

(Im)Possibilidades de Implementar uma Direção Única no SUS em Município de Grande Porte: o caso de São Paulo, Brasil'

(Im)Possibilities of Implementing an Unified Health Services Management in the Brazilian National Health System (SUS) in a large municipality: the case of São Paulo city, Brazil

Nicanor R. S. Pinto

Doutor em Saúde Pública. Médico Sanitarista do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Endereço: Rua Botucatu 740, Vila Clementino, CEP 04123-062, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: nrspinto@unifesp.br

Sandra Maria Spedo

Doutora em Saúde Pública. Médica Sanitarista do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Endereço: Rua Botucatu 740, Vila Clementino, CEP 04123-062, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: smspedo@unifesp.br

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Professor Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: oytanaka@usp.br

1 Apoio Financeiro: CNPq (Processo CNPq N 401903/2005-2) e Fapesp (Processo Fapesp N 2005/53846-8).

Parte da tese doutorado de Nicanor R. S. Pinto, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Resumo

A construção da direção única na saúde constitui-se um desafio para a gestão local do SUS, particularmente para municípios de grande porte. Este artigo analisou o processo de implementação do SUS no município de São Paulo, visando identificar estratégias para viabilizar uma direção única, no período de 2001 a 2008. Com base em um estudo de caso, foram utilizados dados obtidos de informantes privilegiados da gestão e de documentos de gestão. O conceito de integração sanitária foi utilizado como categoria analítica. Foram analisados movimentos e estratégias dos atores institucionais envolvidos diretamente na gestão do SUS, os gestores municipal e estadual. Observaram-se avanços institucionais como a municipalização das unidades básicas de saúde estaduais e a habilitação do município na gestão plena do sistema municipal. Apesar dessa condição de gestão e da identidade político-partidária entre os governos municipal e estadual desde 2005, constatou-se a coexistência de dois subsistemas públicos de saúde pouco integrados. Um municipal, que concentrava os serviços de atenção básica; outro estadual, que concentrava parte considerável dos serviços de média e alta complexidades. Instrumentos de gestão adotados, como o sistema de regulação, mostraram-se frágeis para superar a falta de integração entre os referidos subsistemas. Como implementar a direção única no SUS implica uma (re)divisão de recursos e poder, discute-se que não bastam normas nem instrumentos de gestão para viabilizá-la. É um desafio estratégico para o SUS implementar processo de negociação, envolvendo os

atores institucionais e políticos, visando a pactuação de um projeto político na saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Integralidade; Relações Intergovernamentais; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The construction of a unified health management is a challenge to the local Brazilian National Health System (SUS) management, especially in large cities. This article analyzed the implementation process of the SUS in the city of São Paulo. Its objective was to identify strategies to implement the unified health management, in the period from 2001 to 2008. The method used was a case study and data collection was based on management documents and interviews. The concept of health services integration was used as analytical category. Movements and strategies of the SUS institutional actors in the city of São Paulo were analyzed. Institutional improvements were observed, like the municipalization of the state healthcare centers and the qualification of São Paulo in the full management of the municipal health system. Despite this SUS management status and the political party identity that has been occurring between state and city governments since 2005, there were two separate public health subsystems with little integration between them: the municipal one, which concentrated the primary healthcare services, and the state one, concentrating most of the secondary and tertiary health services. The management tools used, such as the regulation system, proved to be fragile to overcome the lack of integration between those health subsystems. As the implementation of a unified health management in SUS implies a (re)division of resources and power, rules and management tools are not enough to make it feasible. Implementing a negotiation process between the institutional and political actors involved in a common political project in health is a strategic challenge.

Keywords: Health Management; Integrality; Intergovernmental Relationships; Health Policy; Brazil's National Health System.

Introdução

Viabilizar uma “direção única” – por vezes denominada “comando único” –, em cada esfera de governo, continua sendo um grande desafio para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Em termos práticos, esse desafio se coloca de forma mais contundente para municípios de grande porte, motivado pelo fato de que a maior parte dos serviços de média e alta complexidade (MAC), tanto públicos quanto privados, vinculados ao SUS estão concentrados nesses municípios e, particularmente, nas capitais de estado.

O conceito da direção única no SUS foi incorporado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, que criou o sistema de saúde brasileiro e delimitou suas principais diretrizes político-institucionais, sendo associado à diretriz da descentralização das ações e serviços de saúde. Além da Constituição, esse conceito foi retomado na legislação que regulamentou e institucionalizou o SUS no país, sendo incorporado em vários artigos da Lei nº 8.080/90. Como competência atribuída a cada esfera de governo, a direção única foi identificada com o Ministério da Saúde, no âmbito da União, e com as respectivas Secretarias de Saúde ou estruturas equivalentes, no âmbito dos estados, municípios e Distrito Federal (Brasil, 1990).

Para facilitar o entendimento desse processo, vale fazer um breve resgate do contexto histórico e institucional do período pré-constituinte. Nesse sentido, nas décadas de 1970 e 1980, a organização das ações e serviços públicos de saúde brasileiros estava centralizada – política, administrativa e financeiramente – no governo federal e fragmentada em dois subsistemas principais. Um deles era vinculado ao Ministério da Previdência Social e o outro era vinculado ao Ministério da Saúde e, de forma diferenciada, às Secretarias de Saúde dos estados (Mendes, 1993; Arretche, 1999; Gerschman e Santos, 2006).

Outra questão relevante a ser incorporada à discussão sobre o tema da direção única no SUS refere-se ao novo federalismo brasileiro. Deve-se considerar que de 1964 a 1985, no período da ditadura militar, o federalismo brasileiro podia ser caracterizado como de tipo unionista autoritário

ou, também, de Estado unitário e centralizado, com grande centralização política, administrativa e financeira no governo federal (Arretche, 1999; Viana e col., 2002). A partir de 1982, com o início do processo de redemocratização do país e a eleição dos novos governos estaduais, foi-se configurando um novo momento desse federalismo em função da aliança entre forças políticas regionais e atores municipalistas, que participaram do processo constituinte e cujo principal projeto era o fortalecimento dos governos subnacionais, sem a necessária preocupação e formulação de instrumentos nacionais de atuação e coordenação federativas (Abrucio, 2005). Com a nova Constituição de 1988, paralelamente ao resgate da autoridade política de governadores e sua extensão para prefeitos, ampliaram-se também sua autoridade sobre recursos fiscais. Os municípios brasileiros ganharam a condição de entes federativos autônomos, o que, no cenário internacional, constitui-se uma singularidade do federalismo brasileiro (Arretche, 1999). Nesse contexto, a autonomia política dos entes federativos brasileiros e a descentralização do SUS geraram conflitos e novos desafios para a política de saúde tais como: superar o tipo de municipalização identificada como autárquica por outro mais cooperativo e solidário; superar os conflitos e embates sobre recursos e centralização excessiva, construindo espaços de negociação e cooperação intergovernamentais (Mendes, 1998; Viana e col., 2002; Arretche, 2003).

