

Reflexões sobre fatores que influenciam o acesso em uma região de saúde

Reflections on factors that influence access in a health region

Reflexiones sobre factores que influyen en el acceso en una región sanitaria

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores que influenciam o acesso à atenção cardiovascular. Método: estudo descritivo, abordagem qualitativa, a partir da entrevista de 41 gestores e reguladores de uma região de saúde do noroeste paulista. As entrevistas semiestruturadas foram transcritas, agrupadas por similaridade de conteúdo e categorizadas. Resultados: as categorias empíricas identificadas deflagraram que o acesso em saúde pode ser potencializado por meio da estruturação da rede de atenção, do fortalecimento da gestão, da qualificação da atenção, da melhoria da estrutura dos serviços e de um olhar sensível aos aspectos culturais da população assistida. Potencializar o acesso em um contexto de rede regionalizada pode trazer implicações tanto para a gestão, no que se refere ao planejamento e organização do sistema de saúde, quanto para a atenção, qualificando o cuidado na perspectiva da integralidade.

DESCRIPTORES: Acesso aos Serviços de Saúde; Regionalização; Sistema Único de Saúde; Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Abstract: This article analyzes the factors that influence regional access to cardiovascular care from the perspective of managers and those responsible for regulatory services. The results showed that health access can be enhanced through the structuring of the care network, the strengthening of management, the qualification of care, the improvement of the structure of services and a sensitive view of the cultural aspects of the assisted population. Potentializing access can have implications for both management, with regard to the planning and organization of the health system, and for care, qualifying care.

DESCRIPTORS: Health Services Accessibility; Regional Health Planning; Unified Health System; Cardiovascular Diseases.

RESUMEN

Resumen: Este artículo analiza los factores que influyen en el acceso regional a la atención cardiovascular desde la perspectiva de los gestores y responsables de los servicios regulatorios. Los resultados mostraron que el acceso a la salud se puede mejorar mediante la estructuración de la red de atención, el fortalecimiento de la gestión, la calificación de la atención, el mejoramiento de la estructura de los servicios y una visión sensible de los aspectos culturales de la población asistida. Potencializar el acceso puede tener implicaciones tanto para la gestión, con respecto a la planificación y organización del sistema de salud, como para la atención, calificando la atención.

DESCRIPTORES: Acceso a los servicios de salud; Regionalización; Sistema único de Salud; Enfermedades cardiovasculares.

RECEBIDO EM: 07/10/2022 APROVADO EM: 07/11/2022

Priscila Balderrama

Doutor. Professor Adjunto, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
ORCID: 0000-0003-1979-611X

Josué Souza Gleriano

Doutorando, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Professor Assistente, Universidade do Estado de Mato Grosso.
ORCID: 0000-0001-5881-4945

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Livre-docente, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
ORCID: 0000-0002-8730-2815

INTRODUÇÃO

A universalidade do acesso pode ser entendida como preceito constitucional que ainda ocorre de maneira seletiva, focalizada e excludente¹. A experiência internacional sugere como estratégia inovadora para a melhoria do acesso a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da articulação com serviços de densidades tecnológicas diferentes².

A implementação da regionalização conforme posto pelo modelo federativo apresenta efeitos positivos que melhoram a eficiência na prestação de serviços e a redução dos custos operacionais, otimiza o capital humano, recursos tecnológicos, recursos sociais e políticos, incentiva o compartilhamento de responsabilidades entre as instâncias de gestão³.

Um aspecto desafiador para a organização do sistema de saúde tem sido o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), causando impacto social e econômico expressivos no

Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Nesse cenário, destacam-se as doenças cardiovasculares que representam importante problema de saúde pública no mundo⁵ e no Brasil⁶. A atenção a esses agravos requer a organização do sistema de saúde para atendimento integral aos usuários⁷⁻⁹.

Verifica-se na literatura contribuições de diferentes estudos acerca da importância do acesso na atenção à saúde no SUS^{1,10-11}. Há uma convergência quanto à ideia de que o acesso tem como produto final o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, na perspectiva da integralidade e com resolubilidade.

