

|

**CURSO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO EM GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO – EPSJV  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**

**Vinicius da Cruz Zeferino**

**O PAPEL DA DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE UMA  
REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MAIS PLENA E IGUALITÁRIA**

**Rio de Janeiro**

**2013**

Vinicius da Cruz Zeferino

**O PAPEL DA DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE UMA  
REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MAIS PLENA E IGUALITÁRIA**

**Monografia apresentada ao Laboratório de  
Educação Profissional em Gestão em Saúde da  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
(EPSJV), como requisito parcial à conclusão do  
Curso Técnico de Nível Médio em Gestão em  
Serviços de Saúde.**

**Orientadora: Danielle Ribeiro de Moraes**

**Rio de Janeiro**

**2013**

*À D. Sonia e a D. Alcidia, minha mãe e minha avó,  
pela educação simples e eficaz da vida.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela sabedoria que me deu para a confecção desta monografia.

À Jesus Cristo por sempre me dar forças para não esmorecer em meio aos obstáculos.

A todos os meus mestres (as).

À Prof.<sup>a</sup> Danielle Moraes, minha orientadora, pelo forte apoio recebido, e por sempre me incentivar a nunca desistir.

À Ilva Niño, Muza Clara, Ray Muller, Jorge Gláucio & Márcio Rolo, meus professores, por terem me inspirado a querer sempre saber mais. Foram muito importantes na minha vida – porque, para eles eu era apenas um dos alunos. Mas, muito mais que aluno, fui discípulo.

A tantos outros professores, que cativaram uma grande lista no meu coração.

A meus amigos Lucas Pires, Hiago Lima, Moisés Rodrigues, Yuri Mourão, Karoline Figueiredo, Kellen Guerra, Isabela Cristina, Jorge Henrique, Leonardo Henrique, Luiz Mantovani & Gabryela Barros, por poder contar com vocês em todos e quaisquer momentos.

À minha querida e amada namorada, Mariana Bezerra, por ter me dado à honra de estarmos juntos em vários momentos felizes da minha vida e por seu forte incentivo e apoio.

À Ricardo Souza, meu pai, pela forte admiração que tenho por ele e por seus valiosos conselhos.

À Fabiano Zeferino, meu irmão, pelo forte apoio recebido e pelo empenho demonstrado em ajudar a concretizar este trabalho.

À Banca Examinadora, por terem aceitado o convite.

Homenagem póstuma: Fábio Zeferino, meu irmão.

A todos que me ajudaram direta ou indiretamente, peço desculpas por não fazer a citação dos nomes já que não me recordo de cada um.

E por tudo que sou e faço em minha vida agradeço à Sonia Santos, minha mãe, por preparar-me para a vida com muita determinação e garra e pelo exemplo de vida que é; Alcidia Santos, minha avó, pelo carinho e amor que tem por mim.

*"O importante não é aquilo que fazem de nós, mas o que nós mesmos fazemos do que os outros fizeram de nós".*

*Sartre, Jean-Paul (Filósofo Francês)*

## **RESUMO**

A presente pesquisa tem por objetivo o estudo da descentralização em saúde a partir da regionalização em saúde como ferramenta essencial para a construção de um sistema único de saúde mais forte e igualitário. Entende-se que esse tema é importante, pois está relacionado à preocupação com a melhoria contínua da qualidade dos serviços e ações de saúde, de modo a se obter um sistema efetivamente mais universal, equitativo, integral e hierarquizado.

Palavras-Chaves: Regionalização, Descentralização, SUS, Municípios, Estados e União.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>07</b>
<b>3 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO SUS .....</b>	<b>08</b>
<b>3.1 Breve histórico da Descentralização e da Regionalização em Saúde .....</b>	<b>08</b>
<b>3.2 Os Níveis de Atenção à Saúde .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3 As Regiões de Saúde e seus Espaços de Debate .....</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Política Nacional de Humanização (PNH) .....</b>	<b>13</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>16</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objetivo o estudo da descentralização em saúde a partir da regionalização em saúde como ferramenta essencial para a construção de um sistema único de saúde mais forte e igualitário. Entende-se que esse tema é importante, pois está relacionado à preocupação com a melhoria contínua da qualidade dos serviços e ações de saúde, de modo a se obter um sistema efetivamente mais universal, equitativo, integral e hierarquizado.