No período que se estendeu do início da década de 1980 até pouco depois do processo constituinte, foram implementadas duas reformas do modelo assistencial vigente, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, na sequência, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Embora delineadas para racionalizar recursos face à crise da Previdência, foram consideradas estratégicas para o processo de reforma sanitária e do próprio SUS (Paim, 1986; Arouca, 1988). Ressalte-se o fato que, ambas experiências seguiram diretrizes, posteriormente, incorporadas à base jurídico-legal que criou o SUS, como a descentralização e a integração de serviços de saúde, envolvendo serviços e estabelecimentos de saúde dos ministérios da Previdência e da Saúde, bem como das Secretarias de Saúde estaduais e algumas municipais.

A implementação do SUS vem sendo orientada e sustentada por meio de instrumentos normativos do MS, que, com a incorporação do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), assumiu a condição de gestor único, de fato, do sistema, na esfera federal de governo. Na década de 1990, foi registrado um intenso processo de descentralização da política de saúde e da parcela federal de seu financiamento de forma direta - “fundo a fundo” - para os municípios, induzida por meio de Normas Operacionais Básicas (NOBs). Esses instrumentos de gestão e regulação do processo incorporaram mecanismos de habilitação dos municípios a determinadas condições de gestão, desde que fossem preenchidos alguns critérios. Em avaliação sobre o papel das três NOBs editadas nessa década sobre a extensão da descentralização, registrou-se um aumento considerável na porcentagem de municípios que “aderiram” ao SUS - inicialmente por convênio e, depois, por habilitação em distintas condições de gestão -, saindo de um patamar de 22%, nos anos de vigência da NOB de 1991, e atingindo o de 99,6% com a NOB de 1996 (Levcovitz e col., 2001; Souza, 2003; Oliveira, 2003; Arretche, 2003).

Paralelamente ao movimento de descentralização e municipalização da política de saúde registrado no país, essa década também registrou dois fatos marcantes para o SUS e para o município de São Paulo, no âmbito da integração dos serviços de saúde. O primeiro, de caráter nacional, foi a extinção do Inamps, com a proposta de que as suas “funções, competências, atividades e atribuições [...] [fossem] absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde” e que seus serviços de saúde fossem “doados ou cedidos a municípios, estados e Distrito Federal” (Brasil, 1993). O segundo, de caráter local, foi a não adesão do município às NOBs-SUS vigentes - de 1993 e de 1996 -, bem como a subsequente criação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), durante os períodos das gestões municipais 1993-1996 e 1997-2000 (Cohn e Elias, 1999). O PAS pode ser caracterizado como uma das primeiras experiências de gestão não estatal da saúde, de lógica gerencialista, implementada em município de grande porte no país. Além de desorganizar a estrutura administrativa da secretaria municipal de saúde (SMS-SP), o PAS organizou um

modelo assistencial baseado em cooperativas de profissionais de saúde organizadas exclusivamente para essa finalidade (Pinto e col., 2009).

Em um contexto de disputa entre várias forças políticas e partidárias, implicando em alternância no poder com distintas prioridades políticas, a partir da gestão 2001-2004, foi registrado o início do processo de (re)construção e institucionalização do SUS no município de São Paulo. No plano da gestão do SUS na capital, marcaram o período a habilitação do município na gestão plena da atenção básica, bem como a subsequente municipalização das unidades básicas de saúde (UBSs) e centros de saúde (CSs) vinculados até então à secretaria de estado da saúde (SES-SP). Nesse sentido, pode-se configurar a construção de um comando único da atenção básica no município, sob gestão de fato e de direito da SMS-SP. Em julho de 2003, o município foi habilitado na condição de gestão plena do sistema municipal, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) de 2002 (Pinto e col., 2009).

Essa Norma retomou a ideia da direção única, por esfera de governo, expressa nas diretrizes político-institucionais do SUS, com o conceito de comando único ao tratar da regulação e programação dos serviços de média e alta complexidades (MAC). As funções de organização e regulação destes serviços, em municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal de saúde, deveriam ser da competência do município.

Nesse contexto, o objetivo deste artigo foi avaliar movimentos e ações realizados pelos atores institucionais, a SMS-SP e a SES-SP, com referência na “imagem objetivo” da integralidade, no sentido da construção de uma direção única do SUS no município de São Paulo.

Métodos

O objeto da pesquisa foi uma avaliação de políticas de saúde do município de São Paulo, no período de estudo de 2001 a 2008, com referência na incorporação da integralidade da assistência à saúde no sistema. Foram contempladas experiências de duas gestões municipais, as dos períodos 2001-2004 e 2005-2008.

O desenho deste estudo foi baseado em uma avaliação de processo (Weiss, 1998; Walt e col., 2008). A

estratégia metodológica adotada foi a do estudo de caso, que pode ser caracterizada como uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo e complexo, realizada em seu contexto e com limites imprecisos, entre fenômeno e contexto (Yin, 1994). Em função dessas características, esse método tem sido aplicado por distintos pesquisadores em estudos sobre políticas e gestão públicas (Yin, 1994; Walt e col., 2008).

Os dados coletados tiveram como principais fontes de evidência: (a) informantes privilegiados ou “chaves” do processo de gestão, por meio de documentos ou de entrevistas; (b) documentos de gestão; e (c) observação participante.

Para a elaboração deste artigo, foram selecionados conteúdos discursivos de quatro gestores da SMS-SP - três ex-secretários e um secretário, identificados como gestores A, B, D e E - e de um gestor da SES-SP, assessor de gabinete da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), identificado como gestor F. As fontes desses discursos foram entrevistas, aplicadas a dois gestores da SMS-SP e ao gestor da SES-SP, e documentos públicos de dois gestores da SMS-SP (capítulo de livro de autoria de um ex-secretário e registro da fala de outro secretário em ata do Conselho Municipal de Saúde, ambos citados nas referências).