Nesse contexto, é pertinente compreender os fatores relacionados ao acesso em saúde, em especial, para a atenção cardiovascular, a fim de fornecer subsídios para o planejamento em saúde, dado o elevado aporte de recursos que esses agravos requerem. Baseado nesses pressupostos, este estudo buscou identificar os fatores que influenciam o acesso regional a atenção cardiovascular a partir da perspectiva de gestores de saúde e responsáveis por serviços de regulação.

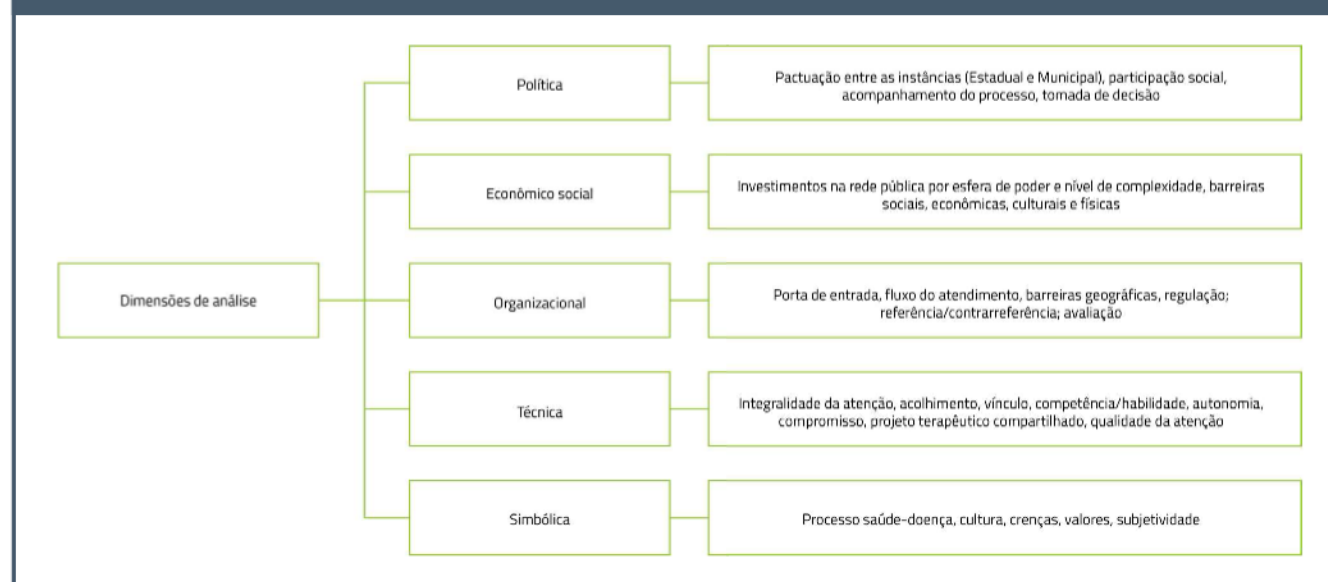
MÉTODOS

Estudo descritivo, abordagem qualitativa, realizado na Comissão Intergestora Regional (CIR) de São José do Rio Preto, microrregião de saúde inserida no Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV). Essa CIR possui, aproximadamente, 710.663 habitantes¹² e localiza-se na região noroeste do estado de São Paulo. É composta por 20 municípios, dentre os quais 50% possuem até 10.000 habitantes e 90%, menos de 50.000¹³.

Participaram do estudo gestores de saúde e responsáveis pelos serviços de regulação que atuavam há pelo menos um ano na função, nos municípios ou no DRS. Para a entrevista semiestruturada utilizou-se um roteiro composto por cinco questões abertas relacionadas ao acesso à atenção cardiovascular na região de saúde. As entrevistas foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas.

Para cada município, houve uma identificação numérica aleatória que va-

Figure 2 - Prevalence of children and adolescents with hemophilia, born between 2003 and 2015, associated with the health regions of the RN, Brazil



FONTE: Assis, Jesus 10 (adaptado)

riou de “1” a “20”. Os participantes que eram gestores foram identificados com a letra G e os reguladores com a letra R. No total, foram entrevistados 41 participantes.

