

---

# Política de Regionalização da Saúde

Por um SUS único no Estado de São Paulo

---



**IEPS**  
Instituto de Estudos  
para Políticas de Saúde

Secretaria de  
**Saúde**



**SÃO PAULO**  
GOVERNO DO ESTADO

# APRESENTAÇÃO

O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) é uma organização sem fins lucrativos, independente e apartidária, cujo único objetivo é contribuir para o aprimoramento das políticas públicas para a saúde no Brasil. A melhor maneira de alcançar o nosso propósito é por meio de políticas públicas baseadas em evidências, desenhadas, implementadas e monitoradas de maneira transparente – sempre buscando o apoio da sociedade.

O programa Redes<sup>1</sup> (Regionalização, Desenvolvimento e Saúde) é a iniciativa do IEPS criada para apoiar estados brasileiros no desenvolvimento de uma estratégia efetiva de integração e aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O programa visa o enfrentamento dos principais desafios políticos e administrativos das gestões públicas e é estruturado em três aspectos estratégicos: governança sólida, financiamento indutor e burocracia efetiva.

Desde julho de 2023, o IEPS e o estado de São Paulo somam esforços por meio de um Acordo de Cooperação Técnica que tem por objetivo auxiliar o planejamento estratégico, a execução e o monitoramento do processo de regionalização no estado, garantindo inteligência analítica e ampliando a capacidade de coordenação da saúde.

A **Política de Regionalização da Saúde: Por um SUS único no estado de São Paulo** foi elaborada com o objetivo de apoiar e fortalecer o Projeto de Regionalização da Saúde do estado – iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP) e apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O objetivo do documento é apresentar uma proposta de política pública, a ser submetida, avaliada e aprimorada, se necessário, pela Secretaria de Saúde.

O IEPS acredita que esta nota técnica pode atuar como documento disparador da efetivação de estratégias de integração e aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde no estado de São Paulo, por meio das diretrizes nele descritas.

---

<sup>1</sup> <https://ieps.org.br/redes-regionalizacao-desenvolvimento-e-saude/>

## PREFÁCIO

A política de regionalização da saúde aqui apresentada é resultado de um trabalho coletivo, profundamente comprometido com a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo. Por meio desta política, buscamos avançar na construção de um sistema de saúde mais integrado, equitativo e eficiente, garantindo acesso de qualidade para toda a população.

Este documento é produto do Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo, idealizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP) e do Ministério da Saúde, e nasce de um extenso processo de reflexão, estudo e debate, envolvendo profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e representantes de diferentes esferas governamentais. Ele reflete o compromisso do estado com a regionalização como estratégia central para a organização e gestão da saúde pública, sendo orientado pelos princípios de cooperação interinstitucional, integração, inovação e sustentabilidade.

A regionalização não é apenas uma dimensão técnica, mas um desafio político e social que demanda um esforço contínuo de articulação e fortalecimento da governança regional. Superar as disparidades históricas e promover uma gestão compartilhada e eficiente, ajustada às realidades locais, são metas essenciais desse processo.

A formulação desta política só foi possível graças à colaboração de muitas pessoas e instituições. Uma versão preliminar deste documento foi apresentada e discutida, no dia 04 de setembro de 2024, em reunião dedicada ao aprimoramento das diretrizes propostas. O documento foi cuidadosamente revisado e ajustado com base nas contribuições recebidas. Agradecemos especialmente à Priscilla Perdicaris, Geraldo Reple, Carmen Lavras, Ana Luiza Viana, Nelson Ibañeis, Julio Pedroza, Regiane Cardoso, Silvany Portas, Claudia Afonso, Tania Barbosa, Marilene de Souza, Suely Vallin, Glalco Cyriaco, Aniara Correa, Marilia Tristan, Luiz Maria, Daniela Guerra, Paulo Chapchap, Leonardo Rosa e Frederica Padilha, cuja participação foi fundamental e que, com suas análises e contribuições, enriqueceram os debates e as propostas aqui apresentadas.

Que este documento sirva como uma ferramenta valiosa na construção de um SUS mais forte e integrado em nosso estado, e que ele possa orientar ações concretas rumo a uma saúde pública mais justa e acessível a todos os paulistas.

# FICHA TÉCNICA

## Realização

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS  
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/SP

## Elaboração

Agatha Eleone - IEPS  
Arthur Aguilar - IEPS  
Beatriz Almeida - IEPS  
Mariana Carrera - FGVsaúde  
Renato Tasca - IEPS  
Renilson Rehem - OPAS  
Paulo Chapchap - IEPS

## Supervisão Técnica

Mariana Carrera - FGVsaúde  
Renato Tasca - IEPS  
Renilson Rehem - OPAS  
Paulo Chapchap - IEPS

## Revisão | Grupo Condutor Tripartite da Regionalização

*(Deliberação CIB nº15/2023)*

Adriana de Paula - 2ª Vice-Presidente do COSEMS-SP  
Carmem Guariente - 1ª Vice-Presidente do COSEMS-SP  
Claudia Afonso - Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em São Paulo - SEMS-SP  
Geraldo Reple - Presidente do COSEMS-SP  
Marilene de Souza - Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa - SEINP/SEMS-SP  
Galco Cyriaco - Coordenador de Regiões de Saúde - CRS/SES-SP  
Renilson Rehem - Coordenador do Grupo Condutor - OPAS  
Regiane Cardoso - Coordenadora de Controle de Doenças - CDD/SES-SP  
Silvany Portas - Coordenadora de Planejamento de Saúde - CPS/SES-SP  
Tania Barbosa - Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa - SEMS-SP

## Pesquisa e Dados

Gabriely Rangel - Dados pra ver  
Helena Arruda - IEPS  
Leonardo Rosa - IEPS

## Revisão Estilística e Normatização

Letícia Pires - IEPS  
Natasha Mastrangelo - IEPS

Apoio:



# SUMÁRIO

<b>HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS</b>	<b>6</b>
Primeiro ciclo - Década de 1990	7
Segundo ciclo - Anos 2000	7
<b>HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	<b>11</b>
1967 a 2022	11
2023: Programa de Regionalização da Saúde	14
<b>UMA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO PARA O ESTADO</b>	<b>17</b>
Por que uma política de regionalização de saúde para São Paulo?	17
Iniciativas disparadoras	18
<b>ANÁLISE DA SITUAÇÃO: PANORAMA MACRORREGIONAL</b>	<b>21</b>
Perfil populacional e desenho territorial	21
Suficiência em Atenção Primária em Saúde	24
Suficiência geral para média e alta complexidade e hospitalizações	28
Autonomia x Dependência - Média e Alta Complexidade	28
Autonomia x Dependência - Hospitalizações	29
Permanência x Atração - Média e Alta Complexidade	30
Permanência x Atração - Hospitalizações	33
Suficiência para procedimentos prioritários de média e alta complexidade ambulatoriais e hospitalares	35
Eficiência da disposição de Leitos Hospitalares	39
Capacidade institucional para gestão e governança regionalizada	47
<b>PREMISSAS</b>	<b>52</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>53</b>
<b>METAS</b>	<b>54</b>
<b>DIRETRIZES</b>	<b>56</b>
Diretriz A - Fortalecer a integração do SUS em âmbito macrorregional	57
Diretriz B - Direcionar recursos para fortalecer a regionalização da saúde	61
Diretriz C - Garantir a participação dos gestores e atores estratégicos na governança da rede macrorregional	63
Diretriz D - Fortalecer as capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde	66
Diretriz E - Estabelecer prioridades para a redefinição do perfil de oferta de acordo com as necessidades regionais	68
Diretriz F - Melhorar a eficiência da atenção ambulatorial especializada e hospitalar	70
Diretriz G - Integrar e regionalizar os sistemas de regulação assistencial	72
<b>OBJETOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA</b>	<b>75</b>
<b>Referências</b>	<b>76</b>

# 1 HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

A Regionalização da Saúde é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua concepção. A Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu artigo 198, estabelece a organização do sistema por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, tendo a descentralização como um de seus pilares.

O processo de implementação do SUS, com foco central na descentralização, adotou a municipalização como estratégia fundamental. Essa descentralização visava aproximar a gestão de saúde e os serviços oferecidos à sociedade, levando em conta suas especificidades e preferências, com o objetivo de fornecer respostas mais eficazes às suas necessidades. Esse processo foi acompanhado por uma significativa expansão da Atenção Primária à Saúde em todo o país, o que fortaleceu a estrutura geral do SUS.

O objetivo da regionalização, em linhas gerais, é permitir uma maior coordenação de esforços entre entes da federação (grupos de municípios e governo estadual) para proporcionar facilidade de acesso aos serviços de saúde, assim como ganhos de eficiência na alocação de recursos. De acordo com o Decreto nº 7.508/2011, uma região de saúde pode ser definida como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

O processo de regionalização no Brasil no período pós Constituição Federal de 88 pode ser dividido em quatro fases, e se refere ao período que se estende de 1988 a 2015 (Servo et al. 2020). Sendo elas: (1) pré-regionalização: descentralização municipalista que tem início com a criação do SUS na CF/88 e se estende até o início dos anos 2000; (2) uma fase da regionalização normativa e instrumental, cujo marco é a NOAS 2001/2002 e se estende até 2006; (3) a regionalização cooperativa, cujo marco é o Pacto pela Gestão de 2006 e que se estende até 2011; e (4) regionalização por contrato, iniciada com o Decreto 7508 de 2011.

Buscando efetivar a regionalização no país, observam-se dois grandes ciclos, o primeiro ciclo envolvendo a década de 90, voltado ao incremento da descentralização com foco nos municípios, e o segundo, já nos anos 2000, com maior ênfase numa estratégia federal de regionalização, de forma a superar os entraves advindos das grandes desigualdades na oferta de serviços, porém de pouco impacto na organização funcional do sistema (Lima et al., 2012).

## Primeiro ciclo - Década de 1990

Fortalecimento da descentralização com foco nos municípios  
(Rehem et al., 2023)

**1990: Lei Orgânica da Saúde 8080,** regulamenta o SUS e as atribuições de cada ente federativo;  
**e Lei 8142,** estabelece os mecanismos de participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos conselhos e conferências de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros;

**1993: Norma Operacional Básica,** amplia o processo de municipalização e habilita municípios em modalidades de gestão incipiente, parcial e semiplena; cria a transferência financeira regular e fundo a fundo; cria as Comissões Intergestores bi e tripartite e define o papel dos estados, ainda que de forma frágil;

**1996: Norma Operacional Básica,** dá ênfase na municipalização no financiamento e nos mecanismos de gestão, definindo papéis e responsabilidades de cada esfera de governo, caracterizando responsabilidades sanitárias;

**Fonte:** Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional n. 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

## Segundo ciclo - Anos 2000

Modelo federal de regionalização  
(Rehem et al., 2023)

**2001 e 2002: Normas Operacionais da Assistência 01 e 02**, que: (01) promoveu a regionalização estabelecendo as regiões de saúde, as diretrizes para a hierarquização da rede de serviços de saúde e fortaleceu a atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde; e (02) estabeleceu as diretrizes para a organização das ações de

média e alta complexidade no SUS, definiu critérios para a habilitação de municípios e estados na gestão de serviços de média e alta complexidade e buscou aprimorar a regionalização para ampliar a equidade no acesso a serviços de saúde (Brasil, 2001, Brasil 2002).

**2006: Portaria N° 399 GM/MS, do Pacto pela Saúde;** enfatiza o disposto na Constituição Federal de 1988 e Lei n° 8080/90, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizando os serviços das regiões de saúde e fortalecendo o SUS de acordo a três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

**2010: Portaria n° 4.279 GM/MS:** introduziu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito nacional, estabelecendo diretrizes para a sua estruturação nas regiões de saúde. As RAS visam integrar os serviços de saúde a partir de uma organização regionalizada e hierarquizada, orientada pela necessidade de cuidado contínuo, acessível e de qualidade para a população.

**2011: Decreto N° 7.508 de 2011** lança uma série de inovações: o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), um acordo entre os três gestores com responsabilidades, indicadores e metas para o provimento de serviços de saúde; a região de saúde passa a ser definida com maior precisão; é criado um rol de ações e serviços mínimo a ser ofertados pela região de saúde

**2017-2019: Resoluções CIT (N° 23; N° 37 N° 44)** estabeleceram diretrizes para os processos de Regionalização, mediante o Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e definiram posteriormente os mecanismos de governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.

**Fonte:** Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional n. 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Contudo, as novas normas não parecem ter obtido os efeitos esperados, apresentando pouco impacto na organização funcional do sistema (Lima et al., 2012; Rocha et al., 2022). A ausência de incentivos ou sanções contribuiu para a baixa adesão dos gestores aos instrumentos normativos inovadores, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objetivo era firmar acordos intergovernamentais e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. No entanto, o COAP não foi implementado em escala nacional (Jaccoud & Meneses, 2020; Ouverney et al., 2017).

Além disso, a cooperação entre os entes federados, cada um com sua autonomia constitucional, revelou-se um desafio importante para a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente único e integrado. A construção de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde enfrenta dificuldades justamente pela falta de mecanismos claros que promovam essa cooperação intermunicipal e interestadual de forma efetiva. A autonomia dos entes federados, embora garantida pela Constituição, cria barreiras para a integração dos serviços e a organização de um sistema verdadeiramente regionalizado.

Uma segunda explicação para a baixa efetividade das medidas adotadas reside na falta de priorização política da regionalização por parte dos governos estaduais e federal (Moreira et al., 2017 & Viana et al., 2018). Em estados como São Paulo, essa situação é exacerbada pela grande heterogeneidade municipal, onde alguns municípios maiores e mais ricos acabam concentrando sob sua gestão serviços de saúde especializados e de referência regional. Esse fenômeno contribui para a fragmentação do sistema, dificultando a articulação entre os municípios e enfraquecendo a capacidade de governança regional. Superar esse desafio exige um amadurecimento na governança regional, com maior colaboração entre os entes e a construção de mecanismos que equilibrem essa distribuição de serviços, facilitando o acesso de todos os cidadãos.

A descentralização trouxe consigo desafios adicionais, como a fragmentação do sistema de saúde, concebido como único, mas enfraquecido pela falta de clareza sobre o papel da gestão estadual. A municipalização gerou forte dependência dos municípios em relação ao governo federal, o que reduziu a capacidade dos estados de atuarem como articuladores e planejadores regionais do SUS (Yunes, 1999; Albuquerque, 2013). Essa dependência, somada a um excesso de burocracia que rege as instituições públicas, dificulta tanto a articulação política quanto a integração das unidades operacionais, tornando o processo de cooperação regional mais complexo e lento.

Dos 645 municípios que compõem o estado de São Paulo, 285 possuem menos de 10 mil habitantes, correspondendo a 44,2% do total de municípios. Garantir o acesso equitativo a serviços especializados, muitas vezes concentrados

em grandes centros urbanos, é um desafio constante. Para superá-lo, torna-se essencial o fortalecimento das Redes Regionais de Atenção à Saúde, com mecanismos integrados de regulação, que assegurem a cooperação entre os municípios e facilitem o acesso de usuários a serviços especializados em outras regiões.

## 2

# HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

## 1967 a 2022

Observa-se que o estado de São Paulo possui uma tradição de movimentos em busca da regionalização, que remonta ao período anterior à criação do SUS. A primeira iniciativa nesse sentido foi a Reforma administrativa do serviço público estadual, conhecida como "Reforma Lesér", que ocorreu entre 1967 e 1985 e resultou na criação de 11 Diretorias Regionais de Saúde (DRS).

Posteriormente, na década de 1980, ainda antes da implementação efetiva do SUS, uma nova Reforma foi realizada, criando os 65 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) entre 1986 e 1994. Em 1995, durante o processo de implementação do SUS, uma reforma subsequente converteu os ERSA em 24 Diretorias Regionais (DIR), estendendo-se até 2006. A última reforma ocorreu em 2007, transformando as 24 DIR em 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS.

Ao longo do tempo, foram instituídas estruturas (como DRS, ERSA e DIR), voltadas à "desconcentração" da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP), tanto em seu papel de prestadora de serviços como, posteriormente, de gestora estadual do SUS. Embora essas estruturas tenham contribuído para a governança do processo de regionalização, elas não se configuram como elementos centrais ou constituintes desse processo, pois seu foco sempre foi descentralizar as atividades da SES-SP, mantendo-se vinculadas à lógica de prestação de serviços especializados.

Com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR-NOAS) entre 2001 e 2002, foram criadas 65 microrregiões, semelhantes às anteriores 65 ERSA. Embora esse movimento tenha sido uma referência técnica importante, seus efeitos práticos na organização e integração dos serviços de saúde foram limitados.

A seguir, estão descritas as principais ações e normativas do Estado de São Paulo, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) relevantes para o processo de regionalização do SUS Paulista:

### Reforma Lesér (1967-1985):

A Reforma Lesér foi um marco na organização do serviço público estadual em São Paulo. Ela visava modernizar e reestruturar a administração pública, incluindo a área da saúde. Uma das principais mudanças foi a criação das Diretorias Regionais de Saúde (DRS), que tinham como objetivo descentralizar a gestão da saúde no estado e promover uma maior integração entre os municípios dentro de uma mesma região.

### Fase "Pré-SUS" e Criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) (1986-1994):

Durante a fase pré-SUS, que antecedeu a implementação plena do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu a criação de 65 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Esses escritórios tinham como objetivo coordenar e articular as ações de saúde em nível regional, preparando o terreno para a implementação do SUS.

### Transformação dos ERSA em DIR (1995-2006):

Com a implementação do SUS, os ERSA foram transformados em 24 Diretorias Regionais (DIR), refletindo os esforços para adaptar a estrutura regional de saúde ao novo modelo de gestão. Essa mudança buscou fortalecer a regionalização da saúde e promover uma maior integração entre os serviços de saúde em nível local e regional.

### Plano Diretor de Regionalização (2007):

A Deliberação CIB nº 153 aprovou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de São Paulo em 2007, propondo a criação de 64 Regiões de Saúde e estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR). No entanto, apesar dessa iniciativa, houve dificuldades na efetiva implementação do PDR e na operacionalização das Regiões de Saúde.

### RRAS, RENAME, RENASE, COAP, Mapa Saúde (2011-2012):

Durante esse período, várias iniciativas foram implementadas visando fortalecer a regionalização da saúde em São Paulo e no Brasil. Isso incluiu a criação das 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública

(COAP) e o desenvolvimento do Mapa da Saúde, que visava identificar e mapear as necessidades de saúde da população.

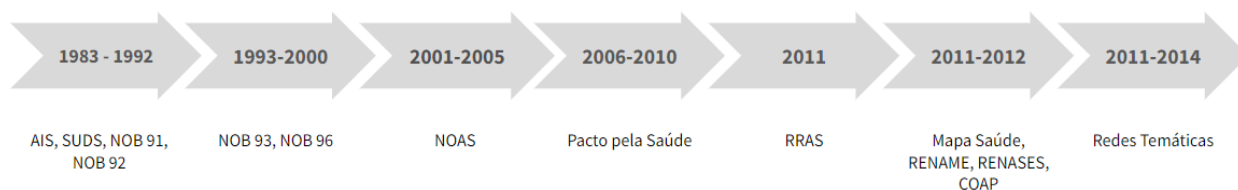
### Diretrizes e Estratégias para Estruturação da Atenção Básica (2012):

A Deliberação CIB nº 34 de 2012, aprova as Diretrizes e Estratégias para Estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo, tendo a regionalização como orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde.

### Redes Temáticas (2014):

Em 2014, foram instituídas as redes temáticas como estratégia de organização da atenção à saúde em São Paulo. Essas redes tinham como objetivo integrar ações e serviços em áreas específicas, como urgência e emergência, saúde mental, atenção básica, entre outras, promovendo uma maior articulação entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde.

**Figura 1 - Resumo do processo de descentralização da gestão estadual do SUS-SP**



**Fonte:** Adaptado de Descentralização, Regionalização e instâncias intergovernamentais no SUS (2011)

Outro aspecto relevante para o processo de regionalização no estado de São Paulo foi a criação de serviços estaduais com uma lógica regional, como os Hospitais Regionais, os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMES) e a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Esses serviços foram pensados para organizar e otimizar o acesso da população a cuidados especializados e de alta complexidade dentro de uma perspectiva regional.

Além disso, o estabelecimento das Linhas de Cuidado, que visavam organizar os fluxos de atenção dentro das regiões, também foi uma iniciativa importante no sentido de estruturar o atendimento de forma integrada. Adicionalmente, um grande projeto da SES-SP envolveu o apoio de universidades ao processo de regionalização.

Em 2018, mediante a regulamentação do Planejamento Regional Integrado (PRI), os territórios das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) foram reafirmados pela CIB-SP como as macrorregiões do estado. É importante destacar

que o termo "RRAS" se refere a um conjunto de serviços distribuídos nesses territórios macrorregionais, cuja pretensão é integrá-los em uma rede funcional e coordenada. Contudo, essa integração ainda não foi plenamente alcançada, sendo necessário um maior aprimoramento na articulação entre todos os serviços previstos nas RRAS.

A governança das RRAS/macrorregiões foi instituída em 2011 com a criação dos Colegiados de Gestão de Redes (CG Redes), compostos pelos DRS e por representantes municipais indicados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), sem caráter deliberativo. Inicialmente, esses colegiados atuaram na elaboração dos planos de ação das Redes Temáticas Materno-Infantil, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. No entanto, ao longo do tempo, esses espaços foram progressivamente assumindo um papel menos central na governança.

Em 2019, com o início das discussões e proposições referentes ao PRI, retomou-se a importância da instância de governança da RRAS/Macrorregiões, com atualização da denominação (Colegiado de Gestão Macrorregional), das atribuições, composição e obrigatoriedade de reuniões pelo menos a cada 3 meses. Estas atualizações estão publicadas na Deliberação CIB nº 101, de 20 de dezembro de 2019, que definiu as "Diretrizes para o Planejamento Regional Integrado (PRI) - Plano Regional".

Com relação à coordenação da regionalização, que é responsabilidade do gestor estadual, cabe citar que o processo de regulação assistencial (municípios, região de saúde, macrorregiões e estado), mesmo com relação a prestadores de referência regional ou macrorregional, é em parte municipal, conforme pactuação nos territórios.

## **2023: Programa de Regionalização da Saúde**

Em 2023, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), em parceria com o COSEMS/SP e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lança o Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo. A iniciativa tem como propósito promover ações para reorganizar a rede de ambulatórios especializados e hospitais, otimizando a distribuição dos serviços ofertados, garantindo que toda a população tenha acesso à Saúde sem a necessidade de grandes deslocamentos.

No âmbito do projeto, os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) assumem um papel estratégico na articulação regional com os municípios, visando à construção de uma rede regionalizada de serviços. O Governo de São Paulo estabeleceu que os ambulatórios médicos de especialidades e hospitais estaduais devem se adaptar às necessidades regionais, de modo a compor a RAS, em sua

organização. Além disso, a Regionalização da Saúde oferece a oportunidade de revisão do papel dos pontos de atenção da Rede, em especial dos hospitais de pequeno porte (com 50 leitos ou menos), de modo que possam contribuir de maneira eficaz para que a rede regional garanta à população o acesso a serviços de saúde oportunos e de qualidade.

Um dos pilares deste projeto é o fortalecimento da governança macrorregional e o reconhecimento da macrorregião como o espaço geográfico que deve possuir suficiência em termos de oferta para todos os níveis de atenção. Ou seja, cada macrorregião deve ser capaz de prover os serviços essenciais para toda a população residente. Este enfoque visa assegurar uma gestão eficiente e coordenada dos recursos de saúde, promovendo a integração dos serviços e a equidade no acesso. O principal resultado esperado desta iniciativa é que as pessoas não necessitem mais fazer grandes deslocamentos para realizar tratamentos, e as ações serão compartilhadas, com humanização e respeito, visando beneficiar a população paulista.

No dia 29 de março de 2023, a SES, por meio da publicação da Deliberação CIB Nº 15/2023, cria o Grupo Condutor Tripartite de Regionalização e aprova a composição de seus membros, com representantes da SES-SP e do COSEMS-SP, ampliando-a posteriormente para incluir representantes regionais do Ministério da Saúde. A primeira fase do Plano, cuja proposta foi apresentada e aprovada pelos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde no mês de abril de 2023, foi focalizada na realização de oficinas de trabalho de dois dias em cada Macrorregião do estado, com a participação do Grupo Condutor CIB, dos Representantes da(s) Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Sanitária (GVS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) e da Administração Central da SES, do Cosems SP, da Regulação Regional e municipal(ais), um representante de cada município da Região, além de mediadores estaduais e municipais e a participação inovadora de prestadores de serviços do SUS paulista, como um representante de cada Unidade Ambulatorial de Especialidades (AME) e outro de cada Hospital (independentemente de sua natureza).

A finalidade das oficinas foi de obter um diagnóstico da capacidade instalada em cada RRAS e de levantar os principais problemas e possíveis soluções da gestão regionalizada. Esta fase foi importante para sensibilizar os gestores sobre a relevância da regionalização para proporcionar ofertas de serviços coerentes com as necessidades da população residente e para conscientizá-los sobre os desafios que a integração dos serviços coloca para a gestão de saúde. As oficinas macrorregionais resultaram em importantes iniciativas, destacando-se a sensibilização dos participantes para o tema da regionalização da saúde. Durante as oficinas, foram realizados diagnósticos detalhados da situação de saúde, permitindo a identificação e a priorização dos principais problemas. Houve um

significativo engajamento dos atores envolvidos no processo de regionalização, facilitando a cooperação e a comunicação entre as partes. A partir desse engajamento e das análises feitas, foram definidas estratégias de enfrentamento para os problemas priorizados, estabelecendo um plano de ação conjunto e coordenado para as macrorregiões.

Com o lançamento da Política Nacional da Atenção Especializada (PNAES) por meio da Portaria GM/MS Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, que estabelece um conjunto de diretrizes para orientar a organização dos serviços de saúde especializados, com foco na articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e na promoção da regionalização; e da Portaria GM/MS Nº 3.492, de 8 de abril de 2024, que institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (PMAE) para operacionalizar a PNAES, novas regras de fomento à regionalização são implementadas no âmbito federal, assim como um novo modelo de financiamento da atenção especializada.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP) e os municípios do estado de São Paulo estão atentos às inovações e atualizações trazidas pela PNAES e pelo PMAE, reconhecendo seus impactos diretos na regionalização do SUS Paulista e em âmbito nacional. Dessa forma, compromete-se a considerar continuamente essas estratégias ao propor novas diretrizes nos contextos estadual e regional, reconhecendo a importância de uma governança integrada e participativa que envolva todos os atores do sistema de saúde. Assim, a melhoria da qualidade da assistência e a promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde permanecerão como prioridades centrais nas ações desenvolvidas pela SES-SP, sempre visando beneficiar a população paulista.