Vivemos em um país continental de grandes proporções territoriais, e com grandes diferenças regionais (CERRI, 2012a). Possuímos uma forte desigualdade no que diz respeito aos setores econômicos, sociais, culturais, demográficos e sanitários, sem falar dos diversos grupos sociais. Daí a importância da descentralização como forma de viabilização das políticas públicas em saúde. Esta, também, pode ser vista como uma ferramenta de redemocratização.

A inquietação que me comoveu a escrever esta monografia foi tentar entender melhor como se dão as formas e mecanismos existentes para que se possa fazer o Sistema Único de Saúde (SUS) se “movimentar”, ajudar em uma melhor e clara compreensão dos termos usados por profissionais e instâncias da área da saúde, e fomentar a reflexão de que até que ponto existe, realmente, o SUS sonhado há 20 (vinte) anos atrás, sendo assim, tentando entender a descentralização a partir da regionalização em saúde.

A trajetória metodológica deste estudo está fundamentada na revisão bibliográfica, na qual foram utilizados estudos que se baseiam em revisões de literatura sobre o tema que me indagou. Os termos usados para nortear essa pesquisa foram: regionalização, descentralização, SUS, Municípios, Estados e União.

A pesquisa teve a intenção de demonstrar a importância da abrangência do tema, já que, configura a reflexão sobre as políticas públicas de saúde, tema de interesse de todo e qualquer cidadão brasileiro. Através da demonstração do histórico de Regionalização em saúde no Brasil, e da discussão por meio, da reflexão, sobre Redes de Atenção à Saúde pretende-se fomentar um maior entendimento do vocabulário técnico usado no meio, já que se trata de um sistema universal que todos usufruímos, pois entendendo melhor podemos debater mais, e exigir melhores mudanças.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Contribuir para o estudo da Regionalização em Saúde no SUS.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar as definições de Descentralização e de Regionalização nos diferentes marcos normativos do SUS;
- Refletir sobre a concepção de redes de atenção em saúde;
- Analisar as possíveis diferenças destas definições, à luz da discussão sobre redes de atenção em saúde.

### **3 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios ideológicos, como a universalidade, a integralidade e a equidade; e princípios organizacionais, como a descentralização, a regionalização e a hierarquização (MENDES, 2009). A Descentralização é o princípio do SUS que possui maior transversalidade com os demais, compreendendo-a como estruturante das políticas de saúde em nível nacional.

A implantação do SUS possui uma dinâmica que implica na articulação dos municípios e estados com a participação popular, para, então, se criar uma política de regionalização que esteja mais voltada para a organização de um sistema de saúde que seja mais equânime, integral e resolutivo. Desta maneira, pretende-se ter uma resolução mais efetiva dos problemas de saúde, e uma real articulação e integração entre as ações e serviços de saúde de municípios nos diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, nos dias de hoje, podemos ter um sistema descentralizado, acompanhado de mecanismos democráticos de funcionamento, que visam uma pactuação entre os gestores e as instâncias sociais.

A descentralização tem um papel crucial no sistema, já que assume um papel estruturante que convida os três entes federativos – União, Estados e Municípios – a articularem e cooperarem entre si pelas ações e serviços de saúde. Uma das ferramentas mais importantes da descentralização é a regionalização.

Em um contexto nacional, os principais atores são Estados e Municípios, pertencentes do Poder Executivo, pois estão mais próximos da população e podem de fato visualizar e agir na prevenção, promoção e trato destas pessoas. Assim como, na execução de ações sanitárias e promoção do bem estar que visem suprir às necessidades destes espaços regionais. Com isso, “alguns autores sustentam que a regionalização é um movimento dinâmico, flexível, que segue contrariamente aos métodos fechados, estanques e restritos a suas formas de aplicação” (BELTRAMMI, 2008, p. 160).