A análise dos dados envolveu a leitura vertical e exaustiva do material seguida da leitura horizontal, a fim de estabelecer relações entre os depoimentos, resultando em um agrupamento por similaridade de conteúdo¹⁴. A categorização dos dados foi realizada a partir das dimensões do acesso propostas por Assis e Jesus¹⁰.

Este artigo traz nos resultados os fragmentos mais representativos das falas, bem como sínteses narrativas dos depoimentos. O propósito foi compreender processos que facilitam o acesso em saúde por meio de um cenário representativo.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos éticos.

RESULTADOS

A partir das dimensões políticas, econômico-sociais, técnicas, organizacionais e simbólicas do acesso em saúde 10 estabeleceu-se as categorias empíricas: estruturação da rede de atenção, fortalecimento da gestão, qualificação da atenção, melhoria da estrutura dos serviços e aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença. Dentro de cada categoria identificou-se estratégias facilitadoras do acesso.

Estruturação da rede de atenção

Na dimensão organizacional do acesso, emergiu a categoria “estruturação da rede de atenção”, cujas estratégias apontadas foram “empoderamento e fortalecimento da Atenção Básica (AB)”, “organização dos fluxos de atendimento”, “fortalecimento da regulação local e regional”, “redução das barreiras geográficas de acesso” e “fortalecimento da avaliação de serviços de saúde”.

A estratégia “empoderamento e fortalecimento da AB” inclui a relevância do

Quadro 1 - Dimensões teóricas usadas para análise do acesso aos serviços de atenção cardiovascular no DRS XV, categorias empíricas e estratégias identificadas:

Dimensões	Categorias	Estratégias
Organizacional	Estruturação da Rede de Atenção	Empoderamento e fortalecimento da AB
		Organização de fluxos de atendimento
		Fortalecimento da regulação local e regional
		Redução das barreiras geográficas de acesso
Política	Fortalecimento da gestão do SUS	Fortalecimento da avaliação de serviços de saúde
		Qualificação e continuidade da gestão municipal
		Comprometimento e cooperação da gestão estadual
Técnica	Qualificação da atenção	Institucionalização da educação para a saúde
		Garantia de resolubilidade da atenção
Econômico-social	Melhoria da estrutura dos serviços	Provimento de recursos necessários à atenção à saúde.
Simbólica	Aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença	Não relatado

Fonte: própria dos autores (2021)

apoio técnico de articuladores e apoio matricial, para sua qualificação: “Tem os articuladores de atenção básica que atuam junto com os municípios no sentido de organizar a assistência em saúde, a atenção básica dentro de cada município e de acordo com cada realidade”. RM1-1

“A gente está trabalhando a alta qualificada (...) o hospital está com uma proposta de matriciamento com a atenção básica (...), tem dois representantes de cada município, o hospital tem contato com esses profissionais para avançar nas ações relativas à alta.” RM1-2 “A porta de entrada é a atenção básica, que tem

que estar especializada, tem que estar capacitada. Se você não tem essa capacitação, enterra toda a rede” RM1-2

Na estratégia “organização de fluxos de atendimento”, as falas evidenciam a relevância das diretrizes técnicas e protocolos assistenciais, bem como da referência e contrarreferência: “Os municípios têm tentado se adequar para a implantação das linhas de cuidado, adotando protocolos para solicitação de exames”. RM1-1 “No DRS, o que foi muito positivo foi o protocolo que o AME elaborou. Antes o paciente ia para o AME, queimava a primeira consulta e, depois que ele ia, voltava para fazer os exames. Agora ele só é encaminhado de acordo com alguns critérios e com relação de exames”. GM18-1 “Os médicos do AME mandam contrarreferência para os municípios, e os nossos médicos vêem o que foi feito, tudo guardado no prontuário do paciente.” RM11-2

