

DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE: o caso dos Consórcios Intermunicipais

Processo de investigação em curso.

GT07: Desenvolvimento Territorial e Local: desigualdades e descentralização.

Liria Maria Betiol Lanza

Letícia Cristina Bento

Resumo

A Reforma do Estado brasileiro, propulsionada pelo acirramento das relações capitalistas, trouxe impactos gerenciais e mudanças estruturais, tanto no eixo econômico pelos processos da globalização e financeirização, quanto no eixo político com o desafio da redemocratização e descentralização, cenário este que trouxe preceitos reformistas. Houve uma retração do Estado configurando uma tendência de *desresponsabilização* por parte da União e dos estados em investimentos e execução de serviços públicos, sobretudo vinculados às políticas sociais, ora transferidos para o setor privado, e ora associados à *municipalização* como decorrência da diretriz constitucional da descentralização. O presente estudo bibliográfico visa analisar a descentralização da política pública de saúde brasileira com enfoque nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, entendendo estes como produto da Reforma do Estado.

Palavras chave: Reforma do Estado, descentralização e Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Desenvolvimento

Para descrever sobre o objetivo proposto apresentaremos inicialmente considerações sobre a Reforma do Estado Brasileiro, trazendo a Reforma Desenvolvimentista e culminando com uma Reforma Gerencial, a qual introduz após 1988 a primeira fase da redemocratização, apontando a descentralização como estratégico. Posteriormente é apresentado um histórico sobre a implantação da descentralização da política de saúde brasileira, onde os Consórcios Intermunicipais de Saúde aparecem como elementos sinérgicos dentro desta política. E para concluir são feitos apontamentos sobre os Consórcios de Saúde dentro do esvaziamento do Estado.

A Reforma do Estado do brasileiro

A Reforma do Estado para Pereira (1998), vem contrapor o processo de globalização que ameaça diminuir a autonomia dos Estados na formulação e implementação de políticas, e principalmente à crise do Estado presente em quase todo mundo na década de 70 e agravada nos anos 80, onde as manifestações do imobilismo do Estado foram: a crise fiscal, o esgotamento de suas formas de intervenção e de velhas medidas burocráticas de administração.

Conforme Pereira refere (1998, p.31),

"houve uma primeira geração de reformas, nos anos 80, que promoveu o ajuste estrutural macroeconômico, por meio de medidas de ajuste fiscal, de liberalização comercial de preços e com programas de privatização. A causa fundamental dessa reforma era a crise fiscal do Estado, com o objetivo ilusório de caminhar em direção ao Estado Mínimo desejado pelos ideólogos neoliberais.

Já nos anos 90, surge uma segunda geração de reformas, encabeçadas pela reforma da administração pública, que tem como objetivo principal de reconstruir o Estado, ou seja, aplicar os princípios e práticas da nova gestão pública (Reforma Gerencial)".

A Reforma do Estado pretende tornar o Estado com condições democráticas de governo e com capacidade de governança, objetivando que o mesmo não apenas garanta a propriedade e os contratos, mas também que ele complemente o mercado na tarefa de coordenar a economia e a distribuição de renda de maneira mais justa. Ou seja, busca um Estado "menor", garantindo o ajuste fiscal, uma poupança pública para o desenvolvimento de políticas sociais e administrativamente bem como profissionais e instituições preparados para uma administração gerencial. Enfim, esta reforma tornaria o Estado um facilitador, regulador e financiador, principalmente do desenvolvimento social (PEREIRA, 1998).

No Brasil, a crise que culminou com a Reforma do Estado aconteceu nos anos 80, onde o país vivia um momento de estagnação da renda *per capita*, de alta inflação, e pela incapacidade do Estado de coordenar e controlar o sistema econômico associado ao mercado, caracterizando-se em três grandes crises: a fiscal, a do modo de produção acelerada pelo processo de globalização, e a da forma administrativa.