As entrevistas realizadas foram individuais e do tipo não estruturadas. O tema da pesquisa era apresentado aos entrevistados, que falavam livremente por cerca de 40 minutos. Quando temas de interesse eram abordados nessa fala, os autores estimulavam o entrevistado para explorar detalhes sobre eles. As entrevistas foram conduzidas por, pelo menos, dois dos autores, sendo que todas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Os documentos de gestão analisados foram: documentos oficiais (decretos, portarias, relatórios, atas de reuniões) publicados ou disponibilizados em *Diários Oficiais*; sítios institucionais; e documentos internos, mesmo que em versões preliminares.

A observação participante foi desenvolvida, com implicação de tipo periférico (Lapassade, 2005), por dois dos autores - NRSP e SMS - em reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde, em Conferências Municipais de Saúde, em visitas a serviços e estabelecimentos de saúde da SMS-SP

e em conversas com gestores e técnicos da gestão. Neste artigo, as informações obtidas por essa técnica foram usadas como forma de validar informações de outras fontes de evidência, em uma triangulação de fontes e técnicas (Stake, 1995).

O conceito de “integração sanitária”, em sua dimensão intrassetorial, foi escolhido como categoria analítica. Esse conceito diz respeito a ações e serviços do setor saúde e consiste em “agrupar órgãos díspares dentro de um plano e um programa de ação comuns; e reuni-los em um serviço que funcione como um todo harmônico sob uma chefia única” (Ramos, 1972, p. 6). Embora distintos, vale destacar a proximidade conceitual entre este e o princípio da integralidade do SUS expresso na lei nº 8.080/90, em seu artigo 7º (Brasil, 1990).

O material empírico foi analisado, tendo como referência a técnica da análise temática (Bardin, 2004). A identificação de temas sobre estratégias e movimentos da SMS-SP, e sua relação com a SES-SP, foi realizada a partir do material coletado pelas fontes de evidência e utilizando os seguintes critérios: destaque no discurso dos atores em entrevistas ou em documentos de gestão; e concordância de escolha entre os autores. Buscou-se respeitar a cronologia e a historicidade dos fatos e evidências, mas o eixo norteador principal desses achados foi seu conteúdo temático. São apresentadas seleções de trechos significativos dos discursos, editados pelos autores e, para preservar a identidade dos entrevistados, as seleções reproduzidas estão identificadas apenas com a função pública do entrevistado.

A análise buscou compreender, ainda, as relações entre “intenções”, construídas e expressas na formulação das políticas, e “ações”, que expressam a vida real e podem estar presentes na fase de implementação dessas políticas.

O projeto da pesquisa, que gerou os dados analisados neste artigo, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e da SMS-SP, respeitando os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

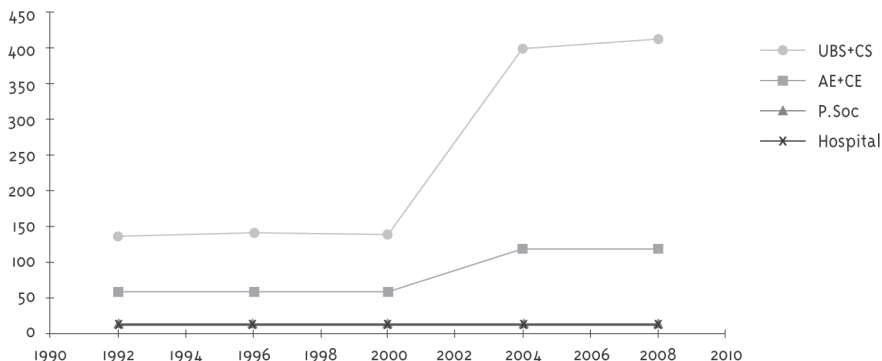
Resultados

O município de São Paulo possui uma rede pública de serviços de saúde grande e bastante diversificada

que, a partir de 2001, incorporou mais cerca de 200 unidades ambulatoriais com a municipalização dos CSs estaduais. Aquelas com espaço físico e estrutura melhores, foram transformadas em ambulatórios de especialidades (AEs); outras incorporaram equipes do Programa de Saúde da Família (PSF); e a partir

de 2005, outras incorporaram um serviço de pronto atendimento denominado AMA (assistência médica ambulatorial). Esse movimento contribuiu para um aumento considerável desses dois tipos de estabelecimentos de saúde, entre aqueles vinculados diretamente à SMS-SP (Figura 1).

Figura 1 - Estabelecimentos de saúde ^(a) vinculados à SMS-SP, por tipo e ano-calendário selecionado. São Paulo (SP): 1992 a 2008.



Fontes: Ceinfo/SMS - São Paulo, 2008; Junqueira (2002); Cohn e Elias (1999).

(a) Não inclui unidades AMA (Assistência Médica Ambulatorial), implantadas no período 2005-2008, porque a maioria delas encontrava-se acoplada a outros estabelecimentos: UBSs, CSs, AEs e P.-Soc.

Desde 2003, a SMS-SP vem assumindo a gestão de MAC da rede privada contratada ou conveniada com o SUS, vinculados a 144 hospitais gerais e de especialidades, bem como aqueles vinculados a 1.849 ambulatórios e clínicas de especialidades (AEs e CEs). Mas não conseguiu negociar e assumir a gestão da maioria dos serviços de MAC, vinculados aos

35 hospitais e 28 ambulatórios de especialidades que continuavam sob gestão exclusivamente estadual ou compartilhada entre a SES-SP e a SMS-SP (Tabela 1). É importante destacar a magnitude e a relevância da “rede” privada de hospitais e clínicas ambulatoriais, historicamente constituída na conformação do SUS no município.

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde instalados no município de São Paulo, por categorias e por esfera administrativa (públicos e privados). São Paulo (SP): julho de 2008.