# 3

## UMA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO PARA O ESTADO

### Por que uma política de regionalização de saúde para São Paulo?

A Política de regionalização para o estado de São Paulo define abordagens, objetivos, diretrizes estratégicas e metas para impulsionar o processo de regionalização em todo o território paulista, visando garantir a efetiva implantação da regionalização da saúde e o acesso equitativo de todas as pessoas aos serviços da rede do SUS Paulista.

Para alcançar esse propósito, a política reconhece e leva em consideração as diferenças regionais existentes dentro do estado. Cada região e, conseqüentemente, cada macrorregião apresenta características e necessidades próprias em termos de desenvolvimento da rede de serviços de saúde e de governança regional. Portanto, as intervenções e reformas propostas atendem às demandas específicas da população usuária de cada uma dessas áreas.

Uma das preocupações centrais dessa política é a redução das desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde. Para abordar esse desafio, a política se baseará em uma avaliação periódica do grau de maturidade da regionalização em cada macrorregião. Essa avaliação considerará dois aspectos fundamentais:

**i) Suficiência do perfil assistencial e vulnerabilidade socioeconômica:** Isso inclui o acesso a uma APS bem organizada, bem como o acesso aos serviços de média e alta complexidade de qualidade, considerando as condições sociais e econômicas das populações de cada região;

**ii) Efetividade das ações de gestão e governança regional:** Isso abrange a coordenação entre os diferentes atores e instituições envolvidas na saúde em ações chaves, como a regulação assistencial, a alocação de recursos e a tomada de todas as decisões estratégicas que garantem uma atenção mais eficiente e centrada na pessoa.

Por isso, é essencial que as instâncias de gestão da macrorregião avaliem o grau de maturidade da regionalização nos seus territórios, visando identificar e estabelecer uma ordem de prioridades das ações a serem executadas para fortalecer as redes de atenção. Isso permitirá que a política impulsiona ações estratégicas do estado em torno de uma abordagem que enfatiza a reordenação

do perfil assistencial e o fortalecimento da governança regional e da gestão das RRAS.

Essas ações estratégicas serão fundamentais para promover uma distribuição mais equitativa e eficaz dos recursos e cuidados de saúde em todo o estado de São Paulo, contribuindo para a melhoria do acesso, da qualidade e da integralidade dos serviços de saúde para toda a população.

## **Iniciativas disparadoras**

A SES-SP propôs iniciativas disparadoras dessa Política: a criação do **Termo de Acordo e Compromisso de Gestão Regional da Saúde**; e do **Comitê Executivo de Governança das Redes Regionais de Atenção à Saúde**.

### **Termo de Acordo e Compromisso de Gestão Regional da Saúde:**

O Termo de Acordo e Compromisso de gestão regional da saúde entre a SES/SP e os 645 municípios que compõe São Paulo, com a interveniência do COSEMS/SP, teve por objetivo superar a fragmentação da rede assistencial observada nas RRAS do estado, por meio da formalização da cooperação técnica entre os gestores do SUS com vistas à organização e integração das ações e serviços de saúde. Os signatários se comprometem a integrar a regulação assistencial das ações e serviços de saúde das RRAS em um único sistema e realizar, quando necessário, a revisão de perfil assistencial das unidades de saúde (da rede própria e conveniadas), inicialmente com ênfase nos Hospitais de Pequeno Porte.

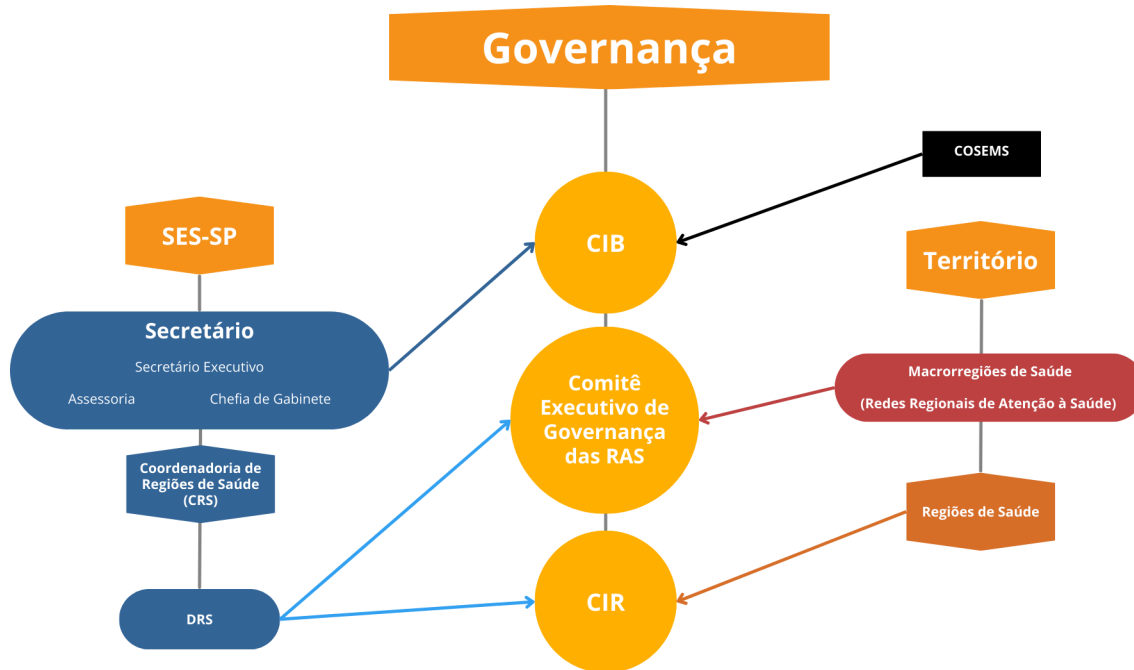
### **Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS)**

De natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), os Comitês Executivos de Governança das RAS, instituídos pela Deliberação CIB nº 87, de 06 de setembro de 2023, têm como atribuições: articular o acesso na macrorregião/RRAS à rede de atenção à saúde de média e alta complexidade; elaborar e manter atualizado o diagnóstico da capacidade instalada da Rede Regional de Atenção à Saúde, bem como dos seus fluxos de referência, contando com apoio, quando necessário, de grupos de trabalho; analisar as demandas assistenciais pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais – CIR de sua área de abrangência, bem como as propostas de fluxos de referência, compatibilizando-as com os recursos assistenciais existentes e as

pactuações com as demais macrorregiões/RRAS; com o objetivo de mitigar iniquidades de acesso à todos os usuários, avaliar o desempenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde e o cumprimento das pactuações; e monitorar o Planejamento Regional Integrado – PRI no âmbito das macrorregiões.

A partir da criação do CEGRAS, consideram-se, no estado de São Paulo, os seguintes espaços de governança da regionalização:

**Figura 2 - Espaços de governança da regionalização**



**Legendas:** SES-SP: Secretaria da Saúde do estado de São Paulo; CRS: Coordenadoria de Regiões de Saúde; DRS: Diretorias Regionais de Saúde; CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CIR: Comissão Intergestores Regionais; COSEMS: Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

Para evitar ambiguidades terminológicas e garantir que todos os envolvidos na regionalização compreendam claramente os conceitos e os utilizem de forma consistente e transparente, foi proposto, no quadro 1, a padronização dos termos utilizados nos espaços de governança e desenho territorial do SUS Paulista.

**Quadro 1 - Padronização de termos utilizados para os espaços de governança e desenho territorial da regionalização**

Espaços de governança	
<b>Estadual</b>	Termos utilizados: CIB - Comissão Intergestores Bipartite
<b>Macrorregional</b>	Termos utilizados: CEGRAS - Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde Termos descontinuados: CG Rede - Comitê Gestor da Rede
<b>Regional</b>	Termos utilizados: CIR - Comissão Intergestores Regionais Termos descontinuados: CGR - Colegiados de Gestão Regional
Desenho Territorial	
<b>Macrorregional</b>	Termos utilizados: Macrorregião de Saúde <i>Observação: As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM-MS nº 4.279, de 30-12-2010). O termo 'RRAS' (Rede Regional de Atenção à Saúde) denomina o arranjo organizativo das RAS no âmbito da macrorregião de saúde. Em suma, a macrorregião representa o desenho territorial, enquanto a RRAS representa o arranjo organizativo dentro desse mesmo território.</i>
<b>Regional</b>	Termos utilizados: Região de Saúde Termos descontinuados: Microrregião

**Nota:** Quaisquer deliberações ou normativas vigentes que utilizem terminologias descontinuadas a partir dessa política possuem igual validade, se não forem revogadas. Este quadro visa facilitar a comunicação e gestão, sem prejudicar a continuidade administrativa e operacional de quaisquer ações de saúde anteriormente pactuadas.

# 4

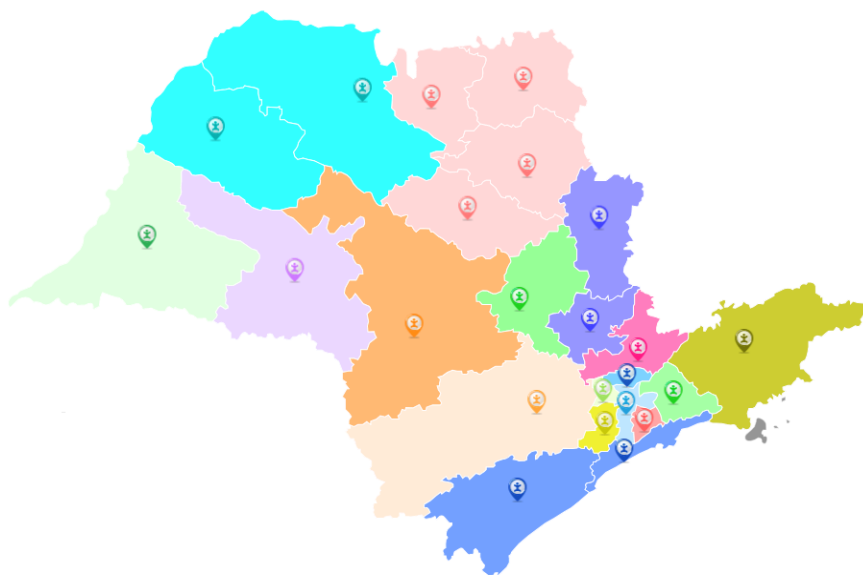
## ANÁLISE DA SITUAÇÃO: PANORAMA MACRORREGIONAL

### Perfil populacional e desenho territorial

O estado de São Paulo apresenta uma diversidade demográfica e geográfica significativa, influenciando diretamente a organização e a prestação dos serviços de saúde. Com uma população estimada em mais de 44 milhões de habitantes e distribuída em 645 municípios, São Paulo é o estado mais populoso do país e apresenta desafios singulares no que diz respeito à gestão da saúde pública.

Para promover uma melhor articulação dos serviços de saúde em todo o território estadual, foram estabelecidas as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Até fevereiro de 2024, São Paulo era composto por 17 RRAS, cada uma englobando diversos municípios e 63 microrregiões. Além disso, o estado estava dividido em 17 DRS, que funcionam como unidades descentralizadas da Secretaria de Estado da Saúde, atuando na coordenação das ações e na integração dos serviços de saúde em suas respectivas regiões.

**Figura 3 - Mapa das Redes Regionais de Atenção à Saúde e Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo, 2011**



<b>RRAS 1</b> DRS 1	<b>RRAS 2</b> DRS 1	<b>RRAS 3</b> DRS 1	<b>RRAS 4</b> DRS 1	<b>RRAS 5</b> DRS 1	<b>RRAS 6</b> DRS 1	<b>RRAS 7</b> DRS 4 e 12	<b>RRAS 8</b> DRS 16	<b>RRAS 9</b> DRS 6
<b>RRAS 10</b> DRS 9	<b>RRAS 11</b> DRS 11	<b>RRAS 12</b> DRS 2 e 15	<b>RRAS 13</b> DRS 3, 5, 8 e 13	<b>RRAS 14</b> DRS 10	<b>RRAS 15</b> DRS 7 e 14	<b>RRAS 16</b> DRS 7	<b>RRAS 17</b> DRS 17	

**Fonte:** Mapa Interativo - Divisão regional da cobertura do estado de São Paulo - COSEMS-SP, 2023, de acordo com desenho territorial definido pela Deliberação CIB/CPS nº 36, de 21 de setembro de 2011.

**Nota:** Nomenclatura dos DRS: DRS I - Grande São Paulo | DRS II - Araçatuba | DRS III - Araraquara | DRS IV - Baixada Santista | DRS V - Barretos | DRS VI - Bauru | DRS VII - Campinas | DRS VIII - Franca | DRS IX - Marília | DRS X - Piracicaba | DRS XI - Presidente Prudente | DRS XII - Registro | DRS XIII - Ribeirão Preto | DRS XIV - São João da Boa Vista | DRS XV - São José do Rio Preto | DRS XVI - Sorocaba | DRS XVII - Taubaté.

A partir dos resultados das oficinas macrorregionais, o reconhecimento das prioridades e o diagnóstico situacional baseado em dados secundários em cada Região de Saúde, conforme os critérios estabelecidos no Pacto pela Saúde (Portaria n. 399/GM/MS, de 22/02/2006), a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB SP, durante sua 342ª reunião ordinária, aprovou a **atualização do desenho territorial da Regionalização do Estado de São Paulo.**

A Deliberação CIB nº 30, de 08 de março de 2024 cria a 18ª macrorregião de saúde no estado de SP (RRAS 18), com o código 3535, composta por 3 regiões de saúde. São elas:

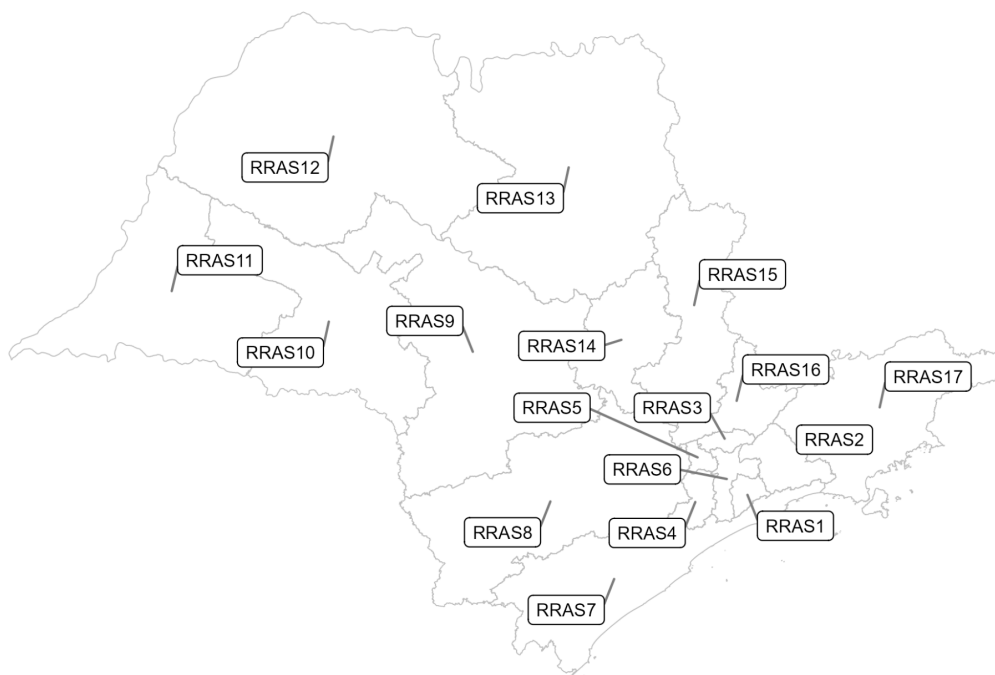
- Central Do DRS III - cód. 35031, anteriormente alocada na RRAS 13 (código 3530)
- Coração do DRS III - cód. 35032, anteriormente alocada na RRAS 13 (código 3530)
- Noroeste do DRS III - cód. 35033, composta pelos municípios das extintas Centro Oeste do DRS III, e Norte do DRS III, ambas anteriormente alocadas na RRAS 13 (código 3530)

Com essa atualização, o estado passa a contar com **62 Regiões de Saúde** e suas respectivas Comissões Intergestores Regionais – CIR, e **18 Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS.**

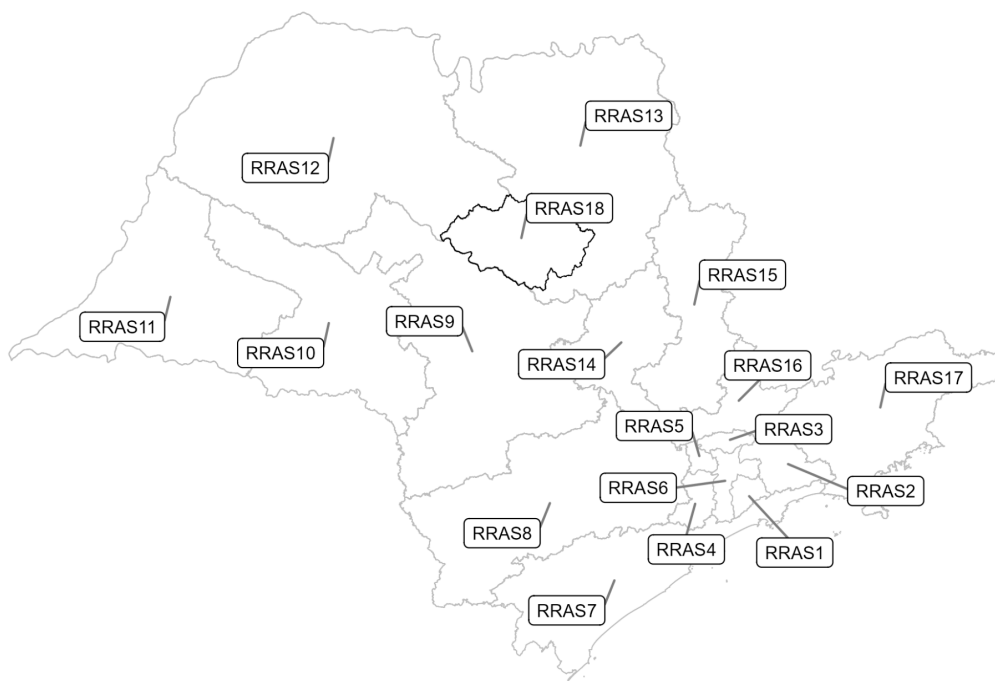
*A análise situacional deste documento está fundamentada em período de tempo anterior à atualização do desenho territorial da Regionalização do Estado de São Paulo. As conclusões apresentadas refletem as condições e contextos prévios a essa modificação, uma vez que as dinâmicas territoriais correspondem a esse período.*

**Figura 4 - Comparativo das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, 2016 e 2024**

**Mapa geral das RRAS, config. antiga**

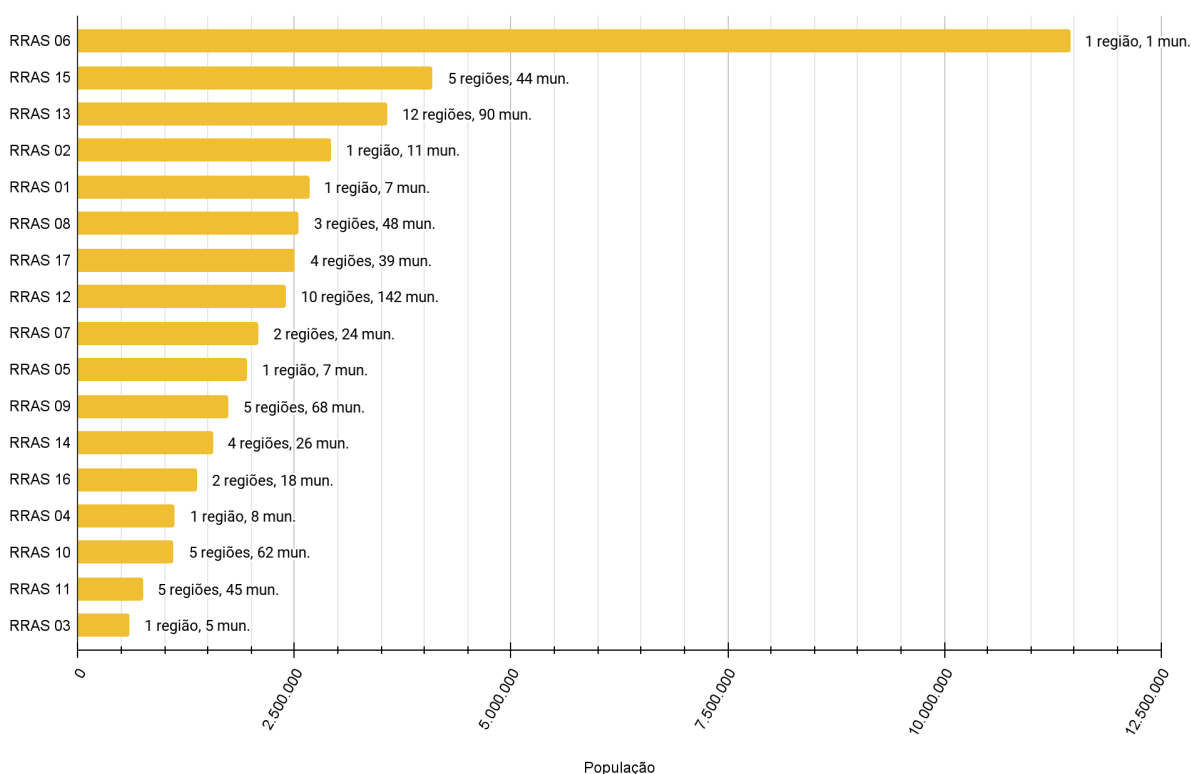


**Mapa geral das RRAS**



**Fonte:** Elaboração própria a partir da Deliberação CIB nº 11, de 22 de março de 2016, e da Deliberação CIB nº 30, de 08 de março de 2024.

**Gráfico 1 - Caracterização das macrorregiões do estado de São Paulo, 2022**



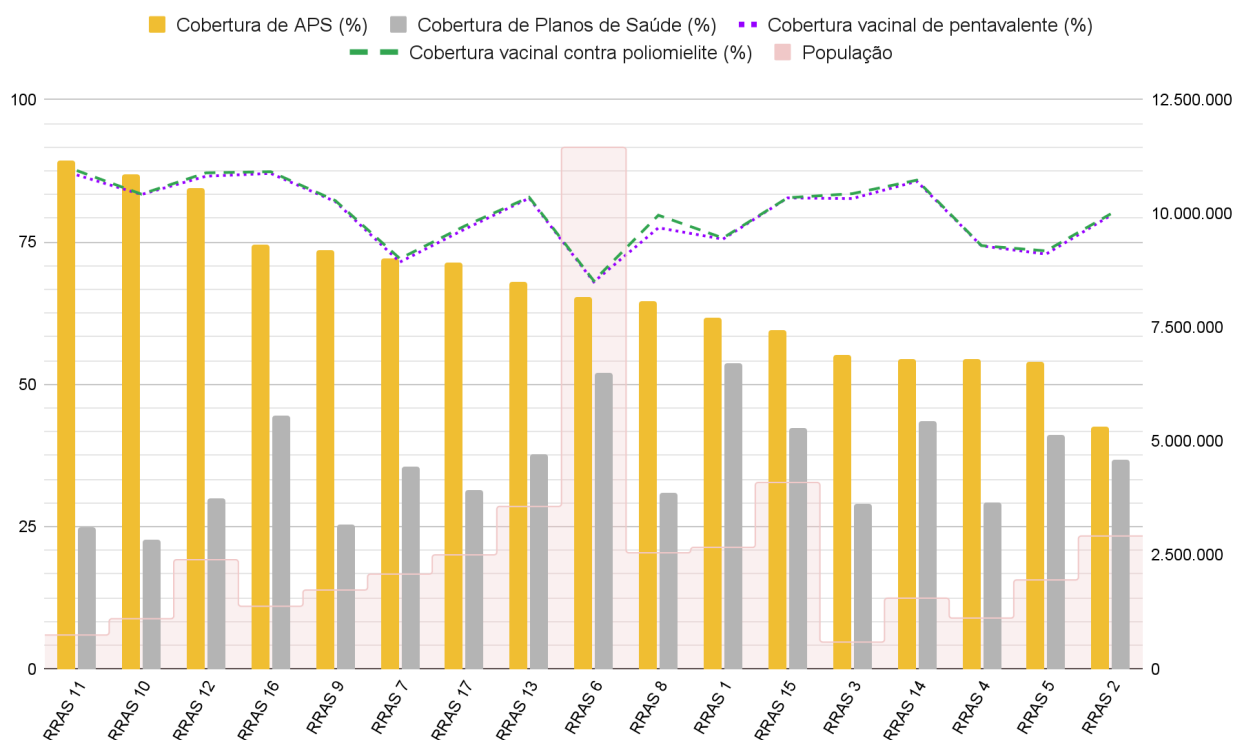
**Fonte:** Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), 2023. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

## Suficiência em Atenção Primária em Saúde

Investir na suficiência da APS significa assegurar que os municípios e regiões possuam uma rede resolutiva e capaz de oferecer uma atenção integral e contínua, não só reduzindo a demanda por serviços de média e alta complexidade, mas também promovendo uma atenção mais acessível, coordenada e centrada no usuário.

A seguir estão dispostos dados de cobertura de APS, coberturas de duas das principais vacinas do calendário nacional de vacinação do SUS, e dados de cobertura de planos de saúde do estado.