Na estratégia “fortalecimento da regulação local e regional”, identifica-se a importância da implantação desses serviços para potencializar o acesso: “Logo que foi se falando em regulação, já implantaram no sistema aqui dentro, então facilitou demais o serviço, facilitou muito” RM20-2 “A gente fez um trabalho para implantação de um grupo de regulação municipal para minimizar a fila real. Porque muitas vezes tinham 200 pacientes, mas daqueles 200 pacientes muitos já fizeram, muitos não tinham mais necessidade, encaminhamentos errados também”. RM1-2 “Todo mês é feita uma planilha com a demanda reprimida do município. A regulação manda a demanda reprimida de cada especialidade para eles fazerem uma avaliação, ver o que está sobrando, para ver se conseguem mudar” GM8-1

Na perspectiva da estratégia “redução das barreiras geográficas de acesso”, considerar a distância para o processo de pactuação de referências pode ser entendido como uma ação para redução dessas barreiras: “Se de repente a gente conseguisse os exames mais próximos seria melhor, porque às vezes você encontra

um paciente que tem resistência para ir para uma cidade mais longe.” GM7-1

Na estratégia “fortalecimento da avaliação de serviços de saúde”, identificou-se a relevância da avaliação e do monitoramento para o acesso em saúde: “Ação para potencializar é o monitoramento e a avaliação. As ações que funcionam a gente sabe, mas se não monitorar e avaliar, elas não acontecem.” GM12-1

Fortalecimento da gestão

Na dimensão política, emergiu a categoria “fortalecimento da gestão”, cujas estratégias apontadas foram “qualificação e a continuidade da gestão” e “comprometimento da gestão estadual”.

Sobre a estratégia “qualificação e continuidade da gestão”, identificou-se a relevância da gestão técnica e qualificada: “Falta muita capacitação... Muda-se o gestor e muitas vezes não são gestores da área. Quando aprendem o que é saúde, o que é SUS, são trocados novamente. Então a dificuldade aqui na região é de fazer as redes com essa mudança de gestor, baixa capacitação de gestor.” RM1-2

Em relação a estratégia “comprometimento da gestão estadual”, evidenciou-se o papel de coordenação do DRS na organização da rede regional, principalmente no que se refere à gestão de prestadores: “O DRS tem feito um bom trabalho com os prestadores! Tem um bom levantamento das dificuldades da região para levar aos prestadores. Inclusive, temos em reunião de CIR, o AME vindo prestar contas do que tem feito. Isso foi um ganho muito grande”. GM4-1 “No DRS eles tentam nos auxiliar e isso daí é o que tem de positivo”. RM2-2

Qualificação da atenção

Na dimensão técnica do acesso, emergiu a categoria “qualificação da atenção” cujas estratégias apontadas foram: “institucionalização de educação para a saúde” e “garantia da resolubilidade da atenção”.

Para “institucionalização de educação para a saúde”, o aprimoramento profissional foi evidenciado: “A gente vem

tentando ampliar cada vez mais a capacitação desses profissionais, para garantir acompanhamento.” GM9-1

Em relação à “garantia da resolubilidade da atenção”, ter serviços resolutivos foi bastante destacado pelos participantes: “O paciente da estratégia da família é muito bem assistido” RM12-2 “Tem um AME que funciona”. GM6-1 “A rapidez da emergência cardiológica é muito grande.” RM10-2

Melhoria da estrutura dos serviços

Na dimensão econômico-social do acesso emergiu a categoria “melhoria da estrutura dos serviços”, que compreendeu a estratégia “provimento de recursos necessários à atenção à saúde”, na qual incluíram-se os recursos físicos, como serviços e sistemas de informação em saúde; capital humano, em especial a importância da fixação de profissionais e recursos materiais/equipamentos necessários. “Acredito que a oferta de serviço na região colabora também para organizar melhor a rede” RM1-5 “Hoje é tudo encaminhado via sistema, facilita muito porque antigamente tinha que ir via pasta, às vezes voltava sem agendar. RM7-1 “O município está tentando fazer captação para fixar profissional” RM1-5 “Que facilita é termos uma sala de emergência muito bem montada”. GM16-1

Aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença

Na dimensão simbólica do acesso, emergiu a categoria “aspectos culturais relacionados ao processo saúde-doença”, a partir do reconhecimento da implicação dos fatores culturais no acesso à saúde, conforme os depoimentos: “A gente tem algumas dificuldades em mudar os hábitos. Nós temos grupos de hipertensos e percebemos que é uma mudança de paradigma ter uma alimentação saudável, fazer exercício... Eu acho esse o maior complicador”. GM4-1 “O homem não quer tomar o remédio porque ele quer ir ao bar. Geralmente o que mais acontece é que essas pessoas têm AVC, uma das maiores causas na unidade”.

