



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Isoyama Venancio, Sonia; Nascimento, Paulo Roberto do; Etsuko Rosa, Teresa; Lima Salum e
Morais, Maria de; Nieri Martins, Patrícia; Voloschko, Anna
Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo,
Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 9, septiembre, 2011, pp. 3951-3964
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019950032>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil.

**Management practices of regional referencing:
a comparative study of five cases in the State of São Paulo, Brazil.**

Sonia Isoyama Venancio ¹
Paulo Roberto do Nascimento ¹
Teresa Etsuko Rosa ¹
Maria de Lima Salum e Moraes ¹
Patrícia Nieri Martins ¹
Anna Voloschko ¹

Abstract Objective: To evaluate management practices of regional referencing in the State of São Paulo, identifying the main difficulties in the process of agreement between health managers to achieve integrate health care. Methodology: 5 regions were selected (CPN-Campinas, Piracicaba-PRC, MC-Mogi das Cruzes, São José do Rio Preto-SJRP and São José dos Campos-SJC) in which were analyzed: indicators of 4 lines of care (Hypertension-HA and Diabetes Mellitus-DM, Mental Health, Oral and Women), the working tools of referencing and perceptions of regional and municipal managers on the process. Results: the performance of managers regarding the scope of the universality and comprehensiveness of care was analyzed through 11 indicators, resulting in a score ranging from 0 to 5. The classification of the regions was: SJRP (4,55), CPN (2,91), SJC (2,27), PRC (2,27) and MC (1,91). The analysis of interviews with managers revealed that the formal mechanisms of listings are insufficient, and the tools for its monitoring, in metropolitan areas seems to be more difficult for agreement of references, the strengthening of spaces for negotiation between the managers was identified as a factor facilitating the process.

Key words Unified Health System, Health management, Health indicators, Regionalization

Resumo Objetivo: avaliar práticas gestoras de referenciamento regional no Estado de São Paulo, identificando as principais dificuldades encontradas nos processos de pactuação com vistas à integralidade da atenção. Metodologia; foram selecionadas 5 Regiões (Campinas- CPN, Piracicaba-PRC, Mogi das Cruzes-MC, São José do Rio Preto-SJRP e São José dos Campos-SJC) nas quais foram analisados: indicadores de 4 linhas de cuidado (Hipertensão Arterial-HA e Diabetes Mellitus-DM, Saúde Mental, Bucal e da Mulher); os instrumentos de referenciamento operantes e a percepção dos gestores regionais e municipais sobre este processo. Resultados: o desempenho dos gestores no tocante ao alcance da universalidade e integralidade da atenção foi analisado através de 11 indicadores, resultando em um escore com variação de 0 a 5. A classificação das regiões foi: SJRP (4,55); CPN (2,91); SJC (2,27); PRC (2,27) e MC (1,91). A análise das entrevistas com gestores revelou que os mecanismos formais de referenciamento são insuficientes, bem como os instrumentos para o seu acompanhamento; nas regiões metropolitanas parece haver maior dificuldade para pactuação das referências; o fortalecimento dos espaços de negociação entre os gestores foi apontado como um fator facilitador do processo.

Palavras-chave Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Indicadores de saúde; Regionalização

¹ Instituto de Saúde,
Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo. Rua
Santo Antônio 590.
01314-000 São Paulo SP.
sonjav@isaude.sp.gov.br

Introdução

No setor saúde, os anos noventa foram caracterizados pelas ações de consolidação institucional do SUS, com a realização de passos importantes rumo à descentralização do comando sobre os serviços e sistemas de saúde e à garantia da universalidade da atenção. As Normas Operacionais Básicas (NOBs), emanadas naquela época¹, associadas ao crescimento da participação da população no acompanhamento do desenvolvimento da atenção à saúde², influindo sobre a atuação dos gestores, cumpriram o papel de levar ao gestor municipal um rol de atribuições, que vieram a constituir-ló como um ator fundamental na execução e gestão dos sistemas de saúde³.

Após ter realizado importantes avanços na descentralização dos serviços de saúde rumo à municipalização das ações, outro desafio se impõe aos gestores do SUS, o de efetivar o princípio organizacional da integralidade, através da adoção de mecanismos eficazes de regionalização e de hierarquização da atenção à saúde. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS 2001 e 2002 - definiram claramente o desafio que se colocava à frente: avançar no processo de descentralização com equidade no acesso. Para tanto apontaram que *a macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis*⁴. Sua implementação deveria vir *ancorada em três eixos*: a regionalização, como estratégia de hierarquização de serviços e busca de maior equidade; estratégias de fortalecimento da gestão (Plano Diretor de Regionalização –PDR; e Programação Pactuada Integrada-PPI, entre outros), e novas formas e critérios de habilitação. A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - ressalta ainda *a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para a melhoria do desempenho do sistema*⁴.

Há uma evidente interdependência entre os municípios e entre estes e o Estado (suas instâncias regionais e centrais). Ainda que competências, atribuições e responsabilidades destes entes, no setor Saúde, careçam de definição mais clara e objetiva, o caminho para a sua efetivação vem se realizando no dia-a-dia com intensidade cada vez

maior. Há atribuições que claramente se adequam a determinados entes federativos enquanto outras exigem a cooperação de mais de um ente, o que torna fundamental o referenciamento entre níveis distintos de atenção à saúde para o cumprimento do princípio da integralidade.

Muitos são os espaços do SUS onde as relações intergestores ocorrem. Entretanto, o momento de elaboração da Programação Pactuada e Integrada se reveste de um caráter paradigmático, porque deve fazer convergir diferentes posicionamentos políticos, numa arena econômica de intensos conflitos, promovendo a organização concreta dos recursos técnicos existentes, para o atendimento das necessidades reais de saúde da população. Em outras palavras, a PPI é a conjugação dos recursos técnicos de saúde existentes, voltando-os ao atendimento integrado das necessidades, cuja pactuação se dá entre entes políticos autônomos, pressionados por interesses diversos, os quais muito frequentemente não representam as necessidades da população.

No Estado de São Paulo, durante a execução da PPI/2002, as diretrizes traçadas tiveram como princípio norteador a reorganização das ações e serviços de assistência à saúde no âmbito regional, buscando a integração com as demais áreas da saúde. A análise da situação de saúde da população e a definição de prioridades, respaldadas pelos planos municipais de saúde, bem como nas agendas de compromissos e quadro de metas, funcionaram como pilares para a programação. Todavia, no que se refere à efetiva realização desta pactuação, essa PPI não foi finalizada, uma vez que houve dificuldades em compatibilizar as disponibilidades financeiras do SUS, as necessidades levantadas e as programações realizadas pelos gestores⁵.