**Gráfico 2 - Percentual de cobertura de APS, percentual de cobertura de planos de saúde, percentual de cobertura vacinal de pentavalente, percentual de cobertura vacinal de poliomielite, 2022**



**Nota:** Eixo esquerdo representa percentuais de cobertura e eixo direito representa número de habitantes (população).

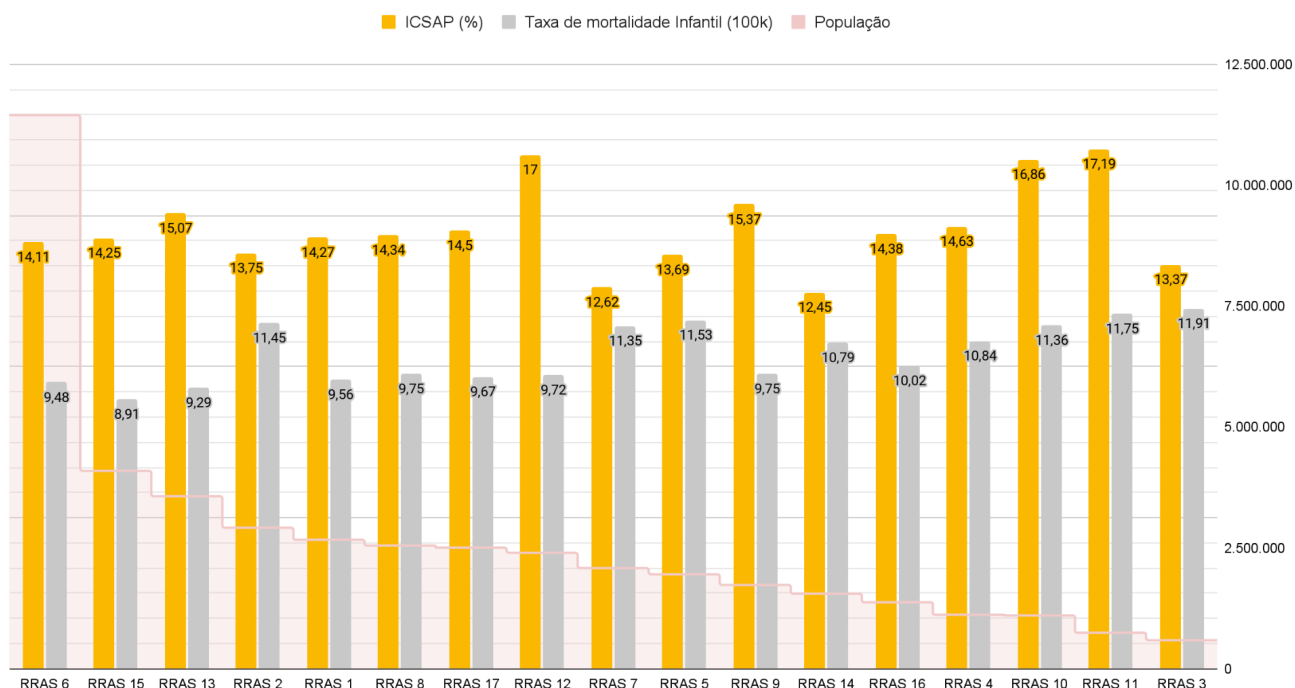
**Fonte:** e-Gestor AB; Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), 2022; Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2022.

Em relação à cobertura de APS (gráfico 2), os números revelam disparidades expressivas na disponibilidade e acesso aos serviços de saúde primários, variando de 42,60% a 89,23% a depender da RRAS. Da mesma forma, a cobertura de Planos de Saúde também apresenta ampla variação, com valores de 22,72% a 53,61%. É possível observar que a cobertura de planos de saúde é mais expressiva nas RRAS da região metropolitana de São Paulo (1 a 6) e nas RRAS 15 e 16 (DRS VII - Campinas), e a cobertura de APS é maior nas RRAS 11, 10 e 12.

A variabilidade entre a cobertura de APS e a cobertura de planos de saúde (gráfico 2) não apresenta relação inversamente proporcional. Entretanto, ao comparar ambas com a população residente, observa-se cobertura de APS mais alta nas regiões menos populosas fora da região metropolitana, e cobertura de planos de saúde mais alta na RRAS 6.

As coberturas vacinais (gráfico 2) para ambos os imunizantes demonstram uma faixa mais uniforme entre as RRAS, com valores relativamente consistentes em toda a extensão do estado, variando de aproximadamente 68 a 88% para ambos os imunizantes. Uma leve queda pode ser observada na RRAS 6, que pode estar associada ao tamanho da população residente.

**Gráfico 3 - Percentual de internações por causas sensíveis à APS do total de internações no mesmo período e taxa de mortalidade infantil (100 mil hab.), 2022**



**Nota:** Eixo direito representa número de habitantes (população).

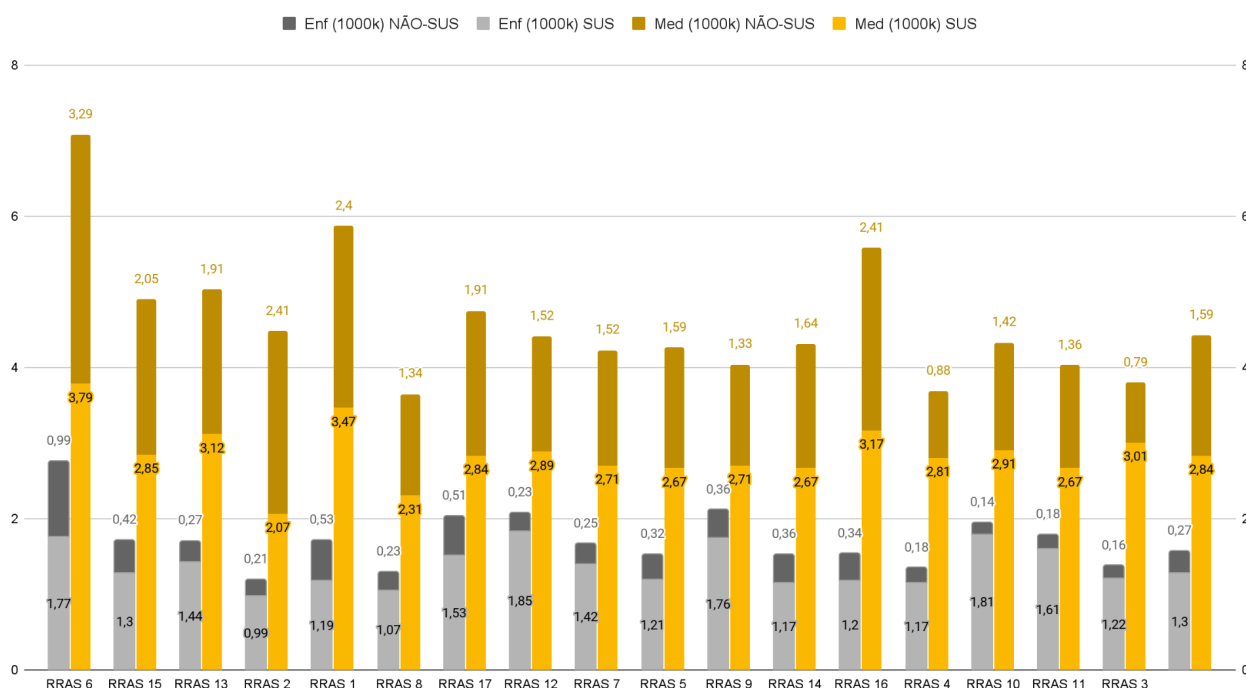
**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares do estado de São Paulo, 2022. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), 2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2022.

Os dados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (gráfico 3) apontam variação mais discreta – de 12,45% e 17,19% entre as diferentes RRAS do estado de São Paulo. No que diz respeito à taxa de mortalidade infantil (gráfico 3), em 2022 se observou uma variação de 8,91 a 11,91 mortes por 1000 nascidos vivos entre as RRAS. Essas variações podem apresentar relação com o nível de cobertura em APS das RRAS, entretanto, outros fatores devem ser considerados nesta análise, como a quantidade, qualificação e distribuição dos profissionais de saúde nos territórios; a qualidade e capacidade de serviços de saúde em todos os níveis de atenção; a presença de hospitais de menor porte; a eficiência da regulação assistencial; fatores socioeconômicos, como renda, educação, emprego e condições de moradia; o acesso a medicamentos; entre outros.

A Atenção Primária em Saúde é o nível de atenção que ordena o cuidado, e sua eficácia é fundamental para a coordenação e continuidade dos serviços de saúde, premissas essenciais para a concretização da regionalização do SUS.

O gráfico a seguir apresenta informações sobre os recursos humanos, mais especificamente, da taxa de médicos e enfermeiros por mil habitantes. Para fins de comparação, os dados apresentados se referem a profissionais atuantes no SUS e fora dele.

**Gráfico 4 - Número de médicos e enfermeiros por RRAS (taxa por 1000 hab.) SUS e não SUS, 2022**



**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022.

A capital paulista (RRAS 6) apresenta a maior taxa de médicos tanto do SUS quanto não-SUS por 1000 habitantes. No caso dos profissionais de enfermagem, a RRAS 6 também lidera com a maior taxa de enfermeiros disponíveis pelo SUS. Para as demais macrorregiões, a proporção de médicos do SUS varia entre 2,07 e 3,12 por 1000 habitantes, enquanto a taxa de enfermeiros oscila entre 0,99 e 1,85 por 1000 habitantes, com os valores mais baixos registrados na RRAS 2 e os mais altos na RRAS 12, respectivamente.

Um ponto relevante desta análise é que a proporção de enfermeiros atuando no SUS é significativamente superior à daqueles que trabalham fora do SUS em todas as macrorregiões. A menor variação está na RRAS 6, onde a taxa de enfermeiros não-SUS é de quase 1 por 1000 habitantes. No caso dos médicos, a diferença entre as proporções de SUS e não-SUS é menor. Destaca-se a RRAS 2, que no ano avaliado possuía 2,41 médicos por 1000 habitantes não-SUS e 2,07

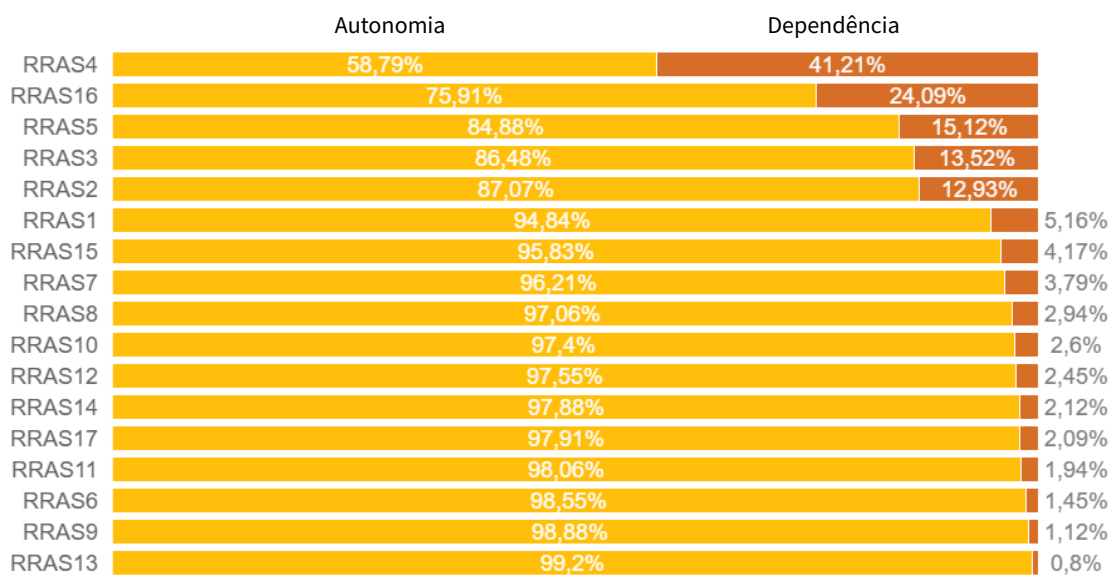
médicos por 1000 habitantes no SUS. Cabe ressaltar que o estado de São Paulo hoje conta com 3,57 médicos por 1000 habitantes, o que representa 26,7% do total de médicos do país<sup>2</sup>.

## Suficiência geral para média e alta complexidade e hospitalizações

### Autonomia x Dependência - Média e Alta Complexidade

A seguir, são apresentados dados de autonomia e dependência para cada RRAS do estado (Gráficos 5 e 6). Para fins de análise, entende-se por autonomia a razão de procedimentos / hospitalizações realizadas na própria RRAS de residência do usuário em relação ao total de procedimentos / hospitalizações realizadas. Por dependência, entende-se a razão de procedimentos / hospitalizações que ocorrem fora da RRAS de residência do usuário.

**Gráfico 5 - Percentual de autonomia e dependência das macrorregiões de acordo com total de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no ano de 2022**



**Nota:** Esta análise não discrimina grupos, subgrupos ou formas de organização dos procedimentos. Todo o rol de procedimentos ambulatoriais especializados está considerado, exceto aqueles realizados por residentes fora do estado de São Paulo.

**Fontes:** Sistema de Informações Ambulatoriais do estado de São Paulo, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

O gráfico 5 permite observar que as RRAS 1, 2, 3, 4 e 5, que fazem parte da região metropolitana de São Paulo, possuem alta dependência para a realização

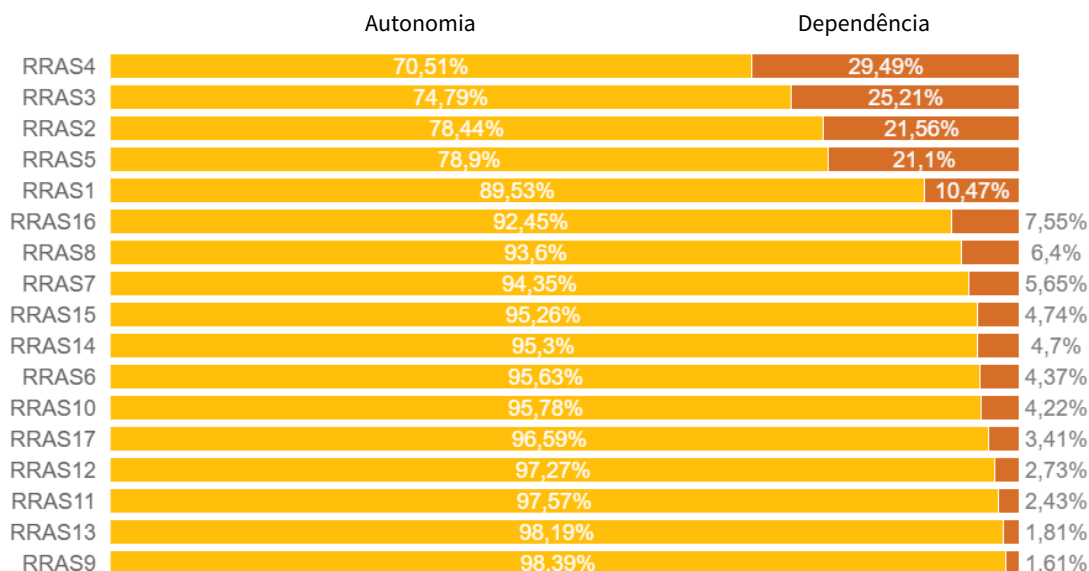
<sup>2</sup> Demografia Médica, 2023.

de procedimentos ambulatoriais especializados. Essa dependência pode ser atribuída à RRAS 6, que abrange a capital do estado, devido à maior concentração de serviços especializados e infraestrutura de saúde na capital.

Destacam-se também as altas dependências das RRAS 15 e 16, que englobam municípios da região metropolitana e das redondezas de Campinas, uma área com maior capacidade instalada e oferta de serviços especializados. Nas demais macrorregiões, a dependência global varia entre 0,8 a 5,16%.

## Autonomia x Dependência - Hospitalizações

**Gráfico 6 - Percentual de autonomia e dependência das macrorregiões de acordo com total de hospitalizações ocorridas no ano de 2022**



**Nota:** Esta análise não discrimina causas de internação ou rol de procedimentos hospitalares realizados. Todo o rol de procedimentos hospitalares está considerado, exceto aqueles realizados por residentes fora do estado de São Paulo.

**Fontes:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

As maiores dependências para hospitalizações concentram-se na região metropolitana da grande São Paulo, o que é compreensível, dado o maior volume populacional e a concentração de recursos de saúde nessa área. Com base nos dados apresentados, as maiores dependências também são registradas nas RRAS 1, 2, 3, 4 e 5. Isso mostra um importante fluxo migratório áreas periféricas em direção aos hospitais localizados no centro. Esse cenário é um desafio significativo que deverá ser abordado em colaboração pelas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) de todas as RRAS da região metropolitana de SP, com a

implementação das medidas indicadas no Termo de Acordo e Compromisso de Gestão Regional da Saúde, citado anteriormente.

## Permanência x Atração - Média e Alta Complexidade

Os gráficos e quadros a seguir apresentam a autonomia e a atração das RRAS. O percentual de autonomia define o quanto um usuário permaneceu na própria RRAS para realizar procedimentos ou ser hospitalizado no ano avaliado. O percentual de atração define o quanto usuários saíram de outras RRAS e foram atraídos para a RRAS analisada para realizar procedimentos ou ser hospitalizados, no mesmo período.

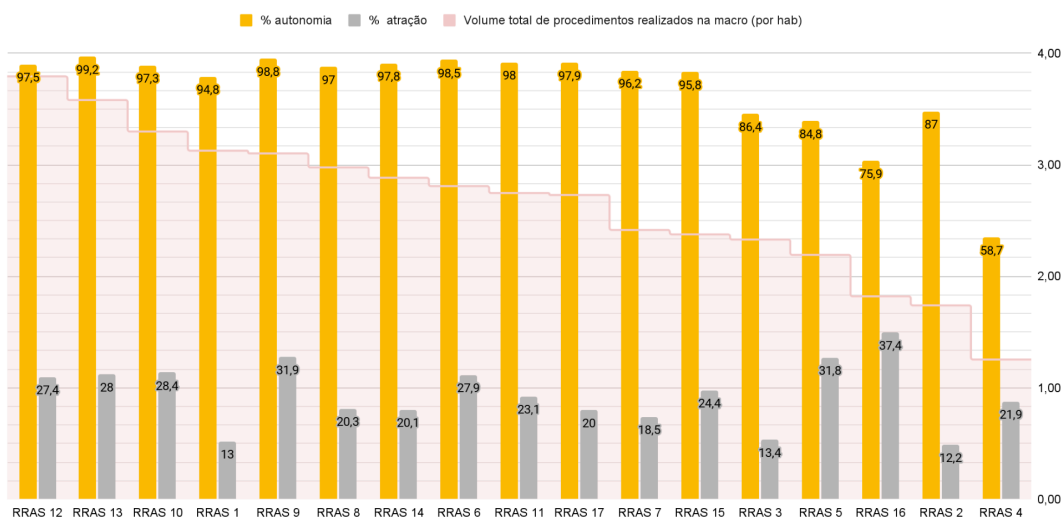
### Autonomia

$$\frac{\text{Volume de procedimentos realizados por residentes na macrorregião avaliada}}{\text{Volume de procedimentos realizados por residentes, independentemente do local}}$$

### Atração

$$\frac{\text{Volume de procedimentos realizados por não residentes na macrorregião avaliada}}{\text{Volume total de procedimentos realizados na macrorregião avaliada}}$$

**Gráfico 7 - Percentual de autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no ano de 2022**



**Nota:** Esta análise não discrimina grupos, subgrupos ou formas de organização dos procedimentos. Todo o rol de procedimentos ambulatoriais especializados está considerado, exceto aqueles realizados por residentes fora do estado de São Paulo. Dessa forma, procedimentos que geram atração podem ser diferentes dos que contribuem para a autonomia.

**Fontes:** Sistema de Informações Ambulatoriais do estado de São Paulo, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

**Quadro 2 - Autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no ano de 2022**

Macro	V.P.R. residentes na macro avaliada	V.P.R. não residentes na macro avaliada	V.P.R. total realizado na macro	
			N	por hab.
RRAS 12	6.607.161	2.495.355	9.102.516	3,79
RRAS 13	9.199.043	3.583.098	12.782.141	3,58
RRAS 10	2.606.509	1.035.604	3.642.113	3,30
RRAS 1	7.254.922	1.093.257	8.348.179	3,13
RRAS 9	3.659.580	1.719.025	5.378.605	3,10
RRAS 8	6.044.766	1.546.282	7.591.048	2,98
RRAS 14	3.579.208	904.601	4.483.809	2,88
RRAS 6	23.188.963	8.984.476	32.173.439	2,81
RRAS 11	1.575.078	475.435	2.050.513	2,75
RRAS 17	5.468.221	1.371.827	6.840.048	2,73
RRAS 7	4.099.169	934.315	5.033.484	2,42
RRAS 15	7.352.372	2.377.222	9.729.594	2,38
RRAS 3	1.192.777	185.594	1.378.371	2,33
RRAS 5	2.921.590	1.364.041	4.285.631	2,19
RRAS 16	1.568.437	939.696	2.508.133	1,82
RRAS 2	4.454.765	622.210	5.076.975	1,74
RRAS 4	1.093.376	308.243	1.401.619	1,25

\*V.P.R. = volume de procedimentos realizados

**Nota:** Esta análise não discrimina grupos, subgrupos ou formas de organização dos procedimentos. Todo o rol de procedimentos ambulatoriais especializados está considerado, exceto aqueles realizados por residentes fora do estado de São Paulo. Dessa forma, procedimentos que geram atração podem ser diferentes dos que contribuem para a autonomia.

**Nota:** A análise do volume de procedimentos realizados por habitante considera o volume total de procedimentos realizados na macrorregião, somando os realizados por residentes e não residentes. Este total é dividido pelo número de residentes da macrorregião avaliada. É importante destacar que este cálculo inclui os procedimentos realizados por não residentes na RRAS e exclui os procedimentos realizados por residentes fora da RRAS, o que pode gerar uma distorção marginal dos dados.

**Fontes:** Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

O gráfico 7 e o quadro 2 compartilham informações de mesma fonte. Enquanto o gráfico 7 permite uma comparação dos percentuais de autonomia e atração para procedimentos ambulatoriais especializados, o quadro 2 oferece uma análise dos mesmos dados em termos de volume absoluto. É evidente a presença de disparidades significativas no número de procedimentos realizados por habitante entre as diversas RRAS.

Um aspecto importante ao analisar a autonomia e atração está na oportunidade de definir a "homogeneidade" de cada RRAS, ou seja, verificar a existência de regiões desfavorecidas ou que se destacam da média da RRAS - que

ficam pouco visíveis devido à mescla de dados com as outras regiões da RRAS. Por meio dos dados das oficinas macrorregionais, cada RRAS tem a capacidade de identificar as regiões consideradas mais frágeis em termos de permanência e, com base nessa análise, desenvolver mecanismos para mitigar lacunas assistenciais específicas. Em suma, indicadores que avaliem a variância da taxa de permanência entre regiões de uma mesma RRAS podem ser úteis para avaliar a maturidade da regionalização.

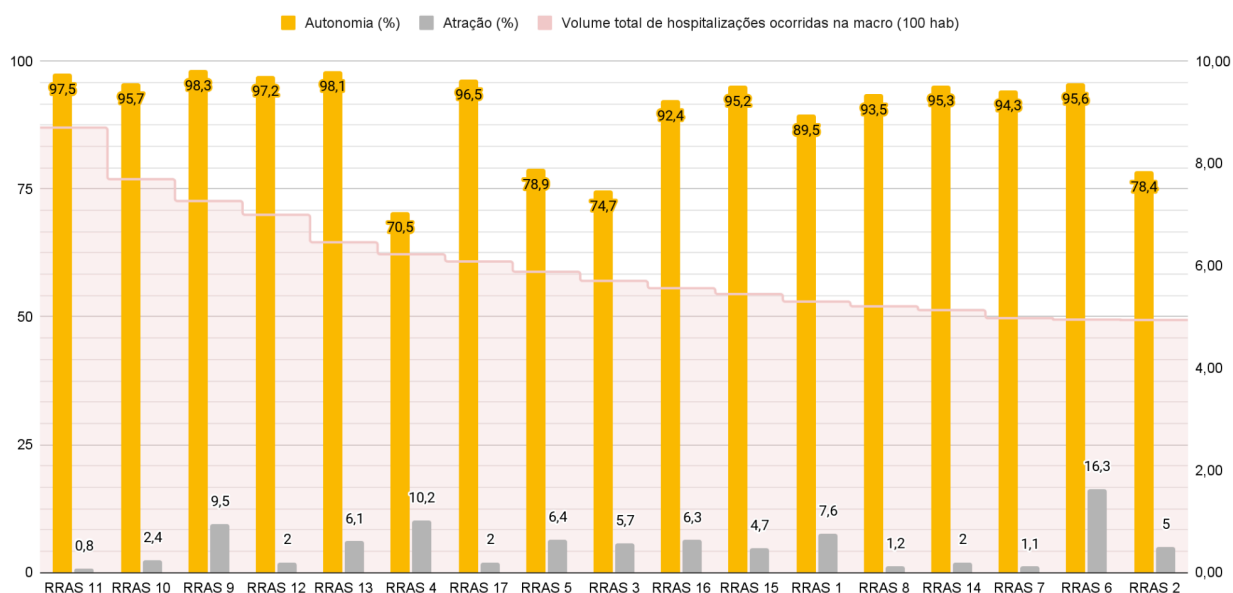
As colunas de totais por habitantes (quadros 2) proporcionam uma proxy, ou indicador indireto, que combina capacidade instalada e demanda de serviços, e embora os dados das RRAS metropolitanas pareçam mais difíceis de avaliar, as disparidades são evidentes no restante do estado.

Os resultados evidenciam diferenças substanciais, destacando que a RRAS mais eficiente realiza aproximadamente o dobro dos procedimentos em comparação com a de menor desempenho. Este indicador revela nuances não captadas pelos indicadores de autonomia/dependência e pode ser crucial para avaliar a maturidade da regionalização.

No que diz respeito à atração, é fundamental investigar a existência de serviços especializados específicos em cada macrorregião que justifiquem esses números. No entanto, importa destacar que macrorregiões com capacidade limitada de oferta de procedimentos por habitante, que ainda assim atraem uma quantidade considerável de usuários, demandam uma avaliação mais aprofundada.

## Permanência x Atração - Hospitalizações

**Gráfico 8 - Percentual de autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de hospitalizações ocorridas no ano de 2022**



**Nota:** Esta análise não discrimina causas de internação ou rol de procedimentos hospitalares realizados. A análise trata de hospitalizações ocorridas no período avaliado, exceto aquelas ocorridas para residentes das RRAS fora do estado de São Paulo. Dessa forma, as causas de internação que geram atração podem ser diferentes das que contribuem para a autonomia.

**Fontes:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

**Quadro 3 - Autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de hospitalizações ocorridas no ano de 2022**

Macro	V.H.R. residentes na macro avaliada	V.H.R. não residentes na macro avaliada	V.H.R. total realizado na macro	
			N	100 hab.
RRAS 11	63.365	517	63.882	8,70
RRAS 10	81.338	2.007	83.345	7,69
RRAS 9	123.931	13.036	136.967	7,26
RRAS 12	163.286	3.376	166.662	7,00
RRAS 13	226.328	14.800	241.128	6,46
RRAS 4	49.068	5.603	54.671	6,22
RRAS 17	147.218	3.140	150.358	6,08
RRAS 5	90.708	6.297	97.005	5,88
RRAS 3	25.227	1.529	26.756	5,70
RRAS 16	70.801	4.782	75.583	5,56
RRAS 15	212.400	10.620	223.020	5,45

RRAS 1	126.618	10.509	137.127	5,30
RRAS 8	124.216	1.531	125.747	5,20
RRAS 14	76.037	1.615	77.652	5,13
RRAS 7	97.760	1.139	98.899	4,97
RRAS 6	541.643	106.066	647.709	4,95
RRAS 2	113.060	6.049	119.109	4,94

\*V.H.R. = volume de hospitalizações ocorridas

**Nota:** Esta análise não discrimina causas de internação ou rol de procedimentos hospitalares realizados. A análise trata de hospitalizações ocorridas no período avaliado, exceto aquelas ocorridas para residentes das RRAS fora do estado de São Paulo. Dessa forma, as causas de internação que geram atração podem ser diferentes das que contribuem para a autonomia.

