



O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: um estudo de caso do Estado da Paraíba

Isabel Cristina Araújo Brandão¹
Claudia Santos Martiniano²
Ana Luzia Araújo Medeiros³
Akemi Iwata Monteiro⁴
Fernanda Carla Magalhães⁵
Fernanda Ferreira Souza⁶
Emanuella de Castro Marcolino⁷

Artigo resultante de monografia sendo pesquisa concluída

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um novo formato para o pacto federativo, uma vez que trouxe o princípio da descentralização político-administrativa entre todas as esferas de governo. No que concerne aos serviços de saúde, as Leis Orgânicas da Saúde, as Normas Operacionais Básicas, a Norma Operacional da Assistência em Saúde, e por fim, o Pacto pela Saúde reafirmam o processo de consolidação da descentralização com ênfase na diretriz da Regionalização proposta pelo SUS. Este artigo analisa o modelo de regionalização proposto pelo estado da Paraíba a organização da gestão de saúde no estado da Paraíba através da regionalização por meio do Plano Diretor de Regionalização deste Estado. Trata-se de um estudo documental que tomou por base o documento do Plano Diretor de Regionalização da Paraíba e os documentos oficiais do Ministério da Saúde que orientam a construção dos mesmos pelos Estados. A partir dos dados coletados percebe-se falhas no processo de implantação do PDR/PB, tais como a ausência de análise das características sociais, econômicas e culturais durante a escolha das sedes das regiões de saúde. O processo de regionalização e a formulação do PDR da Paraíba não seguiram a Instrução Normativa do MS em alguns aspectos, o que levanta questionamentos a cerca das especificidades de cada região, as quais não foram, realmente, obedecidas; bem como dos critérios de acessibilidade e capacidade técnica consideradas para a construção das regiões de saúde desse Estado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Descentralização; Regionalização, Plano Diretor de Regionalização.

INTRODUÇÃO

Os alicerces que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) tornam-se garantia no texto constitucional de 1988 sendo estes originários da luta civil por direitos, tendo a base legal, que orienta o SUS, firmada por meio das Leis Orgânicas, a Lei nº. 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde e a Lei nº. 8142/1990, elaborada para as

¹ Mestranda em Enfermagem pela UFRN/ isabrandao_ab@hotmail.com

² Douranda em Ciências Sociais pela UFRN/ cmartiniano@ibest.com.br

³ Mestranda em Enfermagem pela UFPE/ analuzia_medeiros@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. akemiiwata@hotmail.com

⁵ Graduanda em Enfermagem pela UEPB/ nandamag204@hotmail.com

⁶ Graduanda em Enfermagem pela UEPB/ fernandaferreira-ffs@hotmail.com

⁷ Graduanda em Enfermagem pela UEPB/ manu_castro17@hotmail.com



questões de financiamento e regulação da participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 2007).

No entanto, o avanço legal que os documentos institucionais proporcionaram rumo à universalização do acesso aos serviços de saúde se deu num contexto de retração de direitos sociais, já que, no Brasil, no início da década de 1990, a estratégia governamental para as políticas sociais é marcada pela formulação de nova agenda de reformas. No bojo destas transformações políticas, o debate sobre a descentralização ocupa espaço importante no contexto da reforma do Estado, pois é apontada como capaz de superar os problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais.

Conceitualmente, a descentralização, refere-se a “transferência ou delegação de autoridade legal e política aos poderes locais para planejar, tomar decisões e gerir funções públicas do governo central” (JACOBI, 2000, p. 35) proporcionando, para este autor, melhor relacionamento entre o governo nacional e local, dotando este último, de maior capacidade gerencial, além de fortalecer o controle social do poder público pela população organizada. Com a institucionalização da descentralização dos serviços de saúde, fez-se necessário a regionalização destes serviços funcionando como mecanismo facilitador desse processo.

Portanto, conhecendo-se a relevância do processo de descentralização brasileira dos serviços de saúde, toma-se como objetivo deste artigo analisar o modelo de regionalização proposto pelo estado da Paraíba junto aos 223 municípios do estado através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), logo que se compreende que este é o documento basilar para ações de regionalização da saúde.