Em 2004, por ocasião do primeiro edital do Programa Pesquisa para o SUS, a SES/SP, em parceria com MS/Decit, CNPq e FAPESP, definiu como tema prioritário de pesquisa a qualificação da Atenção à Saúde, com ênfase na estruturação da rede de referência regional de saúde. Colocou desta forma uma demanda por pesquisas que analisassesem o princípio da integralidade e identificassesem os mecanismos utilizados no processo de regionalização/pactuação.

É neste contexto, buscando responder à demanda colocada pela SES/SP que se desenvolveu o presente estudo, através de uma parceria entre Instituto de Saúde, Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS) e COSEMS-SP, cujo objetivo foi avaliar o papel das práticas gestoras de referenciamento regional no Estado de São Paulo, identificando as principais dificuldades encontradas nos

processos recentes de pontuação e regionalização das ações de saúde com vistas à integralidade da atenção.

Métodos

Este estudo aborda um objeto complexo, para cuja apreensão no processo de pesquisa fez-se necessário lançar mão de abordagens metodológicas distintas e complementares, assim como fazer uso de dados primários e secundários, submetidos a processo de triangulação. Define-se como uma pesquisa avaliativa⁶, na qual se optou pela realização de estudos de caso^{7,8}.

Seleção dos casos do estudo

A unidade de análise da pesquisa é a Região de Saúde. No início da realização deste projeto elas eram denominadas Direção Regional de Saúde (DIR) e somavam um total de 24 no Estado de São Paulo. Uma reforma administrativa foi realizada no final do ano de 2006 no âmbito da gestão estadual e não só as unidades regionais estaduais receberam outra denominação – Departamento Regional de Saúde (DRS) -, como algumas delas foram reunidas administrativamente sob um mesmo departamento. Como no início do desenvolvimento do projeto de pesquisa eram 24 DIR e todas as análises foram realizadas tendo como referência esta configuração, neste artigo, manter-se-á esta designação.

O estudo foi realizado em cinco Direções Regionais de Saúde (DIR) selecionadas com base em uma primeira fase da pesquisa, na qual foram construídos agrupamentos de regionais. Os agrupamentos para seleção das DIR foram construídos considerando-se semelhanças em relação à capacidade instalada de saúde, ao esforço gestor no que diz respeito aos mecanismos de referenciamento – ambos os aspectos consideraram a percepção do diretor da DIR, mediante o preenchimento de um formulário - e às condições de vida e riqueza regional, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)⁹.

Desta forma, produziu-se a seguinte configuração: grupo (1) elevados níveis de esforço gestor para referenciamento e de oferta de serviços e melhores condições de vida e riqueza regional; grupo (2) elevados níveis de esforço gestor para referenciamento e de oferta de serviços e condições medianas de vida e riqueza regional; grupo (3) elevado nível de esforço gestor para referenciamento e mediana oferta de serviços de saúde e condições de vida e riqueza regional; gru-

po (4) níveis médios de esforço do gestor para referenciamento e de oferta de serviços de saúde e baixos níveis de condições de vida e riqueza regional e grupo (5) baixos níveis de esforço gestor para referenciamento regional e de oferta de serviços de saúde e mediano nível de condições de vida e riqueza regional. Das regionais elencadas nos referidos grupos foram selecionadas para o estudo: Campinas-CPN (grupo 1), Piracicaba-PRC (grupo 2), São José do Rio Preto-SJRP (grupo 3), Mogi das Cruzes-MC (grupo 4) e São José dos Campos-SJC (grupo 5), em consenso estabelecido com os parceiros dessa pesquisa – Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS-SES-SP) e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP)¹⁰.

O modelo teórico

Para a seleção das dimensões e variáveis da avaliação foi elaborado um modelo teórico, correspondente aos pressupostos da pesquisa no tocante às condições necessárias para o alcance da integralidade da atenção em diferentes linhas de cuidado.

Linhos de Cuidado, neste estudo, são definidas como um conjunto encadeado de ações de saúde demandadas ao sistema para atender à necessidade de indivíduos que, tendo inicialmente procurado a atenção básica, por meio das diversas portas de entrada do sistema – serviços públicos -, acabam por exigir posterior referenciamento para resoluibilidade. Ou seja, referem-se às necessidades demandadas à atenção básica, acolhidas universalmente pela rede municipal, que exigem encaminhamento regional (a serviços estaduais ou municipais) para atenção de maior complexidade, que por essas características expressam acesso à integralidade da atenção¹¹.

A seleção das linhas de cuidado foi feita com base nos seguintes critérios: 1) ter atribuição claramente definida no nível da atenção básica, com financiamento, indicadores e responsabilização do município; 2) a efetivação integral da atenção à saúde depende de níveis de gestão distintos e de um sistema de regulação/referenciamento eficaz; 3) existência de conhecimento suficiente para a resolução desse problema, com dificuldade centrada no nível de gestão; 4) existência de dados nos sistemas de informação do SUS. Foram selecionadas para o estudo: Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde Bucal e Saúde Mental.

Pressupõe-se que a atenção à saúde da população, a partir de “linhas de cuidado”, tem como porta de entrada a Atenção Básica, à qual a população deve ter acesso universal. Porém, a inte-

gralidade da atenção dependerá também do acesso aos demais níveis de atenção à saúde, sejam da média/alta complexidade, o que ocorrerá, idealmente, caso haja adequada oferta de serviços e o estabelecimento de mecanismos formais de pactuação entre os gestores municipais-regionais, ou seja, o referenciamento regional.

A avaliação foi realizada mediante a análise de dados quantitativos (indicadores construídos a partir dos Sistemas de Informação do SUS), buscando apreender a cobertura e efetividade em cada uma das linhas de cuidado, bem como a análise das entrevistas com gestores regionais e municipais sobre a natureza e a qualidade do referenciamento em cada uma das DIR.

A triangulação dessas análises teve por objetivo identificar fatores facilitadores e limitantes do alcance da integralidade da atenção, com ênfase nos aspectos relacionados às pactuações regionais.

Etapas da análise

- Caracterização das Regiões de Saúde

Para a caracterização das regiões foram analisadas as seguintes informações: porte populacional, com base nos dados extraídos do censo demográfico de 2000¹²; IDH, do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil¹³; disponibilidade de hospitais e leitos de UTI, a partir do número de equipamentos, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), de 2007¹⁴; e, cobertura da Estratégia Saúde da Família, proveniente de informações geradas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 2003¹⁵.