**Nota:** A análise do volume de hospitalizações por habitante considera o volume total de hospitalizações ocorridas na macrorregião, somando as hospitalizações ocorridas para residentes e não residentes. Este total é dividido pelo número de residentes da macrorregião avaliada. É importante destacar que este cálculo inclui as hospitalizações de não residentes na RRAS e exclui as hospitalizações de residentes fora da RRAS, o que pode gerar uma distorção marginal dos dados.

**Fontes:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2022; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

O gráfico 8 e o quadro 3 compartilham informações de mesma fonte. Enquanto o gráfico 8 permite uma comparação dos percentuais de autonomia e atração para hospitalizações, o quadro 3 oferece uma análise dos mesmos dados em termos de volume absoluto.

As RRAS 2, 3, 4 e 5 apresentam os menores percentuais de autonomia para hospitalizações, enquanto a RRAS 6 apresenta o maior percentual de atração. O volume de hospitalizações ocorridas por habitante é menos heterogêneo, quando comparado aos procedimentos ambulatoriais especializados das análises anteriores.

Como referência, em 2020 (Fiocruz, 2023), a taxa de internação no Brasil atingiu seu nível mais baixo, com 7,3 internações por 100 pessoas, em comparação com 8,8 internações por 100 pessoas em 2019 e 8,0 internações por 100 pessoas em 2021. Surpreende o fato de que a maioria das RRAS de São Paulo apresenta taxas de internação abaixo de 7 por 100 habitantes.

Em relação ao quadro 3, é possível observar diferenças importantes nos valores, embora sejam menos significativas do que no quadro 2, de procedimentos. Trata-se de outro parâmetro útil para mensurar a maturidade da regionalização.

Os gráficos e quadros apresentados neste capítulo (Suficiência Geral para Média e Alta Complexidade e Hospitalizações) sugerem que o percentual de autonomia para serviços ambulatoriais e hospitalares pode ser considerado , em alguma medida, satisfatório. No entanto, importa ressaltar que, para essas análises:

i) Foram considerados todos os procedimentos ambulatoriais especializados do Sistema de Informações Ambulatoriais e internações do Sistema de Informações Hospitalares;

ii) o alto nível de dependência das RRAS da região metropolitana pode distorcer as análises das demais RRAS, em certa medida. Portanto, é essencial avaliar os dados de dependência de forma mais criteriosa e específica, com foco nos procedimentos considerados "prioritários".

## Suficiência para procedimentos prioritários de média e alta complexidade ambulatoriais e hospitalares

Para identificar em quais RRAS o impacto na dependência é mais relevante, a análise concentra-se nas ações e procedimentos considerados prioritários para o estado de São Paulo. Os critérios, metodologia e fontes de bases de dados utilizadas para seleção do rol de procedimentos está descrito em mais detalhes no Anexo 1.

### Quadro 4 - Lista de procedimentos prioritários para análise de suficiência das macrorregiões

Procedimentos média e alta complexidade		Terapia Intensiva
Ambulatoriais	Hospitalares	
Biópsia orientada por ultrassonografia Cateterismo cardíaco Cintilografia Colonoscopia Endoscopia digestiva alta Hemodiálise Quimioterapia Tomografia Radioterapia Ressonância	Cateterismo cardíaco Cirurgia cardíaca Cirurgia de Próstata Cirurgia de reconstrução mamária Cirurgia oncológica Cirurgia ortopédica Neurocirurgia Parto em gestação de alto risco Transplante renal	Terapia intensiva adulto Terapia intensiva neonatal

**Nota:** O rol de procedimentos considerados em cada agrupamento não se repete em nenhuma das categorias avaliadas. As denominações foram definidas para fins de interpretação dos dados. O detalhamento dos procedimentos considerados para cada agrupamento está disponível no Anexo 1.

A seguir está descrito o passo a passo de como interpretar os gráficos 9 e 10, dispostos na sequência e utilizados para exemplificar as análises de autonomia e dependência. **A análise completa de suficiência (autonomia e dependência) para cada um dos procedimentos priorizados está disponível de forma detalhada no Anexo 2.**

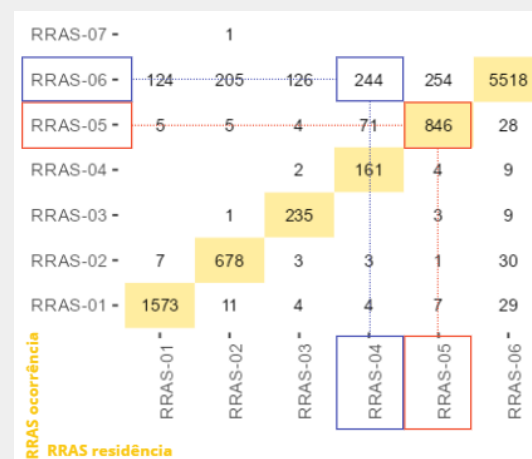
### Como interpretar os gráficos:

- i) No eixo x está representada a macrorregião de residência do usuário que executou o procedimento avaliado;
- ii) No eixo y está representada a RRAS de ocorrência do procedimento avaliado (estabelecimento executor);
- iii) Por consequência, nos quadros em amarelo, é possível avaliar a autonomia de cada RRAS (casos em que a RRAS de residência é igual a RRAS de ocorrência);
- iv) Nos demais casos, compara-se a RRAS de residência com a de ocorrência (eixos x e y) para determinar a dependência.

### No exemplo abaixo:

*846 usuários da RRAS 5 realizaram o procedimento na RRAS 5 (autonomia)*

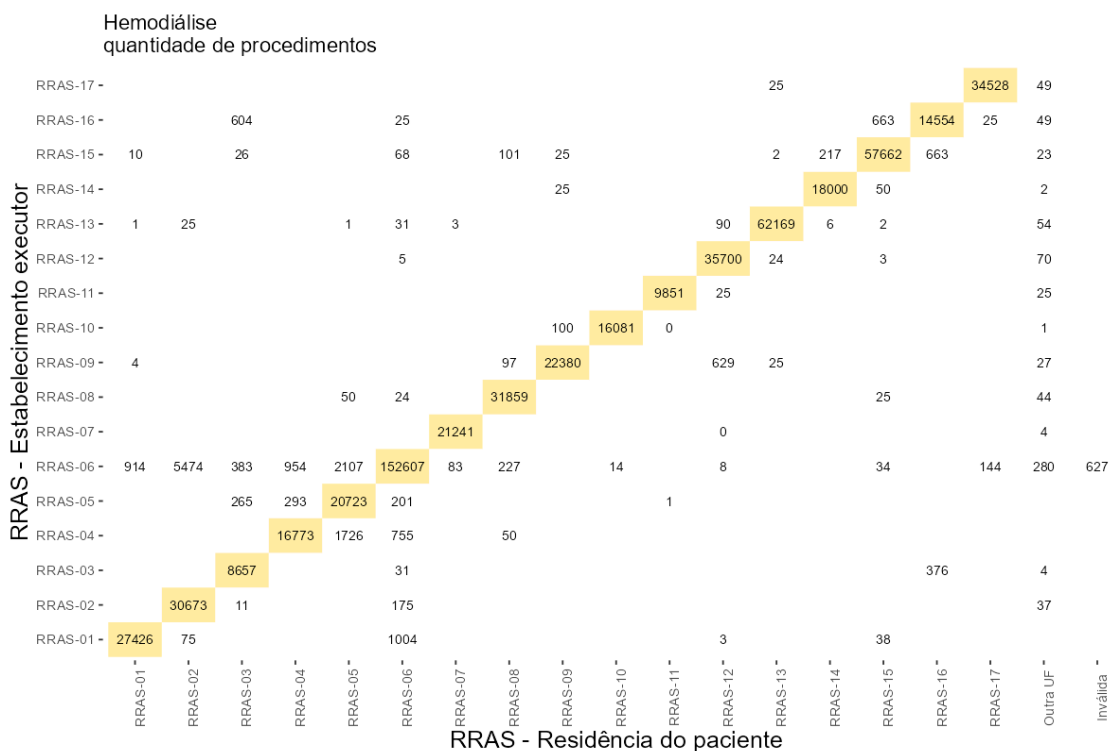
*244 usuários da RRAS 4 realizaram o procedimento na RRAS 6 (dependência)*



Os gráficos 9 e 10 são exemplos de análise de autonomia e dependência. Importa ressaltar que o título de cada gráfico demonstra a unidade de medida apresentada na análise.

O gráfico 9 apresenta, em números absolutos, o total de hemodiálises realizadas no estado de São Paulo em 2023. Em amarelo estão dispostos o total de hemodiálises realizadas por residentes de uma RRAS na própria macrorregião de residência. Para os demais dados, deve-se comparar a macrorregião de residência (eixo x) e a macrorregião do estabelecimento executor (eixo y) para visualizar o número de hemodiálises realizadas no período avaliado.

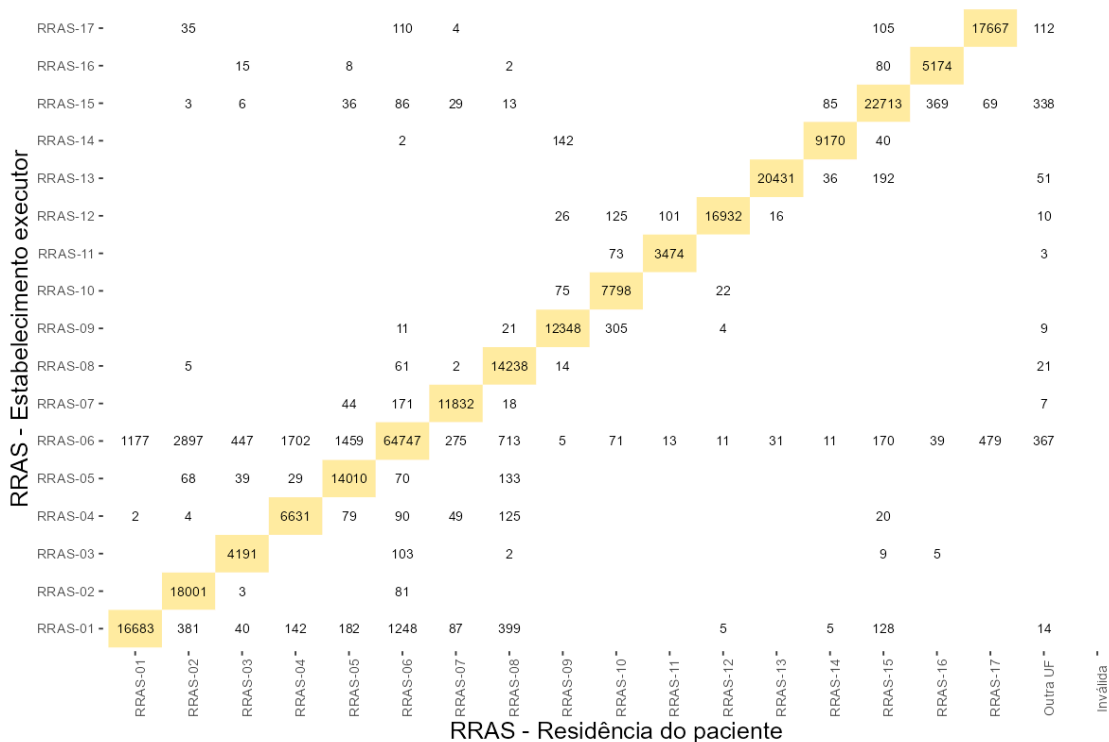
**Gráfico 9 - Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, hemodiálise, número de procedimentos, 2023**



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

No caso do gráfico 10, a unidade de medida é o número de diárias de UTI neonatal. Assim, nos quadros amarelos está o número de diárias utilizadas por residentes de uma RRAS na própria macrorregião de residência. Para os demais dados, deve-se comparar a macrorregião de residência (eixo x) e a macrorregião do estabelecimento executor (eixo y) para visualizar o número de diárias de UTI neonatal utilizadas no período avaliado.

**Gráfico 10 - Autonomia e dependência para terapia intensiva neonatal, número de diárias de UTI, 2023**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

## **Eficiência da disposição de Leitos Hospitalares**

Hospitais de pequeno porte podem representar um desafio para a regionalização devido a várias razões. Em primeiro lugar, esses hospitais frequentemente têm recursos limitados em termos de pessoal especializado, equipamentos médicos avançados e infraestrutura adequada para lidar com uma ampla gama de condições médicas complexas. Isso pode resultar em uma qualidade de atendimento inferior e em uma capacidade limitada de fornecer serviços de saúde de alta complexidade, muito embora tenham surgido para atender uma demanda específica de cidades com população pequena.

Além disso, enfrentam desafios para manter uma oferta estável e variada de serviços de saúde devido à falta de escala necessária para garantir uma equipe assistencial competente e capaz de fornecer cuidados de qualidade e segurança, além de dificuldades financeiras para sua sustentabilidade.

Isso pode levar à fragmentação dos cuidados de saúde, com pacientes sendo encaminhados para hospitais maiores e mais especializados em outras regiões, o que pode aumentar os custos e a complexidade da gestão do sistema de saúde. Além disso, dificultam a concentração de recursos essenciais para a eficácia da regionalização que se distribuem de forma dispersa e não otimizada e acarretam em redundâncias e lacunas nos serviços de saúde.

A eficiência da disposição de leitos hospitalares possui papel crucial na organização e no funcionamento dos sistemas de saúde, especialmente no contexto da regionalização. A seguir estão dispostas informações sobre a capacidade de leitos hospitalares do estado de São Paulo.

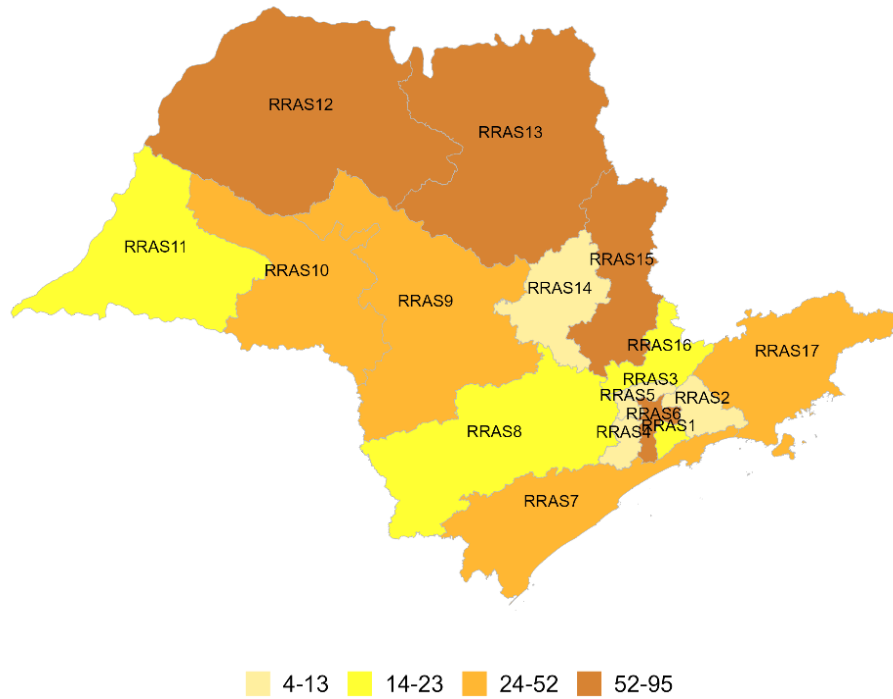
A Figura 5 apresenta mapas que retratam o número total de hospitais (contabilizando SUS e não-SUS) por porte em cada RRAS.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Pequeno porte: capacidade normal ou de operação de até 50 leitos. Médio porte: capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos. Grande porte: capacidade normal ou de operação de 151 ou mais leitos.

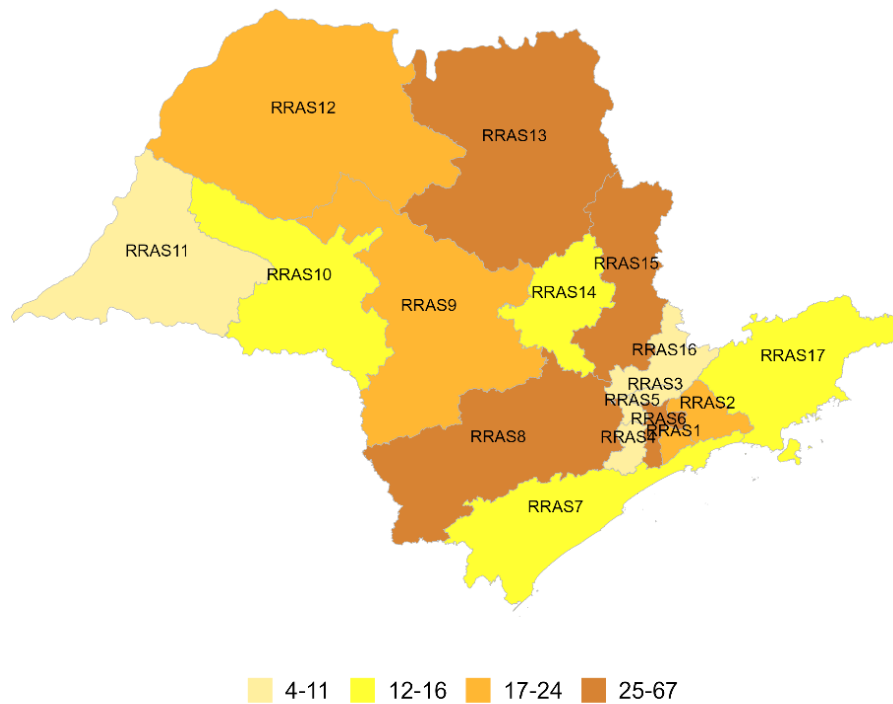
**Figura 5 - Mapa de Hospitais (SUS e não SUS) por porte do estado de São Paulo, 2022**

**Nº de Hospitais de pequeno porte**



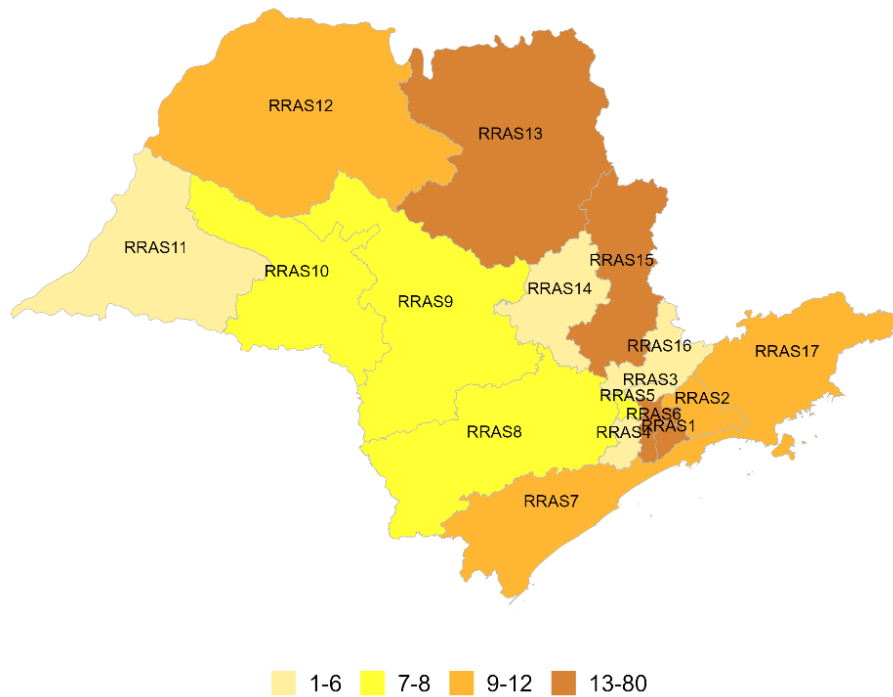
**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

**Nº de Hospitais de médio porte**



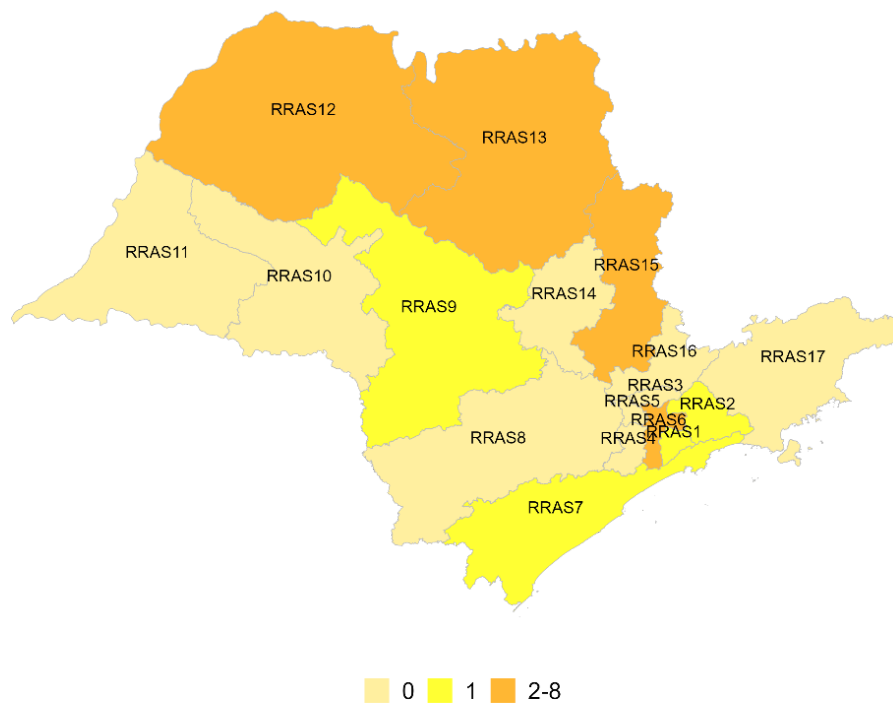
**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

### N° de Hospitais de grande porte



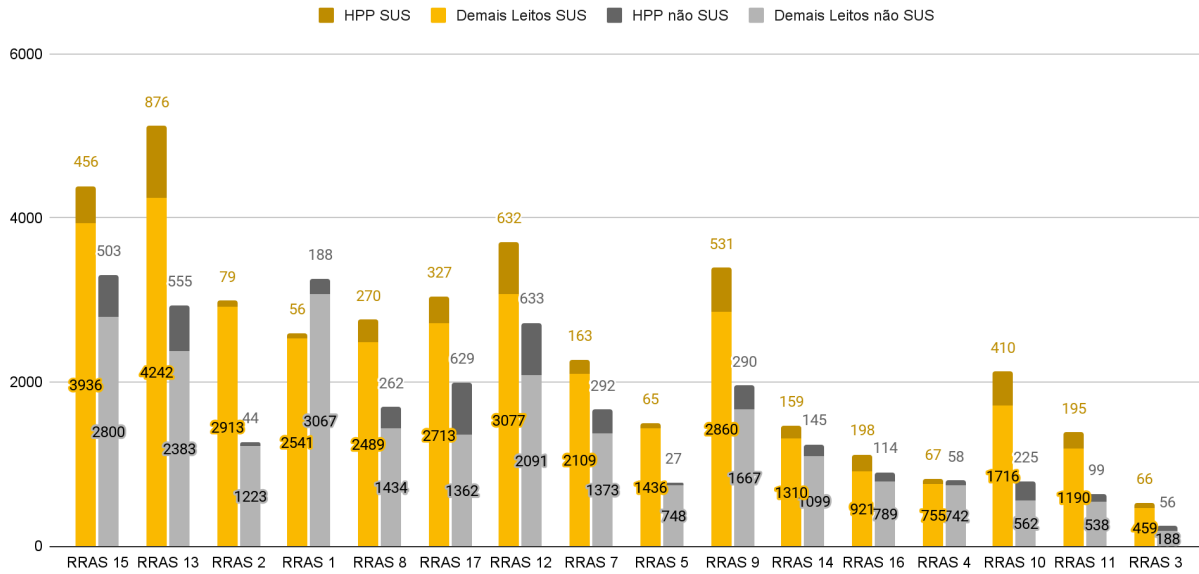
**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

### N° de Hospitais de porte especial



**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

**Gráfico 11 - Número de leitos por tipo de hospital (pequeno porte e/ou demais hospitais), 2022**

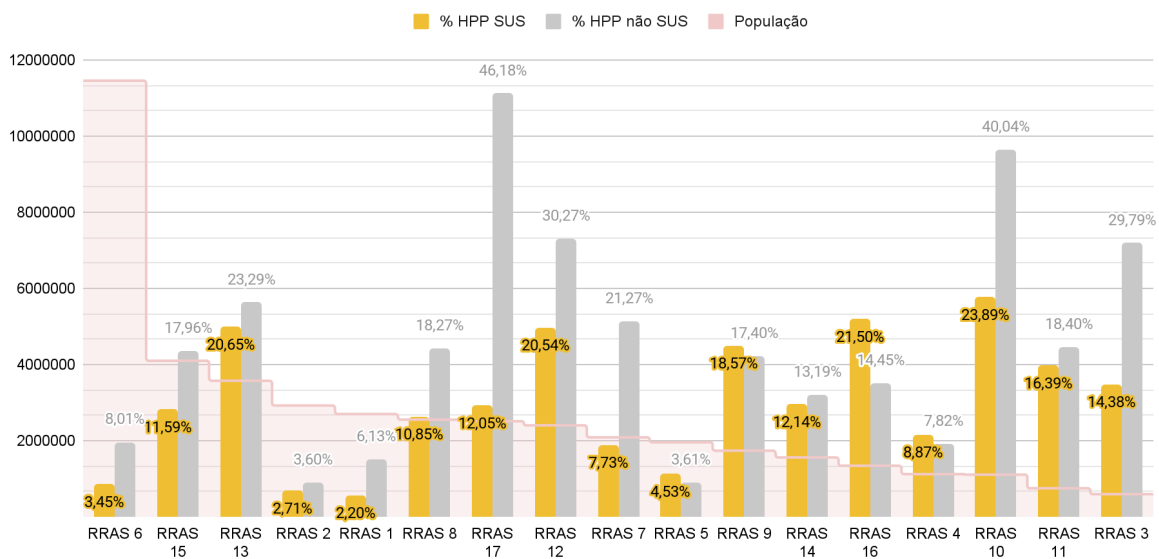


**Nota:** Os dados da RRAS 6 foram excluídos do gráfico para evitar distorções de análise. HPP SUS = 584; Demais Leitos SUS = 16.920; HPP não-SUS = 1.324; Demais Leitos não-SUS = 16.534.