Categorias ⁽ⁱ⁾	Públicos				Privados
	Municipal	Estadual	Federal	Total	
Tipo de Estabelecimento					
Hospital de Especialidades	1	13	—	14	37
Hospital Geral	16	22	3	41	107
Amb. e Clín. de Especialidades	115	19	1	135	1.849
UBSs/CSs/Postos	452	9	—	461	4
Tipo de Gestão					
Municipal (SMS-SP)	584	8	2	684	1.995
Estadual (SES-SP)	—	8	1	9	1
Dupla	—	44	1	45	1

Fonte: CNES (Brasil, 2008).

(i) Categorias utilizadas pelo CNES.

Nesse contexto, foram identificados movimentos e ações dos principais atores institucionais, relacionados com a conformação de uma direção única do SUS nessa capital: (a) construir a direção única do SUS sob gestão da SMS-SP; (b) manter todos os serviços estaduais de MAC sob gestão da SES-SP; e (c) implementar um Sistema de Regulação do SUS sob gestão da SMS-SP.

Construir a direção única do SUS sob a gestão da SMS-SP

Na gestão municipal de 2001-2004, a municipalização dos serviços de MAC vinculados à SES-SP parece ter sido uma das principais estratégias para a construção da integralidade no sistema municipal. O gestor municipal do período 2001-2002, embora priorizasse a atenção básica (AB) e o PSF, assumia, pelo menos no discurso, que a integralidade da atenção era dependente de uma maior oferta de retaguarda hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), bem como da ordenação do sistema sob a direção única do município. Essa expectativa pode ser observada no trecho em que esse gestor relata o movimento da SMS-SP na busca de sua habilitação na condição de gestão plena do sistema municipal: “Estão em andamento as negociações do repasse para a nossa gerência, dos quarenta hospitais estaduais e outros tantos serviços especializados estaduais sediados na capital e também o acompanhamento dos serviços de saúde privados, filantrópicos e lucrativos, conveniados com o SUS na cidade” (gestor A) (Sobrinho, 2003, p. 13).

A Secretaria baseava seu argumento na necessidade de melhorar a resolutividade dos serviços de saúde vinculados à AB, sob gestão municipal, e enfatizava a sua participação na articulação com os serviços de MAC, sob gestão estadual, como identificado no trecho a seguir: “[Para] garantir uma maior resolutividade da rede básica [...] é fundamental garantir a retaguarda de especialidades, de SADT ou de internações hospitalares. [...] Apesar da SMS não ser gestora da maior parte dos mesmos, é imperativa sua participação na definição das referências e contrarreferências para efetivamente garantir uma assistência integral”².

Contudo, até o final de 2002, quando a SMS-SP ainda encontrava-se habilitada na gestão plena da atenção básica, não havia uma proposta concreta para a negociação da municipalização dos serviços de MAC. Apenas em meados de 2003, após troca do gestor municipal da saúde, o município foi habilitado na gestão plena do sistema municipal. Mas sem a esperada municipalização dos serviços estaduais de MAC. O secretário municipal da saúde desse período argumentou sobre a dificuldade de se garantir a integralidade sistêmica sem a direção única do SUS no município, nos seguintes termos: “Como dá pra discutir a questão da integralidade, se uma parte da rede ambulatorial especializada não tem nada a ver com a prefeitura? [...] Se o estoque de consultas que tenho para oferecer para a atenção básica ocorre de maneira aleatória? Se meu acesso hospitalar não tem nenhum nexos com o processo de atenção básica à saúde? Se a porta de entrada à dimensão hospitalar é o pronto-socorro?” (gestor B).

Uma das dificuldades presentes na negociação com a SES-SP, desde seu início, foi associada ao contexto político e eleitoral, particularmente as eleições de 2004, envolvendo a disputa das administrações municipais. Nesse sentido, embora legítimos e democráticos, os distintos interesses político-partidários em jogo na disputa pela prefeitura do município de São Paulo tiveram um importante papel para a suspensão dessa pactuação, como avaliou o gestor municipal do período: “Caminhou relativamente bem, até começar a eleição. [...] A partir de abril/maio de 2004, essas coisas foram congeladas e nós não avançamos mais praticamente nada” (gestor B).

Outra dificuldade observada nessa negociação entre a SMS-SP e a SES-SP era atribuída à falta de recursos financeiros novos e ao próprio fato de que o município teria aderido ao SUS tardiamente, em relação aos demais municípios do estado, como relatou o gestor municipal da época: “O Estado, num primeiro momento, topou entrar, mas não queria rediscutir nenhuma distribuição de recursos. [...] Falaram: ‘Olha, vocês chegaram por último.’ [...] ‘O que sobrou da PPI [Programação Pactuada e Integrada] do Estado é isso!’” (gestor B).

2 SÃO PAULO. SMS. Relatório de Gestão 2002 - SUS. 39p. [mimeo] Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0001/relatorio_gestao_2002_final.pdf>. Acesso em: 12 Jan. 2006.

Pela análise do plano municipal de saúde, constatou-se que essa imagem objetivo de construção de uma direção única do SUS no município, sob a direção da SMS-SP, prevaleceu como uma das principais estratégias da gestão municipal até o final da administração 2001-2004³.

No período da gestão 2005-2008, com a mudança do governo municipal, detectou-se uma concordância dos três primeiros secretários com a tese da necessidade de construção de uma direção única do SUS na capital. Mas, para alcançar essa imagem objetivo, a estratégia parece ter sido redirecionada. Entre 2005 e 2006, constatou-se que a principal estratégia adotada pela SMS-SP foi tentar construir uma direção única do SUS, por meio da implementação de instâncias de pactuação regionais, conforme pronunciamento do gestor ao Conselho Municipal de Saúde: “Estamos em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado para que os Hospitais [sob sua gestão] entrem nessa composição, dessas microrregiões, para que a gente possa organizar e, de fato, regular [o SUS] São Paulo” (gestor D) (São Paulo, 2005b, p. 8).

Cabe destacar que a estratégia não estava mais centrada na municipalização dos estabelecimentos e serviços da MAC vinculados à SES-SP como na gestão anterior. Por outro lado, foi possível identificar que a SES-SP não compartilhava com o diagnóstico e o projeto defendidos por SMS-SP, como evidenciado no trecho da entrevista: “Uma instância nova ou uma CIR efetiva, prefeitura e estado, que haja representantes, representantes representativos das duas partes não tem ainda. Mesmo depois de 2003, [...] é muito independente” (gestor F).