A partir dos dados disponíveis no Sistema de Internação Hospitalar (SIH), DATASUS, foi calculado o percentual de internações no próprio município, nos da mesma região e nos de outras regiões, para quatro indicadores selecionados: internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), transtornos mentais severos, câncer (CA) de boca e câncer de colo.

- Efetividade da Atenção à Saúde

Com o intuito de avaliar o acesso à Atenção Básica e de Média Complexidade, foram analisados indicadores de cobertura assistencial, de acordo com a Portaria 1101, de 12/06/2002, Ministério da Saúde¹⁶. Por intermédio dessa Portaria, foram estabelecidos os parâmetros da cobertura assistencial no âmbito do SUS, representando recomendações técnicas ideais e referências para orientar os gestores do SUS, das três esferas de governo, no planejamento, programação e priorização de ações de saúde a serem desenvolvidas.

De acordo com essa Portaria, ficou estabelecida a meta de 2 a 3 consultas por hab/ano, sendo 63% em consultas básicas e 22% em consultas especializadas (os 15% restantes para consultas de trauma e urgência/emergência). Para a Saúde Bucal, a preconização é de 0,5 a 2 consultas por hab/ano.

Assim, foram calculadas as necessidades regionais por consultas básicas e especializadas, e utilizados dados do Sistema de Informações Ambulatorias (SIA), ano de referência 2006, para levantarmos os procedimentos realizados.

Buscou-se, a partir da análise de indicadores das linhas de cuidado, sintetizar a situação de cada uma das Regiões quanto à efetividade da atenção. É importante salientar que, em face das dificuldades identificadas na interpretação dos indicadores baseados no movimento de internações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), em função de estarem relacionados em algumas situações à oferta de serviços e não às necessidades de saúde, esses indicadores não foram incluídos na análise que se apresenta a seguir. Os indicadores selecionados para avaliação das linhas de cuidado foram os seguintes: número de consultas básicas/habitante/ano; número de consultas especializadas/habitante/ano; proporção de óbitos precoces (<60 anos) por Acidente Vascular Cerebral; proporção de óbitos precoces por diabetes mellitus, número de consultas de psiquiatria/habitante/ano; número de consultas odontológicas /habitante/ano; número de óbitos por CA de boca/ 10.000 habitantes; mortalidade neonatal precoce; razão de mortalidade materna (100 mil nascidos vivos); número de óbitos por CA de mama/ 100.000 habitantes; número de óbitos por CA de colo/100.000 habitantes.

Optou-se por não analisar os indicadores de um único ano, em função das flutuações identificadas quando da análise das séries históricas apresentadas acima. Desta forma, trabalhou-se com as médias dos anos de 2003 a 2005, com o objetivo de expressar o esforço gestor de referenciamento regional do período.

De posse dos valores médios de três anos dos indicadores acima descritos, procedeu-se à soma desses valores de cada uma das Regiões. O valor observado foi então dividido pelo valor da soma, com o objetivo de padronizá-lo. A etapa seguinte foi calcular a amplitude dos indicadores, através da diferença entre o maior e o menor valor dos indicadores padronizados. O valor da amplitude foi dividido por cinco, a fim de se obter cinco intervalos classificatórios para cada indicador, respeitando os limites inferior e superior dos indicadores padronizados. Uma nota de 1 a 5 foi

atribuída a cada Região de Saúde, em função da classificação de cada um dos indicadores, a partir dos intervalos definidos, sendo que nota 1 significa a pior situação do indicador e a nota 5 a melhor.

Por fim calculou-se a média das notas atribuídas aos onze indicadores selecionados.

- Referenciamento regional

Nessa etapa da pesquisa objetivou-se elencar os instrumentos de referenciamento de cada região, bem como a avaliação dos gestores regionais e municipais sobre sua efetividade e sobre o ambiente no qual operam as pactuações.

Além da DIR, dois municípios de cada Região foram convidados a participar do estudo, por indicação do COSEMS-SP, seguindo os seguintes critérios: um dos municípios deveria ser referência na Região para outros municípios; o segundo município, por sua vez, deveria ser de pequeno porte, com necessidade de encaminhamento de pacientes a outros para alcançar a integralidade da atenção. Desta forma, buscou-se obter a visão de dois atores diferenciados no processo de pactuação regional, além dos gestores regionais.

Ao todo foram realizadas 75 entrevistas, sendo envolvidos, na DIR, o Diretor Regional ou representante, e nos dois municípios, o Secretário Municipal ou representante, bem como os interlocutores regionais e municipais responsáveis pelas quatro linhas de cuidado.

O instrumento de coleta de dados elaborado era composto por questões gerais sobre o referenciamento regional, bem como questões específicas sobre cada uma das linhas de cuidado.

Um pré-teste do instrumento de coleta de dados foi realizado na Região de Osasco para verificação da adequação das questões aos objetivos da pesquisa. Após as necessárias modificações o instrumento foi aplicado pelos pesquisadores do Projeto, depois de treinamento oferecido pela equipe de coordenação da pesquisa, nos meses de dezembro de 2006 e janeiro e 2007. De forma geral, o instrumento foi aplicado por pesquisadores em duplas ou trios, que se deslocavam até a Região para realização das entrevistas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise qualitativa.

Para a análise dos dados procedeu-se a leitura flutuante das entrevistas, para definição das categorias e posterior análise temática¹⁷.

Quanto aos procedimentos éticos, foram colhidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o normatizado pela Resolução CNS 196/96 para ética em pesquisa de saúde envolvendo seres humanos. A pesquisa

foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – SES/SP.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização das DIR segundo as variáveis selecionadas.

A Região com maior concentração de municípios com mais de 100.000 habitantes encontra-se na região metropolitana de São Paulo (DIR Mogi das Cruzes) seguida da Região de Campinas, São José dos Campos, Piracicaba e São José do Rio Preto. Vale destacar que 95% dos municípios da Região de São José do Rio Preto têm menos de 50 mil habitantes.

Nenhum dos municípios que compunham as regionais estudadas apresentava IDH abaixo de 0,65, o que corresponderia a piores condições de desenvolvimento. Chama a atenção que 82% dos municípios da regional de Mogi das Cruzes apresentavam os menores IDH (0,65 a 0,8). Por outro lado, a região de Campinas concentrava a maior quantidade de municípios identificados com IDH elevado (0,8 a 1,0).