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

O gráfico 11 evidencia que as RRAS 13, 12, 9 e 15 são as que possuem o maior número de leitos SUS em hospitais de pequeno porte. Existe alguma semelhança ao avaliarmos dados de leitos não-SUS nesse mesmo porte de hospital.

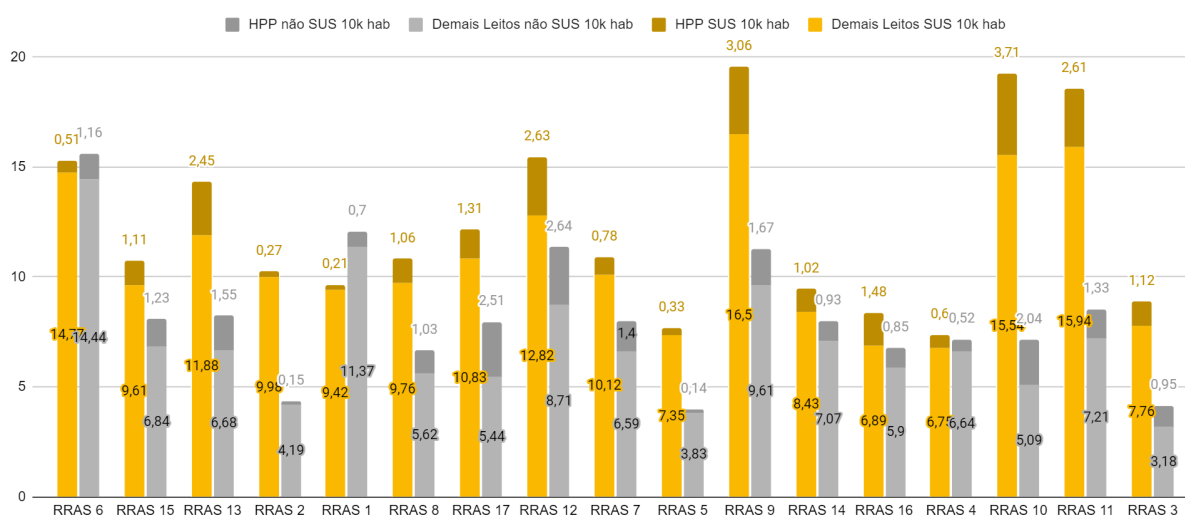
**Gráfico 12 - Percentual de leitos em hospitais de pequeno porte do total de hospitais, 2022**



**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

O Gráfico 12 demonstra que as RRAS 10 (23,89%), RRAS 13 (20,65%) e RRAS 12 (20,54%) apresentaram os maiores percentuais de leitos SUS em hospitais de pequeno porte em relação ao total de leitos hospitalares. Observa-se uma discrepância significativa entre o número de leitos SUS e não SUS nas RRAS 17, 7, 10 e 3. Já as RRAS da região metropolitana do município de São Paulo (1 a 6), com exceção da RRAS 3, apresentam um baixo número de leitos SUS em HPPs, em comparação às demais macrorregiões.

**Gráfico 13 - Taxa (10.000 habitantes) de leitos por tipo de hospital (pequeno porte e/ou demais hospitais), 2022**



**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

A porcentagem de leitos do SUS em Hospitais Públicos e Privados (HPPs) varia entre 0,21% e 3,71% por 10 mil habitantes em todo o estado.

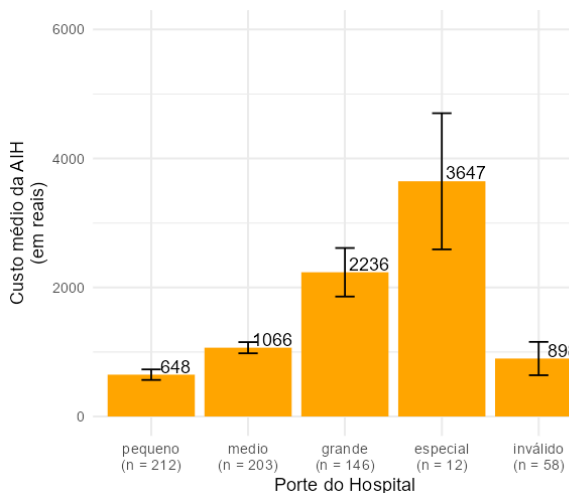
As RRAS 10, 9, 11 e 13 são as macrorregiões com maior número de leitos em HPPs por habitante. Essas taxas são significativamente menores em comparação aos demais leitos do SUS, que apresentam uma variação de 6,89% a 16,5% por 10 mil habitantes.

Importa ressaltar que, ainda que o gráfico 13 demonstre que a proporção de leitos em HPPs em relação ao total de hospitais é maior nos hospitais privados, ao analisar os mesmos dados ajustados pela população, ou seja, proporcionalmente ao número de habitantes de cada RRAS, observa-se que a proporção de HPPs é maior no SUS em boa parte das macrorregiões.

A seguir estão dispostos dados sobre o valor médio de internações, taxas de ocupação, tempo médio de permanência e proporção de internações por causas sensíveis à APS. Cabe ressaltar que as análises dos gráficos 12, 13 e 14 foram

realizadas para o período de 1 (um) ano, com o intuito de evitar distorções causadas por sazonalidades ou pela escolha de período de avaliação atípico. A categorização dos hospitais por porte foi realizada com base no número total de leitos.

**Gráfico 14 - Valor médio em reais das autorizações de internação hospitalar (AIH) de acordo com o porte do hospital, 2023**



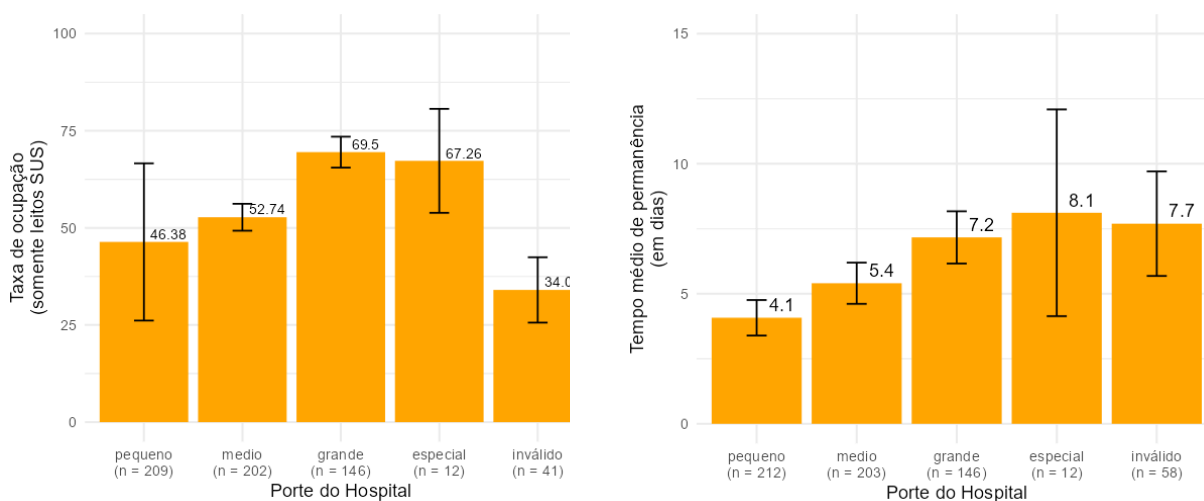
**Nota:** A coluna “inválido” refere-se a estabelecimentos de saúde que realizam hospitalizações, e não se enquadram como hospitais de acordo com o tipo do estabelecimento registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

**Legenda:** AIH = Autorização de Internação Hospitalar.

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

De acordo com o gráfico 14, os hospitais de pequeno porte obtiveram o menor valor médio de internação no período avaliado (R\$648,00), seguidos dos hospitais de médio porte (R\$1066,00). Para os de grande porte, o valor médio gira em torno dos R\$2236,00. No caso dos hospitais de porte especial, importa ressaltar que a variação do valor médio é alta, o que é esperado para hospitais desse porte. Na prática, isso significa dizer que existem internações de valores discrepantes. A média é de R\$3647,00. Cabe ressaltar que o valor se refere às autorizações de internação hospitalar, cujo valor médio em reais pode sofrer alterações a depender do diagnóstico, procedimentos realizados e período de internação.

**Gráfico 15 - Taxa de ocupação hospitalar e tempo médio de permanência de acordo com o porte do hospital, 2023**



**Nota:** A coluna “inválido” refere-se a estabelecimentos de saúde que realizam hospitalizações, e não se enquadram como hospitais de acordo com o tipo do estabelecimento registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

**Legenda:** Taxa de ocupação = Razão entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia (multiplicado por 100,) no ano de 2023 | Tempo de Permanência = Média do tempo de permanência de uma Autorização de Internação Hospitalar no ano de 2023.

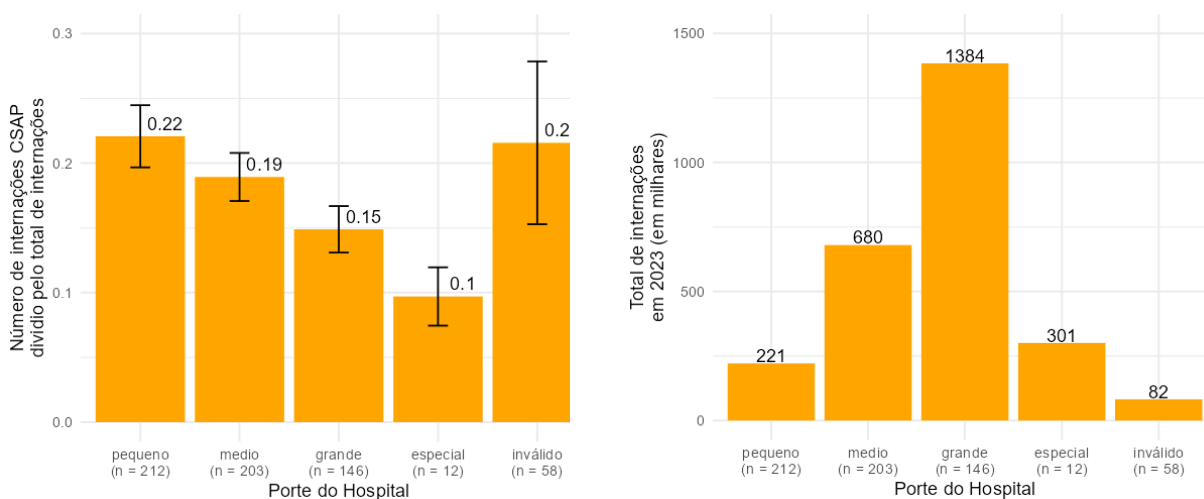
**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

Em relação às taxas de ocupação hospitalar, hospitais de médio e grande porte possuíam 52,7% e 69,5% de ocupação no período avaliado. Os de porte especial possuem taxa similar aos de grande porte, porém com maior variação. Chama a atenção a análise dos HPPs, neste caso, com a menor taxa de ocupação (46%) e níveis altos de variação, o que pode ser observado pela barra de erro (intervalo de confiança).

Pode-se dizer que assim como as taxas de ocupação, o tempo de permanência costuma aumentar com o porte do hospital. O tempo médio de permanência nos HPPs é de 4,1 dias, seguido de 5,4 para os de médio porte, 7,2 e 8,1 para os de grande porte e porte especial, respectivamente. A variação (intervalo de confiança) é similar para todos os portes de hospital.

Importa ressaltar que diferentemente dos hospitais de médio e grande porte, os HPPs não preservam semelhanças de variação ao comparar taxas de ocupação e permanência.

**Gráfico 16 - Proporção de internações por causas sensíveis à APS e total de internações ocorridas no mesmo período, de acordo com o porte do hospital, 2023**



**Nota:** A coluna “inválido” refere-se a estabelecimentos de saúde que realizam hospitalizações, e não se enquadram como hospitais de acordo com o tipo do estabelecimento registrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

**Legenda:** Taxa de internações por causas sensíveis à Atenção Primária (CSAP) = Razão entre o número de Autorizações de Internação Hospitalar que tiveram diagnóstico principal com CIDs de CSAP (definidas na conforme Portaria nº 221/2018) dividido pelo número total de Autorizações de Internação Hospitalar no ano de 2023 | Total de internações = Número total de Autorizações de Internação Hospitalar no ano de 2023.

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2023.

No gráfico 16 é possível observar que os hospitais de pequeno porte são os que mais realizam hospitalizações por causas sensíveis à APS (0,22% em relação ao total de internações) quando comparado aos demais portes hospitalares. O porte hospitalar considerado “inválido” possui taxas similares à dos hospitais de pequeno porte. Isso pode ser atribuído ao número baixo de internações no período, e também ao fato de que unidades de saúde que possuem leitos e não são classificadas como hospitais possivelmente realizam internações que não exigem alta complexidade, similar ao perfil observado nos HPPs. Unidades que realizam internações de baixa complexidade muitas vezes absorvem demandas de outros níveis de atenção.

Ao observar os dados de totais de internação, fica evidente que os hospitais de grande porte são os responsáveis pelo maior número (1.384.000 internações), seguido pelos de médio porte (680.000), porte especial (301.000) e pequeno porte (221.000).

Para todas as análises anteriores que envolvem eficiência de leitos hospitalares, importa destacar que os leitos SUS atendem a uma porcentagem específica da população, uma vez que uma parcela significativa da população das regiões do estado acessa a saúde suplementar. Esse contexto deve ser considerado na leitura e análise dos gráficos por região. Discussões sobre a relação entre o SUS e o setor privado devem fazer parte do contexto das análises desta política, uma vez que benefícios mútuos poderão ser obtidos no âmbito da regionalização. Análises integradas entre o SUS e a saúde suplementar podem servir como ferramenta para tomada de decisão na redução de problemas de equidade no acesso aos serviços de saúde, apoiar uma distribuição mais justa dos recursos e ampliar a capacidade de resposta do estado aos desafios regionais.

## Capacidade institucional para gestão e governança regionalizada

A efetiva gestão e governança regionalizada da saúde depende, em grande medida, da capacidade institucional dos gestores e das estruturas de coordenação regional. Alguns elementos úteis para compreender e avaliar essa capacidade podem ser proporcionados pela participação dos(as) secretários(as) de Saúde nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), bem como a rotatividade desses gestores ao longo do tempo.

Os gráficos apresentados a seguir, obtidos por meio da Análise de Relatórios Quantitativos do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS, permitem iniciar a identificação dos desafios e oportunidades na construção de uma gestão regional mais sólida e eficiente.

O quadro 5 detalha o número de participações de secretários municipais de saúde ou suplentes nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) no período de 8 meses. O período se refere ao total de meses cujo dado foi disponibilizado no portal.

**Quadro 5 - Participação dos(as) secretários(as) de Saúde ou suplente(s) nas Comissões Intergestores Regionais, janeiro a agosto de 2023**

RRAS	Municípios presentes de acordo com nº de CIR realizadas									Total mun.
	0 CIR	1 CIR	2 CIR	3 CIR	4 CIR	5 CIR	6 CIR	7 CIR	8 CIR	
RRAS 1								7		7
RRAS 2							5	6		11
RRAS 3								1	4	5
RRAS 4					1		2	5		8
RRAS 5							1	5		6
RRAS 6						1				1

RRAS 7				1	2	8	4	4	5	24
RRAS 8				5	3	8	7	11	14	48
RRAS 9			1		2	9	12	18	26	68
RRAS 10				1	4	7	9	21	20	62
RRAS 11				1	2	6	6	16	11	45
RRAS 12		15	39	2	7	11	31	37		142
RRAS 13			1	3	4	11	30	41		90
RRAS 14				1	5	2	9	9		26
RRAS 15				5	2	7	9	14	6	43
RRAS 16					3	6	5	4		18
RRAS 17	1	1		3	2	5	10	17		39

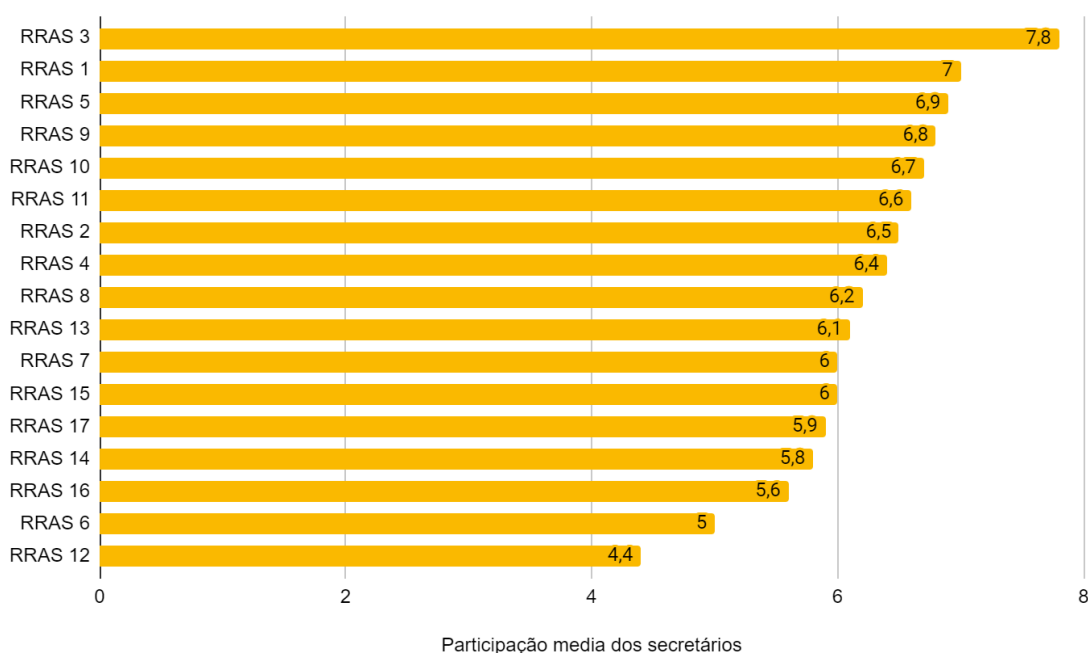
**Fonte:** Relatórios do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS, 2023.

**Legenda:** Colunas '0 CIR' a '8 CIR': Representam o número de reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) nas quais os municípios da RRAS estavam representados pelo(a) secretário(a) de Saúde ou suplente. Coluna 'total mun.': Apresenta o número total de municípios em cada RRAS. Linhas: Os números em cada linha indicam o total de municípios da RRAS que tiveram secretários(as) ou suplentes presentes no número correspondente de reuniões CIR.

**Nota:** Um município da RRAS 15 não consta na base de dados do Painel de Estratégia Apoiador do COSEMS no período analisado. Por esse motivo, não foi contabilizado no total de municípios do quadro. O detalhamento dos municípios participantes nas reuniões CIR monitoradas no painel podem ser consultados no Anexo 3.

O gráfico 17, a seguir, detalha a participação média dos secretários ou suplentes. É importante ressaltar que o teto de participações em CIR avaliadas é 8, tendo em vista o número de meses avaliados pelo Painel COSEMS no ano de 2023. O detalhamento dos municípios participantes nas reuniões CIR monitoradas no painel podem ser consultados no Anexo 3.

**Gráfico 17 - Participação média dos(as) secretários(as) de Saúde nas Comissões Intergestores Regionais agrupadas por RRAS, de janeiro a agosto de 2023**



**Nota:** Média ponderada da participação dos municípios por RRAS.

**Fonte:** Relatórios do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS, 2023.

Os dados acima demonstram grande variação no número de municípios participantes das CIRs nos meses avaliados. Apenas 80 dos 645 municípios do estado participaram de 100% das Comissões Intergestores Regionais realizadas no período de oito meses. Um estudo<sup>4</sup> que analisou as opiniões de especialistas sobre os mecanismos e instrumentos que atualmente regulam e orientam a regionalização do Sistema Único de Saúde indica que, de modo geral, as CIRs apresentam baixa participação dos secretários, pois se transformaram em instâncias informativas com pouco poder de decisão. Além disso, a maioria das CIRs trata apenas de questões relacionadas ao financiamento imediato do sistema e à pactuação de vagas. Persiste ainda, por parte dos gestores, um desentendimento quanto à importância da configuração das redes e dos mecanismos que lhes dão suporte.

A presença ativa dos participantes nas CIRs é vital para garantir a eficácia e a eficiência da gestão da saúde em nível regional. Ela promove a articulação e a integração dos serviços de saúde, facilita a pactuação de recursos e

<sup>4</sup>A pesquisa “Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos” analisa as opiniões de especialistas sobre os mecanismos e instrumentos que atualmente regulam e orientam a regionalização do SUS e suas perspectivas sobre a introdução de inovações nos mecanismos interfederativos de interlocução e governança. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-11/>

responsabilidades, assegura uma gestão compartilhada e democrática, e contribui para o monitoramento e a avaliação contínua das ações de saúde.

Outro fator importante para a governança regional ser efetiva é a estabilidade da gestão municipal. Por isso foi analisada a rotatividade de secretários(as) de Saúde nos municípios das 17 macrorregiões de saúde do estado de São Paulo, no período de janeiro a novembro de 2023, apresentada no quadro a seguir. As colunas indicam o número de municípios que tiveram uma troca de secretário de Saúde no período, aqueles com duas trocas e aqueles com três ou mais trocas. Além disso, são apresentados o número total de trocas por Regiões de Saúde e o percentual de rotatividade para comparação.

A análise do quadro a seguir revela a quantidade de municípios com substituição de secretários e o percentual de rotatividade por RRAS. Detalhes sobre os municípios que realizaram troca de Secretário(a), conforme monitorado no painel do COSEMS de janeiro a novembro de 2023, estão dispostos no Anexo 4.

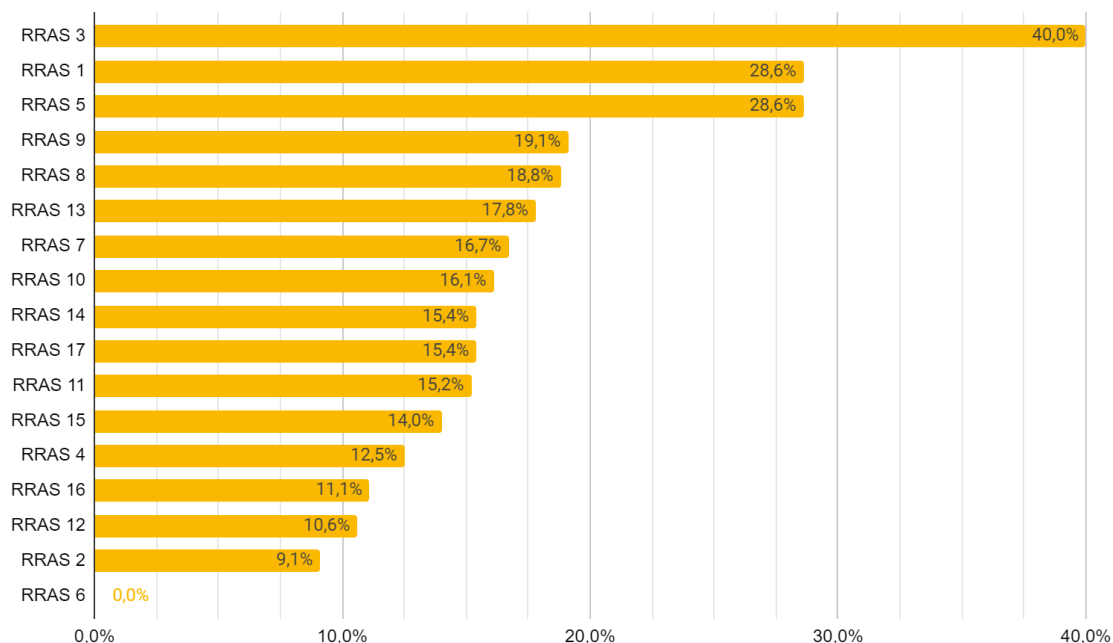
**Quadro 6 - Rotatividade de secretários(as) de Saúde, janeiro a novembro de 2023**

RRAS	Municípios com 1 troca	Municípios com 2 trocas	Municípios com 3 ou mais trocas	Total de trocas	Total de municípios por RRAS	Percentual de rotatividade
RRAS 1	1	1		3	7	42,90%
RRAS 2	1			1	11	9,10%
RRAS 3	1	1		3	5	60,00%
RRAS 4		1		1	8	12,50%
RRAS 5	2			2	7	28,60%
RRAS 6				0	1	0,00%
RRAS 7	2	2		6	24	25,00%
RRAS 8	7	2		11	48	22,90%
RRAS 9	7	6		19	68	27,90%
RRAS 10	7	3		13	62	20,96%
RRAS 11	6		1	9	45	20,00%
RRAS 12	11	4		17	142	13,38%
RRAS 13	14	1	1	19	90	21,10%
RRAS 14	2	2		6	26	23,07%
RRAS 15	5	1		7	44	15,90%
RRAS 16	1	1		3	18	16,70%
RRAS 17	6			6	39	15,40%

**Fonte:** Relatórios do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS, 2023.

**Nota:** O detalhamento dos municípios que realizaram troca do(a) Secretário(a) no período avaliado pode ser consultado no Anexo 4.

**Gráfico 18 - Percentual de municípios com pelo menos 1 troca de secretários, janeiro a novembro de 2023**



**Fonte:** Relatórios do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS, 2023.

Esta análise é fundamental para compreendermos a estabilidade e a continuidade das ações de pactuação e monitoramento dos processos, aspectos cruciais para o bom funcionamento da governança nas regiões. Uma gestão bem estruturada garante a continuidade e a garantia das ações definidas como prioridade, minimizando os impactos negativos das mudanças administrativas frequentes. Somente uma capacidade institucional robusta é capaz de proporcionar uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e conseqüentemente, assegurar um atendimento mais resolutivo e de maior qualidade para a população.