RM14-2

Para essa dimensão, não houve, nas falas dos participantes, elementos que pudessem indicar estratégias e nem mesmo ações propositivas. Mesmo assim, considera-se que o resultado pode fomentar uma reflexão, que perpassa a percepção e o olhar de cuidado e de integralidade em saúde. As hipóteses para a ausência de proposições podem advir das características dos participantes desse estudo – profissionais com foco em gestão, que muitas vezes têm pouca interface com a assistência ao usuário. Mas também podem advir de um conceito de cuidado que não valoriza a centralidade e a autonomia dos sujeitos.

DISCUSSÃO

No sistema de saúde brasileiro, o termo “Atenção Básica” (AB) é utilizado como sinônimo de Atenção Primária à Saúde, sendo entendida como elemento essencial para a organização e articulação das RAS, atuando como porta de entrada preferencial do sistema, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença².

A expansão e qualificação dos serviços de APS favorece a ampliação do acesso na medida em que promove a detecção de condições de saúde que demandam articulação e organização de toda a rede de atenção², uma situação desafiadora para o sistema de saúde, tendo em vista que ainda há uma fragilidade da APS tanto em se constituir como porta de entrada preferencial no sistema, quanto em oferecer uma atenção à saúde resolutiva⁷⁻⁸.

O empoderamento da APS está intrinsecamente relacionado ao aumento da sua capacidade resolutiva¹⁵, de modo que a desigualdade de acesso e de qualidade nesse ponto de atenção cria inúmeras dificuldades para o desenvolvimento do restante do sistema¹⁶.

A capacidade resolutiva da APS pode ser potencializada a partir de ações qualificadoras do cuidado. Dentre essas

ações, pode-se destacar o trabalho dos articuladores da atenção básica, profissionais vinculados à SES-SP, que têm como atribuição auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços¹⁷ e também o apoio matricial, ferramenta

**[...] é pertinente
compreender os
fatores relacionados**

**ao acesso em
saúde, em especial,
para a atenção
cardiovascular, a fim
de fornecer subsídios
para o planejamento
em saúde, dado o
elevado aporte de
recursos que esses
agravos requerem.**

que favorece a construção de conhecimentos da equipe de APS por meio de suporte da equipe de apoio¹⁸.

A organização de fluxos de atendimento também pode influenciar no acesso à saúde. O arranjo dos fluxos de

atendimento relaciona-se diretamente aos processos de atenção à saúde, com destaque para o modelo de atenção inadequado à realidade local, a falta de priorização de riscos, de definição de protocolos e de implantação de linhas de cuidado, bem como do acompanhamento deficiente das condições crônicas¹⁶.

No que se refere à assistência à saúde, o processo de trabalho deve ser voltado para instituir gestão do cuidado e não a fragmentação da assistência, que pode trazer implicações negativas ao acesso². Além disso, considera-se que a integralidade da atenção não se esgota em um único serviço ou região de saúde. O principal elemento para a integração dos serviços e/ou redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência⁸.

Também a estratégia de fortalecimento da regulação local e regional é bastante consagrada para organização da rede de atenção. A regulação da atenção envolve processos como planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população¹⁹.

A regionalização da saúde é uma diretriz organizacional do SUS que busca ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, de modo a viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada, em qualquer parte do território, guiada por uma racionalidade sistêmica²⁰.

Essa “racionalidade” relacionada à área da saúde insere-se em um contexto macro dentro da administração pública, o princípio da eficiência, que dispõe sobre a alocação de recursos que maximizem resultados e minimizem custos, para garantir a sustentabilidade do sistema público de saúde¹¹.