Em relação aos hospitais e leitos de UTI, a região de São José do Rio Preto é a que apresentou os melhores índices, sendo que as regionais de Mogi das Cruzes e Campinas apresentaram as piores situações quanto a esses indicadores.

Verificou-se que a cobertura da ESF foi superior nas regiões de São José do Rio Preto, seguida de São José dos Campos. Menores coberturas foram identificadas nas regiões metropolitanas (Mogi das Cruzes e Campinas).

No tocante à evasão de internações para municípios da mesma região ou outras regiões, verifica-se na Figura 1 que a Região de Campinas é a que possui maior capacidade de absorção de internações na própria região, sendo a Região de Mogi das Cruzes a que, de modo geral, tem maior dependência de outras regiões. Chama a atenção que na Região de S. José do Rio Preto, percentual expressivo de internações ocorre em outros municípios da mesma região, que não a sua sede.

A Tabela 2 apresenta o valor dos indicadores selecionados para a avaliação da efetividade da atenção à saúde nas linhas de cuidado. Verifica-se que, de modo geral, São José do Rio Preto destaca-se com melhores indicadores em relação à cobertura de consultas básicas e especializadas, de odontologia e psiquiatria, mortalidade por AVC e Diabetes Mellitus e mortalidade por câncer de colo.

A análise do conjunto dos indicadores, após os procedimentos de padronização e classifica-

Tabela 1. Caracterização das DIR segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2000-2005.

Indicadores	Regionais de Saúde				
	CPN	MC	PRC	SJC	SJRP
Porte Populacional (%)					
<50.000	61,9	36,4	76,9	50	95,0
50.000 – 100.000	14,3	9,1	7,7	33,3	3,0
>= 100.000	23,8	54,5	15,4	16,6	2,0
IDH (%)					
<0,65	0	0	0	0	0
0,65 – 0,80	40,5	81,8	50,0	66,6	79,0
>=0,80	59,5	18,2	50,0	33,3	21,0
Hospitais/1000 hab	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04
Leitos UTI /1000 hab	0,06	0,07	0,10	0,08	0,18
Cobertura da ESF	20,28	14,19	24,77	27,27	27,36

ção segundo os intervalos criados, considerando a variabilidade deles, confirma a observação, como pode ser visualizado na Tabela 3.

A efetividade da atenção à saúde, dimensionada pelo conjunto de 11 indicadores de linhas de cuidado selecionados para este estudo, revela a seguinte classificação das regiões de saúde abordadas: São José do Rio Preto (4,55), Campinas (2,91), São José dos Campos e Piracicaba (2,27) e Mogi das Cruzes (1,91), podendo as notas variar entre 1 e 5, sendo 5 o melhor desempenho relativo alcançável, conforme o medido nas regiões estudadas.

O Quadro 1 apresenta os principais elementos que facilitam e dificultam o processo de referenciamento nas cinco regiões estudadas, que emergiram das entrevistas com os gestores regionais e municipais ao responderem questões sobre os instrumentos de referenciamento em cada região, a avaliação sobre a efetividade do referenciamento e o ambiente no qual operam as pactuações.

Na região de Mogi das Cruzes detectamos um grande esforço gestor, criação de mecanismos de participação, de escuta populacional, de formação e negocial. Haviam reuniões periódicas institucionalizadas para o monitoramento do uso dos recursos pactuados. A complexidade metropolitana e a proximidade da capacidade instalada existente no município de São Paulo, entretanto, imprimem suas marcas na região e reduzem as possibilidades criadas pelo esforço realizado. Some-se a isso a incapacidade regional de produzir objetivos comuns entre os gestores que, perseguindo objetivos locais, agem de maneira desintegrada. As relações passadas re-

centes entre os municípios poderia explicar um comportamento pouco transparente na mesa de negociação.

Na região de Campinas, apesar da dimensão do parque tecnológico em saúde reconhecido na região e da diversidade e complexidade temática abrangida, atestada pela qualidade das instituições de ensino existentes, ainda assim a oferta está abaixo do necessário, consideradas a população residente abrangida por esses serviços e a população externa que é atraída por essa complexidade técnica, bem como pela insuficiência de oferta em seus locais de origem. É a segunda mais rica região do Estado de São Paulo, porém essa característica não parece estar sendo favorável ao referenciamento. Afinal, se se dispõe de uma oferta só comparável à da Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP), em diversidade e complexidade, e com população bem inferior, como explicar que não disponha de instrumentos adequados de referenciamento, de modo que as demandas desnecessárias e as externas à região sobrecarreguem os serviços e impeçam o atendimento das necessidades regionais? Acrescente-se a indagação sobre a inadequação da oferta, predispondo a demanda a uma certa lógica de atendimento – serviços de ensino e pesquisa, em detrimento da lógica assistencial - ou a um certo perfil de oferta – carência de exames como mamografia para a prevenção de câncer, ou de especialidades cardiológicas que acabam sendo encaminhadas para a RMGSP, ou exame preventivo para câncer ginecológico, prevenção de câncer bucal e outras. Campinas reconhece sua falta de governabilidade financeira e sobre os prestadores, mas carece fundamentalmente de instrumen-