Mediante a crise da forma administrativa, onde existia um alto custo e uma baixa qualidade nos serviços prestados pela administração pública brasileira, uma base para a Reforma Administrativa foi o Decreto Lei n 200, onde o novo estatuto previsto por este Decreto apoiava-se em alguns pontos estratégicos para uma reforma desenvolvimentista, como relata Wallvlich (*apud* Nogueira 1997, p. 12), "estava articulado, antes de tudo, por cinco princípios fundamentais: planejamento, descentralização, delegação de autoridade, coordenação e controle. Em segundo lugar, estimulava forte expansão das empresas estatais e de órgãos independentes (fundações públicas) e semi independentes (autarquias)".

O aspecto mais marcante dessa reforma desenvolvimentista foi a descentralização para a administração indireta, especialmente para as fundações de direito privado criadas pelo Estado, as empresas públicas e as empresas de economia mista.

Para Pereira (1998, p. 172),

"a reforma desenvolvimentista foi uma tentativa de superação de rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento de administração gerencial no Brasil. Toda ênfase foi dada a descentralização mediante a autonomia da administração indireta a partir do pressuposto da rigidez da administração direta e da maior eficiência da administração descentralizada".

O Decreto Lei citado proporcionou a transferência das atividades de produção de bens e serviços para autarquias, fundações, empresas pública e sociedades de economia mista, instituíram também como princípios: o planejamento, o orçamento, a descentralização e o controle dos resultados.

Com a promulgação da Constituição de 1988 a transição democrática desejada por vários setores da sociedade civil não gerou, porém, o espaço para uma verdadeira reforma da administração pública, uma reforma que consolidasse a reforma burocrática e transformasse a reforma desenvolvimentista em uma reforma gerencial (PEREIRA, 1998).

Em síntese, a redemocratização do país não provocou as mudanças necessárias no quadro da administração pública, os governos tiveram que concentrar seus esforços na

reconstitucionalização e no combate a inflação, tiveram ainda que administrar inúmeras demandas reprimidas dos governos autoritários e centralizadores originárias do processo de empobrecimento da sociedade, e também evidenciou-se a crise estatal pelas pressões neoliberais.

Entretanto, Nogueira relata que:

"a Constituição de 1988, principal produto da primeira fase da redemocratização do País, esteve em sintonia com esse novo clima, especialmente pelos estímulos que concedeu à universalização do mérito e à introdução de novas modalidades de gestão nas áreas sociais, associadas à ideia de descentralização participativa (1997, p.17)".

Neste sentido, a verdadeira reforma da administração pública, ou seja, a Reforma Gerencial do Estado brasileiro ocorre quando se tem o entendimento que a flexibilidade administrativa, aliada ao controle de resultados, deve transformar o Estado em uma organização mais ágil, com sua ação descentralizada, sendo o Estado essencialmente regulador, e não executor, e as atividades que permanecem sob sua responsabilidade deverão ser executadas de forma descentralizada. É o desmonte do Estado produtor, interventor e protecionista.

A mais recente tentativa de Reforma Gerencial de Estado brasileiro aconteceu a partir de 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso, onde o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE, passa a desenvolver uma nova política de organização do Estado, baseada na descentralização da ação estatal nos setores não exclusivos do Estado, mantendo a proposta de centralização iniciada na década de 1980 apenas para o núcleo estratégico do governo (e administração direta), responsável pela formulação e avaliação das políticas públicas.

O MARE consolidou em 1995 suas propostas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que prevê a existência de quatro setores: núcleo estratégico do Estado, responsável pela formulação das políticas públicas; a execução das atividades exclusivas do Estado, dissociadas da formulação; os serviços não exclusivos ou competitivos; e a produção de bens e serviços para o mercado, sendo que nos serviços não exclusivos ou competitivos devem ser organizados como organizações sociais, entidade de direito privado, sem finalidade de lucro, neste caso, enquadram-se os setores da saúde, educação e cultura.

Feitas as análises da historicidade da Reforma pode-se entender que o desprestígio da forma de gestão centralizada e ineficaz, orientou através da redemocratização a escolha de orientação de um Estado com princípios pautados na descentralização, dando força a teses municipalistas.

Descentralização: princípio da política pública de saúde brasileira

Como visto, no contexto da Reforma do Estado, da democratização e do agravamento da crise, onde os processos econômicos, sociais e políticos das últimas três décadas culminaram em mudanças estruturais no Estado Brasileiro, gerando mudanças tanto no eixo econômico concretizadas pela globalização, como no eixo político trazendo a redemocratização.