# 5

## PREMISSAS

Para a implementação da presente Política de Regionalização as seguintes premissas são fundamentais:

- Abordagem centrada nas necessidades de saúde da população, orientando a oferta de serviços dos prestadores de acordo com as demandas locais;
- Reconhecimento da Atenção Primária como o principal ponto de acesso aos serviços de saúde, desempenhando um papel central na organização do cuidado e na coordenação da rede;
- Estabelecimento de uma base territorial definida por meio de georreferenciamento, permitindo uma melhor compreensão das características e necessidades de cada região;
- Ênfase no reconhecimento da macrorregião de saúde (RRAS) como espaço ideal para a coordenação supra regional das redes de atenção e para assegurar a resposta completa e integral às necessidades de saúde da população residente no território macrorregional;
- Prioridade para as populações com dificuldades de acesso à atenção integral de saúde;
- Promoção da co-gestão das redes de atenção à saúde, envolvendo ativamente os diferentes atores e instituições na tomada de decisões e na gestão dos serviços de saúde;
- Garantia de acesso equitativo e oportuno aos serviços de saúde por meio de uma regulação transparente, eficiente e orientada pela equidade, priorizando populações vulneráveis e com maior dificuldade de acesso;
- Compromisso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do COSEMS/SP com a descentralização da gestão estadual, apoiando e acelerando o processo de regionalização do SUS paulista, visando promover maior autonomia e capacidade de resposta das regiões;
- Qualificação de recursos humanos com foco na formação continuada e no fortalecimento da gestão regional, garantindo uma governança eficiente entre os níveis de atenção e a integração das redes de saúde.

## **6** OBJETIVOS

O objetivo geral da Política de Regionalização do SUS Paulista é ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde para a população do estado de São Paulo, por meio da integração e articulação permanente das Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS do SUS Paulista.

Com o propósito de corrigir as atuais falhas e distorções no perfil da oferta, nos fluxos de referências e nos mecanismos de regulação e governança regional, a Política de Regionalização do SUS Paulista tem os seguintes objetivos específicos:

- Reforçar o entendimento de Região como território delimitado, com características sociais, econômicas e sanitárias próprias, e de Rede como a integração do conjunto de serviços, que englobam assistência, governança e vigilância em saúde, para então propor diretrizes que induzam a integração das Redes de Atenção à Saúde;
- Superar a fragmentação do sistema por meio da gestão compartilhada entre a SES e os municípios e da incorporação de melhores instrumentos de governança, com ênfase no espaço macrorregional;
- Adequar os perfis assistenciais das unidades de saúde ambulatoriais especializadas e hospitalares das regiões, de acordo com as necessidades da população residente, para assegurar suficiência e integralidade dos serviços de atenção à saúde em cada macrorregião do estado;
- Integrar os prestadores que compõem a rede SUS da região (seja estadual, universitária, municipal, contratada ou conveniada) ao processo de cogestão regional, sem prejuízo do comando único, e aprimorar o processo de Regulação Assistencial na RRAS;
- Para cada RRAS, modelar a Rede de Atenção à Saúde existente e identificar a eventual necessidade de investimentos para cobrir os vazios assistenciais e reduzir as desigualdades de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e aos serviços de média e alta complexidade.
- Monitorar constantemente a capacidade instalada e fluxos de referências entre municípios, regiões e RRAS, com a finalidade de detectar lacunas e desigualdades na oferta de serviços de saúde, permitindo ajustes e intervenções necessárias para garantir uma atenção equitativa e eficaz a toda a população paulista.

# 7 METAS

## 1) Redução das Desigualdades no Acesso à Atenção Primária à Saúde (APS):

Meta: Alcançar **xx%** de cobertura de Atenção Primária em Saúde em todas as Redes de Atenção à Saúde (RRAS) até o ano de 2026.

Indicador: Percentual da população coberta pelos serviços de APS em cada RRAS.

## 2) Redução das Desigualdades no Acesso à Média e Alta Complexidade (MAC):

Meta: Garantir que todas as Redes de Atenção à Saúde (RRAS) tenham autonomia de, pelo menos, **xx%** na oferta do rol de procedimentos prioritários de média e alta complexidade do estado de São Paulo até o ano de até 2026.

Indicador: 100% do rol de procedimentos prioritários disponíveis para residentes em todas as RRAS até o ano de 2026.

## 3) Consolidação e Integração Regional da Regulação Assistencial:

Meta: Implementar, até 2026, sistemas integrados e regionalizados de regulação assistencial em todas as Redes de Atenção à Saúde (RRAS) do estado de São Paulo, com adesão de todos os municípios do estado e com a totalidade da oferta pública de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares gerenciada pelo sistema de regulação.

Indicadores:

- Existência e funcionamento de sistema unificado/integrado de regulação assistencial em cada RRAS até o ano de 2026.
- Proporção de municípios da macrorregião que aderem ao sistema
- Proporção de serviços ambulatoriais especializados da macrorregião gerenciada pelo sistema de regulação
- Proporção de internações hospitalares da macrorregião gerenciadas pelo sistema de regulação

#### **4) Efetividade da Governança das Redes de Atenção à Saúde (RRAS):**

Meta: Estabelecer e operacionalizar Comissões Executivas de Governança das Redes de Atenção à Saúde em todas as RRAS até 2025.

Indicador: Existência e operacionalização plena dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde em todas as RRAS até o ano de 2025.

## 8 DIRETRIZES

As diretrizes desta política são fundamentadas em três pilares<sup>5</sup>, estruturados para efetivar estratégias de integração e aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde para o estado de São Paulo:

**Governança sólida:** Garantir que o estado assuma a postura de reitor da rede assistencial, e responsável por coordenar as ações sanitárias em seu território entre outras entidades subnacionais. Para isso acontecer, o estado precisa realizar a gestão efetiva dos instrumentos regionais de planejamento e gestão, e reorganizar as responsabilidades e funções dos espaços de governança regional, garantindo a participação ativa e autonomia dos municípios. Este é o ponto de partida para melhorar o processo, a coordenação e a qualidade das pactuações regionais, permitindo a implementação mais efetiva e capilarizada de políticas transversais.

**Financiamento indutor:** Garantir que as estratégias estaduais de financiamento da saúde municipal e dos prestadores (públicos, privados e filantrópicos) de média e alta complexidade fomentem: i) a qualidade do atendimento; e ii) a adequação dos serviços disponíveis às necessidades epidemiológicas do território, aumentando acesso e reduzindo as distâncias que as pessoas precisam percorrer para acessar tratamentos e procedimentos.

**Burocracia efetiva:** Garantir que a burocracia regional (diretores, superintendentes, e outros gestores de alta liderança envolvidos direta ou indiretamente na regionalização da saúde) tenham seu escopo de prática formalmente definido e sejam adequadamente selecionados e treinados com o objetivo de apoiar o planejamento, a gestão e a construção de capacidades institucionais no nível regional.

**Fonte:** Projeto Redes (IEPS, 2024).

---

<sup>5</sup> Projeto Redes (Regionalização, Desenvolvimento e Saúde) - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2024. Disponível em: <https://ieps.org.br/redes-regionalizacao-desenvolvimento-e-saude/>

### Quadro 7 - Diretrizes da Política de Regionalização

<b>Diretriz A</b>	Fortalecer a integração do SUS em âmbito macrorregional
<b>Diretriz B</b>	Direcionar recursos para fortalecer a regionalização da saúde
<b>Diretriz C</b>	Garantir a participação dos gestores e atores estratégicos na governança da rede macrorregional
<b>Diretriz D</b>	Fortalecer as capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde
<b>Diretriz E</b>	Estabelecer prioridades para a redefinição do perfil de oferta de acordo com as necessidades regionais
<b>Diretriz F</b>	Melhorar a eficiência da atenção ambulatorial especializada e hospitalar
<b>Diretriz G</b>	Integrar e regionalizar os sistemas de regulação assistencial

#### **Diretriz A - Fortalecer a integração do SUS em âmbito macrorregional**

As diferentes capacidades de oferta e gestão dos serviços de saúde da rede, bem como a diversidade do contexto socioeconômico das macrorregiões do estado de SP, destacadas na análise de situação, evidenciam uma discreta heterogeneidade das RRAS de SP em relação à sua maturidade de regionalização.

Este cenário é altamente dinâmico e sujeito a mudanças rápidas, em resposta às variações no perfil da oferta e às transformações nos aspectos epidemiológicos, demográficos e sociais de cada território, incluindo epidemias, migrações e envelhecimento populacional, entre outros fatores.

Para que cada RRAS possa avaliar sua posição em relação à maturidade da regionalização e identificar e corrigir desequilíbrios entre oferta e demanda, é essencial analisar indicadores que evidenciem as dificuldades que comprometem a eficácia das redes regionais de saúde.

Para tanto, as funções técnicas da integração no contexto da regionalização precisam ser definidas. Essas funções incluem: um planejamento regional que articule os diferentes serviços de saúde, considerando tanto a atenção primária quanto os níveis especializados; a regulação dos serviços de saúde; mecanismos técnicos de monitoramento e avaliação contínua para verificar o desempenho da rede de atenção à saúde; a organização dos recursos humanos, financeiros e

materiais de maneira que atendam às necessidades regionais; e a comunicação eficiente dos dados entre os diferentes serviços e níveis de atenção por meio de sistemas de informação.

A SES e o COSEMS/SP se comprometem em apoiar os gestores nesta tarefa e a torná-la uma atividade institucional de cada RRAS.

### **Instrumento de avaliação do grau de maturidade: Modelo Lógico da Regionalização do SUS Paulista**

A avaliação da maturidade da regionalização deve se tornar um exercício permanente dos gestores do SUS de cada macrorregião, objetivando monitorar os avanços e apoiar a identificação das medidas necessárias para alcançar a atenção universal, integral e de qualidade da população residente.

Para esse propósito, recomenda-se o uso do Modelo Lógico da Regionalização do SUS Paulista, instrumento que analisa diferentes dimensões relevantes para a organização e o funcionamento integrado dos serviços das RRAS.

**Figura 6 - Modelo Lógico da Regionalização do SUS Paulista**



Possíveis dimensões a serem avaliadas:

- Vulnerabilidade socioeconômica e ambiental: pobreza, proporção população SUS exclusiva, indicadores básicos de saúde
- Acesso e qualidade da APS: cobertura ESF, completude/qualificação equipe, Planificação da Atenção à Saúde, Internações por Causas Sensíveis à APS
- Acesso e qualidade da Atenção na média e alta complexidade: capacidade instalada, autonomia, atração, ocupação de leitos, HPP, perfil assistencial adequado às necessidades
- Regulação assistencial: qualidade e integração das “centrais” de leitos, de marcação, etc.
- Gestão das Redes Regionais: qualificação / suficiência equipes municipais e SES, planejamento, treinamento / acompanhamento, monitoramento, transporte e logística, comunicação interna
- Governança e articulação das relações interfederativas suprarregionais: Operacionalidade das instâncias de negociação macrorregionais
- Monitoramento: periodicidade, amplitude, comunicação externa

A seguir, estão propostos indicadores para estimar a maturidade das RRAS na regionalização:

### **Indicadores de classificação da maturidade das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)**

**Quadro 8 - Proposta de indicadores de classificação da maturidade das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)**

<b>Aspecto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Parâmetro</b>
Vulnerabilidade Social   Pobreza	Índice de Vulnerabilidade Social (IPEA) na RRAS	<i>A ser definido por RRAS</i>
Vulnerabilidade Social   Indicador básico de saúde	Taxa de mortalidade < 5 anos na RRAS	<i>A ser definido por RRAS</i>
APS   Acesso	Cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) na RRAS	<i>A ser definido por RRAS</i>
	Cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) na RRAS	<i>A ser definido pela SES</i>
APS   Resolutividade	Taxa Internações por causas sensíveis à APS na RRAS	<i>A ser definido por RRAS</i>

<p>Autonomia   Procedimentos MAC ambulatoriais</p>	<p>Média da autonomia dos procedimentos de média e alta complexidade prioritários na RRAS          Proporção de autonomia para realização de Tomografia          Proporção de autonomia para realização de Ressonância          Proporção de autonomia para realização de Cateterismo cardíaco          Proporção de autonomia para realização de Radioterapia          Proporção de autonomia para realização de Quimioterapia          Proporção de autonomia para realização de Hemodiálise          Proporção de autonomia para realização de Endoscopia digestiva alta          Proporção de autonomia para realização de Colonoscopia          Proporção de autonomia para realização de Cintilografia          Proporção de autonomia para realização de Biópsia orientada por ultrassonografia  <i>(Rol de códigos de procedimentos considerados em cada indicador descritos conforme Anexo 2)</i></p>	<p>A ser definido por RRAS</p>
<p>Autonomia   Procedimentos MAC hospitalares</p>	<p>Média da autonomia dos procedimentos hospitalares prioritários na RRAS          Proporção de autonomia para realização de Cirurgia cardíaca          Proporção de autonomia para realização de Neurocirurgia          Proporção de autonomia para realização de Cirurgia oncológica          Proporção de autonomia para realização de Cirurgia ortopédica          Proporção de autonomia para realização de Cirurgia de reconstrução mamária          Proporção de autonomia para realização de Cirurgia de Próstata          Proporção de autonomia para realização de Parto de alto risco          Proporção de autonomia para realização de Transplante renal  <i>(Rol de códigos de procedimentos considerados em cada indicador descritos conforme Anexo 2)</i></p>	<p>A ser definido por RRAS</p>
<p>Autonomia   Homogeneidade da oferta</p>	<p>Variância entre as taxas de suficiência das regiões da RRAS</p>	<p>A ser definido por RRAS</p>
<p>Autonomia   Capacidade Instalada &amp; Hospitalizações</p>	<p>Média da Autonomia de leitos de UTI prioritários na RRAS          Proporção de autonomia para diárias em leitos de terapia intensiva adulto          Proporção de autonomia para diárias em leitos de terapia intensiva neonatal  <i>(Rol de códigos de procedimentos considerados em cada indicador descritos conforme Anexo 2)</i></p>	<p>A ser definido por RRAS</p>
<p>Regulação Assistencial</p>	<p>Articulação entre unidades prestadoras de serviço de saúde e centrais reguladoras da RRAS</p>	<p>A ser definido por RRAS</p>

	Proporção de municípios integrados ao Sistema Estadual de Regulação Proporção de unidades prestadoras de serviço de saúde integradas ao Sistema Estadual de Regulação	
	Índice de disponibilização da capacidade instalada da RRAS Proporção de capacidade instalada ambulatorial especializada ( <i>serviços de diagnóstico e de terapia por especialidade</i> ) disponibilizada no sistema de regulação Proporção de capacidade instalada ( <i>leitos</i> ) hospitalar disponibilizada no sistema de regulação	A ser definido por RRAS
Gestão e Governança   Atuação e efetividade	Proporção de pactuações ocorridas em reuniões de CIRs da RRAS	A ser definido por RRAS
	Média de participação de Secretários Municipais em CIRs da RRAS	A ser definido por RRAS
	Média de rotatividade de Secretários Municipais de Saúde da RRAS	A ser definido por RRAS
	Proporção de envolvimento de prestadores e outros atores estratégicos* na gestão da RRAS <i>*Gestores de outras políticas públicas</i>	A ser definido por RRAS

[Proposta de método de cálculo para classificação do grau de maturidade serão definidos após determinação dos parâmetros]

## Diretriz B - Direcionar recursos para fortalecer a regionalização da saúde

Para fortalecer a regionalização da saúde no estado de São Paulo, é essencial que o estado assuma um papel central na coordenação e no financiamento da rede assistencial. Isso implica em disponibilizar recursos financeiros de forma estratégica, tanto para os municípios quanto para os prestadores de serviços de saúde, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos, visando aprimorar a qualidade do atendimento e adequar os serviços às necessidades epidemiológicas de cada região.

O estado de São Paulo cumpre esse propósito por meio de iniciativas como o Incentivo à Gestão Municipal do SUS São Paulo (IGM SUS Paulista), instituído pela Deliberação CIB nº 117, de 06 de dezembro de 2023<sup>6</sup>, uma vez que transfere recursos financeiros aos municípios do estado, especialmente para custear ações e

<sup>6</sup> Em alteração a Deliberação CIB nº 34, de 25 de maio de 2012, Seção 1, p.24, no que se refere à diretriz 3. FINANCIAMENTO, DETALHAMENTO DAS PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO, itens “b”, “c”, “d” e “e”, referentes ao PAB Fixo Estadual e ao PAB variável (Qualis Mais).

serviços de saúde voltados para a atenção básica e vigilância epidemiológica, considerando critérios como a situação socioeconômica e investimentos municipais na atenção básica.

O IGM SUS Paulista é constituído por 2 (dois) componentes, sendo um fixo e outro variável. O valor financeiro per capita é definido respeitando os critérios de riqueza, vulnerabilidade e investimento em atenção básica. O componente variável é realizado por meio do monitoramento do desempenho de indicadores assistenciais dos municípios aderidos. Os componentes fixo e variável ficam fixados em proporções anuais. Os recursos financeiros serão transferidos aos municípios na modalidade “fundo a fundo”, em parcelas quadrimestrais.

Outra iniciativa de fortalecimento da regionalização é dada pela Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023, que estabelece a regulamentação para a aplicação da Tabela SUS Paulista, que complementa a remuneração dos serviços prestados pela Rede Complementar de Assistência à Saúde aos Usuários do SUS/SP. Alinhada com a estrutura organizacional da Tabela de Procedimentos Unificada e do SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - DATASUS, Ministério da Saúde, a tabela SUS Paulista corrige defasagens de valores e legitima os gestores para negociar com os prestadores conveniados e contratados, garantindo assim o acesso da população a serviços de saúde abrangentes e de qualidade. A tabela é uma ferramenta importante para garantir a transparência e a equidade no financiamento dos serviços de saúde pública no estado de São Paulo.

A Tabela SUS Paulista corrige o financiamento da Tabela SUS Federal, complementando com recursos do tesouro do estado para expansão da assistência à rede ambulatorial especializada e hospitalar de média e alta complexidade, de acordo com as necessidades da população usuária. O valor da complementação aos prestadores de serviço conveniados ou contratados pelo SUS da Gestão Estadual e das Gestões Municipais do Estado de São Paulo, é realizado conforme produção registrada nos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar que tenham sido aprovadas pelo Ministério da Saúde – MS, utilizando recursos do Tesouro Estadual.

A partir dessas iniciativas, gestores do SUS paulista têm acesso a recursos adicionais destinados ao fortalecimento da rede. O IGM constitui uma oportunidade para que os gestores municipais possam ampliar e melhorar a qualidade das suas redes de atenção primária, o que constitui um requisito básico para que a regionalização avance. Já a correção do defasamento de valores dos procedimentos, viabilizado pela tabela SUS Paulista, proporciona aos gestores a

legitimidade necessária para negociar com os provedores conveniados e contratados as mudanças ou ampliações de oferta requeridas para melhor atender as demandas de saúde da comunidade.

Ainda que o IGM e a Tabela SUS Paulista sejam consideradas primordiais e precursoras da regionalização do SUS Paulista, é necessário dar continuidade ao aporte de recursos financeiros indutores da regionalização no estado, que deverá(ão):

- ser investidos de forma coerente com a presente política visando garantir o acesso de todas as pessoas a serviços de saúde integrais e de qualidade;
- responder à nuances regionais, evitando alocação homogênea por RRAS e, ao invés disso, distribuindo-se conforme as especificidades e necessidades locais, e assegurando que áreas com maior vulnerabilidade recebam o suporte necessário de forma equânime;
- ser provenientes de fontes, federais estaduais e municipais<sup>7</sup>, para garantia de equidade e ampliação da capacidade de financiamento, sustentabilidade de investimentos e cooperação intergovernamental;
- garantir a descentralização do processo decisório, preservando a definição do poder regional sobre a destinação dos recursos.

### **Diretriz C - Garantir a participação dos gestores e atores estratégicos na governança da rede macrorregional**

A boa governança dos serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para a integração e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. A maioria de demandas não atendidas ou que geram insatisfação, no caso dos serviços de média e alta complexidade (MAC) procedentes de uma determinada Região de Saúde deve ser solucionada no âmbito da RRAS correspondente, mitigando o desconforto das pessoas usuárias e familiares que precisam se afastar do próprio local de residência para receber o serviço. Para alcançar esse objetivo, são imprescindíveis instrumentos que viabilizem e sustentem a integração dos serviços de atenção à saúde entre as Regiões que compõem as RRAS.

Neste sentido, recomenda-se implementar de forma plena, em todas as RRAS do SUS Paulista, a Deliberação CIB nº 87, de 06 de setembro de 2023, que

---

<sup>7</sup>O Termo de Acordo e Compromisso de Gestão Regional da Saúde, celebrado entre estado e municípios em 2024, se configura como exemplo de compromisso de superação à fragmentação da rede assistencial, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

institui o Comitê Executivo de Governança das RAS (CEGRAS), define sua natureza técnica e operacional, e seu objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, atribuindo competências como coordenar ações pactuadas nas CIR para assistência e vigilância em saúde; facilitar o acesso à média e alta complexidade na macrorregião; atualizar o diagnóstico da capacidade instalada e fluxos de referência da rede de saúde; analisar demandas assistenciais e compatibilizar recursos existentes com pactuações regionais; avaliar o desempenho da RRAS e o cumprimento das pactuações e monitorar o Planejamento Regional Integrado nas macrorregiões.

Para se consolidar como o órgão central para o planejamento, a governança e a gestão compartilhada da rede de serviços entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e os municípios integrantes da respectiva Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), o CEGRAS deve ser devidamente equipado com uma equipe técnica e de apoio qualificada, além de contar com instrumentos eficazes de governança. A SES/SP e o COSEMS/SP se comprometem a estimular e apoiar as iniciativas das RRAS que visam ao fortalecimento e a consolidação dos CEGRAS.

### **Centralidade do CEGRAS para a regionalização do SUS Paulista**

Para garantir a eficiência da governança regional sem prejuízo do comando único, os espaços de governança e articulação devem estar claramente estabelecidos. O primeiro espaço de deliberação entre municípios é a CIR. Entretanto, se uma pactuação ultrapassa o âmbito de uma CIR ou o desenho territorial da região de saúde, é necessário encaminhá-la ao CEGRAS. Esse processo assegura que quaisquer decisões estejam alinhadas com a estrutura regionalizada do SUS Paulista.

Dentre as competências do Comitê estabelecidas pela Deliberação CIB nº 64, de 04 de junho de 2024, está a relação com as demais instâncias de governança: Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O Comitê deve identificar, em conjunto com as CIR, situações e cenários que extrapolem o âmbito das regiões, formulando propostas e direcionando-as às respectivas CIR em busca de consenso. Quando necessário, as questões serão encaminhadas à CIB.

De nenhuma forma, o CEGRAS deve sobrepor-se ou duplicar as atribuições das CIR, que devem ser mantidas e fortalecidas para impulsionar o processo de regionalização. Todas as decisões do CEGRAS devem ser submetidas à aprovação das respectivas CIR, agregando valor ao trabalho dessas instâncias ao proporcionar uma visão abrangente e em maior escala da rede de serviços do SUS na RRAS. Dessa forma, o CEGRAS contribui para propor soluções gerenciais que

transcendem as fronteiras das regiões, visando aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para todos os residentes.

O CEGRAS deve atuar como um órgão de inteligência institucional da RRAS, com a função de articular e coordenar ações de porte supra regional que envolvem diferentes instâncias de gestão da RRAS, promovendo o diálogo e a troca de informações entre as CIR, CIB e demais atores envolvidos na gestão da saúde (vigilância epidemiológica, inovação tecnológica, recursos humanos em saúde, etc.) facilitando a integração e alinhamento das ações em nível regional.

O CEGRAS deve realizar o planejamento, o monitoramento de produtos/resultados e a gestão estratégica das RRAS. Sua função distintiva será o desenho de opções de mudança de perfil assistencial das unidades das RRAS, e, por consequência, possíveis mudanças nos fluxos de referência, com o objetivo de solucionar problemas de acesso. O CEGRAS contribuirá também para o desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos, e outras estratégias que promovam a integração e continuidade do cuidado.

As principais responsabilidades do CEGRAS são:

**i) O acompanhamento da execução e monitoramento do IGM SUS Paulista - Deliberação CIB nº 117, de 06 de dezembro de 2023:**

- Compreender e analisar diretrizes e critérios de financiamento estabelecidos nas deliberações estaduais relacionadas ao financiamento da saúde, incluindo como recursos são alocados aos municípios com base em indicadores como população, desenvolvimento humano, vulnerabilidade social e investimento em atenção básica;
- Realizar o monitoramento do desempenho do IGM SUS Paulista, por meio: i) da análise contínua dos indicadores de desempenho e do progresso alcançado por cada município, auxiliando na identificação das áreas e municípios que necessitam de melhoria; ii) da oferta de suporte técnico contínuo aos municípios para melhoria do desempenho e atingimento das metas estabelecidas por meio do compartilhamento de boas práticas, da realização de capacitações e do fornecimento de orientações personalizadas, entre outros; e iii) da avaliação constante da eficácia do programa na promoção da equidade e qualidade dos serviços de saúde na RRAS;

**ii) O acompanhamento da execução e monitoramento da Tabela SUS Paulista:**

- Monitorar a aplicação da Tabela SUS Paulista, para garantir que os serviços conveniados ou contratados pelo SUS, tanto da gestão estadual quanto

municipal, estejam coerentes com as necessidades da população residente na RRAS, de acordo com as novas regras e regulamentações;

- Estabelecer um sistema eficaz de monitoramento da produção de serviços pelos prestadores de saúde, identificando eventuais discrepâncias e promovendo ajustes necessários para assegurar qualidade e eficiência dos serviços prestados;
- Avaliar o impacto da Tabela SUS Paulista para a população, com ênfase na redução dos tempos de espera por procedimentos de alta demanda e/ou prioritários, com base em dados e indicadores;
- Programar o uso dos recursos da tabela de acordo com as necessidades regionais para garantia da distribuição eficiente, dinâmica e periódica;

**iii) O acompanhamento da execução e monitoramento de outras ferramentas de monitoramento e avaliação, bem como projetos vinculados à regionalização da saúde do estado que necessitem de pactuações e/ou definições no âmbito macrorregional:**

- Identificando e monitorando potenciais riscos à saúde pública, como surtos de doenças infecciosas, epidemias, desastres naturais e outros eventos que possam afetar a saúde da população em diferentes regiões do estado;
- Apoiando iniciativas de capacitação e educação permanente para profissionais de saúde em diferentes regiões do estado, visando melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados;
- Participando ativamente de processos de planejamento e pactuação entre gestores municipais e estaduais de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde regionais que atendam às necessidades da população;
- Coordenando a inteligência do processo de regulação regional no âmbito da macrorregião;

**Diretriz D - Fortalecer as capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde**

Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) representam divisões territoriais de natureza político-administrativa no Estado de São Paulo. São órgãos

estaduais responsáveis pelo planejamento assistencial de investimentos, monitoramento de indicadores de saúde, análise epidemiológica e de riscos, e controle de aplicação de recursos estaduais e federais do SUS, e pela coordenação e gestão das ações de saúde na região. Têm como objetivo principal descentralizar a administração da saúde pública, aproximando a gestão estadual dos municípios e garantindo uma organização mais eficaz e adequada às necessidades locais.