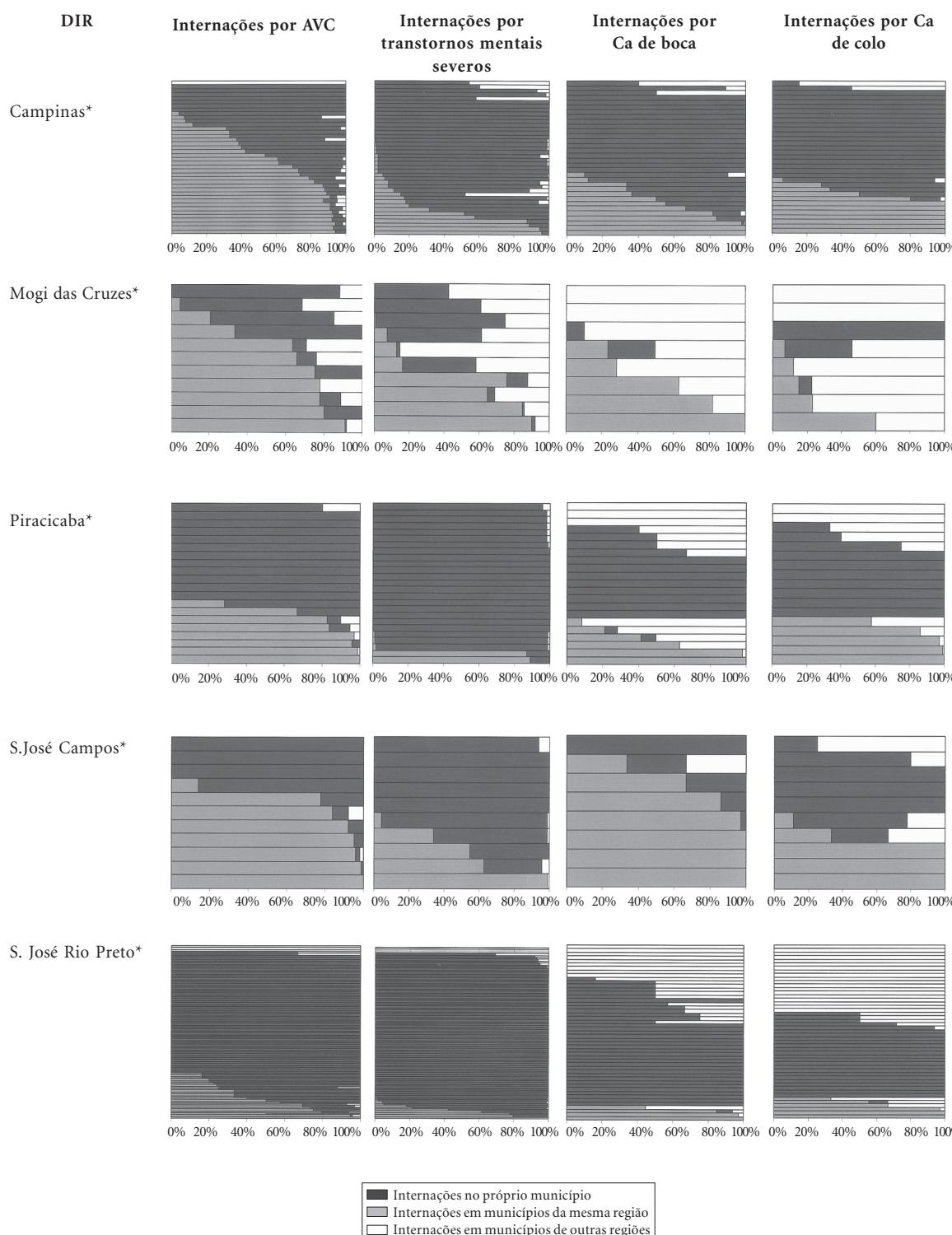


Figura 1. Percentual de internações no próprio município, outros municípios da mesma região e outras regiões, segundo DIR e linhas de cuidado. São Paulo, 2003.

* Nos gráficos, cada linha representa um município que integra a Regional.

Tabela 2. Indicadores selecionados para a avaliação da efetividade da atenção à saúde nas linhas de cuidado. São Paulo, 2003-2005

Indicadores	Indicador observado/DIR					
	MC	CPN	PRC	SJC	SJRP	Soma
Consultas básicas	1,380	1,650	1,450	1,540	2,530	8,55
Consultas especializadas	0,39	0,64	0,46	0,48	0,78	2,75
Proporção óbitos precoces por AVC	30,95	23,43	20,66	29,44	18,18	122,66
Proporção de óbitos precoces por DM	25,93	20,45	24,17	22,21	18,75	111,51
Consultas psiquiatria	329,25	443,67	383,97	491,23	608,29	2256,41
Atendimentos odontolóicos hab/ano	1,47	1,8	1,31	2,37	2,51	9,46
Mortalidade CA boca	1,2	1,5	2	1,54	1,7	7,94
Mortalidade neonatal precoce	7,59	6,49	6,18	7,38	6,44	34,08
Mortalidade materna	35,9	22,96	31,17	44,65	25,65	160,33
Mortalidade CA mama	10,9	14,26	14,69	11,88	12,76	64,49
Mortalidade CA colo	5,07	4,74	5,11	5,37	4,18	24,47
Indicadores padronizados/DIR						Variação
Consultas básicas	0,161	0,193	0,170	0,180	0,296	0,135
Consultas especializadas	0,142	0,233	0,167	0,175	0,284	0,142
Proporção óbitos precoces por AVC	0,252	0,191	0,168	0,240	0,148	0,104
Proporção de óbitos precoces por DM	0,233	0,183	0,217	0,199	0,168	0,064
Consultas psiquiatria	0,146	0,197	0,170	0,218	0,270	0,124
Atendimentos odontolóicos hab/ano	0,155	0,190	0,138	0,251	0,265	0,127
Mortalidade CA boca	0,151	0,189	0,252	0,194	0,214	0,101
Mortalidade neonatal precoce	0,223	0,190	0,181	0,217	0,189	0,041
Mortalidade materna	0,224	0,143	0,194	0,278	0,160	0,135
Mortalidade CA mama	0,169	0,221	0,228	0,184	0,198	0,059
Mortalidade CA colo	0,207	0,194	0,209	0,219	0,171	0,049

Tabela 3. Notas atribuídas às DIR segundo comparação dos indicadores das quatro linhas de cuidado. São Paulo, 2003-2005.

Indicadores	Notas/DIR				
	MC	CPN	PRC	SJC	SJRP
Consultas básicas	1	2	1	1	5
Consultas especializadas	1	4	1	2	5
Proporção de óbitos precoces por AVC	1	3	5	1	5
Proporção de óbitos precoces por DM	1	4	2	3	5
Consultas de psiquiatria	1	3	2	3	5
Atendimentos odontológicos	1	3	1	5	5
Mortalidade CA boca	5	4	1	3	2
Mortalidade neonatal precoce	1	4	5	1	5
Mortalidade materna	2	1	4	1	5
Mortalidade CA mama	5	1	1	4	3
Mortalidade CA colo	2	3	2	1	5
Média	1,91	2,91	2,27	2,27	4,55

tos gerenciais que regulem o dimensionamento e a composição da oferta, e a identificação da necessidade e o encaminhamento da demanda. A região é uma arena onde grandes interesses se expressam através do mercado, mas onde o papel

das instituições públicas e estatais carece de efetividade, à espera de regulação adequada.

Quanto à Piracicaba, os gestores propuseram, antecipando-se à NOAS 2001, que a região se organizasse em microrregiões. Desde então as

Quadro 1. Fatores que facilitam e dificultam o referenciamento em cinco Regiões de Saúde selecionadas.
São Paulo, 2003-2005.

