

# Referenciamento regional: compatibilizando universalidade e integralidade no SUS-SP<sup>I</sup>

*Regional referencin*g: making the universality and integrity of the SUS-SP compatible

Sonia Ioyama Venancio<sup>II</sup>, Paulo Roberto do Nascimento<sup>III</sup>, Teresa Etsuko Costa Rosa<sup>IV</sup>, Ana Aparecida Bersusa<sup>V</sup>, Lenise Mondini<sup>VI</sup>, Sílvia Regina Médici Saldiva<sup>VII</sup> et al.

## Resumo

Este trabalho tem por 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. Foram selecionadas cinco Regiões (Campinas, Piracicaba, Mogi das Cruzes, São José do Rio Preto e São José dos Campos) nas quais foram analisados instrumentos de referenciamento operantes e a percepção dos gestores regionais e municipais sobre este processo. A análise das entrevistas com gestores revelou que os mecanismos formais de referenciamento eram insuficientes, bem como os instrumentos para o seu acompanhamento; nas regiões metropolitanas parecia 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, regionalização

## Abstract

This work is to evaluate regional referral administrative practices in the State of São Paulo, identifying the main difficulties found in the processes of pactuation with a view to integrity of attention. Five regions (Campinas, Piracicaba, Mogi das Cruzes, São José do Rio Preto and São José dos Campos) were selected in which operating reference instruments and the perception of regional and municipal administrators were analyzed regarding this process. The analysis of the interviews with administrators revealed that the formal mechanisms of referencing were insufficient, as were the instruments to accompany them; there appeared to be greater difficulty in the metropolitan regions to grade the references; the strengthening of negotiating spaces between the administrators was identified as a facilitating factor of the process.

**Key words:** Sistema Único de Saúde, health administration, regionalization

<sup>I</sup>Convênio FAPESP-CNPQ - SUS - Processo n° 05/58542-7.

<sup>II</sup>Sonia Ioyama Venancio (sonia@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica VI e assistente técnica de direção do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno.

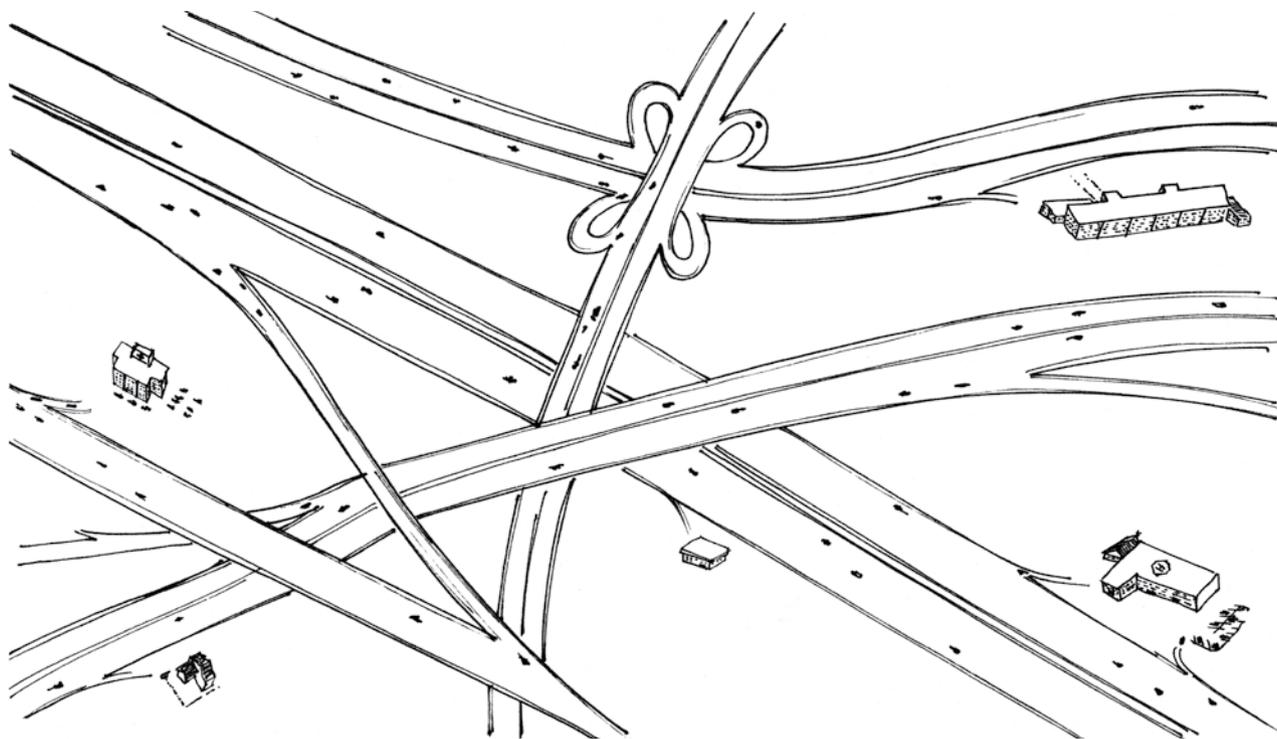
<sup>III</sup>Paulo Roberto do Nascimento (pnasc@usp.br) é cientista social, mestre e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutorando junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da USP.