Foi possível identificar um processo de integração político-institucional entre a SMS-SP e a SES-SP, iniciado em 2006, para viabilizar um programa de atenção materno-infantil, incluindo o acesso regulado ao parto, denominado de Rede de Proteção à Mãe Paulistana, conforme o seguinte trecho: “Na relação com o Estado, não temos problema! [...] O melhor exemplo é o ‘Mãe Paulistana’. [...] Todas as maternidades municipais, públicas ou federais, privadas contratadas do município ou do estado. Todas elas

têm seus leitos disponibilizados para o município. Sob gestão do município!” (gestor E).

Manter todos os serviços estaduais de MAC sob gestão da SES-SP

Desde a década de 1990, o acesso aos serviços de MAC era organizado por meio de uma central de vagas para consultas em ambulatórios de especialidades isolados, sob gestão estadual, como pode ser observado no seguinte trecho: “A integração Município-Estado [...] se baseia naquela famosa grade, que está sendo praticada há mais de 10 anos. [...] O Estado dispunha de um contingente grande de consultas para serem oferecidas pra população. [...] Criou-se, então, a lógica do ‘*call center*’, que é a central de regulação para todos esses ambulatórios e alguns hospitais. [...] Hoje, a unidade básica de saúde tem dois caminhos para encaminhar os pacientes [...]: um é o ‘*call center*’, outro é os acordos regionais” (gestor F).

A oferta de consultas especializadas através do *call center* foi organizada, de forma centralizada e informatizada, em que eram disponibilizadas para as distintas regiões do município, por meio de cotas. Embora tivesse uma lógica de funcionamento de caráter racionalizador em função de sua dimensão e consequentes dificuldades de acesso, no município de São Paulo esse mecanismo apresentou um paradoxo operacional em sua gestão. Apesar da dificuldade de acesso a serviços de MAC no município, as consultas especializadas agendadas pelo *call center* apresentavam porcentagens altas de “perdas” ou “faltas”, como relatou o assessor do gestor estadual: “O ‘*call center*’ foi tentado, inicialmente, como uma solução para agendamento do ambulatório. [...] O paciente vai até o balcão e apresenta a solicitação do médico. Como o ‘*call center*’ não dá resposta imediata, o usuário é orientado a ir para casa e voltar depois de um tempo para saber quando foi agendada a consulta dele. Se ele não volta, essa consulta é reagendada e perdida. [...] [A taxa dessa perda] na primeira consulta, [era] em torno de 40%; e nas consultas de retorno, em torno de 20%. Em algumas unidades, teve até 60% na primeira consulta” (gestor F).

3 SÃO PAULO. SMS. Plano de Ação 2004 da Secretaria Municipal de Saúde/FMS. 7p. [mimeo] Cópia fornecida por um assessor do Gabinete de SMS. Acesso em: 10 nov. 2005.

Por outro lado, alguns hospitais estaduais que dispunham de ambulatorios de especialidades realizavam acordos regionais, envolvendo instâncias de coordenação ou supervisão regionais da SMS-SP. Esses acordos eram possíveis tendo em vista os excedentes de serviços de MAC mais do que por um planejamento para responder a necessidades do sistema de saúde, sendo que, por vezes, esses acordos produziam contradições entre uma lógica centrada nos interesses dos hospitais e as necessidades das UBSs, que o assessor entrevistado caracterizou: “Nos acordos regionais, [...] o raciocínio é sempre com a economia interna da unidade [*hospital*]. Acaba sendo disponibilizado o excedente. O excedente nem sempre é necessidade da rede básica. [...] Os cirurgiões da especialidade [P] tinham interesse e abriam possibilidade de consulta ambulatorial e não era nada ocupado. Mas a rede básica não tem demanda! [...] Não tinha necessidade!” (gestor F).

Em 2005, coincidindo com o início da nova gestão no Município de São Paulo, com o argumento de era “papel do Estado identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, [...] e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa” o governo do estado implementou, por meio do Decreto nº 49.343, uma grande reorganização da estrutura administrativa da SES-SP. Nessa reforma, uma antiga Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo foi transformada em uma nova Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), na qual foram vinculados e subordinados todos os estabelecimentos e serviços assistenciais da SES-SP sediados na capital (São Paulo, 2005a). No final de 2006, por meio de outro decreto, o governo do estado fortaleceu a estrutura da nova coordenadoria, reorganizando suas competências e reafirmando o vínculo e a subordinação institucionais dos estabelecimentos e serviços de saúde, contemplados no decreto anterior, à CSS da SES-SP e dos “Prontos-socorros e outros serviços do Sistema Único de Saúde - SUS/SP, criados por lei ou decreto e não mencionados expressamente neste decreto, que estão ou vierem a estar sob gestão da Secretaria da Saúde” (São Paulo, 2006).

Nesse contexto, o que se pode evidenciar foi um movimento, por parte da gestão estadual, delineando

e consolidando um projeto institucional para a SES-SP e para seus serviços de MAC. Apesar da eleição da mesma frente político-partidária do governo estadual no município de São Paulo em 2004, a questão da construção da direção única do SUS no município ou mesmo da criação de mecanismos ou instâncias para apoiar um processo de integração entre a SMS-SP e a SES-SP não foram implementadas de forma semelhante aos avanços logrados com o programa “Mãe Paulistana”. Dessa forma, a implementação dessa reforma administrativa na SES-SP institucionalizou seu papel de gestora, de fato e de direito, de todos os serviços de MAC vinculados a ela e sediados na capital.

Implementar um Sistema de Regulação do SUS sob gestão da SMS-SP

Considerando os problemas relatados para se construir uma direção única do SUS na capital, por meio da municipalização dos serviços de MAC vinculados à SES-SP, a SMS-SP buscou construí-la por meio da negociação de uma regulação do sistema, em que a gestão (única) do SUS ficasse sob a direção da SMS-SP, como se evidenciou na entrevista: “A negociação com a Secretaria Estadual de Saúde para assumir não a gestão das unidades ambulatoriais do Estado, mas as agendas das unidades ambulatoriais. Era esse o projeto: aquela história de gerência e gestão. Não quero fazer a gerência! Quero a gestão dos serviços!” (gestor B).