DIR/Elementos	Que facilitam o referenciamento	Que dificultam o referenciamento
Mogi das Cruzes	<ul style="list-style-type: none"> - existência de estruturas técnicas de apoio aos gestores que têm funcionamento regular e são mantidas como espaços de produção de informações, incentivo à formação e encaminhamento dos usuários aos serviços de que necessitam - existência de Núcleo de Educação Permanente (NEP) para a identificação de necessidades de formação na região - existência de núcleos de assistência à população (NAP), que são espaços para manifestação dos usuários a respeito de problemas que encontraram no atendimento - reuniões mensais para discussão com os gestores sobre as cotas de atendimento e os fluxos para encaminhamento referenciado - processo recente (*) de construção da PPI, por favorecer melhor identificação das necessidades em saúde - existência de dois plantões regionais de regulação, para exames e internações 	<ul style="list-style-type: none"> - municípios dispõem de capacidade técnica limitada, já que, ao estarem habilitados em PAB, não dispõem nem de estrutura técnica nem de serviços complexos - especificidade da Região Metropolitana da Grande São Paulo, que exigiria um esforço adicional de negociação - localização geográfica da região, integrante da maior metrópole do Estado de São Paulo e vizinha de um município com tantos recursos de saúde, como o da capital do estado, pode ter efeitos negativos sobre o desempenho do sistema regional, bem como sobre as iniciativas de estruturação de uma rede física própria - desconfiança entre os gestores, no que diz respeito à transparência para negociação. Há um comportamento de ocultamento da oferta - invasão de outras regiões
Campinas	<ul style="list-style-type: none"> - ampla capacidade instalada, serviços de alta complexidade e prestadores universitários de qualidade internacionalmente reconhecida - esforço de formação dos gestores e de profissionais sobre o SUS - criação de microrregiões bem demarcadas, quando da construção da PPI e do PDR - serviço de regulação dos encaminhamentos de casos de urgência e de emergência, habilitado a atender 70% da demanda - serviço de referenciamento de exames para média complexidade 	<ul style="list-style-type: none"> - riqueza regional como fator de atração aos interesses da indústria de medicamentos e de equipamentos - foco nos níveis secundário e terciário da atenção - modelo medicalizante, centrado em oferta de tecnologia de alta complexidade - redução da oferta de serviços em função da missão dos prestadores (ensino e pesquisa) - coexistência de mecanismos formais e informais operando na região para a entrada de pacientes no sistema - racionalidade técnica da PPI revelou-se descendente e de difícil adaptação à realidade local - invasões ao sistema de pacientes vindos, inclusive, de outros estados do país - a falta de governabilidade regional e municipal para discutir a competência financeira

continua

microrregiões e a CIR se constituíram em espaços formais de solução dos fluxos de referenciamento. Na região, há um espaço de negociação construído ao longo do tempo, que acomoda as tensões através da regulação. A rede de serviços

hospitalares se faz representar com eficiência e é evidente que há um descontentamento com o teto financeiro. O ajuste do físico ao financeiro reduz a oferta, mas assegura aos prestadores trabalho ajustado aos recursos disponíveis.

Quadro 1. continuação.

DIR/Elementos	Que facilitam o referenciamento	Que dificultam o referenciamento
Piracicaba	<ul style="list-style-type: none"> - característica pró-ativa quanto ao esforço gestor de regionalização e referenciamento - excelente oferta de serviços, inclusive de alta complexidade. - compreensão generalizada entre os gestores sobre os princípios éticos e organizacionais que regem o SUS - estabilidade de gestão, devido a baixa alternância de gestores municipais durante um período de oito anos - clima favorável à negociação e pactuação, disposição ao diálogo entre os gestores. - CIR constituiu-se de fato em espaço de regulação das relações intermunicipais - criação do Conselho Gestor da Assistência Hospitalar, um espaço de articulação entre os gestores e os prestadores - plantão regulador de urgência e emergência - ampliação da AB e ESF nos municípios 	<ul style="list-style-type: none"> - não há hospitais próprios na região - a oferta vem decrescendo com a defasagem da Tabela SUS - desgaste na relação entre os gestores, ao promover uma definição de papéis e responsabilidades que não chegou a se concretizar por ocasião da PPI - mesmo havendo na região a oferta de média complexidade, a pactuação de referenciamento não se efetiva devido à inexistência de recursos para custeio
São José dos Campos	<ul style="list-style-type: none"> - elaboração da PPI permitiu a apreensão, pelos gestores e técnicos, da importância do monitoramento, de se trabalhar com metas, de se estabelecer fluxos, referências e contra referências. - existência de Plantão Regulador de urgência e emergência 	<ul style="list-style-type: none"> - teto financeiro é reconhecidamente um fator limitante - forte estrangulamento na média complexidade, já que a escassez de recursos financeiros reduziu a disponibilidade da oferta de média complexidade. - hospitais sob gestão municipal interferindo no papel de regulador da regional. - os municípios litorâneos se ressentem da distância em relação àqueles serviços, bem como das dificuldades de transportes entre as duas áreas. Especialmente prejudicadas são as remoções de urgência - teto financeiro baixo, especialmente para a média complexidade. - ausência de prestadores estaduais na região, para funcionarem como porta de entrada das urgências e para permitir melhor acompanhamento dos referenciamentos, a título de regulação - tabela SUS diferenciada funciona como uma forte restrição à regionalização. - a lógica vigente na região, de pagamento dos prestadores por produção é vista como prejudicial.

Quadro 1. continuação

DIR/Elementos	Que facilitam o referenciamento	Que dificultam o referenciamento
São José do Rio Preto	<ul style="list-style-type: none"> - esclarecimento alcançado por ocasião da elaboração da PPI, já que se identificaram parâmetros de atendimento. - contratualização dos hospitais universitários. - esforço para a implantação das Unidades de Avaliação e Controle em cada município - existência de instrumento para o estabelecimento e acompanhamento dos referenciais (planilha não informatizada) - a pactuação com os prestadores é feita quase exclusivamente pela Regional de Saúde e distribuída aos municípios através dos gestores - contratualização dos prestadores é feita por quantidade fixa: eles recebem um recurso fixo, independentemente da produção - processo de construção do PDR foi ascendente com grande envolvimento dos municípios - criação de consórcios municipais para resolver problemas locais e microrregionais. Segundo a Regional essa prática ocorreu quando a demanda ocultava uma necessidade que extrapolou a oferta pactuada. Nesses casos a participação da regional teria sido de orientação técnica - plantão regional regulador para urgência e emergência - mecanismo de vaga zero, como recurso para superar as restrições de referenciamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - demanda é maior que a oferta, o que torna o dimensionamento pontual da efetividade do referenciamento problemática - invasão de outros estados e de municípios de outras regiões, além da demanda proveniente da população flutuante de cortadores-de-cana. - inexistência de protocolos para encaminhamento de consultas e exames, acarretando encaminhamentos desnecessários. - população, influenciada pela mídia, quer o referenciamento para tecnologias específicas - caráter formador do prestador Universitário da região- Tabela SUS opera valores muito baixos e os tetos vigentes não têm correspondido às necessidades da região

(*) Quando da aplicação dos formulários, o processo de elaboração da PPI 2002 ainda estava recente na memória dos respondentes.