METODOLOGIA

Caracterizada como uma pesquisa empírica trata-se de um estudo documental que tomou por base o documento do PDR da Paraíba e os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) que orientam a construção dos mesmos pelos Estados.

A análise de tais documentos tornou-se pertinente, pois os registros são capazes de transmitir valores e discursos de um determinado grupo social, em um período histórico, demonstrando intrínsecas formas de relações sociais (RICHARDSON, 1989). Tal técnica vale-se de documentos originais que ainda não receberam tratamento analítico (SÁ-SILVA, ALMEIDA E GUINDANI; 2009).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da Constituição Federal/1988, ficou decidido que a União definiria as normas gerais para o setor saúde e que os municípios executariam com autonomia a política de saúde de maneira adequada às suas condições locais. Nesse contexto, caberia aos estados o papel de coordenador, avaliador e intermediador da política de saúde entre os municípios. Entretanto, como observa Brant (2004), desde aquela época até os dias atuais, os Estados têm mostrado dificuldades em assumir seu novo papel, gerando um aparente esvaziamento da esfera estadual nas ações de saúde.

Além disso, a descentralização como proposto na CF/1988 não foi implementada devido a medidas políticas e econômicas adotadas pelos governos brasileiros a partir dos anos de 1990. Desde esta década, a união vem recentralizando recursos através de medidas legais como o Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1996, e mais recentemente, a Desvinculação de Recursos Orçamentários (DRU) em 1999, que subtraem recursos que seriam destinados aos Estados e Municípios e à Seguridade Social, através de fundos de Participação dos Estados e Municípios. A DRU vem sendo a peça chave na política econômica dos governos, mantendo-se intocável, e foi prorrogada até 2011.

Neste contexto de crise e reorganização dos recursos financeiros, Dowbor (1999) cita a descentralização como parte da estratégia de favorecimento a desresponsabilização do Estado, assim como, resulta das lutas pela democratização das relações Estado/sociedade. Dessa forma, tal elemento de organização dos serviços de saúde se faz presente tanto no discurso neoliberal privatizante como uma possibilidade concreta de negação a democracia, quanto nas propostas dos setores de esquerda que passaram a defendê-la pelo sentido imediatamente oposto.

Dessa maneira, uma vez estabelecidos os acordos legais para a política de saúde no Brasil, por meio da CF/88 e as Leis Orgânicas, restavam as medidas para a implantação do SUS, que ao longo dos anos foram sendo instituídas com a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs), definindo as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2007).

Esse processo de institucionalização da gestão do Sistema Único de Saúde Paim (2008) caracteriza como um movimento “pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à



Constituição de 1988” (PAIM, 2008, p. 1822). O mesmo autor considera ainda que esse processo configura relações intergovernamentais na tentativa de cumprir a normatização. Assim, as NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

A primeira Norma Operacional Básica de 1991, a NOB/91 foi editada durante o governo Collor de Mello (1990-1992), que investe na consolidação do projeto neoliberal, e ataca frontalmente os avanços conquistados a partir da Constituição Federal de 1988. É a partir deste governo que as propostas neoliberais explicitam seu caráter privatista, produzindo rebatimento na política de saúde expressada por meio da chamada “universalização excludente”, distinta da universalização proposta pelo Movimento Sanitário que culminou na CF/88.

A NOB/91 supervalorizava os procedimentos de saúde que envolvesse capital e aparelhagem, através do pagamento por Unidade de Serviço, relegando as ações de promoção à saúde a último plano. Tal medida situa a alocação de recursos financeiros subordinados a critérios de produção de serviços pelas unidades assistenciais (NORONHA; SOARES, 2001).

No ano seguinte é editada a NOB/92, a qual não trouxe muitas novidades e contribuições, “apenas deu continuidade à NOB 91” (CARVALHO, 2001, p. 439) tratando do planejamento, financiamento da assistência à saúde no SUS, estímulo a municipalização do SUS e às ações de saúde coletiva, investimentos na rede, sistemas de informação, controle e avaliação, processo de municipalização para repasse de recursos, produtividade e qualidade.