<sup>IV</sup>Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora científica III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup>Ana Aparecida Bersusa (anab@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, mestre em Fundamentos da Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) e pesquisadora científica IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VI</sup>Lenise Mondini (lenise@iea.sp.gov.br) é nutricionista, mestre em Nutrição Humana pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e pesquisadora científica V do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VII</sup>Sílvia Regina Dias Médici Saldiva (smsaldiva@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica V e diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



## Introdução

A regionalização da saúde ganhou destaque como tópico de investigação e gestão no final da década de 1990, após grandes avanços realizados no âmbito da descentralização político-administrativa, impulsionada pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs). Evidencia-se, a partir daí, a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população<sup>2, 11</sup>.

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

Neste contexto, buscando responder demanda da SES/SP, foi desenvolvido o presente estudo, mediante uma parceria entre Instituto de Saúde, Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS) e COSEMS-SP, com objetivo de avaliar as práticas gestoras de referenciamento

regional no Estado de São Paulo, identificando as principais dificuldades encontradas nos processos recentes de pactuação e regionalização das ações de saúde, com vistas à integralidade da atenção.

## Métodos

Os métodos utilizados neste estudo foram descritos detalhadamente em outras publicações<sup>6, 8, 12, 13</sup>.

As regiões de Saúde, definidas como unidades de análise, eram denominadas Direção Regional de Saúde (DIR) e somavam 24 no Estado de São Paulo, à época de realização do estudo. Após a reforma administrativa realizada pela SES-SP no final do ano de 2006, as DIR receberam a denominação de Departamento Regional de Saúde (DRS), sendo algumas daquelas 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, optou-se por manter a antiga designação neste artigo.

O estudo foi realizado em cinco DIR selecionadas com base em uma análise de *clusters* prévia, na qual foram construídos agrupamentos de regionais. Esses agrupamentos levaram em consideração características semelhantes entre as DIR, em relação à capacidade instalada de saúde, ao esforço gestor no que diz respeito aos mecanismos de referenciamento (com base na

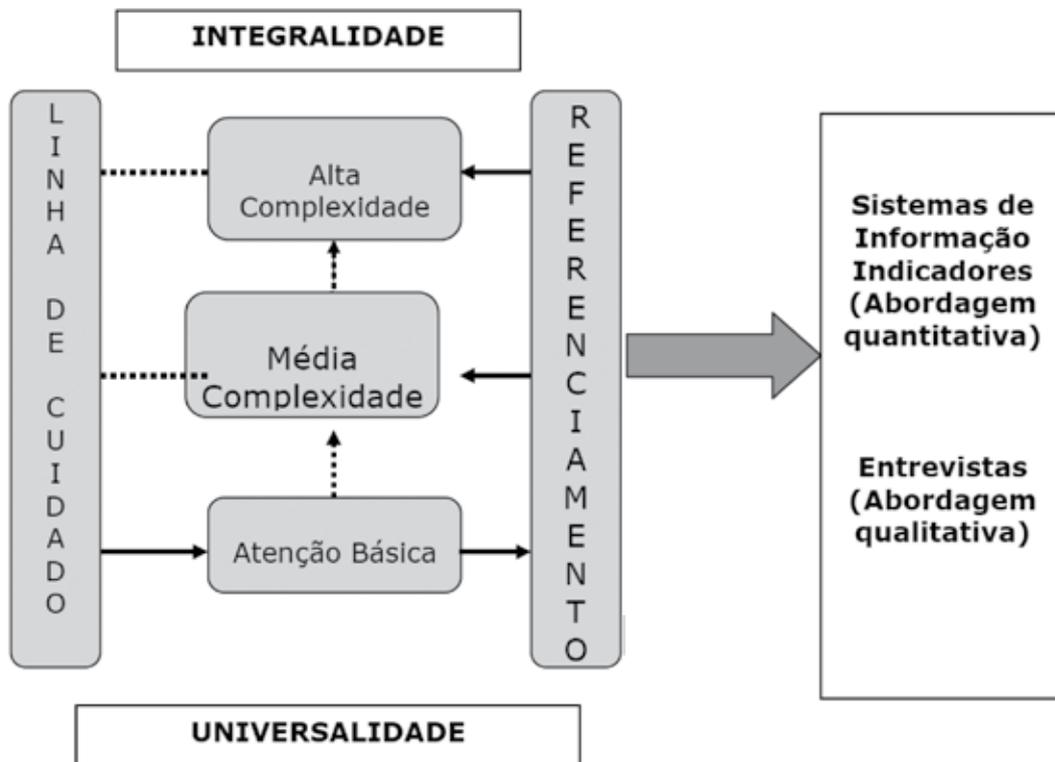
percepção do diretor da DIR) e às condições de vida e riqueza regional, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)<sup>10</sup>.