#### **3.1 Breve histórico da Descentralização e da Regionalização em Saúde**

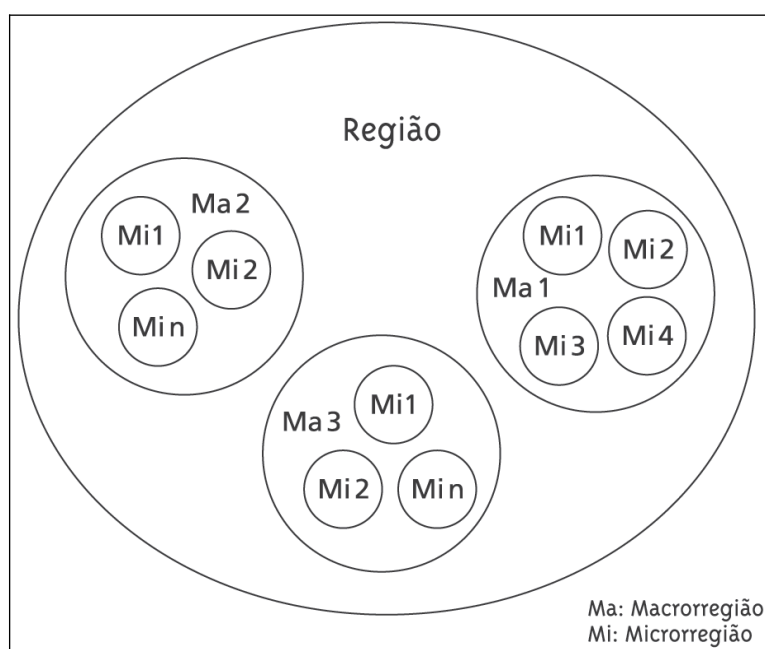
A partir da fomentação social sobre descentralização, como princípio e estratégia norteadora do SUS, realizou-se em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tornando claro e fortalecendo as bases da regionalização. A regionalização vem sendo entendida como estratégia constitucional para a saúde desde 1988, tendo um estudo mais amplo a partir da Lei Orgânica da Saúde (8080) de 1990.

Já em 1992, a XI CNS demonstra a importância da municipalização como base chave, para que o SUS pudesse ultrapassar os desafios do sistema. Em 1993, com a promulgação da Norma Operacional Básica (NOB) 93, a descentralização municipalista passa a ter caráter estruturante e operativo no SUS (BELTRAMMI, 2008).

Em 1996, a X CNS tem a preocupação com a territorialização e a descentralização político-administrativa dos Estados (BELTRAMMI, 2008). A NOB 96 nos leva à reflexão da criação de uma Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento de programação da atenção à saúde; Alocação de recursos; Pactos entre gestores e a Reorganização das redes.

Com o passar do tempo novas reflexões são feitas, novos debates acontecem no sentido de compreender melhor estes termos, a descentralização e a regionalização, por isso, ambos os termos ganham novas discussões, e em 2000 na XI CNS foi debatido a responsabilidade solidária dos gestores dos três entes federativos, enfocando-se o apoio dos Estados aos municípios, no que diz respeito à capacidade instalada e aos serviços de saúde prestados a população destes espaços regionais (BELTRAMMI, 2008). Entre 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) aperfeiçoam conceitos da regionalização surgindo as microrregiões, as macrorregiões e os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Investimento (PDI), instrumentos essenciais de planejamento para a regionalização (BELTRAMMI, 2008).

**Figura 1: Regiões de saúde.**



Fonte: SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Saude soc., v. 19, n. 3, jul/set. 2010.

Na figura acima, as microrregiões (Mi) são formados por um conjunto de Municípios. As macrorregiões (Ma) são formados por um conjunto de microrregiões. Os Municípios são responsáveis pela execução da Atenção Primária; a Microrregião, pela Atenção Secundária; e a Macrorregião, pela Atenção Terciária.