Os DRS coordenam espaços de governança regional, como CEGRAS e as CIR, facilitando a integração e a cooperação entre os municípios. Desempenham um papel essencial no planejamento regional de saúde, desenvolvendo projetos para convênios e contratos de gestão, além de organizarem e executarem diversos outros processos assistenciais e administrativos e proporcionarem apoio institucional às regiões.

Com o intuito de fortalecer a capacidade institucional dos DRS e garantir a implementação da presente política, a Secretaria de Saúde se compromete a estruturar os seguintes mecanismos:

**i) Avaliar resultados e impacto da dissonância entre a abrangência territorial dos DRS e das RRAS e, se necessário, propor adequações**

Desde a criação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) em 2011, que foram definidas a partir da realidade regional e ajustadas ao longo dos anos, há dissonância entre as abrangências territoriais dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e das RRAS no estado de São Paulo. As RRAS, como arranjos organizativos das Redes de Atenção à Saúde em âmbito macrorregional, visam integrar ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, utilizando sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para promover uma prestação de serviços mais coordenada. Assim como os DRS, estão organizadas para promover a integração dos serviços de saúde em uma região específica. Entretanto, a natureza dos DRS é administrativa e a da RRAS é funcional.

Além da dissonância de abrangência territorial entre DRS e RRAS, os DRS também apresentam variações significativas em termos de abrangência populacional. A maior parte dos departamentos, combinados, atendem a uma parcela da população do estado similar àquela coberta por um único departamento isoladamente.

Não existem evidências claras sobre os impactos específicos dessas disparidades, seja em termos positivos ou negativos. No entanto, é essencial avaliar se esse desalinhamento resulta em uma distribuição desigual de recursos, dificuldades na coordenação de serviços ou outras complicações que possam afetar a eficiência e a qualidade da assistência à saúde. Identificar e compreender

esses impactos permitirá propor adequações necessárias, alinhando as abrangências territoriais dos DRS e RRAS para melhorar a integração dos serviços e assegurar uma distribuição mais equitativa e eficiente dos recursos em todo o estado.

## **ii) Criar modelo inovador de Fortalecimento Institucional dos DRS para apoiar a regionalização e medir seus avanços**

A efetivação da governança regional está diretamente ligada à qualificação dos recursos humanos e à participação ativa de gestores municipais, estaduais e outros atores estratégicos. Para garantir uma regionalização eficaz, é indispensável promover a formação continuada tanto dos profissionais de saúde no âmbito da assistência e dos gestores do SUS. No estado de São Paulo, iniciativas como o Programa de Formação e Aperfeiçoamento para Gestão em Saúde Regional têm sido fundamentais para capacitar equipes a enfrentarem os desafios da integração das redes. Além disso, assegurar a distribuição equitativa de profissionais qualificados nas diferentes regiões de saúde deve ser uma prioridade central.

Para assegurar que os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) possam desempenhar suas funções de maneira ainda mais eficiente, será desenvolvido um modelo inovador que visa não apenas normatizar atribuições, mas também a provisão de cargos orientada por critérios técnicos, no intuito de garantir a qualificação e a formação continuada para aqueles que assumam responsabilidades inerentes à função. Esse modelo será norteado por estratégias robustas de qualificação de recursos humanos, com foco na formação e distribuição equilibrada de profissionais capacitados, garantindo a criação de um sólido componente de gestão regional. A coordenação regional, planejamento e gestão, articulação e integração, apoio institucional, e monitoramento e avaliação estarão no centro desse modelo, promovendo um desenvolvimento profissional contínuo para os gestores e técnicos dos DRS. O modelo contemplará a implementação de estruturas de apoio institucional para as regiões, medindo os avanços e estágios de implementação dos departamentos regionais, assegurando um fortalecimento integral das capacidades regionais e uma gestão mais eficiente.

## **Diretriz E - Estabelecer prioridades para a redefinição do perfil de oferta de acordo com as necessidades regionais**

Considerando o compromisso com a gestão regional pactuado no Termo de Acordo e Compromisso da Gestão Regional da Saúde, celebrado no início de 2024 entre o Governo do Estado de São Paulo e os municípios paulistas, com a interveniência do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo

(COSEMS/SP), e a necessidade de remodelar a rede de atenção conforme as demandas da população residente, interpretadas por meio da análise dos fluxos assistenciais e da capacidade instalada, o CEGRAS deve selecionar, com consenso de seus membros, ações prioritárias para realizar possíveis ajustes no perfil assistencial das RRAS de acordo com as necessidades.

O processo que levará a definição das ações prioritárias deve seguir as orientações dessa Política. Os indicadores do modelo lógico de maturidade das RRAS, apresentado anteriormente, representam o instrumento guia dessa tarefa.

### **Sugestão de critérios para definição em consenso das ações prioritárias:**

- Coerência: Ações devem refletir as demandas específicas das RRAS, sendo definidas com base em dados e evidências claras;
- Impacto previsto: Devem ser mensuráveis em termos de resultados positivos e efetivos para a população;
- Custo-efetividade: Devem proporcionar o melhor uso dos recursos disponíveis, garantindo resultados significativos com menor custo;
- Equidade de acesso: Devem promover acesso igualitário aos serviços de saúde, especialmente para as áreas mais vulneráveis;
- Capacidade de implementação: A viabilidade de execução das ações deve ser analisada, considerando os recursos humanos, financeiros e logísticos disponíveis;
- Sustentabilidade: Devem ser sustentáveis a longo prazo, garantindo a continuidade dos benefícios para a população;
- Apoio de gestores: Devem ser acordadas com todos os gestores envolvidos no processo de regionalização.

Para cada ação prioritária definida, deve ser indicada a estratégia de implementação, as metas propostas e o modelo de financiamento correspondente, nas dimensões: acesso e melhoria da qualidade dos serviços APS, visando ampliação e qualificação desses serviços; autonomia dos serviços ambulatoriais especializados e autonomia dos serviços hospitalares, adequando oferta e demanda em consonância com as necessidades regionais.

É fundamental que cada ação seja específica e tecnicamente definida, abordando diretamente os problemas identificados na rede. As ações deverão focar em aspectos concretos da oferta de serviços em relação à demanda existente.

## **Diretriz F - Melhorar a eficiência da atenção ambulatorial especializada e hospitalar**

Mecanismos que proporcionem o atendimento da demanda priorizando a redução das filas de espera devem operar primordialmente para atender às necessidades das regiões de forma eficiente – para além de serem sustentáveis do ponto de vista financeiro, humano e material. A regionalização implica não só na minimização de custos, mas na alocação eficaz dos recursos, condizente com a realidade local. Portanto, é essencial adequar e/ou redefinir, em determinados casos, o papel assistencial da atenção ambulatorial e hospitalar do estado.

### **i) Atenção Ambulatorial Especializada:**

Para melhorar a eficiência da atenção ambulatorial especializada e enfrentar problemas de perda primária e absenteísmo, é necessário implementar uma série de medidas focadas na otimização de recursos, personalização da oferta de serviços de acordo com as necessidades regionais e na inclusão de novas tecnologias:

- Os serviços da atenção ambulatorial especializada devem ajustar sua oferta de serviços com base nas necessidades epidemiológicas de cada região, em vez de seguir um padrão fixo de oferta. Isso garantirá que os serviços prestados sejam relevantes e atendam de forma eficaz às demandas locais;
- Todos os serviços da atenção ambulatorial especializada devem comprometer-se com a implementação de serviços de telemedicina, adotando:
  - modelos híbridos de atendimento, ou seja, realizando teleconsultas em casos/especialidades onde houver viabilidade clínica;
  - a modalidade tele interconsulta, que facilitará o apoio da atenção ambulatorial especializada (AAE) à atenção primária à saúde (APS), facilitando a integração e a coordenação do cuidado;
  - outro(s) método(s) de ampliação da telemedicina focados em super especialidades que possuem baixo número de diagnósticos nos serviços ambulatoriais especializados já implantados. O intuito deverá ser o fornecimento de suporte adicional e especializado para complementar o alcance desses serviços na rede;
- Para reduzir a perda primária e o absenteísmo, os serviços da atenção ambulatorial especializada deverão implementar sistemas de gestão que

otimizem o agendamento e os atendimentos, a exemplo de sistemas de *messaging*, para envio de lembretes automáticos de agendamentos e mecanismos de fácil remarcação de consultas para usuários; inclusive, sempre que possível, proporcionando ao usuário a possibilidade de escolher dias e horários para o agendamento;

- Em relação a ampliação da oferta ambulatorial especializada: Ainda que determinadas localidades possuam infraestrutura adequada para que se estruture este tipo de unidade, deve ser realizada análise criteriosa das necessidades epidemiológicas da região. Quaisquer estruturas existentes devem ser utilizadas de forma lógica e adequada às necessidades regionais, garantindo que os recursos sejam empregados de maneira eficiente.

## **ii) Atenção Hospitalar:**

Para melhorar a eficiência e a efetividade dos serviços hospitalares nas RRAS, é necessário, primeiramente, compreender e gerenciar todos os hospitais como uma única rede integrada, identificando redundâncias e/ou lacunas na oferta de serviços, para estruturar uma distribuição mais equilibrada e especializada dos de todos os recursos disponíveis. Para tanto, recomenda-se duas abordagens principais: a designação funcional e/ou a reconversão, este último para o caso de Hospitais de Pequeno Porte (HPPs).

### **Designação Funcional**

A designação funcional da rede hospitalar deve ser realizada a partir da análise detalhada do perfil atual dos hospitais, que deverá identificar especialidades redundantes ou desproporcionadas e eventuais lacunas nos serviços prestados, conforme as necessidades da macrorregião. Com base nesses dados, deve-se definir e atribuir especialidades específicas a cada hospital, possibilitando ajustes.

A redesignação das especialidades hospitalares deve ser realizada de acordo com as necessidades epidemiológicas, e com base nas orientações do Modelo Lógico da regionalização do SUS Paulista, descrita anteriormente, que permite identificar as áreas mais críticas que necessitam de rápidas respostas. Em seguida, deverá ser proposto o Plano de Redesignação Funcional da Rede Hospitalar da RRAS, cuja proposta deverá ser formulada de forma conjunta pelo Comitê Executivo de Governança das RAS (CEGRAS), com a aprovação das CIR respectivas. O Plano deve promover a cooperação e integração entre os hospitais, visando a melhoria da coordenação dos serviços de saúde da RRAS.

### **Reconversão dos HPPs**

A revisão do papel assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) deve seguir as mesmas premissas do Modelo Lógico da regionalização do SUS Paulista, descrita anteriormente. A seguir, estão listadas alternativas viáveis para a reconfiguração dos HPP – outros perfis de unidades de saúde os quais os HPPs podem ser convertidos –, de modo a ampliar o acesso e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na RRAS:

- unidades hospitalares que operam em regime de *day-surgery* ou modalidades similares de atendimento exclusivamente diurno;
- unidades básicas de saúde (preferencialmente nos moldes da estratégia saúde da família);
- unidades ambulatoriais especializadas;
- unidades de pronto atendimento (UPA);
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- estruturas hospitalares de apoio, integradas a um Hospital de Referência Regional (HRR).

Para contribuir de forma efetiva com o fortalecimento da rede, cada RRAS deverá elaborar um Plano de Reconversão para o Hospital de Pequeno Porte, cuja proposta deverá ser formulada de forma conjunta pelo Comitê Executivo de Governança das RAS (CEGRAS), com a aprovação das CIR respectivas.

## **Diretriz G - Integrar e regionalizar os sistemas de regulação assistencial**

A meta de integrar e regionalizar os sistemas de regulação assistencial do SUS Paulista representa um desafio crucial, que concentra-se não só na reorganização da oferta de serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, mas também na implementação de um eficaz processo de regulação de acesso que agilize a capacidade de resposta e proporcione equidade.

Para alcançar esse objetivo, será fundamental estabelecer um Plano de Regulação Regional e criar o Sistema Integrado, Unificado e Regionalizado de Regulação (SIURR). Para tanto:

- i) todas as RRAS do estado de São Paulo deverão contar com uma central reguladora no SIURR;
- ii) todos os municípios do estado de São Paulo assumem a função de ‘município solicitante’ para as referências intermunicipais nas centrais reguladoras das suas respectivas RRAS, ao aderirem ao SIURR;

- iii) todas as unidades prestadoras de serviço de saúde da RRAS, sejam públicas ou conveniadas com o SUS Paulista, deverão disponibilizar informações sobre sua capacidade instalada no SIURR;
- iv) ao gestor público caberá a definição sobre o número e/ou percentual da oferta passível de contratualização, conforme contratos de gestão, a partir da análise dos dados de todas as unidades prestadoras de serviço;
- v) as unidades prestadoras de serviço de saúde e centrais reguladoras terão a responsabilidade de disponibilizar e atualizar informações sobre a oferta de serviços de saúde em tempo real no SIURR para garantir uma regulação eficiente e transparente;
- vi) o estado deverá junto aos municípios pactuar a integração do processo regulatório superando a atual fragmentação da assistência, de modo a garantir transparência e equidade do acesso na RRAS;
- vii) outros sistemas de regulação adotados por municípios devem estar integrados ao SIURR;
- viii) haverá setor ou núcleo específico responsável por garantir a execução do Plano de Regulação Regional. A este setor/núcleo caberá a integração e gestão compartilhada entre as centrais reguladoras das RRAS, as unidades prestadoras de serviço de saúde e os municípios solicitantes;

A governança do Plano de Regulação Regional será realizada de forma compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e os municípios integrantes da respectiva RRAS, representados pelo Comitê Executivo de Governança das RAS (CEGRAS) de forma integrada, participativa e transparente, envolvendo gestores e atores estratégicos das RRAS.

Caberá a CEGRAS implementar o modelo de regulação compartilhada, que integre todas as unidades prestadoras de serviços de saúde, superando o atual cenário fragmentado onde parte da regulação é realizada exclusivamente pelo(s) município(s) e outra parte pelo estado, a depender da unidade de saúde. O objetivo do modelo de regulação compartilhada é centralizar toda a oferta de serviços no SIURR, implementando a regulação regional integrada e unificada do estado de São Paulo.

Ao setor ou núcleo específico do SIURR caberá o monitoramento do acesso aos serviços de saúde regulados em diferentes regiões, avaliando a equidade no acesso com base em critérios como localização geográfica, vulnerabilidade social, e outras características sociodemográficas, com intuito de apoiar a coordenação da

distribuição e alocação de recursos de saúde, para garantir uma distribuição justa e equitativa dos recursos disponíveis. Para tanto, o SIURR deverá garantir:

- A análise de dados para identificar tendências, padrões e necessidades para a tomada de decisões estratégicas no SUS;
- O monitoramento da disponibilidade de leitos e serviços de média e alta complexidade em tempo real para responder rapidamente às necessidades do território de cada RRAS para otimizar o uso dos recursos públicos;
- O acompanhamento do fluxo de usuários no sistema, permitindo a identificação de gargalos potenciais para garantir o menor tempo de espera possível para o acesso a consultas, exames, serviços e hospitalizações.

## 9

### OBJETOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA

Monitoramento e avaliação são pilares fundamentais para a implementação e evolução de qualquer política pública. No contexto da regionalização da saúde, essas práticas permitem não apenas acompanhar o progresso das ações, mas também identificar gargalos, redirecionar estratégias e promover ajustes que garantam a integração das Redes de Atenção à Saúde.

Considerando as diretrizes deste documento, será possível mensurar o impacto das ações adotadas, ajustando intervenções e promovendo um planejamento mais preciso. Monitorar e avaliar a execução da Política de Regionalização no estado de São Paulo será crucial para garantir a equidade e a integralidade da atenção à saúde, em um sistema complexo como o SUS. Para tanto, foram definidos os seguintes objetos de análise:

1. Fluxos assistenciais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares para avaliar alterações nas taxas de suficiência de atendimento.
2. Mudanças no perfil da oferta de serviços de saúde.
3. Capacidade instalada hospitalar e sua adequação às demandas regionais.
4. Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua eficácia na promoção da saúde da população.
5. Utilização e impacto da telemedicina na prestação de cuidados de saúde.
6. Alterações no escopo dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e seu papel na rede assistencial.
7. Avaliação da ociosidade das unidades de saúde e possíveis medidas de otimização.
8. Pertinência das referências assistenciais, incluindo o Índice de Capacidade de Atenção Primária em Saúde (ICAPS).
9. Monitoramento da segurança e qualidade dos serviços de saúde, incluindo a ocorrência de eventos adversos.
10. Avaliação da governança regional, com destaque para a integração de novos dados nas rotinas de gestão.
11. Progresso na integração e unificação da regulação assistencial para garantir uma distribuição eficiente e equitativa dos recursos de saúde.

## Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e Indicadores do Setor. Disponível em:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> Acesso em: maio, 2024.

Albuquerque, M. V. de. (2013). O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (1990). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (1993). Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica- SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf). Acesso em: junho, 2024.

Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: junho, 2024.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/noas01\\_2002.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/noas01_2002.pdf). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 abr. 2006. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_sau.de\\_volume2.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_sau.de_volume2.pdf). Acesso em: maio, 2024.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União: seção 1, p.43-51, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) Acesso em: outubro, 2024. Brasil.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Portaria GM-MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2011). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2011). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. SAGE (Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde). Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>. Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. SIM (Sistema de Informações de Mortalidade). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso: maio, 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. SIPNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASE). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: maio, 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. SIH (Sistema de Informações Hospitalares). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: maio, 2024.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2012). Deliberação CIB nº 34, de 25 de maio de 2012. Aprova as Diretrizes e Estratégias para Estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 25 de maio de 2012, seção 1, p.24.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2016). Deliberação CIB nº 11, de 22 de março de 2016. Atualiza as Regiões de Saúde e a composição de Municípios, no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 23 de março de 2016, seção 1, p. 37.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2019). Deliberação CIB nº 101, de 20 de dezembro de 2019. Aprova a atualização da Nota Técnica CIB – DIRETRIZES PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 21 de dezembro de 2019, seção 1, p. 63.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2023). Deliberação CIB nº 15, de 29 de março de 2023. Aprova a composição dos membros do Grupo Condutor Tripartite de Regionalização, do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 20 de maio de 2023, seção 1, p. 40.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2023). Deliberação CIB nº 87, de 06 de setembro de 2023. aprova a instituição dos Comitês Executivos de Governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nas macrorregiões (RRAS) do estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 11 de setembro de 2023, seção 1, p. 39.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2023). Deliberação CIB nº 117, de 06 de dezembro de 2023. Altera a Deliberação CIB 34/2012, publicada no DOE, de 25/05/2012, Seção 1, p.24, no que se refere à diretriz 3. FINANCIAMENTO, DETALHAMENTO DAS PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO, itens “b”, “c”, “d” e “e”, referentes ao

PAB Fixo Estadual e ao PAB variável (Qualis Mais). Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 07 de dezembro de 2023, seção 1, p. 34.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2024). Deliberação CIB nº 30, de 08 de março de 2024. Aprova a atualização do desenho territorial da Regionalização do Estado de São Paulo, passando a contar com 62 Regiões de Saúde – RS e respectivas Comissões Intergestores Regional – CIR, formando 18 Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 11 de março de 2024, seção 1, p. 126.

Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. (2024). Deliberação CIB nº 64, de 04 de junho de 2024. Aprova a Nota Técnica CIB – Orientações sobre as competências dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e relações com as demais instâncias de governança: Comissões Intergestores Regionais – CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB. São Paulo, 05 de junho de 2024, seção 1, p. 80

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Painel da Estratégia Apoiador do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Disponível em: [https://lookerstudio.google.com/embed/u/0/reporting/6a3b9046-0dda-45e6-b36a-78ba6e1e3d02/page/p\\_rad0oo1w5c](https://lookerstudio.google.com/embed/u/0/reporting/6a3b9046-0dda-45e6-b36a-78ba6e1e3d02/page/p_rad0oo1w5c) Acesso em: maio, 2024.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato\\_organizativo\\_acao\\_publica\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf). Acesso em: maio, 2024.

Fiocruz (2023). Internações no Brasil: oferta e utilização no SUS e na saúde suplementar de 2015 a 2021. Observatório de Política e Gestão Hospitalar. Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/debates-e-opiniones/internacoes-no-brasil-oferta-e-utilizacao-no-sus-e-na-saude-suplementar-de-2015#:~:text=J%C3%A1%20em%202020%20a%20taxa,por%20100%20pessoas%20em%202021>. Acesso em: maio, 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/> Acesso em: maio, 2024.

Jaccoud, L., Meneses, A. (2020). Coordenação e relações intergovernamentais no SUS – O Pacto pela Saúde e o seu legado. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasília, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10240/1/IntergSusPactoSaude\\_cap07.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10240/1/IntergSusPactoSaude_cap07.pdf) Acesso em: maio, 2024.

Lima L. D.; Queiroz, L. F. N.; Machado, C. V.; Viana, A. L. D. (2012). Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>. Acesso em: maio, 2024.

Lima, L. D. de; Viana, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: \_\_\_\_\_. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Tradução. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011

Moreira, M., Ribeiro, J., Ouverney, A. (2017). Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr;22(4):1097–108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017> Acesso em: maio, 2024.

Mota, A., Schraiber, L. B., & Ayres, J. R. de C. M. (2019). A Reforma Leser: a arquitetura de um projeto de saúde pública paulista, 1967-1979. *Saúde E Sociedade*, 28(4), 267–283. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190043>. Acesso em: maio, 2024.

Rehem, R., Tasca, R., Padilha, F., Almeida, B., Eleone, A., Aguillar, A., Carrera, M. (2023). Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional n. 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-11/>. Acesso em: maio, 2024.

Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes (2022). A Regionalização da Saúde no Brasil. Estudo Institucional n.7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-07/> Acesso em: maio, 2024.

São Paulo (Estado). (1986). Decreto nº 25.608, de 30 de julho de 1986. Organiza, na Secretaria da Saúde, 12 (doze) Escritórios Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 31 jul. 1986, seção 1.

São Paulo (Estado). (2023). Resolução SS nº 123, de 27 de Maio de 2024. Dispõe sobre o repasse de valores financeiros, do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, para os Fundos Municipais de Saúde, conforme complementação estabelecida através da Tabela SUS Paulista, aos prestadores de serviço conveniados ou contratados pelo SUS/SP, sob Gestão Municipal. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 27 de junho de 2024, Ed. Suplementar, nº 100 - p.1. Disponível em: [https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/06/E\\_R-SS-123\\_270524.pdf](https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/06/E_R-SS-123_270524.pdf). Acesso em: junho, 2024.

São Paulo (Estado). (2023). Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023. Disciplina a aplicação da Tabela SUS Paulista aos estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, que participam do Sistema Único de Saúde, de forma complementar para assistência à saúde aos usuários do SUS/SP. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 29 de dezembro de 2023, Ed. Suplementar. p. 4. Disponível em: [https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/01/E\\_R-SS-198\\_291223.pdf](https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/01/E_R-SS-198_291223.pdf). Acesso em: junho, 2024.

Servo, L. M. S. (2020). O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência. Belo Horizonte, MG: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG, 2020

Yunes, J. (1999). "O SUS na lógica da descentralização". Estudos avançados 13 (35): 65–70.

## LISTA DE ABREVIações

**AIH** - Autorizações de Internação Hospitalar  
**AME** - Ambulatório Médico de Especialidades  
**APAC** - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo  
**APS** - Atenção Primária de Saúde  
**BPA-I** - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado  
**CEGRAS** - Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde  
**CF/88** - Constituição Federal de 1988  
**CG** - Conselhos Gestores  
**CG REDES** - Comitê Gestor da Rede  
**CGR** - Colegiados de Gestão Regional  
**CIB** - Comissão Intergestores Bipartite  
**CIR** - Comissão Intergestores Regional  
**CIT** - Comissão Intergestores Tripartite  
**COAP** - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde  
**COSEMS-SP** - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo  
**DATASUS** - Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde  
**DIR** - Diretorias Regionais  
**DRS** - Departamentos Regionais de Saúde  
**ERSA** - Escritórios Regionais de Saúde  
**GVE** - Grupos de Vigilância Epidemiológica  
**GVS** - Grupos de Vigilância Sanitária  
**HPP** - Hospital de Pequeno Porte  
**HRR** - Hospital de Referência Regional  
**ICSAP** - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária  
**IEPS** - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde  
**IGM** - Incentivo à Gestão Municipal  
**IVS** - Índice de Vulnerabilidade Social  
**MAC** - Média e Alta Complexidade  
**NOAS** - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
**NOB** - Norma Operacional Básica  
**OPAS/OMS** - Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde  
**OSS** - Organização Social de Saúde  
**PDR** - Plano Diretor de Regionalização  
**PRI** - Planejamento Regional Integrado  
**RAS** - Redes de Atenção à Saúde  
**RENAME** - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
**RENASES** - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
**RRAS** - Redes Regionais de Atenção à Saúde  
**SES-SP** - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
**SIGTAP** - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos  
**SIURR** - Sistema Integrado, Unificado e Regionalizado de Regulação  
**SUS** - Sistema Único de Saúde

## GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização das macrorregiões do estado de São Paulo, 2022	24
Gráfico 2 - Percentual de cobertura de APS, percentual de cobertura de planos de saúde, percentual de cobertura vacinal de pentavalente, percentual de cobertura vacinal de poliomielite, 2022	25
Gráfico 3 - Percentual de internações por causas sensíveis à APS do total de internações no mesmo período e taxa de mortalidade infantil (100 mil hab.), 2022	26
Gráfico 4 - Número de médicos e enfermeiros por RRAS (taxa por 1000 hab.) SUS e não SUS, 2022	27
Gráfico 5 - Percentual de autonomia e dependência das macrorregiões de acordo com total de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no ano de 2022	28
Gráfico 6 - Percentual de autonomia e dependência das macrorregiões de acordo com total de hospitalizações ocorridas no ano de 2022	29
Gráfico 7 - Percentual de autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no ano de 2022	30
Gráfico 8 - Percentual de autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de hospitalizações ocorridas no ano de 2022	33
Gráfico 9 - Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, hemodiálise, número de procedimentos, 2023	37
Gráfico 10 - Autonomia e dependência para terapia intensiva neonatal, número de diárias de UTI, 2023	38
Gráfico 11 - Número de leitos por tipo de hospital (pequeno porte e/ou demais hospitais), 2022	42
Gráfico 12 - Percentual de leitos em hospitais de pequeno porte do total de hospitais, 2022	42
Gráfico 13 - Taxa (10.000 habitantes) de leitos por tipo de hospital (pequeno porte e/ou demais hospitais), 2022	43
Gráfico 14 - Valor médio em reais das autorizações de internação hospitalar (AIH) de acordo com o porte do hospital, 2023	44
Gráfico 15 - Taxa de ocupação hospitalar e tempo médio de permanência de acordo com o porte do hospital, 2023	45
Gráfico 16 - Proporção de internações por causas sensíveis à APS e total de internações ocorridas no mesmo período, de acordo com o porte do hospital, 2023	46
Gráfico 17 - Participação média dos(as) secretários(as) de Saúde nas Comissões Intergestores Regionais agrupadas por RRAS, de janeiro a agosto de 2023	49
Gráfico 18 - Percentual de municípios com pelo menos 1 troca de secretários, janeiro a novembro de 2023	51

## FIGURAS

Figura 1 - Resumo do processo de descentralização da gestão estadual do SUS-SP	13
Figura 2 - Espaços de governança da regionalização	19
Figura 3 - Mapa das Redes Regionais de Atenção à Saúde e Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo, 2011	21
Figura 4 - Comparativo das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, 2016 e 2024	22
Figura 5 - Mapa de Hospitais (SUS e não SUS) por porte do estado de São Paulo, 2022	40

## QUADROS

Quadro 1 - Padronização de termos utilizados para os espaços de governança e desenho territorial da regionalização	20
Quadro 2 - Autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no ano de 2022	31
Quadro 3 - Autonomia e atração das macrorregiões de acordo com total de hospitalizações ocorridas no ano de 2022	33
Quadro 4 - Lista de procedimentos prioritários para análise de suficiência das macrorregiões	35
Quadro 5 - Participação dos(as) secretários(as) de Saúde ou suplente(s) nas Comissões Intergestores Regionais, janeiro a agosto de 2023	47
Quadro 6 - Rotatividade de secretários(as) de Saúde, janeiro a novembro de 2023	50
Quadro 7 - Diretrizes da Política de Regionalização	57
Quadro 8 - Proposta de indicadores de classificação da maturidade das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)	5

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Metodologia utilizada para seleção dos procedimentos prioritários avaliados na Análise Situacional da Política

Para seleção dos procedimentos prioritários que compõem a análise situacional deste documento, foi criado um grupo de trabalho composto por especialistas da SES, OPAS e IEPS (dentre eles sanitaristas, especialistas em políticas públicas, pesquisadores em economia da saúde e médicos especialistas).