O cenário pedia novas estratégias de enfrentamento do Estado, trazendo como propostas de Reforma: Sanitária para saúde, Urbana para cidade, do Ensino para educação, Tributária compatível com um novo Pacto Federativo¹, Política para democracia, Administrativa ou Gerencial para máquina pública, entre outras.

Contudo, muitos dos elementos dessas propostas concretizaram na construção do Estado Democrático de Direito, dos direitos sociais e do novo pacto federativo. Constitucionalmente

¹ Remete à ideia de divisão de responsabilidades na execução das políticas públicas entre os entes (União, Estado/Distrito Federal e Municípios) que integram as três esferas da federação brasileira (BATISTA, 2011).

garantidos, os direitos à saúde, a educação, a assistência social, a habitação (assegurado posteriormente à reforma da Carta Constitucional de 1988), proteção da infância e adolescência, idosos e aos deficientes, entre outros, passaram a figurar como atribuição pela execução, também aos governos municipais, agora reconhecido como entes federados, autônomos nos termos da Constituição Federal. Os municípios são empoderados no *status* de prestador de serviços públicos nas áreas sociais. (BATISTA, 2011)

A tese municipalista traz uma progressiva responsabilidade dos municípios na execução de políticas públicas e uma desresponsabilização estatal, pregando o conceito que a descentralização é um princípio essencial uma vez que a proximidade com a demanda existente facilita a identificação das necessidades e torna uma administração mais eficaz.

Descentralização pode ser conceituada de três formas: a descentralização interna (de cima para baixo na estrutura administrativa do setor público), a descentralização externa (de dentro para fora da estrutura do Estado), ou ainda a descentralização entre os níveis de governo, fortalecendo o poder local. A primeira forma é caracterizada pela descentralização do processo decisório, em um movimento de cima para baixo dentro da própria organização estatal, entre os diversos níveis hierárquicos, delegando competências e responsabilidades.

A segunda forma enfoca a descentralização de dentro para fora das organizações burocráticas públicas, ou seja, de dentro da estrutura do Estado para a sociedade, entrando nessa situação as terceirizações, publicizações, extinções, fusões e privatizações.

E por fim, a terceira forma, e o conceito mais utilizado para descentralização que é devolver poder a atores de níveis mais baixo, segundo princípio da subsidiaridade², onde o nível mais alto só deve executar aquilo que o nível abaixo não pode, delegando o máximo ao poder local. Capistrano Filho (1995) compactua dessa discussão quando aponta que um país com dimensões continentais é mais eficiente uma administração descentralizada, tanto dos recursos como das competências, do que centralizada.

Dentro do Sistema Único de Saúde - SUS - brasileiro, instituído com a Constituição Federal de 1988, a estratégia da descentralização passa a ser um eixo fundante, responsabilizando os municípios pela execução e organização dos sistemas locais de saúde, e assim criando o fenômeno da municipalização.

Neste sentido Viana, Ibanez, Elias, Lima, Albuquerque e Iozzi. (2008, p.93) apontam que:

"Aqui, o ideário da descentralização, longe de representar um recurso para o desmantelamento do Estado, ou ser apenas peça da reforma do Estado na perspectiva neoliberal, teve o significado de unificar o discurso de diferentes atores políticos interessados em ampliar sua participação nas arenas decisórias, principalmente governamentais, e no bolo tributário".

Viana et. al (2008) ainda refere que existem quatro ciclos no processo de descentralização do SUS, o primeiro ciclo acontece na década de 1980, no momento da democratização, onde existia uma crítica ao modelo centralizador e autoritário na gestão das políticas públicas, bem como a descentralização torna-se uma bandeira dos estados e municípios para uma maior autonomia decisória e financeira, sendo que a promulgação da Constituição concretiza esse idealismo

² A subsidiariedade permite hierarquizar serviços, estabelecer acordos e pactos entre entes federados, sejam eles de mesma natureza ou não. Permite assegurar a proteção dos direitos sociais, mantendo e fortalecendo a existência das esferas da Federação, ou seja, um município em alguns casos, ainda que pequeno é capaz de produzir serviços de forma mais eficaz do que as esferas centrais de governo. Este princípio está intimamente relacionado com os princípios da proporcionalidade e da necessidade (BATISTA, 2011).

descentralizador. A descentralização era vista como uma estratégia aceleradora da redemocratização em um ambiente governamental cooperativo.