No início de 2003, no processo de negociação para a habilitação do município de São Paulo na gestão plena do sistema municipal, foi considerada prioridade a implementação de um sistema de regulação do SUS na capital, pela SMS-SP. Essa política ganhou expressão material através da criação de uma Central de Regulação Municipal e de cinco Centrais de Regulação Regionais (São Paulo, 2003). Na busca de viabilizar a gestão do acesso a exames, a consultas de especialidades e a leitos hospitalares, a direção da SMS-SP mobilizou os recursos necessários para organizar um sistema informatizado que pudesse avaliar, em tempo próximo ao real, a disponibilidade de acesso a esses recursos de MAC no município.

Essa proposta de regulação era fundamentada na visão de que, em termos macroestruturais, não

havia falta de leitos hospitalares no município de São Paulo. Segundo o gestor que desencadeou esse processo, o que poderia haver era uma certa irracionalidade em seu uso ou, no máximo, uma falta de leitos localizados, em algumas regiões: “Leito, na cidade, não falta! [...] É só uma questão de conforto, por redirecionamento do fluxo de atendimento. [...] Mas, não falta leito. Falta racionalidade no atendimento. Tirar da porta quem não tinha que estar no hospital. Tirar da porta do hospital” (gestor B).

Nesse sentido, o gestor municipal conseguiu negociar diretamente com o gestor federal, mobilizando recursos financeiros próprios e do Ministério da Saúde, para desenvolver um programa informatizado, a partir de um *software* do ministério: “Tínhamos um sonho, [...] um ‘*software*’ gerenciando tudo isso. Fizemos um convênio com o Ministério e assumimos o ‘*software*’ de regulação do ministério. [...] A implantação começou e o prefeito [S] deu continuidade. Informatiza 100% da rede e das relações da rede com o sistema” (gestor B).

O novo *software* foi denominado Sistema Integrado de Gestão Assistencial (SIGA), que ainda precisava ser aprimorado e implantado nos estabelecimentos e serviços de saúde da capital. No final desse período de gestão, uma nova portaria propiciou um desenho organizacional mais articulado desse Sistema, criando inclusive uma Coordenação de Integração e Regulação do Sistema (São Paulo, 2004).

Esse processo foi finalizado em meados de 2007, quando a SMS-SP institucionalizou a obrigatoriedade de uso do SIGA Saúde, como o programa foi denominado, por todas as unidades de saúde municipais (São Paulo, 2007). Ao final do período de estudo, em julho de 2008, o que se pode constatar foi a coexistência dos dois mecanismos para agendar consultas especializadas: o *call center*, sob gestão da SES-SP; e o SIGA Saúde, sob gestão da SMS-SP. Nessa época, os serviços que concentravam atividades da atenção básica, vinculados à SMS-SP, conseguiam acessar diretamente a agenda disponibilizada pelo *call center*.

Apesar da implantação do novo sistema de regulação do SUS, o gestor municipal da saúde do município de São Paulo continuava tendo dificuldades concretas para fazer a gestão e regular de fato o

acesso aos serviços de MAC, mesmo aos serviços sob gestão formal isolada ou compartilhada da SMS-SP, como expressou o gestor desse período: “Grandes hospitais, que já vinham com uma história com o Estado, que são os grandes prestadores de alta complexidade, estamos passando, pouco a pouco, a regular tudo. [...] Queremos chegar a regular! [...] A maior dificuldade é a tal da alta complexidade!” (gestor E).

Discussão

O caso do município de São Paulo é singular e, em alguma medida, paradoxal no cenário nacional. No contexto do novo federalismo brasileiro, esse município, além da autonomia política respaldada constitucionalmente, tem autonomia administrativa e fiscal que possibilitaram-no, em passado recente, implementar uma política de nítida confrontação com o SUS, como foi a experiência do PAS.

A partir de 2001, quando priorizou a implementação do SUS, teve autonomia política, administrativa e técnica para, rapidamente, ser habilitado na gestão plena da atenção básica e, na sequência, assumir a gerência e a gestão de um conjunto de cerca de 200 CSs estaduais. Desde 2003, após ter sido habilitada na gestão plena do sistema municipal, a SMS-SP vem assumindo a gestão da quase totalidade dos serviços de MAC da rede privada contratada ou conveniada com o SUS. Mas o pacto negociado com a SES-SP só garantiu a condição de cogestão na rede estadual de MAC. Não conseguiu negociar um pacto com a SES-SP para assumir a gestão sequer dos serviços estaduais de média complexidade vinculados tanto a ambulatorios como a hospitais gerais ou especializados não universitários.

Foi possível identificar evidências de que a SMS-SP, para ser habilitada na gestão plena do sistema municipal, teve que abrir mão da gerência dos serviços de MAC estaduais na negociação com a SES-SP e o Ministério da Saúde. Manteve-se a gerência da rede de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais especializados estaduais com a SES-SP, ainda que alguns sob gestão compartilhada com a SMS-SP. Dessa forma, para garantir a integralidade sistêmica na assistência, a gestão municipal do SUS no município de São Paulo, em alguma medida, ficou

dependente da SES-SP - que possui e organiza a maioria dos recursos de MAC públicos - e do setor privado - que deveria atuar de forma complementar -, mas é estratégico para sua viabilidade.

A estratégia de se construir um sistema de regulação que ampliasse a capacidade de gestão da SMS-SP sobre os serviços de MAC vinculados ao SUS mostrou-se limitada. É importante considerar que, na década de 1990, a regulação do SUS no município foi criada e implementada na SES-SP. Seja porque o PAS, enquanto foi mantido, se organizava de forma independente e paralela ao SUS, seja porque a rede estadual de estabelecimentos de saúde era maior do que a municipal, tanto em UBSs, quanto em hospitais e ambulatórios de especialidades.

Cabe lembrar que, mesmo na referida prática dos “acordos regionais”, os hospitais estaduais tinham autonomia e poder para ofertar - ou não - serviços para as regionais da SMS-SP. Nesse sentido, o relato do assessor da SES-SP, que inclusive tinha uma função gestora de direção e coordenação formais sobre os referidos hospitais e, conseqüentemente, sobre o papel e a lógica de funcionamento dos hospitais estaduais, pode servir como um bom analisador desse tema: “O hospital não se sente responsabilizado, do ponto de vista de instância secundária da região. Hospital tem um papel de hospital! [...] A porta do hospital é sua grande motivação! [...] A responsabilidade do hospital é dar conta do pronto-socorro. [...] Boa parte dos nossos hospitais se tornaram grandes retaguardas de pronto-socorro” (gestor F).