Como a oferta não é irrigária e havendo entendimento entre os gestores sobre a importância de uma atenção à saúde regionalizada e do referenciamento, a efetividade deste se detém frente aos recursos financeiros para acionar essa oferta.

A propalada estabilidade das gestões na região, assegurada pela continuidade eleitoral, criou um espaço de regulação das tensões e trouxe para o cenário as forças articuladas dos prestadores.

Embora tenha havido ampliação da atenção básica, especialmente através de programas de saúde da família, ela não parece interferir na resoluibilidade do referenciamento. Há uma diversidade de ferramentas de referenciamento que atesta um esforço gestor significativo.

A grande quantidade de municípios que compõe a região de São José do Rio Preto não parece ter influído negativamente sobre o processo de referenciamento nem sobre a efetividade desse processo. Com uma oferta razoável para a região ocorreu maior preocupação dos gestores com a resolubilidade da atenção básica: noventa e oito municípios, em gestão plena de atenção básica, voltando-se prioritariamente para essa preocupação. Apenas três acabaram por concentrar a oferta de especialidades e leitos, com poucos grandes prestadores a participar do processo negocial. A exemplo do detectado em Piracicaba observamos uma pró-atividade para o referenciamento, com a implantação efetiva das

medidas pactuadas. A criação do que os gestores chamam “PPIzinha” demonstra a iniciativa regional em aplicar na prática o avanço de entendimento sobre o sistema e a realidade regional propiciadas pelo processo, no geral infrutífero, de construção da PPI da NOAS.

Por alguma razão, a região estabeleceu pacotes financeiros com os prestadores que se mostraram favoráveis ao encaminhamento; aparentemente o estabelecimento de valor financeiro fixo com monitoramento do cumprimento do atendimento assegurou a efetividade do pactuado. A criação do coordenador de referenciamento por microrregião revelou-se um instrumento valioso para a persecução de metas mais regionais do que locais.

Os gestores expressaram várias preocupações com o ambiente regional, determinados por condições macroestruturais. Referimo-nos à preocupação com o assédio por *aparato tecnológico*, com a tendência societária de medicalizar a saúde e com a integração da atenção básica ao sistema. Mais que uma preocupação, transformaram-se em medidas práticas, incluídas nas institucionalidades criadas, para nortear a atuação dos serviços de saúde e do referenciamento. Então, quando na região se diz que a atenção básica bem estruturada é condição para reduzir a assunção desnecessária do paciente a níveis de complexidade maior, ou que a ausência de protocolos assoberba os níveis secundários e terciários, mais que um diagnóstico, cuidados foram tomados para reduzir os efeitos deletérios dessas práticas.

Na região de São José dos Campos detectou-se uma desintegração das relações que têm, como em Mogi das Cruzes, trazido pouca efetividade para o esforço de referenciamento. Mas as razões são diversas das desta. Há dificuldades de estabelecimento de objetivos entre as microrregiões, assim como divergências de encaminhamentos com regiões de saúde vizinhas. Há uma dificuldade adicional que decorre dos acidentes geográficos, transponíveis por uma malha viária mais adequada. A falta de proximidade de objetivos entre as microrregiões tem alimentado a expectativa de individualização de sistemas. Ou seja, desmembramento da região em unidades geográficas menores. Tais expectativas são animadas pela baixa capacidade recente de colher resultados comuns, bem como pela auto-percepção de suficiência. Os gestores *olham* para suas redes e se perguntam se não obteriam melhores resultados.

É boa a capacidade instalada da região, mas os esforços de integrar os serviços não têm obtido resultados, gerando uma desorganização da

rede. O fato de grandes prestadores estarem sob gestão municipal não é em si fator explicativo da dificuldade de negociação.

Discussão

Este estudo teve por objetivo avaliar as práticas gestoras de referenciamento regional em cinco Regiões do Estado de São Paulo, identificando as principais dificuldades encontradas nos processos recentes de pactuação.

Tendo em vista os pressupostos iniciais da pesquisa, buscou-se avaliar a efetividade da atenção à saúde nas cinco Regiões, em quatro linhas de cuidado e buscar, através da caracterização dessas Regiões e do estudo sobre o referenciamento regional, possíveis explicações para os resultados obtidos por meio dos indicadores selecionados.

Trata-se, portanto, de um estudo exploratório, que não pretendeu abranger todos os fatores implicados no resultado final da atenção à saúde nas regiões estudadas e cujo delineamento não permite estabelecer relações causais. Porém, buscou-se através da triangulação dos métodos utilizados, das informações obtidas e das comparações entre as DIR, levantar hipóteses sobre os elementos potencialmente facilitadores do alcance da integralidade da atenção.

Na análise dos indicadores, verificou-se melhor desempenho da Região de São José do Rio Preto, apesar de ser a região com maior número de municípios (101) do Estado. Alguns fatores podem ter influenciado positivamente esse resultado, dos quais destacam-se: a preocupação com a ampliação do acesso à Atenção Básica, demonstrada pela alta cobertura de consultas básicas e odontológicas, bem como pela maior cobertura da ESF comparada às demais Regiões estudadas; a pró-atividade para o referenciamento, com a implantação efetiva das medidas pactuadas; a contratualização dos prestadores feita por quantidade fixa e a iniciativa de criação de consórcios para ampliar a oferta de serviços.

De fato, o papel da Atenção Básica tem sido destacado por seu evidente potencial estruturante de todo o sistema, podendo-se descrever suas articulações com a atenção secundária e terciária, como uma rede, na qual cada nó possui competências distintas e fluxos multidirecionais de referenciamento e contrarreferenciamento das demandas⁵.

Outras iniciativas desta Regional, como a contratualização dos prestadores por quantidades fixas e a criação dos consórcios, demonstram a

busca e a efetivação de medidas para a resolução dos problemas identificados em relação à oferta de serviços à população, que podem ter tido reflexo nos indicadores de efetividade da atenção analisados.