Neste sentido, as primeiras NOBs (1991 e 1992) guiaram-se pelo critério de delegação de competência, haja vista ser a transferência negociada, a forma de relação entre as esferas de governo e do tratamento dado aos serviços públicos das instâncias subnacionais, tomados como prestadores de serviços.

Em maio de 1993 a NOB/93 formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “A municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas: incipiente e parcial, na qual os municípios permaneciam na condição de prestadores do SUS; e gestão semiplena, através da qual, se inaugura, para alguns municípios, a gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2007; SOLLA, 2007). Além



disso, esta NOB estabeleceu o funcionamento de instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT – nacional) e Bipartites (CIB – estaduais).

Contudo, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) apontam problemas em relação a esta NOB, como a sua não efetivação em todos os municípios, concentrando recursos em regiões, estados e municípios, em virtude da manutenção dos critérios de repasse de recursos financeiros, baseados na capacidade de produção de serviços. Assim, os municípios com maior infra-estrutura e capacidade gerencial passaram a disputar uma parcela mais significativa dos recursos federais para a saúde. Em uma situação de redução de recursos para as políticas sociais, o conflito redistributivo acirrou-se, passando a constituir o tema central da agenda política.

A NOB/96 assim como a NOB/93, impulsionou o processo descentralizador com a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais, do nível federal e estadual para os municípios.

Segundo Arretche (2003) a edição desta NOB conferiu credibilidade ao Ministério da Saúde no tangente a descentralização da saúde no país, pois a NOB/96 trouxe a mudança no financiamento das ações de saúde, as quais passaram a ser estabelecidas através de tetos, que resultaram da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (CARVALHO, 2001).

Em 2001, foi publicada mais uma norma, agora com o nome de Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS/2001), esta estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade (BRASIL, 2007). A partir da NOAS/2001 ficou determinado que as secretarias estaduais de saúde elaborassem o Plano Diretor de Regionalização (PDR), cujo objetivo era a garantia do acesso a todo cidadão do conjunto de ações e serviços mínimos o mais próximo possível à residência, assim como instituiu o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

No ano seguinte foi publicada a NOAS/2002, que de acordo com Ouverney (2008) articulava a gestão dos serviços de saúde em rede em torno da articulação regional dos municípios adjacentes e o planejamento das políticas sob coordenação do gestor estadual.



Frente à descentralização a NOAS/2002 apresentou inadequações, fragilidades e limitações com descompassos a descentralização da assistência, da vigilância sanitária e da vigilância em saúde, porém trouxe inovações como o fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação no âmbito da regionalização como prioridade dos gestores do SUS nas três esferas de governo e a ampliação do emprego da Programação Pactuada Integrada (PPI) (SOLLA, 2007).

Finalmente, em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde 2006, em três dimensões: o Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida.

O Pacto pela Saúde é um documento de gestão acordado pelas três esferas de governo (união, estados e municípios) cunhadas na necessidade de redefinir parâmetros que visem à concreta e efetiva implementação do SUS, através de mudanças em seus mecanismos de gestão. Dessa forma, esse pacto rompe com os acordos realizados através das Normas Operacionais Básicas e da Norma Operacional de Assistência em Saúde, que pouco avançaram em termos de concretização do SUS.

Tal documento está organizado em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, que discute acerca do caráter público do sistema de saúde, bem como seus demais princípios fundamentais evidenciando a responsabilidade de todos; Pacto pela Vida, o qual envolve a definição de prioridades para cada esfera de governo a partir de metas sanitárias, localmente determinadas e o Pacto de Gestão, trazendo a redefinição do papel dos municípios, estados, distrito federal e união na descentralização financeira e de serviços de saúde.

No discurso oficial, o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS (BRASIL, 2007). Neste sentido, o Pacto advém da necessidade de superar os desafios da descentralização, com o objetivo de adequar os serviços de saúde às realidades regionais, através da reorganização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Com o desenvolvimento das políticas de saúde descentralizadas, surge a necessidade de reorganização dos espaços de atuação dos serviços através do processo de regionalização.