O segundo ciclo aconteceu na década de 1990 com o fortalecimento da gestão municipal através de aportes financeiros por parte da União, sendo que neste ciclo a descentralização configura-se basicamente em transferências fiscais e setoriais não redistributivas referenciadas pela capacidade de produção e o faturamento dos serviços de saúde.

Neste ciclo foi criada a Norma Operacional Básica - NOB de 1993 a qual define que as transferências era feitas por modalidades de habilitação, tendo como ponto positivo uma maior autonomia para o município, e negativo que não trouxeram o papel das esferas estaduais na indução e fortalecimento da cooperação intermunicipal. Neste ciclo também foram instituídas as Comissões Intergestoras Bipartites - CIBs, e a Comissão Intergestora Tripartite - CIT, como instâncias de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

O terceiro ciclo da descentralização foi inaugurado pela Norma Operacional Básica - NOB em 1996, onde previa que as transferências de renda eram distribuídas percaptamente, ocorrendo mudanças no financiamento e melhoria da distribuição recursos pelo território, no entanto essa nova estratégia de financiamento não promoveu a diminuição das desigualdades regionais e territoriais, ao contrário, neste ciclo houve uma estagnação nos avanços da descentralização e regionalização.

Ainda no terceiro ciclo novos agentes ganham importância nos sistemas de saúde regionais, os Consórcios Intermunicipais de Saúde, os provedores e os planos privados, já que as políticas neoliberais incentivaram a cooperação entre os entes federados.

O último ciclo aconteceu na virada dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência a Saúde -NOAS - SUS, nas versões 01/2001 e 01/2002, que enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, baseada sobretudo na distribuição e organização dos serviços no território. Embora as NOAS não trouxeram avanços na adequação regional ao processo de descentralização, ela propôs um significativo marco na área do planejamento em saúde.

Neste ciclo ainda foi elaborado em 2006 o Pacto pela Saúde onde inicia um novo ciclo da descentralização do SUS procurando garantir as funções da regionalização, e tendo como conceitos máximo a noção de sistema, descentralização e regiões de saúde. Evidenciando que a regionalização como principal estratégia da descentralização deve ser vista como um processo político que traz em sua retaguarda as diversidade territoriais e os níveis de complexidade.

Assim, deve-se compreender que a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde em uma determinada região, pressupostos da descentralização, evitam a sobrecarga de serviços e permitem que eles compreendam os três níveis de complexidade do sistema – primário, secundário e terciário³, podendo também denominá-los em atenção básica, média e alta. Regionalizar e hierarquizar o sistema esta intrinsecamente relacionado aos arranjos que os gestores estaduais e municipais devem buscar para melhorar a maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS, pressupostos da Reforma Gerencial, não raro com recursos escassos, podendo de sobremaneira ser facilitado pela estratégia de formação e implantação dos consórcios intermunicipais de um dado território. Lembrando que para Testa (1995) o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da

³ A atenção primária “é a assistência ambulatorial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, posta ao alcance da comunidade, com ênfase nos indivíduos, na família e no ambiente” (Conferência Alma Ata, OMS, 1978). O nível secundário é constituído pelas especialidades, agrega maior densidade de tecnologia e demanda maior tempo para formação do profissional médico. Refere-se às especialidades, ao apoio diagnóstico e às doenças com padrão intermediário. É referência para a rede básica de saúde, com custos médios de assistência. O nível terciário é constituído por superespecialidades; o máximo de densidade tecnológica, com muitos anos gastos na formação de profissional médico, exames de alta complexidade, doenças de difícil tratamento e internação hospitalar. É referência para o serviço secundário e seus custos são elevados (BATISTA, 2011).

Família (ESF) e o Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são estratégias de implementação de uma política que visa a consolidação do SUS.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde

Como já visto, a saúde pública hoje denominada Sistema Único de Saúde, está organizada na forma de uma descentralizada, com uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, o que pressupõe a necessidade permanente e constante interação dos gestores públicos, nas diversas esferas de governo. A própria Lei nº 8.080/90 consagra dentre os princípios do SUS, art. 7º, XI “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação de serviços de assistência a saúde da população”.