A Região de Campinas, apesar de representar a regional com melhores condições de desenvolvimento social e capacidade instalada de serviços, apresentou a segunda posição no tocante aos indicadores de efetividade da atenção. Parecem ter influenciado negativamente o pouco investimento feito na Atenção Básica e a insuficiência de mecanismos formais de referenciação regional. Soma-se a isso a disponibilidade de recursos tecnológicos na região, que acaba por induzir sua utilização de forma desnecessária. O CONASS, em publicação sobre os avanços e desafios do SUS, chama a atenção para a necessidade de imprimir racionalidade à oferta dos serviços de saúde, não para impor restrições ou ferir direitos, mas para alcançar a integralidade da atenção mediante consensos fundamentados nas evidências científicas e em princípios éticos validados socialmente¹⁸.

Na região de Piracicaba, apesar do grande esforço gestor para o referenciação, o desempenho médio nos indicadores de saúde parece estar relacionado à insuficiência de recursos financeiros.

De fato, há que se enfrentar o problema de insuficiência de recursos financeiros para dar suporte a um sistema público universal de qualidade. No Brasil os gastos com saúde, públicos e privados somados, alcançavam US\$ 212 anuais per capita, em 2003; valor inferior aos gastos de Argentina, Chile, Costa Rica e México, respectivamente: 426, 282, 305 e 372 dólares. Com relação aos gastos públicos, os valores são, para Brasil e os quatro países mencionados, respectivamente: 96, 148, 137, 240 e 172 dólares^{18,19}.

Desempenho semelhante nos indicadores foi observado em São José dos Campos. Nesta Região parecia haver dificuldades de estabelecimento de objetivos comuns entre as microrregiões e uma desintegração das relações, levando a pouca efetividade para o esforço de referenciação.

Por fim, a Região de Saúde que demonstrou maior dificuldade no tocante à efetividade da atenção foi Mogi das Cruzes. Apesar do esforço gestor para o estabelecimento de mecanismos formais de referenciação, o baixo desenvolvimento social, somado aos obstáculos para a regionalização apontados pelos gestores, próprios das re-

giões metropolitanas, parecem ter influenciado de forma negativa e mereceriam especial atenção.

A presente pesquisa foi realizada num período de transição. Ocorreram mudanças nas administrações estadual e regionais, além de uma reforma administrativa que reorganizou geograficamente as regionais de saúde. Duas das Regiões estudadas não figuraram como Departamentos Regionais de Saúde: São José dos Campos, que passou a ser vinculada ao Departamento Regional de Saúde de Taubaté e Mogi das Cruzes, ao Departamento Regional de Saúde da Grande de São Paulo.

O estabelecimento dos Pactos de Gestão exige ainda outras transformações, com vistas à reconfiguração dos espaços de relação regional intergestores. Esses espaços passam por transformação à luz da construção de colegiados de gestão regional^{5,20}.

Porém, todas essas potencialidades e novas realidades são assimiláveis pelos resultados do presente estudo. As regionais estudadas foram selecionadas após um processo de avaliação das regiões segundo três dimensões: a capacidade instalada em saúde, o esforço gestor para o referenciação e o cenário socioeconômico. Desse processo resultou uma classificação das regionais em cinco grupamentos. O estudo desses destes apresentou, de forma organizada, um espectro amplo das particularidades encontráveis no Estado de São Paulo.

Foram essas particularidades que se abriram ao conhecimento pelo pesquisador nos estudos efetuados sobre a caracterização da oferta e da atenção prestada, sobre a efetividade do referenciação para a atenção à saúde, sobre os instrumentos operados e criados para referenciação e sobre a disponibilidade de recursos nas regiões de saúde. As relações entre elas conformam as realidades regionais, considerando-se os múltiplos atores sociais e econômicos atuantes.

A pró-atividade da gestão regional na organização de microrregiões e o estabelecimento de espaços de negociação e avaliação dos processos de pactuação demonstraram impacto positivo sobre os processos de referenciação neste estudo, falando a favor da necessidade de fortalecimento do papel da gestão regional no Estado.

O avanço da construção do SUS com a criação de mecanismos de referenciação, rumo à atenção universal e integral, passa pelo não cerceamento dos níveis de gestão em adequar ferramentas às especificidades locais e regionais.

Colaboradores

SI Venâncio, PR Nascimento e TE Rosa coordenaram o projeto de pesquisa e participaram de todas as etapas de elaboração deste artigo. A Voloschko, M Salum e P Nieri coordenaram o estudo das linhas de cuidado e participaram da revisão final do artigo.

Agradecimentos

Aos parceiros da Coordenadoria de Regiões de Saúde, Iramaia A. Luvizzoto Colaiácovo e Fátima Bombarda, e do COSEMS-SP, Jorge Harada, agradecemos as importantes contribuições para o desenvolvimento do projeto *Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP* desenvolvido no âmbito do PPSUS-SP.

Referências

- Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 13-50.
- Silva FAB, Abreu LEL. *Saúde: capacidade de luta – a experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: IPEA; 2002. (Textos IPEA para Discussão, nº. 933).
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 29 jan.
- Souza RR, Mendes JDV, Barros S. *20 anos do SUS São Paulo*. São Paulo; Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2008.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde, dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- Goode WJ, Hatt PK. *Métodos em Pesquisa Social*. 7ª ed. São Paulo: Editora Nacional; 1979.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- SEADE. *O Índice Paulista de Responsabilidade Social*. 6 p. [acessado 2009 mar 5]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ipsr/pdf/oiprs.pdf>.
- Venâncio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM, Martins PN, Moraes MLS, Fefferman M, Fernandes M, Figueiredo RMMD, Bastos SH, Voloschko A. *Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP* (Convênio Fapesp – CNPq – SUS nº 05/58542-7). São Paulo: Instituto de Saúde; 2007. (Relatório Técnico de Pesquisa).
- Merhy EE, Magalhães JR, HM, Franco TB, Silva Bueno W. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000*. Sistema IBGE de Recuperação Automática-Sidra. [acessado 2009 mar 5]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/default.asp>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano-PNUD. *Atlas do Desenvolvimento Humano*, 2000. [acessado 2009 mar 5]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>
- DATASUS. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES*. [acessado 2009 mar 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiautsp.def>
- DATASUS. *Sistema de Informações de Atenção Básica-SIAB*. 2003. [acessado 2009 mar 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabpSP.def>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1991.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS; 2006.
- World Health Organization (WHO). *World Health Statistics*. Geneva: WHO; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regulamento dos pactos pela vida e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.