Entre 2003 e 2007, respectivamente, a XII & XIII CNS enfatizaram a qualidade do acesso, e a priorização da atenção básica e média complexidade, como os níveis de atenção primordiais para o pleno exercício dos municípios, acarretando favoravelmente no bom desempenho destas regiões de saúde.

Já em 2006, ocorre a elaboração do Pacto pela Saúde com suas respectivas dimensões: Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão & Pacto pela Defesa do SUS, que torna a regionalização como eixo estruturante do Pacto de Gestão (BELTRAMMI, 2008).

O Pacto propicia, também, a consolidação de alguns eixos conceituais da regionalização, que são: territorialização, flexibilidade nos desenhos das regiões (Níveis e Redes), cooperação entre gestores, cogestão, participação e controle social (BELTRAMMI, 2008).

Não podemos falar de regiões de saúde, sem falar de níveis de atenção. Para falar dos diferentes níveis de atenção, temos que refletir sobre os diferentes espaços territoriais onde eles se encontram, ou seja, temos que relacionar os níveis de atenção e a regionalização.

### **3.2 Os Níveis de Atenção à Saúde**

Segundo Mendes, os níveis de Atenção à Saúde são três, explicando melhor um pouco, cada um: O 1º Nível de Atenção é responsável por atender a maior parte dos problemas de saúde da população. Ele envolve ações curativas, mas também de prevenção e promoção da saúde. As unidades de 1º nível estão presentes em todos os municípios do estado. Para a regionalização, é importante que o município tenha 100% de cobertura de atenção primária, somente assim, poderemos estruturar o sistema de forma mais organizada e não sobrecarregar os 2º e 3º níveis.

O 2º Nível de Atenção corresponde a áreas especializadas e com equipamentos que possuem um grau intermediário de inovação tecnológica. Nelas estão os especialistas (Cardiologistas, Oftalmologistas, etc.). Existem diversos estabelecimentos deste nível, como: as Policlínicas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs). Os usuários são encaminhados para este nível, mas depois voltam para os serviços do 1º nível. Dentro da regionalização, a policlínica estará em uma microrregião do

município (formada por um conjunto de bairros), ou do Estado (formada por um conjunto de municípios).

O 3º Nível de Atenção concentra equipamentos com alta inovação tecnológica e seu quadro de pessoal (profissionais) com formação especializada, e mais intensiva. Logo, são os hospitais que fazem parte deste nível. Estes por sua vez estão em uma macrorregião do município (formada por um conjunto de microrregiões), ou do Estado (MENDES, 2009).

Com a implantação do pensamento de Sistema de Saúde, existem:

- Redes de Serviços;
- Sistemas: Planejamento; Informação; Controle & Avaliação.

Temos a construção do pensamento de saúde como bem público e de um sistema universal e equitativo (MENDES, 2009). Os serviços são as portas que garantem que saúde é um direito, expandindo o acesso e diminuindo as desigualdades (MENDES, 2009). Pois cada nível deve funcionar de forma cooperativa e interdependente. O maior problema do SUS é a gestão da oferta. Assim, as redes de atenção à saúde proporcionam melhor qualidade no acesso, resultados sanitários satisfatórios e a satisfação dos usuários, além da redução de custos do sistema, como um todo (MENDES, 2009).

### **3.3 As Regiões de Saúde e seus Espaços de Debate**

Conforme apontado anteriormente, a(s) região(ões) de saúde deve(m) ser entendida(s) pela visão da descentralização e regionalização. Regiões de Saúde são “cortes” territoriais dentro de um espaço geográfico contínuo, onde se delimita as ações e serviços prestados aquela população, e que se pode identificar seus fatores sociais, econômicos e políticos, além de traçar as intervenções necessárias. Temos regiões intramunicipais (Municípios de grande extensão); Intraestaduais (Municípios contíguos em um mesmo Estado); Interestaduais (Municípios contíguos em Estados diferentes); Fronteiriças (Municípios contíguos em Países diferentes) (MENDES, 2009).