Nessa perspectiva, é relevante destacar o papel do Estado na gerência, administração e supervisão dos serviços de saúde, seja de forma direta ou indireta, uma vez que possíveis entraves técnicos e/ou operacionais nessa esfera de gestão



constituem um dos grandes desafios para a concretização do SUS (BELTRAMI, 2008).

No âmbito da Paraíba, o Estado é composto por 223 municípios, divididos em 12 regiões geo-administrativas, cujas sedes situam-se nas seguintes cidades: João pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Itaporanga, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel, e Itabaiana.

O primeiro PDR da Paraíba foi elaborado no ano de 2001, e este vigorou, sem alterações, até a publicação da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, definindo o Pacto pela Saúde. Com o novo modelo de reorganização da saúde a SES/PB passou por uma reestruturação administrativa, criando o Núcleo de Desenvolvimento das Regiões (NUDERES), dentro da Gerência de Planejamento e Gestão com o objetivo de tornar mais forte as regiões de saúde do estado a partir da implementação da Regionalização Solidária e Cooperativa, a qual já se configurava nos documentos do Pacto como um pressuposto a ser seguido (PARAÍBA, 2008).

Em 2007, após uma série de oficinas que reuniram os gestores municipais juntamente com representantes da Secretaria Estadual de Saúde o PDR/PB foi redesenhado e nele foram traçadas as regiões de saúde, bem como as estratégias necessárias à garantia de acesso dos cidadãos as ações e serviços de saúde resolutivos de acordo com o entendimento da Gerência de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. O processo de elaboração do PRD/PB teve como objetivo proporcionar o arranjo das assistências ambulatorial e hospitalar, da média e alta complexidade, facilitando o ingresso aos serviços assistenciais e promovendo equidade em saúde (ROMÃO, 2009).

As regiões geo-administrativas, doze no total, foram adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado (SES/PB) para comporem as sedes de instalações das Gerencias Regionais de Saúde, sob a justificativa de que “cada gerencia regional conta com uma capacidade funcional instalada capaz de articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas da saúde” (PARAÍBA, 2008).

Para além do processo administrativo, é mister ressaltar que a construção das regiões de saúde não deve considerar o território como sendo uma entidade geográfica, pois aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e psicológicos podem definir características extrínsecas ao processo da simples repartição territorial.(GIL, LICHT; YAMAUCHI, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), os municípios devem estar agrupados em microrregiões ou regiões de saúde definidas de acordo com



características socioeconômicas e culturais, considerando a existência de redes de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde. O Estado da Paraíba é constituído por vinte e cinco microrregiões de saúde (PARAÍBA, 2008), as quais devem atender às necessidades dos municípios que delas fazem parte, principalmente no que se refere às ações de média complexidade, caracterizando-se como referência nesse nível de atenção à saúde para a população local e apresentando algum grau de resolubilidade.

A SES afirma ainda que cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios agrupados de acordo com as características demográficas, sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas, de acessibilidade e de oferta de serviços de saúde.

Os municípios de João Pessoa e Campina Grande representam as sedes de macrorregiões de saúde responsáveis por absorver as maiores demandas provenientes das cidades vizinhas, representando, respectivamente, 47,81% e 28,30% da população. A cidade de João Pessoa supera ainda a cidade de Campina Grande em 19,51%, percentual acima da demanda das outras duas macrorregiões de saúde, Patos e Souza, que absorvem respectivamente 12,02% e 11,87%. Vale ressaltar que são as cidades de João Pessoa e Campina Grande as sedes de serviços especializados de alta complexidade para a maioria das patologias, tornando-se assim, responsáveis por absorver demandas provenientes, muitas vezes de todo o Estado e estados vizinhos.

Outro aspecto que deve ser considerado para a construção do PDR, de acordo com o Ministério da Saúde é a discussão acerca do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal. O PDR da Paraíba descreve a acessibilidade geográfica, considerando a distância entre os municípios e suas respectivas referências.