Vê-se, pois, que no SUS a conjugação de esforços entre os gestores do sistema é quase imperativa. O conceito de rede integrada, regionalizada e hierarquizada exige, para poder subsistir, a conjugação de meios para obtenção de resultados mais eficientes. Nesse sentido, os CIS tem sido um instrumento eficaz de atuação. De acordo com a Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, como descrita abaixo:

"Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:
VII - formar consórcios administrativos intermunicipais";

"Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei".

Destarte, os CIS são legalmente previstos dentro da legislação brasileira para compor, ou tornar-se elemento sinérgico, no processo da descentralização, através da organização da regionalização e hierarquização do complexo regional de saúde. Através desse instrumento os municípios de pequeno porte populacional, e/ou desenvolvimento econômico, possuem acesso a serviços de saúde existentes apenas em municípios de médio e grande porte.

Os Consórcios de Saúde podem tornar-se um meio de desenvolvimento racional, econômico, solidário, no qual preponderará o sentido de cooperação que visa melhor atender ao interesse público.

O Ministério da Saúde (MS) considera os CIS um importante instrumento de articulação entre os municípios e pontua que a maneira consorciada traz o município a assumir responsabilidades pela gestão do sistema de saúde. Através do Plano de Ações e Metas Prioritárias para 1997/1998 também estimulou a formação de CIS, ficando evidente a motivação por parte do MS para a

implantação dos mesmos. Neste cenário, Mendes (2000, não paginado) refere que os CIS "apresentam nas suas formas de organização, de um lado, uma diversidade e, de outro uma série de elementos comuns".

Não se conhece com precisão o número de CIS em atuação no país. Documento da primeira metade desta década (Lima e Pastrana, 2000) refere que, em 2000, existiam 141 Consórcios Intermunicipais de Saúde distribuídos por treze estados brasileiros, que envolviam 1618 municípios e atendiam a mais de 25 milhões de pessoas (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos municípios Consorciados segundo Estados e População Coberta — Brasil, 2000.

ESTADOS	POPULAÇÃO TOTAL	Nº. DE MUNICÍPIOS	Nº. DE CONSÓRCIOS	Nº. MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	POPULAÇÃO COBERTA
BA	12.541.675	415	02	15	254.955
ES	2.802.707	77	10	69	1.385.360
GO	4.514.967	242	01	12	152.942
MT	2.235.832	126	08	57	742.239
MG	16.673.097	853	70	748	11.477.979
PA	5.510.849	143	01	08	245.088
PB	3.305.616	223	07	60	580.600
PR	9.003.804	399	18	289	4.657.779
RJ	13.406.308	91	04	46	1.657.131
RN	2.558.660	166	01	12	109.139
RS	9.637.682	467	03	89	1.123.303
SC	4.875.244	293	09	139	1.765.189
SP	34.120.886	645	07	74	1.225.125
	121.187.327	4140	141	1618	25.376.829

Fonte: Diagnóstico da Situação Atual de CIS no Brasil, MS/OPAS, 2000, *apud* Lima e Pastrana, 2000).

Os números acima demonstrar a relevância dentro do Sistema Único de Saúde que os Consórcios apresentam, uma vez que os mesmos materializam a integralidade, a hierarquização e a necessidade da regionalização da política de saúde brasileira, onde através de uma racionalidade administrativa deve-se dar conta das diversidades territoriais e demandas em saúde.

No entanto, é de relevância apontar que estes instrumentos, ou seja, os CIS são produtos de uma Reforma de Estado, gerada por tendências neoliberais, onde a desresponsabilização estatal é intrínseca, pois ao mesmo tempo que municipaliza a execução das políticas sociais, e nesse trabalho refiro-me a saúde, traz o setor privado para uma política, dita como pública.

Assim, o debate do mix público-privado dentro do complexo regional de saúde e junto aos CIS devem ser realizado no viés da complexidade, uma vez que ora representa uma fratura ao Estado em prover uma política vital ao ser humano, e ora representa a incorporação das tecnologias do setor privado aos espaços públicos na garantia de um direito humano.