A acessibilidade geográfica também pode ser entendida como balizadora do acesso, em especial em regiões muito distantes, com implicações tanto para o atendimento do usuário quanto para a gestão eficiente de recursos financeiros, impactando em gastos com o transporte sanitário de usuários¹¹.

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos servi-

ços de saúde propicia aos gestores as informações requeridas para a definição de meios de intervenção⁹. O monitoramento refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes, em tempo oportuno, para subsidiar tomada de decisão, encaminhamento de solução, redução de problemas e correção de rumos; sua operacionalização está prevista no SUS²¹.

A qualificação dos gestores tem sido um desafio recorrente, influenciado pela própria complexidade do setor de saúde e também por disputas políticas e ideológicas. A rotatividade de gestores municipais de saúde, a baixa autonomia nas decisões executivas, a qualificação insuficiente e a influência das políticas partidárias nos processos decisórios em políticas públicas são fatores que obstruem o fortalecimento da gestão do SUS²⁰. O gestor de saúde deve ter preparo e tempo para desenvolver as funções estratégicas que envolvam colocar os princípios do SUS em prática²².

O debate sobre regionalização em saúde tem ganhado profundidade, tanto pela consistência das experiências internacionais, quanto pelo direcionamento legal do arcabouço jurídico do SUS. A conformação de regiões e redes de saúde no Brasil se tornaram estratégias para lidar com a dimensão territorial, com a universalização do acesso à saúde e para o planejamento e gestão do sistema²³.

O estabelecimento da CIR como instância de cogestão no espaço regional constrói um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores, mecanismo para afirmar relações de corresponsabilidade na região de saúde. O aprendizado institucional fortalece a gestão e se apresenta como importante componente para construção da rede regionalizada²⁰.

Incorporar o ensino aos serviços de saúde é um dos enfoques da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cujo o foco central é a experiência dos trabalhadores, utilizando a realidade de cada serviço²⁴. Outra estratégia para aprimoramento profissional é a educa-

ção continuada, que atua para rever e recuperar conhecimentos e habilidades, além de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico, a fim de qualificar a atenção prestada²⁵.

A falta de treinamento e número insuficiente de trabalhadores de saúde é um limitador do acesso¹, assim como questões relacionadas à provisão de capital humano, em especial, à contratação de médicos nos pequenos municípios e naqueles mais afastados dos grandes centros¹⁶.

Em que se pese o diagnóstico do subfinanciamento crônico do SUS²⁶ é recorrente a apresentação de estudos que apontam para a má gestão do uso de recursos públicos²⁷, uma condição que impacta diretamente na alocação de recursos e serviços e, consequentemente, de acesso do usuário. Para além dessas questões, há que se mencionar a conjuntura político-econômica atual, que converge para uma política de austeridade fiscal, que certamente impactará no acesso²⁶.

Para finalizar, acredita-se que os serviços de saúde precisam promover uma intervenção centrada no usuário que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos. A autonomia, nesse contexto, não é simples liberdade de escolha, e, sim, a escolha consciente, dialogada e compartilhada. Nesse sentido, deflagra-se a corresponsabilização, ou seja, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual de fazer escolhas que promovam o cuidado¹.

CONCLUSÃO

Entende-se, a partir dos resultados, que o acesso em saúde é um tema complexo e multifacetado, que pode ser potencializado por meio da estruturação da rede de atenção, do fortalecimento da gestão, da qualificação da atenção, da melhoria da estrutura dos serviços e de um olhar sensível aos aspectos culturais da população.

Na região estudada, superpõe-se uma

série de fatores que impactam no acesso em saúde, dentre os quais, podem-se destacar a resolubilidade da APS, a organização de fluxos de atendimento, a regulação local e regional, as barreiras geográficas e também a necessidade de fortalecimento da avaliação dos serviços de saúde. Além disso, também denota a relevância de aspectos como a qualificação dos gestores e a continuidade da gestão, o fortalecimento de instâncias gestoras, a qualificação dos profissionais, a resolubilidade da atenção e o provimento dos recursos necessários à atenção à saúde.