A distância dos municípios para as cidades que configuram o 1º nível de referência para assistência variam substancialmente, podendo variar de 3 km, como é o caso de Pilõezinhos até Guarabira, até 117 km, distância entre Cubati e Cuité. A maioria dos municípios dista de 11 a 30 km, representando 36,77%, logo em seguida verifica-se que as cidades que ficam entre 31 e 50 km de distancia representam 27,35%. Apenas 6,72% dos municípios ficam a menos de 10 km de distância do 1º nível de referência para assistência. Desses municípios, 6,28% ficam a mais de 70 km de distância.



Ainda no que diz respeito ao acesso, a Paraíba evidencia o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), o qual objetiva oferecer, através de consultas eletivas pelo SUS, a solução de problemas de saúde não tratáveis no município de origem. O PDR/PB assegura que através do TFD o usuário e seu acompanhante tenham direito a passagens de ida e volta ao local do procedimento, além de auxílio para alimentação e hospedagem, quando necessário.

O Ministério da Saúde preconiza, também, a existência de referências interestaduais de serviços de saúde. Nesse sentido, o PDR/PB traz detalhadamente os municípios que fazem fronteira com os Estados vizinhos, que somam um total de 81 municípios, sendo 36 com o Estado de Pernambuco, 35 com Estado do Rio Grande do Norte e 12 com o Estado do Ceará. Contudo, não expõe nenhum tipo de pactuação interestadual, embora, se saiba por observação empírica da existência dessa demanda no estado.

Tomando como base a discussão explicitada percebe-se falhas no processo de implantação do PDR/PB, tais como a ausência de análise das características sociais, econômicas e culturais durante a escolha das sedes das regiões de saúde, uma vez que no próprio documento existe o relato de que as sedes das regiões geoadministrativas do Estado foram definidas como sedes das Gerências Regionais de Saúde. Bem como, não proporcionou análise adequada devido a poucos dados especificados nos documentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de tais achados, conclui-se que o processo de regionalização e a formulação do PDR da Paraíba não seguiram a Instrução Normativa do MS em alguns aspectos, o que levanta questionamentos a cerca das especificidades de cada região, as quais não foram, realmente, obedecidas; bem como dos critérios de acessibilidade e capacidade técnica consideradas para a construção das regiões de saúde desse Estado.

Dessa maneira, o PDR/PB sintetiza de maneira insuficiente as atribuições do Estado em relação à oferta e disposição dos serviços e ações de saúde, abrindo espaços para o julgamento pertinente em detrimento das falhas ou omissões ao longo do seu processo de construção, elaboração e execução, sendo o PDR a principal ferramenta, norteadora do processo de regionalização na Paraíba.



Estando posto dessa maneira, o PDR/PB sumariza as atribuições do Estado em relação aos serviços e ações de saúde, deixando espaços para a crítica pertinente em detrimento das falhas em seu processo de construção e elaboração.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro, v. 8, 2003.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRANT, L. M. **O papel do Estado no Sistema Único de Saúde: uma investigação teórico bibliográfica e prática em Minas Gerais**. Monografia de Especialização em Políticas Sociais de Saúde (PUC). Belo Horizonte, 2004.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.06, n. 02, 2001.

DOWBOR, L. A gestão social em busca de paradigmas. In: MELO RICO, E. & RAICHELIS, R. (orgs.) **Gestão Social – Uma questão em debate**. São Paulo: EDUC; IEE, 1999.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional. **HYGEIA: Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Uberlândia, v. 2, n. 3, 2006.

JACOBI, P. **Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**; São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

OUVERNEY, A. M. Os Desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES. Rio de Janeiro. 2008.

BELTRAMMI, D. G. M. **Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios**. Rev. RAS. Vol. 10. n. 41, outubro-dezembro, 2008.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Plano Diretor de Regionalização da Paraíba. João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/>. Acesso em: 15/12/2010.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador – EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.



RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. Atlas, São Paulo. 1989. p. 287.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. a.1, n.1, jul, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Rev. Baiana de Saúde Pública** / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 30, n.2, jul./dez., 2006. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**. V.II, N.2, Abr/Jun, 1998.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007.