estaduais para a gestão de organizações sociais, em consonância com a proposta de reforma do Estado formulada por Bresser Pereira na primeira gestão FHC<sup>4</sup>. De maneira menos explícita, e só perceptível de forma mais indireta, através de (não) tomada de decisões que impactam negativamente na capacidade do Estado exercer um papel mais competente na condução de políticas públicas sob sua responsabilidade. A (não) tomada de decisão mais visível tendo sido, exatamente, o sucateamento dos órgãos regionais, seja por uma política salarial que não permite a fixação ou renovação de quadros necessários para um trabalho mais qualificado, seja pela não reposição dos quadros que foram se aposentando ou deixando o Estado.

Para a direção da SES/SP, a contribuição do gestor estadual para o processo de regionalização tem sido o financiamento dos 61 hospitais estaduais, 20 dos quais gerenciados por organizações sociais. Todos estes hospitais têm características regionais e funcionam como referência em média e alta complexidade para os municípios da sua região de inserção ou para todo o estado, como o caso dos hospitais universitários estaduais. Os gestores municipais, que operam redes cada vez mais complexas avaliam que a participação da SES/SP no financiamento do sistema tem sido insuficiente ou, pelo menos, parece não representar contrapartida suficiente para os seus gastos crescentes com saúde. Essa temática merece outros estudos, visando à busca de elementos para aprofundar essa discussão, o que não foi possível neste artigo.

Questões partidárias, como não poderiam deixar de ser, “atravessam” a construção do SUS em São Paulo, dificultando o processo de regionalização. Como exemplos: as dificuldades de negociação da SES/SP com o Ministério da Saúde, que resultaram na não viabilização da PPI no estado<sup>10</sup> e as difíceis relações entre a SES/SP e o COSEMS/SP, à época do estudo.

Por outro lado, existem dificuldades no relacionamento entre os entes gestores na condução do processo de regionalização, que parecem ser explicadas menos por diferenças partidárias do que por diferentes visões em função do nível de observação e atuação.

### O órgão regional da SES/SP no processo de regionalização

A regional de saúde estudada apresentava-se desequipada para apoiar o processo regionalização. Sem estrutura, sem pessoal qualificado e motivado e, principalmente, sem autonomia para construir os pactos imprescindíveis à construção dos fluxos intermunicipais, microrregionais e regionais necessários para a garantia da integralidade.

Na falta de uma definição política mais clara de suas atribuições, o órgão regional transformou-se um bureau repassador das demandas, determinações e pedidos provenientes do nível central da SES/SP. É visto pelos gestores municipais muito mais como “instância de cobrança” do que órgão de apoio, coordenação e assessoria técnica.

Na regional estudada, a confluência de dois fatores, parecia estar propiciando, quando da realização do estudo, certa movimentação positiva: de um lado, a abertura do diretor para um diálogo mais próximo com os gestores municipais, do outro, o forte protagonismo de alguns gestores, em particular daqueles com uma militância mais marcada junto ao COSEMS.

A discussão em torno do Pacto pela Saúde e, particularmente do seu componente de gestão<sup>2, 3</sup>, estimulada fortemente pelos gestores mais politizados, parecia estar resultando, no momento da pesquisa, no ensaio de novas relações entre o gestor regional e os gestores municipais, em particular a criação de grupos de trabalho em torno de temas estratégicos como regulação, financiamento, entre outros, propiciando uma maior mobilização, politização e solidariedade entre os gestores municipais da região.

A política de reconstrução com os hospitais

universitários, definida pelo Ministério da Saúde, teve impacto positivo na região, em particular em relação a dois hospitais de ensino da região estudada, cujas agendas têm sido abertas e um número crescente de vagas, seja para especialidades, seja para procedimentos, alocado na central de regulação do órgão regional.

A experiência dos dois fóruns de educação permanente dos gestores municipais, um na microrregião de Bragança Paulista e outro na microrregião de Jundiaí, era avaliada como positiva tanto pela direção do órgão regional como pelos gestores municipais que participam dos fóruns. A organização de fóruns, em outras microrregiões, pode ser uma boa estratégia para o fortalecimento dos gestores municipais e para o processo de regionalização. Apesar dos fóruns serem avaliados como uma estratégia acertada, o órgão regional da SES/SP só conseguia mantê-los em funcionamento com o apoio técnico de uma universidade pública, que conduziu o presente estudo, em função da já apontada falta dramática de quadros capacitados para tanto.

A Comissão Intergestores Regional (CIR), o instrumento de articulação regional anterior ao Pacto vigente à época da pesquisa, e que teria, em princípio, um papel importante na regionalização, conseguia uma adesão bastante heterogênea dos gestores. Os gestores de três dos municípios-pólo de microrregiões (Campinas, Jundiaí, Bragança Paulista) não compareciam às reuniões e se faziam representar por seus assessores, diminuindo sua representação política.