Os responsáveis por fazer o estudo das regiões de saúde são denominados, como: Gestores. Estes que podem ser das diferentes esferas de governo (municipal, estadual & federal), que fazem todo o estudo necessário sobre as necessidades das regiões, através das instâncias de pactuação como as Comissões Intergestoras (CIB, CIT & CIR).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> “As Comissões Intergestores Regionais (CIR), anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) são estruturas criadas pelo Pacto pela Saúde, com o intuito de qualificar o processo de regionalização no SUS, garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde, formando um espaço de governança em âmbito regional. A nova nomenclatura foi dada a partir da publicação do Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011”.(Portal da Saúde do RJ – SES - Governo do Rio de Janeiro).

Para termos uma regionalização plena, a fim de garantir o exercício da cooperação entre os gestores nas regiões de saúde, é preciso à formação de algumas instâncias, como: Comissão Intergestores Regionais (CIR), que tenha a presença de todos os municípios da região e da representação do estado. Pois o CIR é um espaço de debate, pactuação, cogestão e decisões, para que, haja uma organização da rede regional de ações e serviços de saúde.

Temos também a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Que são espaços de articulação e pactuação, entre os gestores das três esferas do SUS. Em especial, a CIB que foi criada pela NOB/93 como um processo de pactuação entre os gestores estaduais e municipais. Sua composição é feita por representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); Decisões sempre são tomadas por consenso, na CIB (MENDES, 2009).

Já a CIT é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais. Tem sua composição pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e pelo CONASEMS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país, mais os Presidentes de CONASS E CONASEMS. Decisões, também, por consenso e não por votação (BELTRAMMI, 2008).

Qualificar a atenção à saúde é um dos maiores desafios dos gestores. Tem como competências a tradução de forma sucinta na promoção, proteção e recuperação em saúde das pessoas de sua região de saúde. Principais responsabilidades de regionalização:

- **Em geral**, garantir o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;
- **Municípios**, fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados. Entre outras;
- **Estados**, coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIB. Entre Outras;
- **União**, coordenar o processo de regionalização em âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais, observando as normas vigentes na CIT. Entre outras (MENDES, 2009).

### **3.4 Política Nacional de Humanização (PNH)**

Temos também a importância da Cogestão, que é um modelo de gestão no qual o “pensar” e o “fazer” são coletivos. Onde teremos presentes os instrumentos de Gestão Participativa, propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH), como:

- Conselho local de saúde;
- Cooperação Solidária entre os entes federativos (Brasil, 2012).

Em um país com as proporções continentais como o Brasil, não é recomendável que políticas públicas de saúde e as ações e serviços de saúde estejam “presas” em um único estilo e/ou pensamento. Exemplo disto é o modelo hospitalocêntrico que centraliza as ações de saúde nos hospitais, mas, sim, que sua execução seja bem distribuída com supervisão e acompanhamento dos gestores.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os constituintes brasileiros não estavam equivocados quando optaram pela descentralização, pois no art. 196 e inciso I da Constituição Federal, demonstra-se que as ações e os serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada e passassem a compor um sistema único, organizado com concordância de algumas diretrizes, como: a descentralização. Esta teria uma abrangência em cada esfera de governo (MENDES, 2009). Com a lei nº 8.080/90, e a lei nº 8.142/90 devolveu-se a diretriz da descentralização, sendo assim, definindo-a operacionalmente, acarretando na municipalização das ações e serviços de saúde. Com este embasamento jurídico, o SUS passa a regular-se, no seu cotidiano, por Normas Operacionais Básicas. Logo, surgem as NOBs 91; 93 & 96 que passam a incorporar um caráter de aprofundamento da descentralização em estados, e nos municípios.