Desta forma, produziu-se a seguinte configuração: grupo 1) DIRs com 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; grupo 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 (grupo1), Piracicaba (grupo 2), São José do Rio Preto (grupo 3), Mogi das Cruzes (grupo 4) e São José dos Campos (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).

Para a seleção das dimensões e variáveis do estudo, elaborou-se um modelo teórico (Figura 1). Parte-se do pressuposto de que a atenção à saúde (organizada em linhas de cuidado), busca a universalidade (acesso universal à Atenção Básica) e a integralidade, a qual só será alcançada se, também, for garantido o acesso aos demais níveis de atenção à saúde (média/alta complexidade), o que ocorrerá, idealmente, por meio de mecanismos formais de pactuação entre os gestores municipais/regionais, ou seja, do referenciamento regional.

**Figura 1.** Marco teórico da avaliação do referenciamento regional



Linhas de Cuidado, neste estudo, são definidas como um conjunto encadeado de ações de saúde demandadas ao sistema para atender necessidades 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 resolubilidade. 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 atenção<sup>5</sup>.

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 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.

A avaliação foi realizada mediante 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. Os resultados relativos à análise dos indicadores segundo as linhas de cuidado foram apresentados em outras publicações<sup>6, 8, 13</sup>. Nesse artigo, será enfatizada a dimensão das entrevistas com os gestores regionais.

As entrevistas objetivaram 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 municípios 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 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, após treinamento oferecido pela equipe de coordenação da pesquisa, nos meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007. De forma geral, o instrumento foi aplicado por pesquisadores em duplas ou trios, que se deslocavam até a Região para a realização das entrevistas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, para posterior análise qualitativa.

Para a análise dos dados, procedeu-se a leitura fluente das entrevistas, para definição das categorias de análise e posterior análise temática<sup>1</sup>. A leitura fluente inicia o que se denomina de técnica de impregnação, isto é, a leitura em profundidade de cada um dos relatos até dominar o todo de um mesmo depoimento<sup>4</sup>. Segundo Schraiber<sup>9</sup>, o cuidado em observar os detalhes de cada relato, associando-o, por uma visão totalizadora, ao conjunto de relatos, objetiva apropriar-se da singularidade de cada história, comparando-a às demais singularidades e, então, apreender “o sentido próprio do fragmento na totalidade do pensamento do qual é separado”. E acrescenta, fundamentando-se em Queiroz<sup>7</sup>, “Impregnar-se de cada todo, é o termo que a literatura específica consagra a este proceder”.

Quanto aos procedimentos éticos, foram colhidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o normatizado pela Resolução CNS 196/96. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – SES/SP.

## Resultados

A análise das entrevistas com gestores revelou aspectos importantes: a Programação Pactuada Integrada

(PPI), de 2002, foi considerada um facilitador do processo de pactuação regional, por favorecer a identificação das necessidades em saúde e a capacidade de oferta dos municípios, embora o fato de não ter sido implementada, por falta de recursos financeiros, tenha gerado um sentimento de frustração de expectativa entre os operadores do sistema – gestores, gerentes e técnicos – que participaram ativamente do processo.

Os mecanismos formais de referenciamento (centrais de regulação de vagas e encaminhamento para SADT) eram insuficientes, bem como os instrumentos para o seu acompanhamento, sendo a invasão espontânea da população de regiões vizinhas e os encaminhamentos feitos diretamente por contatos entre profissionais de saúde, fatores que dificultam o processo. A não existência de protocolos de encaminhamento e o perfil inadequado das equipes médicas disponíveis foram apontados como fatores que podem levar ao aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade. A defasagem dos valores da tabela SUS para contratação de procedimentos e a falta de recursos financeiros fazem com que, mesmo em regiões onde a oferta de serviços é adequada, não sejam atendidas as necessidades da população.