Há que se reconhecer que a fragilidade dessa estratégia não estava no instrumento de gestão implementado em si, que era necessário e que teve sustentação técnica e política por duas gestões. O SIGA Saúde pode, inclusive, ser destacado como um exemplo da capacidade da gestão municipal, que mobilizou recursos e implementou um programa consistente de controle, monitoramento e oferta de consultas e exames especializados e leitos hospitalares. Sua fragilidade pode estar associada mais ao fato de não ter e não elaborar um projeto para lidar com o poder institucional e histórico dos hospitais, bem como sua grande autonomia em relação ao restante da rede de serviços de saúde do SUS.

Outra fragilidade dessa estratégia que deve ser considerada está relacionada ao fato de que um

sistema informatizado, por melhor que seja, não consegue garantir o acesso a serviços gerenciados por outros - SES-SP e prestadores privados -, sem o concurso de um processo de negociação em que se superem os problemas de fluxo e as divergências. Assim, o gestor municipal da saúde teve que normatizar, por meio de portaria específica, uma determinação visando a “obrigatoriedade do uso do Sistema de Informação SIGA Saúde - Módulos Agenda Local e Regulada por todas as Unidades de Saúde, sejam próprias e municipalizadas” (São Paulo, 2007). Contudo, essa norma não tinha poder sobre os ambulatórios e hospitais estaduais, que concentravam os serviços de MAC. Em junho de 2007, esse gestor reconhecia a necessidade da SMS-SP negociar um processo articulado ou integrado com a SES-SP para viabilizar a regulação do SUS no município, bem como seu potencial: “Na hora que tivermos a regulação na mão da gente, evidentemente o SUS passa a existir! [...] Estamos negociando, e vamos fazer, a nossa regulação junto com o Estado! [...] Se conseguir montar essa regulação, vou ficar muito orgulhosa! [...] Se São Paulo conseguir uma regulação junto com o Estado, isso pode facilitar a vida de todo mundo, principalmente do usuário!” (gestor E).

Contudo, esse processo parece ser mais complexo, como foi evidenciado posteriormente. Em 2008, após longo processo de negociação entre gestores, baseado em novo instrumento de descentralização e regulação do SUS - o Pacto pela Saúde envolvendo o Ministério da Saúde, a SES-SP e as SMSs -, destacava-se o fato de São Paulo ser o único município, entre os de grande porte, que ainda não tinha assinado o “Termo de Compromisso de Gestão Municipal”.

No plano mais político, em que pese o fato de, desde o início de 2005, as duas gestões - estadual e municipal - serem da mesma frente político-partidária, não houve evidências de qualquer progresso em termos de negociação e construção de uma direção única do SUS no município. Deve-se considerar que, no início da gestão 2005-2008, a estratégia da SMS-SP esteve centrada em viabilizar mecanismos interinstitucionais regionais para integrar suas instâncias regionais com serviços da SES-SP. Essa iniciativa visava uma melhor articulação e integração entre os gestores dos dois subsistemas para facilitar e racionalizar o acesso da população atendida na

rede básica municipal ou municipalizada aos estabelecimentos de MAC sob gestão estadual. Mas essa estratégia de regionalização da saúde enfrentou resistências e foi redirecionada no processo.

Nesse contexto, o governo do estado consolidou na saúde um projeto político distinto daquele negociado com a SMS-SP e o Ministério da Saúde, em 2003, no processo de habilitação do município na gestão plena do sistema municipal. Esse movimento pode ser evidenciado tanto na entrevista com o assessor da SES-SP, que apontou a fragilidade do processo de negociação entre a SES-SP e a SMS-SP naquele período, quanto pelo processo de reforma administrativa implementado na SES-SP, entre 2005 e 2006.

É importante considerar, como já discutido por outros autores, que processos similares ao registrado no caso do município de São Paulo, que implicam mudanças nas relações de poder no setor saúde, resultam em resistência das SESs e até de governadores, que lutam para manter seu poder de mando sobre serviços ou funções tradicionalmente vinculados ao estado (Oliveira, 2003). Outra questão a ser considerada, nesses conflitos entre gestores municipais e estadual, também pode estar refletindo a falta de definição do papel do gestor estadual no SUS (Levcovitz e col., 2001; Barata e col., 2004).

Mesmo com identidade político-partidária entre os governos do município e do estado, ainda não foi possível identificar movimento entre esses entes federados no sentido de uma real integração entre a SMS-SP e a SES-SP, no município de São Paulo. Essa situação se expressou na manutenção de dois subsistemas públicos funcionando em paralelo, um estadual e outro municipal, o que dificulta a incorporação da integralidade da assistência à saúde. Nesse contexto, um dos principais problemas para a gestão do SUS no município, que foi apontado de forma quase consensual pelos distintos atores sociais envolvidos, relacionava-se com a dificuldade de organizar e garantir o acesso a serviços de média complexidade, paradoxalmente, existentes. A manutenção desses dois subsistemas públicos de saúde configura-se em uma fragmentação do SUS, com as consequências e ineficiências associadas - atenção descontínua, forte polarização entre hospital e ambulatório e ausência de integração -, como

caracterizado e discutido por outros (Mendes, 2001). Nesse contexto, não se pode abstrair a existência de um projeto de “reforma administrativa” do SUS, na agenda pública brasileira, que propõe sua reorganização em dois subsistemas. Um de “entrada e controle”, concentrando os serviços da atenção básica, e outro de “referência ambulatorial e hospitalar”, concentrando os serviços especializados (Brasil, 1998), e cujos principais problemas e riscos já foram devidamente discutidos (Almeida, 1999).

Considerações Finais

É importante destacar que os elementos e evidências do contexto anterior ao SUS mostraram que a integração sanitária, mesmo na sua dimensão intrasetorial da integração de ações e serviços de saúde, continua sendo uma possibilidade concreta a alimentar a imagem objetivo da integralidade sistêmica no SUS. Cabe lembrar que a prática de integração de serviços de saúde já foi implementada no país, com distintos matizes, sendo que sua maioria constituiu-se de experiências isoladas ou localizadas (Ramos, 1972; Tanaka e Rosenburg, 1990). No entanto, algumas eram relacionadas com a implementação de programas mais complexos, envolvendo várias instituições, como no caso das AIS e do SUDS (Paim, 1986; Tanaka e col., 1992; Gerschman e Santos, 2006). A própria integração do Inamps ao Ministério da Saúde e sua posterior extinção podem representar uma forma e primeiro exemplo concreto de como se poderia implementar a direção única no SUS, superando a fragmentação do sistema.