A NOB 91 objetivou ajudar no processo de implantação do SUS, fornecendo instruções para alcançar este objetivo. Buscando certa operacionalização da legislação constitucional, e tendo como prisma a parceria entre a União, os estados e municípios. Através desta, ocorre à criação da unidade de cobertura ambulatorial, as definições de repasse dos recursos federais destinados a estados e municípios, e, também, o controle e a avaliação. A partir desta norma temos o surgimento do pagamento em proporção à produção de serviços, fazendo com que os prestadores públicos, tornassem-se vendedores de serviços. Teve um forte apoio por parte dos municípios, por perceberem a chance de receber recursos diretos da União, sem a mediação dos estados; isto abre um caminho para uma forte municipalização dos serviços de saúde (MENDES, 2009).

A NOB 93 objetivou na institucionalização (criação) das Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, instâncias que possuem um forte caráter de negociação e pactuação. Fortaleceu a municipalização dos serviços de saúde, por algumas formas de gerenciamento: incipiente, parcial e semiplena, estas entendidas como graus de crescentes de devolução; há um forte crescimento da municipalização. Há descentralização passa a ter um olhar sobre a atenção ambulatorial e hospitalar, apenas. Houve uma parceria institucional entre o governo federal que detinha o poder financeiro e normatizador, e os municípios, que aparecem como novos atores sociais, passando a integrar a cena político-sanitária, e conseguindo responder com eficácia e agilidade por intermédio de suas Secretarias Municipais da Saúde, às demandas oriundas do Ministério da Saúde (MENDES, 2009). No SUS, a municipalização é regida (conduzida) pelo Ministério da Saúde, possuindo um canal direto com os municípios, sendo assim, retirando o papel de protagonista do estado.

A NOB 96 foi finalizada após uma intensa negociação entre os atores sociais responsáveis pela mesma. Objetivou a promoção e consolidação do pleno exercício, oriundos do poder municipal, de se responsabilizarem pela função de gestor da atenção à saúde dos seus respectivos municípios. É uma reformulação das responsabilidades dos estados e da União. Acarretou em avanços significativos, que posteriormente criaram o piso assistencial básico, juntamente com os incentivos para a saúde da família. Esta última NOB foi responsável pelo surgimento da figura da gestão plena do sistema municipal e, conseqüentemente, pela gestão plena da atenção básica. O movimento de municipalização dos serviços de saúde teve certo dinamismo grande, mesmo, após a NOB 96; consolidando-se totalmente.

A descentralização dos serviços de saúde possui pontos positivos e negativos a serem superados. Ficam evidentes os avanços alcançados, e os acertos obtidos através da municipalização onde, esta, se encontra em municípios que possuem uma gestão plena do poder municipal. Esta medida possibilitou a consolidação do mando único municipal, dando força à capacidade reguladora das Secretárias Municipais da Saúde, tornando viável a pactuação com os prestadores e a contratação de serviços, ocasionando em um estudo mais profundo e concreto sobre a aplicação de investimentos. Também, tornou possível o controle, a avaliação e a operação de bancos de dados dos municípios. Isto tornou mais ágil o processo de tratamento das informações, e pode fazer um sistema informatizado de marcação de consultas médicas e de internação (BARROS, 1996 apud MENDES, 2009).

Percebe-se que a descentralização do SUS está ocasionando um estímulo no controle público dos serviços de saúde, através da criação dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de saúde. Assim, conselhos foram surgindo por todo país, e conseqüentemente responsabilizava-se pelo controle do sistema de saúde, controle este feito da melhor maneira possível. Há a criação das ouvidorias (instâncias que se responsabilizam por tomar ciência das reclamações dos usuários do sistema), e a presença, cada vez mais, do Ministério Público (MP), este, para fazer prevalecer o que manda a constituição sobre as ações e serviços de saúde (CERRI, 2012b).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. Disponível em: <<http://>>. Acesso em outubro de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *HumanizaSUS: ambiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CERRI, Giovanni Guido. A regionalização da saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias>>. Acesso em outubro de 2012a.

CERRI, Giovanni Guido. A regionalização da saúde. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article>>. Acesso em outubro de 2012b.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS: tomo II*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176p.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. *Saude soc.*, v. 19, n. 3, jul/set. 2010.