O órgão regional exerce sua função reguladora tanto através da central de encaminhamento inter-hospitalar nas situações de emergência e/ou insuficiência de recursos terapêuticos no hospital de origem, como fazendo o agendamento de consultas para especialidades e realização de procedimentos de média e alta complexidade nos serviços de maior complexidade. No entanto, a centralização das pactuações com os prestadores diretamente pelo nível central da SES/SP, no momento do estudo, era motivo de desconforto e dificuldades para o órgão regional que precisava resolver as questões agudas e as grandes necessidades trazidas pelos gestores municipais e, o que é frequente, diretamente pelos próprios usuários, sem ter controle de recursos para tanto.

A região, em princípio, tem todos os recursos para construir linhas de cuidado completas, como por

exemplo, a rede cardiovascular. O problema é que o órgão regional não controla os recursos políticos e financeiros necessários para a contratualização.

O órgão regional não consegue desenvolver sua função de apoio técnico regular aos municípios na perspectiva de apoiá-los e qualificá-los no planejamento e gestão dos sistemas locais de saúde. Seu apoio é pontual, em questões técnicas específicas, mais ligadas às grandes áreas programáticas como a saúde bucal e a saúde mental.

Dirigentes da regional reconheciam pontos positivos na nova estrutura do departamento regional de saúde criada pelo Decreto 51433 (2006) criada à época do estudo, em particular ao dar maior visibilidade e ordenamento às áreas de regulação, informação, planejamento e desenvolvimento de recursos humanos, formalizando funções importantes que já estavam sendo informalmente desenvolvidas, mas todas sob a égide de uma grande área de “planejamento”. Essas modificações representariam, em princípio, e como potencialidade, uma maior possibilidade do órgão exercer um papel mais efetivo de regulação, avaliação e apoio técnico aos municípios. A contratação de pessoal qualificado colocava-se como estratégia incontornável para potencializar a nova estrutura.

A retirada das vigilâncias da estrutura do órgão regional pode ser avaliada como um dificultador do processo de regionalização comprometido com a integralidade, se esta for entendida como resultado da necessária confluência e complementaridade das ações individuais e coletivas<sup>11</sup>. Pode ser argumentado que a presença das vigilâncias na estrutura formal não é garantia de integralidade, como de fato não tem sido até hoje, mas, com toda a certeza, a retirada pura e simples das vigilâncias do comando do gestor regional permite pensar que a SES/SP assume uma função basicamente assistencial para os seus órgãos regionais.

Com tal medida, a SES/SP vai contra o esforço histórico do campo da Saúde Pública do país de promover uma aproximação da área assistencial e das vigilâncias, a partir do necessário fecundamento mútuo entre seus saberes e práticas.

O drástico enxugamento da área administrativa na nova estrutura é coerente com o alinhamento da direção da SES/SP ao projeto de reforma do Estado formulado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), na gestão Bresser Pereira<sup>4</sup> essa

medida, implementada por meio da abolição de cargos de chefia e da “gestão de processos produtivos”, tal como pode ser visto na estrutura proposta para o Centro de Gerenciamento Administrativo, poderá resultar inócua caso não sejam garantidos os pressupostos para tanto, em particular uma política de recursos humanos correspondente à modernização administrativa pretendida.

Na regional estudada, o enxugamento da estrutura está sendo conduzido sem respeitar a tradição administrativa do estado e sem o mínimo investimento na formação do novo tipo de gerente necessário ao modo mais “gerencial” de se fazer a administração pública. No limite, e sem aportes de novos recursos humanos, poderá dificultar, ainda mais, o papel de coordenação do órgão regional, tão necessário na atual etapa de implantação do SUS, em particular no apoio aos municípios e na coordenação do processo de regionalização.

março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União n.º 162, seção I:34.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, seção I:1-15.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União n.º 162, seção I:34.
4. Bresser Pereira LC. A reforma gerencial do Estado de 1995. Rev Adm Publica. 2000;34(4):7-26.
5. Carvalho G. Palestra proferida no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo. 2006.
6. Cecilio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
7. Cecilio LCO, Andrezza R, Souza ALM de, Lacaz FA de C, Pinto NR da S, Spedo SM et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. Rev Eltr Com Inf Inov Saúde. 2007;1(2): 200-207.
8. Souza AMAF de, Chioro AA, Furtado LAC, organizadores. O Olhar municipal. São Paulo: COSEMS; 2008. (Cadernos de Regionalização, 1)
9. Lecovitz E, Lima LD, Machado C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 269-293.
10. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde. Estudo analítico e prospectivo sobre as relações entre concepção de distrito sanitário e as diretrizes de regionalização expressas na NOAS: relatório técnico. São Paulo; 2006.
11. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2004.
12. Secretaria de Estado da Saúde. Batalha da saúde no governo Montoro [monografia na internet]. São Paulo;1987 [acesso em 11 out 2011] Disponível em: [bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=160112&label=Batalha%20da%20sa%C3%BAde%20no%20governo%20Montoro](http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=160112&label=Batalha%20da%20sa%C3%BAde%20no%20governo%20Montoro). Acesso em 27/09/2008.
13. Della Torre, MCC, Batista, MCDS, Basso, CR, organizadores. The health transition in Brasil. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1987.
14. Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normatizados (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade, 2001;34(2):47-74.
15. Silva, SF. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec; 2001.
16. Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002. p. 471-488.
17. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(3): 493-507.