Entende-se ser uma limitação do estudo não ter a participação de profissionais da assistência e usuários portadores de agravos cardiovasculares, por serem atores que poderiam contribuir com o resultado da investigação, em especial, no que se refere à dimensão simbólica do acesso. Porém, salienta-se que os achados obtidos contribuem para evidenciar aspectos que podem potencializar a regionalização.

Como contribuição, entende-se que investigar os aspectos implicados no acesso em contextos de redes regionalizadas traz indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde, em especial, no que se refere ao planejamento e organização do sistema de saúde, auxiliando a tomada de decisão de gestores em diferentes instâncias, o que pode ser especialmente relevante em cenários econômicos desfavoráveis, como o que se deflagra. Otimizar recursos que possam potencializar o acesso torna-se, portanto, uma tarefa virtuosa e necessária.

Por fim, vislumbra-se que os resultados desse estudo também trazem contribuições no âmbito da atenção em saúde, tanto para gestores, como para profissionais que atuam na assistência, instigando-os a refletir sobre possíveis estratégias de intervenções que possam qualificar o acesso em diferentes pontos da rede regional. Entende-se que o acesso qualificado pode ressignificar o cuidado e melhorar o atendimento às

necessidades de saúde dos usuários, amplificando proposições que favoreçam a integralidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq) pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev. Bras. Enferm.* 2015;68(2):333-8.
2. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018;23(2):431-6.
3. Sancho, LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJS. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017;22(4):1121-30.
4. Guimarães RM, Andrade SSCA, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FVL. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(2):83-9.
5. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acessado 2016 Set 26]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
6. Mansur AP, Favarato D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arq. Bras. Cardiol.* 2016;107(1):20-5.
7. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, Mendonça MHM, Medina MG, Viana ALD, Faustino MCR, Paula DB. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(4):1141-54.
8. Santos AM, Giovanella, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde debate.* 2016;40(108):48-63.
9. Chaves LDP, Jesus BJ, Ferreira JBB, Balderrama P, Tanaka OY. Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade. *Saude soc.* 2015;24(2):568-77, 2015.
10. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(11):2865-75.
11. Cirino, S, Gonçalves LA, Gonçalves MB, Cursi ES, Coelho AS. Avaliação de acessibilidade geográfica em sistemas de saúde hierarquizados usando o modelo de p-mediana: aplicação em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(4):e00172614.
12. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/Região de Saúde (CIR): 35155 [Internet]. São José do Rio Preto: Regional de Saúde de São José do Rio Preto; 2016 [acessado em 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>
13. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo Regional de Saúde de São José do Rio Preto [Internet]. São José do Rio Preto: Regional de Saúde de São José do Rio Preto; 2016 [acessado em 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec: São Paulo; 2004.
15. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev. Saúde Pública.* 2016;50:80.
16. Mendes JDV, Bittar OJNV. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba.* 2014;16(1):35-9.
17. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saude soc.* 2011;20(4):980-90.
18. Hoepfner C, Franco SC, Maciel RA, Hoepfner AMS. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saude soc.* 2014;23(3):1091-101.
19. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Healthcare regulation and equity promotion: The National Regulation System and the health access in a large municipality. *Saúde debate.* 2016;40(111):63-73.
20. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(4):622-31.
21. Carvalho ALB, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2017;21(60):23-33
22. Pinafo E, Domingos CM, Gimenez BC, Nunes EFPA, Bonfim MCB. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Espaço. saúde (Online).* 2016;17(1):131-7.
23. Albuquerque MV, Viana ALD. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde e Debate.* 2015;39(espec):24-34.
24. El Hetti LB, Bernardes A, Gabriel CS, Fortuna CM, Maziero VG. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. Eletr. Enf.* 2013;15(4):973-82.
25. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(3):847-52.
26. Ockê-Reis CO. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde debate.* 2017;41(113):365-71.
27. Nishijima M, Biasoto Jr G. Análise de eficiência técnica em saúde entre 1999 e 2006. *Planejamento e Políticas Públicas.* 2013;(40):45-65.