Considerações Finais

Como parte de um sistema de proteção social, a saúde é a única política universal no contexto da seguridade social e com a implementação do Sistema Único de Saúde se idealizou a oferta de serviços e ações de saúde na perspectiva da integralidade, descentralização e com participação popular. Dessa forma, houve a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde nos diferentes territórios e viu surgir à configuração dos sistemas locais de saúde, com atenção para as necessidades de saúde eminentes nesses lugares.

No entanto, a realidade dos municípios e sua efetiva capacidade de atender a prerrogativa da saúde integral, levou a disseminação da *regionalização de serviços* e ações em saúde como estratégia de gestão. Assim, com diretrizes e responsabilidades definidas os municípios, através de processos regionalizados de assistência a saúde, formaram um arranjo institucional de cooperação emergindo os Consórcios Intermunicipais de Saúde. É notória sua importância na produção e acesso à saúde no país, especialmente aos municípios de pequeno porte e com baixa dotação orçamentária. Há uma diversificação de suas bases jurídicas e econômicas traduzidas em seus arcabouços jurídicos e podem ser visualizados como espaços de cooperação e pactuação entre os municípios não isentos de conflitos e disputas de poder.

Deve-se atentar também para o fato de que, mediante a ausência de regulação por parte da União e do Estado, os consórcios intermunicipais podem reforçar a fragmentação e impedir a saúde integral, além de expressarem a dificuldade de interpretar e lidar com as particularidades dos

territórios consorciados. Por fim, identificou-se que os consórcios são uma estratégia inconclusa e traduzem a dificuldade da regionalização e o árduo caminho a percorrer para superar as iniquidades em saúde.

Referências Bibliográficas

- BATISTA, S. (2011) *O papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão dos consórcios públicos*. 1. Ed. – Brasília, DF: Caixa Econômica Federal. 115p.
- BRASIL, Constituição (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico. 292 p.
- BRASIL. Decreto-lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 de fevereiro de 1967. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm>>. Acesso em: 17/07/2013.
- BRASIL. Lei n 8.080. (1990) Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Publicado no D. O. U.* em 20/09/1990.
- BRASIL. Lei n 8.142. (1990) Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Publicado no D. O. U.* em 31/12/1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (1993) *NOB-SUS 001/93, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS*. Brasília: MS, 1993. Publicado no D.O.U de 24/05/1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (1996) *NOB-SUS 001/96, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS*. Brasília: M.S., 1997. Publicado no D.O.U. de 6/11/96.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2001) *Portaria n 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01*. Publicado no D. O. U. de 26/01/2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002) *Portaria n 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02*. Publicado no D.O.U. de 28/02/2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2006) *Portaria n 399. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Publicado no D.O.U de 22/02/2006.
- CAPISTRANO FILHO, D. (1995) *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec, 155p.
- LIMA, A. P. G; PASTRANA, R. M. (2000) *Articulação de municípios em consórcios intermunicipais de saúde: uma inovação dentro do SUS*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. *Anais...* Salvador: Abrasco.
- MENDES, E. V. (1996) *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec. 300p.
- MENDES, E. V. (1998 a) *A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local*. In: MENDES, E. V. (Org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, p.17-55.
- MENDES, E.V. (1998 b) *Erros e acertos no novo caminho*. *Jornal do Brasil*, Belo Horizonte, Caderno Saúde em Minas, p 38.
- MENDES, E.V. (2000) *Programa de reforma do sistema estadual de saúde do estado da Bahia: sistemas microrregionais de serviços de saúde e consórcios intermunicipais de saúde*. Brasília: [s.n.]. Relatório de consultoria.
- NOGUEIRA, M. A. (1997) *A crise da gestão pública: do reformismo quantitativo a um caminho qualitativo de reformas do Estado*. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n.21, p.6-25.

- PEREIRA, L. C. B. (1998) Reforma do Estado para cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo.
- TESTA, M. (1995) *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- VARELA, Patrícia Louise Rodrigues. (2009) *Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Noroeste do Paraná (CIS-AMUNPAR): um estudo de caso*. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- VIANA, A.L.D; IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; IOZZI, F.L. (2008) Novas perspectivas para regionalização em saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106.