Em regiões que contam com hospitais universitários e ampla oferta de serviços de alta complexidade, pode haver uma indução ao uso inadequado desses serviços. Nas regiões metropolitanas parecia também haver maior dificuldade para pactuação das referências, pois os gestores nem sempre explicitavam sua real capacidade de oferta de serviços. A atuação do gestor regional pode ser prejudicada quando há falta de prestadores estaduais na região.

A compreensão dos gestores sobre o SUS foi considerada aspecto fundamental para o processo de referenciamento, sendo necessário investir na formação dos mesmos. Da mesma forma, o fortalecimento dos espaços de negociação entre os gestores, e entre gestores e prestadores, foi apontado como um fator facilitador do processo.

Algumas medidas, como a implementação de uma “PPI” regional (no caso, uma adaptação da PPI, de acordo com a disponibilidade de recursos), a partir do melhor dimensionamento da demanda e oferta de serviços por ocasião da elaboração da PPI estadual; a contratualização dos hospitais universitários; o estabelecimento de valores fixos para a contratação de prestadores e

não a contratação pela produção; a parceria entre municípios para ampliação da oferta de serviços de média complexidade, tendo a gestão regional, nesses casos, o papel de regulação; a implantação de Unidades de Avaliação e Controle nos municípios e o investimento na Atenção Básica foram estratégias bem-sucedidas identificadas na região de São José do Rio Preto, que alcançou o melhor desempenho na avaliação dos indicadores das linhas de cuidado contempladas no estudo.

### Discussão

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

A partir dos resultados deste estudo, foi possível apontar uma breve relação de providências que os gestores regionais/municipais podem encaminhar, a fim de facilitar a adoção de medidas relativas ao referenciamento:

- Dimensionamento da riqueza econômica da região;
- Dimensionamento da capacidade instalada em saúde na região;
- Dimensionamento da oferta pública em saúde (própria e contratada) e a oferta suplementar;
- Investimento na ampliação e qualificação da Atenção Básica;
- Identificação e dimensionamento da existência de demanda espontânea por serviços e ações de saúde;
- Identificação e dimensionamento da existência de mecanismos informais de encaminhamento;
- Identificação e fortalecimento de mecanismos formais de referenciamento, as referências, os fluxos, os protocolos;
- Aprimoramento do conhecimento sobre o SUS entre os gestores, os profissionais e a população;
- Definição da oferta que atenderia as necessidades de saúde; Definição de uma grade reduzida de indicadores da efetividade do referenciamento para acompanhar os resultados;
- Ampliação do controle social sobre as contas públicas, com vistas a assegurar uso eficiente dos recursos, adotando indicadores do Siops;
- Aprimoramento da capacidade de negociação dos atores envolvidos nos processos de pactuação.

Essa pesquisa foi realizada em um período de transição, no qual houve o estabelecimento dos Pactos de

Gestão e a construção de colegiados de gestão regional<sup>3, 8</sup>. Porém, acreditamos que todas essas potencialidades e novas realidades são assimiláveis pelos resultados do presente estudo.

Vale ressaltar que 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 referenciamento neste estudo, falando a favor da necessidade de fortalecimento do papel da gestão regional no Estado.

Por fim, destacamos como positiva a experiência de participação no PPSUS, o que favoreceu a interlocução com gestores estaduais e municipais na formulação e desenvolvimento do projeto. Além disso, um diferencial dessa modalidade de fomento é a oportunidade de apresentação dos resultados das pesquisas para gestores, o que potencializa a oportunidade de incorporação dos mesmos e a efetiva contribuição da pesquisa para a consolidação do SUS.

### 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 (Convênio Fapesp - CNPq - SUS nº 05/58542-7).

### Referências

1. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1991.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006: p. 75.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da Comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(2): 323-331.
5. Merhy EE, Magalhães Junior HM, Franco TB, Silva Bueno W. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Moraes MLSE, Feffermann M, Fernandes M, Figueiredo R, Bastos S, Venancio SI. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde em Debate* 2009; 33: 112-128.
7. Queiroz MIP. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/USP; 1983. (Centro de Estudos Rurais e Urbanos/CERU, Textos, nº 4).
8. Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Rev Brasil Epidemiologia* 2009; 12:158-171.
9. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública* 1995; 29(1): 63-74.
10. SEADE. O Índice Paulista de Responsabilidade Social. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/pdf/oiprs.pdf>.
11. Souza RR, Mendes JDV, Barros S. 20 anos do SUS São Paulo. São Paulo: SES/SP; 2008.
12. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM, et al. Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP (Convênio Fapesp - CNPq - SUS nº 05/58542-7). Relatório Técnico de Pesquisa. Instituto de Saúde. São Paulo; 2007.
13. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Moraes MLSE, Martins PN, Volochko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 90: 90.