Em sentido contrário, a criação e implementação do PAS no município de São Paulo na década de 1990 mostrou uma nova forma de confrontar a política nacional de saúde e fragmentá-la novamente, reafirmando a autonomia política do município, respaldada no novo federalismo pós-Constituinte. No contexto do novo federalismo brasileiro, a autonomia política de estados e municípios representam um contrapeso à concentração de poder e recursos na União, podendo inclusive vetar a implementação de políticas federais. Um risco desse novo modelo reside no potencial de captura dos governos municipais por interesses privados (Arretche, 2003). Contu-

do, deve-se considerar que esse tipo de risco também existe em relação às outras esferas de governo.

Outra questão estratégica para o futuro do SUS e que este estudo detectou encontra-se relacionada com a dinâmica dos hospitais, seu poder e sua grande autonomia em relação ao restante do sistema e que não é uma particularidade do caso de São Paulo. Embora esse tema tenha sido estudado na literatura, seja na área da sociologia das instituições, seja na área da gestão de sistemas (Carapinheiro, 1993; Mendes, 2001). Trata-se de um tema importante a ser aprofundado em outros estudos para se buscar caracterizar e compreender melhor essa temática nas grandes cidades.

Nesse sentido, há que se considerar que a incorporação e integração dos hospitais assumem caráter de desafio estratégico para o SUS, pois é muito difícil garantir a integralidade do sistema se a instituição hospital não fizer parte efetiva do sistema. Como já foi discutido, a viabilidade prática do SUS está seriamente comprometida caso o poder local não tiver competência legal e técnica para integrar os hospitais ao sistema (Campos, 1992).

No atual contexto histórico e institucional dos hospitais públicos brasileiros e do SUS, cabe uma reflexão sobre os temas da gestão, enquanto função relacionada à organização de sistema, e da gerência, como uma função relacionada com a direção de um serviço ou estabelecimento, nos termos em que foram conceituados na NOB de 1996. Com esse grau de autonomia dos hospitais, historicamente construída, é possível viabilizar a gestão de um sistema municipal e, conseqüentemente, de serviços e estabelecimentos de saúde, sem assumir a gerência daqueles considerados estratégicos para o SUS? Assumir apenas a gerência isoladamente parece ser mais fácil, inclusive para projetos de descentralização do SUS.

Por fim, deve-se considerar que implementar uma direção única da saúde no SUS implica uma (re) divisão de poder e de recursos. Nesse sentido, pactuar uma direção única constitui-se em um problema e um grande desafio políticos e, para viabilizá-la, não bastam normas, nem tampouco instrumentos de gestão. Embora se considere que esses instrumentos sejam necessários, na prática, são insuficientes para

a dimensão do problema. A solução parece ser um pouco mais complexa, necessitando de abordagens macroestruturais e macropolíticas. Nesse contexto, implementar um processo de negociação envolvendo os atores institucionais e políticos, visando a (re) pactuação de um projeto político permanente na saúde, coloca-se como um desafio estratégico para o SUS.

Referências

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- AROUCA, A. Reforma sanitária brasileira. *Tema/Radis*, Rio de Janeiro, n. 11, p. 2-4, 1988.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BARATA, L. C. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. V. D. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

- BRASIL. Lei Federal nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jul. 1993. Seção 1, p. 10573.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Reforma administrativa do sistema de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 1998. (Cadernos MARE, 13). Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/CadernosMare/cadernos13.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. *CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, {2008}. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2008.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2. ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1993.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. (Coords.). *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Ed. Cortez, 1999.
- GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, 2006.
- JUNQUEIRA, V. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. 2. ed. São Paulo: Instituto Pólis: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.
- LAPASSADE, G. A observação participante. In: _____. *As microsociologias*. Brasília, DF: Liber Livro Ed., 2005. p. 69-90.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: _____. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-91.
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil. In: _____. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.
- MENDES, E. V. O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde. In: _____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Ed. Casa da Qualidade, 2001. Tomo II, p. 71-154.
- OLIVEIRA, M. H. C. B. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003. p. 59-92.
- PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.
- PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y.; SPEDO, S. M. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.
- RAMOS, R. *A integração sanitária: doutrina e prática*. São Paulo, 1972. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS nº 621, de 23 de janeiro de 2003. Cria 5 Centrais de Regulação Regionais e 1 Central de Regulação Municipal. *Diário Oficial do Município*, São Paulo, 24 jan. 2003. p. 21.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS nº 525, de 13 de agosto de 2004. Institui sistema de regulação e integração para gestão do SUS - Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. *Diário Oficial do Município*, São Paulo, 14 ago. 2004. p. 22.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 49.343, de 24 de janeiro de 2005. Dispõe sobre as Coordenadorias da Secretaria da Saúde. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 25 jan. 2005a. p. 1-5.

SÃO PAULO. Conselho Municipal de Saúde. *Ata da 78ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde*. São Paulo, 2005b. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/cms/0019/ata_2005_78_ord.pdf>. Acesso em: 15 out. 2008.

SÃO PAULO. Decreto nº 51.434, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a reorganização da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 29 dez. 2006. p. 4-6.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS nº 887, de 29 de junho de 2007. Obriga uso do Sistema de Informação SIGA Saúde. *Diário Oficial da Cidade*, São Paulo, 30 jun. 2007. p. 28.

SOBRINHO, E. J. M. A. Saúde em São Paulo, dificuldades e esperanças. In: SOUSA, M. F.; MENDES, A. (Org.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 11-15.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o progresso da divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003. p. 15-58.

STAKE, R.E. Triangulation. In: _____. *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage, 1995. p.107-120

TANAKA, O. Y.; ROSENBERG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60-68, 1990.

TANAKA, O. Y. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 185-194, 1992.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

WALT, G. et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 23, p. 308-317, 2008.

WEISS, C. H. *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1998.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

Recebido em: 17/01/2009

Reapresentado em: 09/10/2009

Aprovado em: 13/10/2009