#### Etapas de seleção dos procedimentos prioritários:

Passo 1. Análise qualitativa dos produtos das oficinas de trabalho realizadas pelo estado de São Paulo em cada macrorregião<sup>8</sup>, sendo eles:

- a) o diagnóstico da capacidade instalada em cada RRAS;
- b) o diagnóstico dos principais problemas e possíveis soluções da gestão regionalizada;
- c) as análises de dependência das macrorregiões produzidas pela SES e apresentadas nas oficinas;
- d) as análises de fluxos regionais (dados de permanência, dependência e atração) produzidas pelo IEPS;

Passo 2. Elaboração da lista de temas prioritários de análise (agrupamentos de procedimentos) com base na análise qualitativa do passo 1:

Nesse aspecto, o objetivo foi elencar agrupamentos cujos procedimentos fossem:

- a) os mais prioritários de acordo com os resultados das oficinas, do ponto de vista dos participantes;
- b) os de maior dependência entre macrorregiões;
- c) os de maior volume de realização;
- d) aqueles que se espera que uma macrorregião com elevado grau de suficiência tenha plenas condições de realizar;

#### Temas priorizados:

Referentes aos procedimentos de média e alta complexidade: “Biópsia orientada por ultrassonografia”, “Cateterismo cardíaco”, “Cintilografia”, “Colonoscopia”, “Endoscopia digestiva alta”, “Hemodiálise”, “Quimioterapia”, “Tomografia”, “Radioterapia”.

---

<sup>8</sup>Com a participação do Grupo Condutor CIB, dos Representantes da(s) DRS, GVS, GVE e da Administração Central da SES, do Cosems SP, da Regulação Regional e municipal(ais), um representante de cada município da Região, um representante de cada Unidade Ambulatorial de Especialidades (AME) e outro de cada Hospital (independentemente de sua natureza).

Referentes a procedimentos, cirurgias e terapias de alta complexidade: "Cirurgia cardíaca", "Cirurgia de Próstata", "Cirurgia de reconstrução mamária", "Cirurgia oncológica", "Cirurgia ortopédica", "Neurocirurgia", "Parto em gestação de alto risco", "Transplante renal", "Terapia intensiva adulto" e "Terapia intensiva neonatal".

Passo 3. Coleta e análise de dados de sistemas de informação em saúde:

Foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Em ambos os sistemas, utilizou-se o ano de 2023 como referência (com download das bases realizadas no mês de abril de 2024).

Para análise dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatoriais, realizou-se a contagem de procedimentos realizados nas bases de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Foram utilizados dados registrados via BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado) ou APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo).

Para análise dos procedimentos hospitalares, realizou-se a contagem de procedimentos realizados nas bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Foram utilizados dados registrados via AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

A seguir, foram elaborados os critérios de inclusão de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS utilizados nas análises. A listagem de procedimentos selecionados para a análise passou por um processo de checagem assíncrona de todos os envolvidos no grupo de trabalho e validação final de médicos especialistas.

Critérios de Inclusão de procedimentos:

Procedimentos Ambulatoriais (SIGTAP)	
Biópsia Orientada por Ultrassonografia	Existência de 1 (um) único procedimento disponível correspondente: 'biópsia percutânea orientada por tomografia computadorizada / ultrassonografia / ressonância magnética / raio x'
Cateterismo cardíaco	Incluídos todos os procedimentos classificados na forma de organização 'diagnóstico em cardiologia' que contenham a palavra 'cateterismo'
Cintilografia	Incluídos todos os procedimentos classificados no subgrupo diagnóstico por medicina nuclear in vivo cujo procedimento contenham a palavra 'cintilografia', independentemente da forma de organização
Colonoscopia	Existência de 1 (um) único procedimento disponível correspondente: 'colonoscopia (coloscopia)'
Endoscopia Digestiva Alta	Existência de 1 (um) único procedimento disponível correspondente: 'esofagogastroduodenoscopia'

Hemodiálise	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'tratamento em nefrologia' e forma de organização 'tratamento dialítico' que contenham a palavra 'hemodiálise'.
Quimioterapia	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo tratamento em oncologia nas formas de organização: 'quimioterapia paliativa - adulto', 'Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto', 'Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto', 'Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto', 'Quimioterapia curativa - adulto', 'Quimioterapia de tumores de criança e adolescente'. <i>Foram excluídos procedimentos considerados complementares/anexos à execução da própria quimioterapia, como por exemplo "cuidados com o material de suporte para infusão (...)"</i>
Tomografia	Incluídos todos os procedimentos classificados no subgrupo 'Diagnóstico por tomografia'
Radioterapia	Incluídos todos os procedimentos classificados na forma de organização 'Radioterapia'. <i>Foram excluídos procedimentos considerados complementares/anexos à execução da própria radioterapia, como por exemplo: "internação para radioterapia"</i>
Ressonância	Incluídos todos os procedimentos classificados no subgrupo 'Diagnóstico por ressonância magnética' ou 'Ressonância'
Procedimentos Hospitalares (SIGTAP)	
Cateterismo Cardíaco	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'cirurgia do aparelho circulatório' e forma de organização 'cardiologia intervencionista'
Cirurgia Cardíaca	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'cirurgia do aparelho circulatório' e forma de organização 'cirurgia cardiovascular', classificadas como tipo de complexidade 'alta'
Cirurgia de Próstata	Incluído apenas o procedimento 'prostatovesicuclectomia radical'
Cirurgia de Reconstrução mamária	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'cirurgia de mama' e forma de organização 'mama' que contenham os termos 'plástica mamária não estética', 'plástica mamária reconstitutiva', e 'reconstrução mamária pós mastectomia'
Cirurgia Oncológica	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'cirurgia em oncologia'
Cirurgia Ortopédica	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'cirurgia do sistema osteomuscular': a. e forma de organização 'coluna vertebral e caixa torácica', classificadas como tipo de complexidade 'alta' b. e forma de organização 'cintura pélvica' que contenham a palavra 'artroplastia' e 'quadril' classificadas como tipo de complexidade 'alta' c. e forma de organização 'membros inferiores' que contenham a palavra 'artroplastia' e 'joelho' classificadas como tipo de complexidade 'alta'

Neurocirurgia	Incluídos todos os procedimentos do subgrupo 'cirurgia do sistema nervoso central e periférico', incluindo todas as formas de organização exceto 'tratamento neuro-endovascular', classificadas como tipo de complexidade alta
Parto em gestação de alto risco	Existência de 2 (dois) procedimentos correspondentes: 'parto normal em gestação de alto risco' e 'parto cesariano em gestação de alto risco'
Transplante Renal	Existência de 2 (dois) procedimentos correspondentes: 'transplante de rim (orgão de doador falecido)' e 'transplante de rim (orgão de doador vivo)'
Terapia Intensiva	
Terapia Intensiva Adulto e Neonatal	Incluído o número de diárias de internação nas Unidades de terapia intensivas classificadas como 'adulto' e 'neonatal'.

### Códigos de procedimentos utilizados:

Biópsia orientada por	208080015, 208080040, 208090010,	406010757, 406010765, 406010781,
Ultrassonografia:	208090029, 208090037	406010790, 406010803, 406010811,
201010542		406010820, 406010838, 406010846,
	Cirurgia cardíaca:	406010854, 406010862, 406010870,
Cateterismo cardíaco:	406010013, 406010021, 406010030,	406010889, 406010897, 406010900,
211020010, 211020028, 406030014,	406010048, 406010056, 406010064,	406010919, 406010927, 406010935,
406030022, 406030030, 406030049,	406010072, 406010080, 406010099,	406010943, 406010951, 406010986,
406030057, 406030065, 406030073,	406010137, 406010153, 406010161,	406010994, 406011001, 406011010,
406030081, 406030090, 406030103,	406010170, 406010188, 406010196,	406011028, 406011036, 406011044,
406030111, 406030120, 406030138,	406010200, 406010218, 406010226,	406011052, 406011079, 406011087,
406030146, 406030154	406010234, 406010242, 406010250,	406011095, 406011109, 406011117,
	406010269, 406010277, 406010285,	406011125, 406011133, 406011141,
Cintilografia:	406010293, 406010307, 406010315,	406011150, 406011168, 406011176,
208010017, 208010025, 208010033,	406010323, 406010331, 406010340,	406011184, 406011192, 406011206,
208010041, 208010050, 208010068,	406010358, 406010366, 406010374,	406011214, 406011222, 406011230,
208010076, 208010084, 208020012,	406010382, 406010390, 406010404,	406011249, 406011265, 406011273,
208020020, 208020039, 208020047,	406010420, 406010439, 406010447,	406011281, 406011290, 406011303,
208020055, 208020063, 208020071,	406010455, 406010463, 406010471,	406011311, 406011320, 406011338,
208020080, 208020098, 208020101,	406010480, 406010498, 406010501,	406011346, 406011354, 406011362,
208020110, 208030018, 208030026,	406010528, 406010536, 406010544,	406011370, 406011389, 406011397,
208030034, 208030042, 208040021,	406010552, 406010560, 406010579,	406011400, 406011419, 406011427,
208040030, 208040048, 208040056,	406010587, 406010595, 406010609,	406011435, 406011443, 406011451,
208040064, 208040072, 208050019,	406010617, 406010625, 406010633,	406011460, 406011478, 406011486,
208050027, 208050035, 208050043,	406010641, 406010650, 406010668,	406011494, 406011508, 406011516,
208060014, 208060022, 208070010,	406010676, 406010692, 406010706,	406011524
208070028, 208070036, 208070044,	406010714, 406010730, 406010749,	

Cirurgia de Próstata: 409030031	416080014, 416080030, 416080081, 416080090, 416080111, 416080120, 416090010, 416090028, 416090036,	Colonoscopia: 209010029
Cirurgia de Reconstrução Mamária: 410010073, 410010090, 410010200, 410010219	416090079, 416090109, 416090117, 416090125, 416090133, 416110010, 416110029, 416110037, 416110045, 416110053, 416110061, 416110070,	Endoscopia Digestiva Alta: 209010037
Cirurgia oncológica: 416010016, 416010024, 416010040, 416010075, 416010091, 416010113, 416010121, 416010130, 416010164, 416010172, 416010180, 416010199, 416010202, 416010210, 416010229, 416020020, 416020151, 416020160, 416020178, 416020186, 416020194, 416020208, 416020216, 416020224, 416020232, 416020240, 416020259, 416030025, 416030033, 416030041, 416030068, 416030076, 416030084, 416030092, 416030149, 416030157, 416030165, 416030173, 416030181, 416030190, 416030203, 416030211, 416030220, 416030238, 416030246, 416030254, 416030262, 416030270, 416030289, 416030297, 416030300, 416030319, 416030327, 416030335, 416030343, 416030351, 416030360, 416040012, 416040020, 416040039, 416040047, 416040055, 416040071, 416040101, 416040110, 416040128, 416040144, 416040179, 416040187, 416040195, 416040209, 416040217, 416040225, 416040233, 416040241, 416040250, 416040268, 416040276, 416040284, 416040292, 416040306, 416050018, 416050026, 416050034, 416050050, 416050077, 416050093, 416050107, 416050115, 416060013, 416060021, 416060030, 416060056, 416060064, 416060080, 416060099, 416060102, 416060110, 416060129,	416110088, 416120024, 416120032, 416120040, 416120059	Hemodiálise: 305010093, 305010107, 305010115, 305010123, 305010131, 305010204
	Cirurgia ortopédica: 408030011, 408030020, 408030038, 408030046, 408030054, 408030062, 408030070, 408030089, 408030097, 408030100, 408030119, 408030127, 408030135, 408030143, 408030151, 408030160, 408030178, 408030186, 408030194, 408030208, 408030216, 408030224, 408030232, 408030240, 408030259, 408030267, 408030275, 408030283, 408030291, 408030305, 408030313, 408030321, 408030330, 408030348, 408030356, 408030364, 408030372, 408030380, 408030410, 408030429, 408030453, 408030461, 408030500, 408030518, 408030550, 408030569, 408030577, 408030585, 408030593, 408030615, 408030623, 408030631, 408030640, 408030658, 408030666, 408030674, 408030682, 408030690, 408030704, 408030712, 408030720, 408030739, 408030747, 408030763, 408030771, 408030780, 408030798, 408030801, 408030810, 408030828, 408030836, 408030844, 408030852, 408030860, 408030879, 408030887, 408030895, 408030909, 408030917, 408040041, 408040068, 408040076, 408040092, 408050047, 408050055, 408050063, 408050071	Neurocirurgia: 403010047, 403010055, 403010071, 403010110, 403010128, 403010136, 403010144, 403010217, 403010225, 403010233, 403010241, 403010250, 403010292, 403010330, 403010357, 403010390, 403020018, 403020026, 403020034, 403020042, 403020050, 403020069, 403020093, 403020115, 403020131, 403030013, 403030021, 403030030, 403030048, 403030056, 403030064, 403030080, 403030099, 403030102, 403030110, 403030129, 403030137, 403030145, 403030153, 403030161, 403040019, 403040027, 403040051, 403040060, 403040078, 403040086, 403040094, 403040108, 403040116, 403040124, 403050030, 403050049, 403050057, 403050065, 403050073, 403050090, 403050103, 403050154, 403050162, 403060010, 403060028, 403060036, 403060044, 403060052, 403060060, 403060079, 403060087, 403060095, 403080010, 403080029, 403080037, 403080045, 403080053, 403080061, 403080070, 403080088, 403080096, 403080100
		Parto em gestação de alto risco: 310010047, 411010026

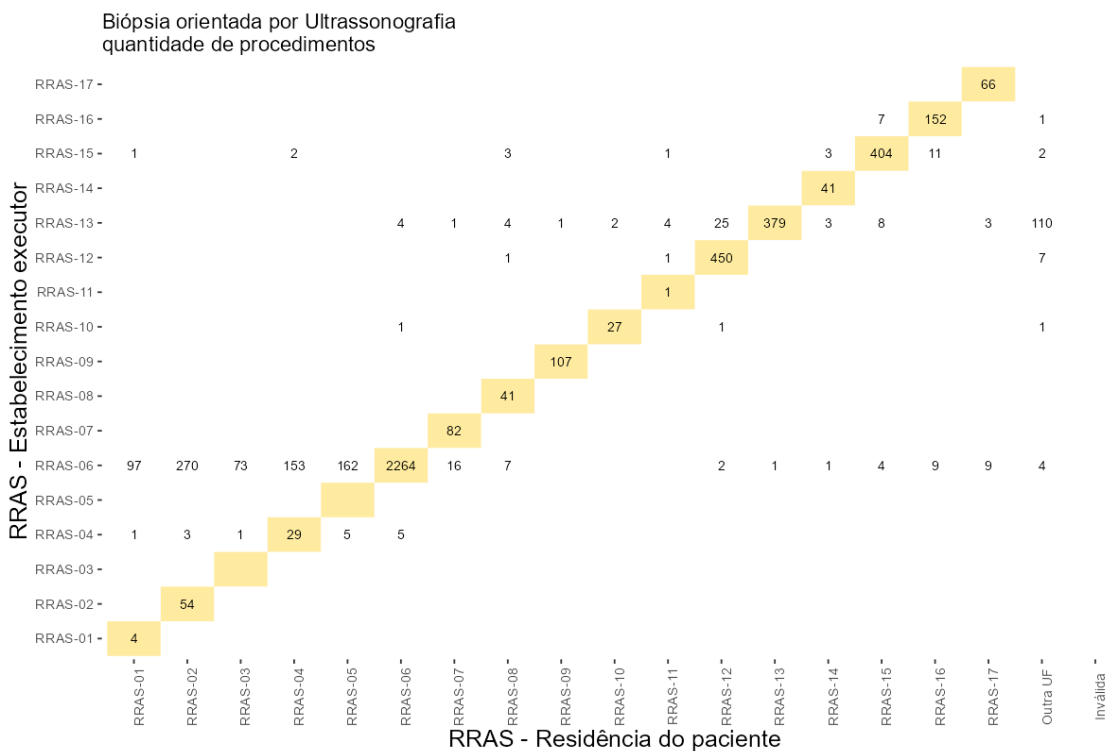
Quimioterapia:	304040118, 304040126, 304040134,	304010367, 304010375, 304010383,
304020010, 304020028, 304020036,	304040142, 304040150, 304040169,	304010391, 304010405, 304010413,
304020044, 304020052, 304020060,	304040177, 304040185, 304040193,	304010421, 304010430, 304010448,
304020079, 304020087, 304020095,	304040207, 304050016, 304050024,	304010456, 304010464, 304010472,
304020109, 304020117, 304020125,	304050032, 304050040, 304050067,	304010480, 304010499, 304010502,
304020133, 304020141, 304020150,	304050075, 304050113, 304050121,	304010510, 304010529, 304010537,
304020168, 304020176, 304020184,	304050130, 304050172, 304050180,	304010545, 304010553, 304010561,
304020192, 304020206, 304020214,	304050202, 304050210, 304050229,	304010570, 304010588
304020222, 304020230, 304020249,	304050253, 304050261, 304050270,	
304020257, 304020265, 304020273,	304050288, 304050296, 304050300,	Ressonância:
304020281, 304020290, 304020303,	304050318, 304050326, 304050334,	207010013, 207010021, 207010030,
304020311, 304020320, 304020338,	304050342, 304060011, 304060038,	207010048, 207010056, 207010064,
304020346, 304020362, 304020370,	304060046, 304060070, 304060089,	207010072, 207020019, 207020027,
304020389, 304020397, 304020400,	304060097, 304060100, 304060119,	207020035, 207030014, 207030022,
304020419, 304020427, 304020435,	304060127, 304060135, 304060151,	207030030, 207030049, 207030057
304020443, 304030015, 304030023,	304060160, 304060178, 304060186,	
304030031, 304030040, 304030058,	304060208, 304060216, 304060224,	Tomografia:
304030066, 304030074, 304030082,	304060232, 304070017, 304070025,	206010010, 206010028, 206010036,
304030090, 304030104, 304030112,	304070033, 304070041, 304070050,	206010044, 206010052, 206010060,
304030120, 304030139, 304030147,	304070068, 304070076, 304070084	206010079, 206010087, 206010095,
304030155, 304030163, 304030171,		206020015, 206020023, 206020031,
304030180, 304030198, 304030201,		206020040, 206030010, 206030029,
304030210, 304030228, 304030236,		206030037
304030244, 304030252, 304030260,		
304040010, 304040029, 304040045,		Transplante Renal:
304040053, 304040061, 304040070,	Radioterapia:	505020092, 505020106
304040088, 304040096, 304040100,		

## ANEXO 2

Gráficos de Autonomia e Dependência para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, procedimentos hospitalares e terapia intensiva

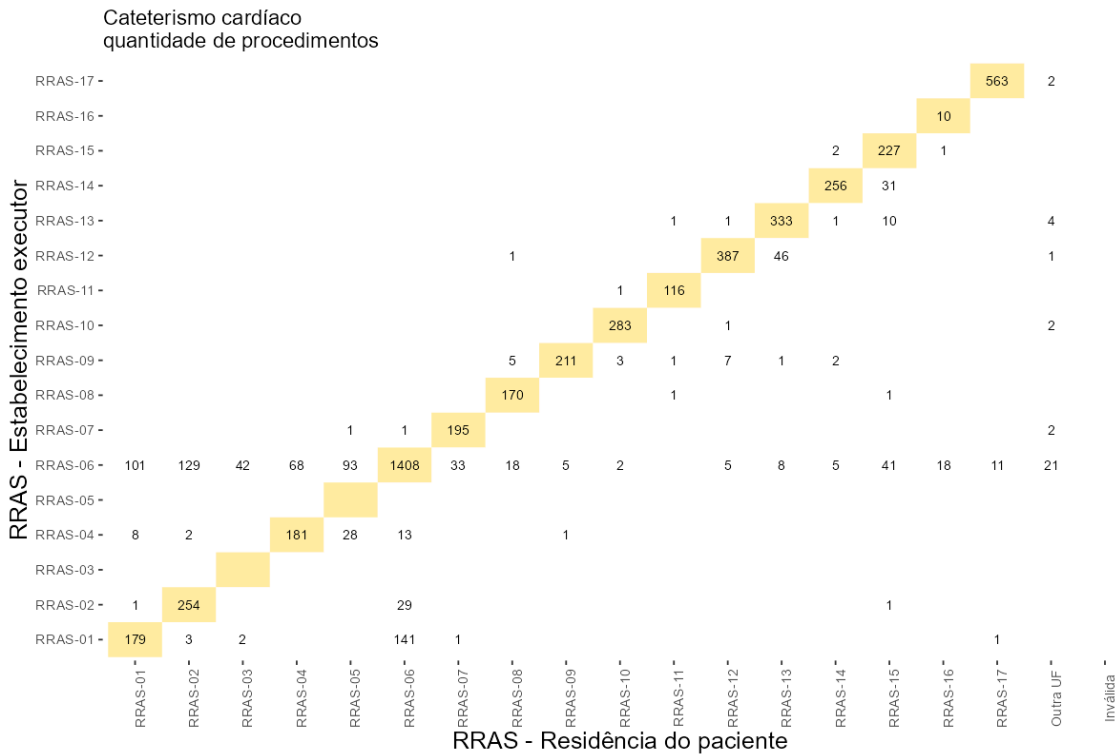
### A - Procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e procedimentos hospitalares por número absoluto de procedimentos executados no ano de 2023

#### A.1. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, biópsia orientada por ultrassonografia, número de procedimentos, 2023



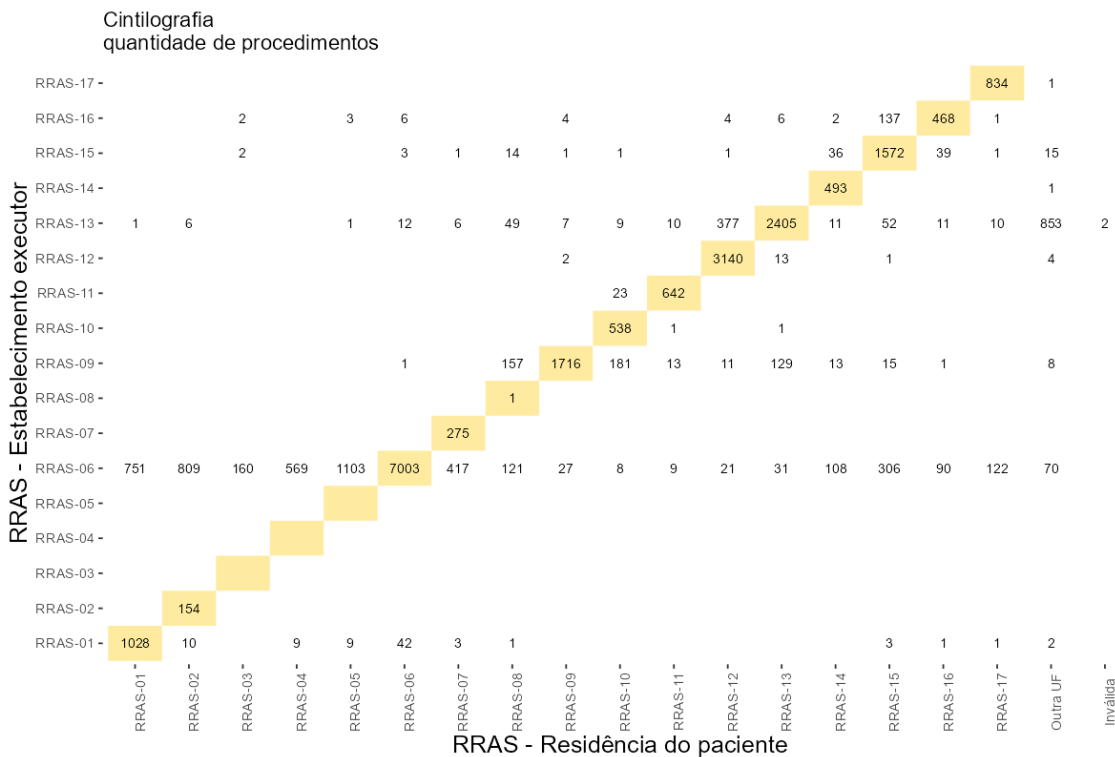
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

## A.2. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, cateterismo cardíaco, número de procedimentos, 2023



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

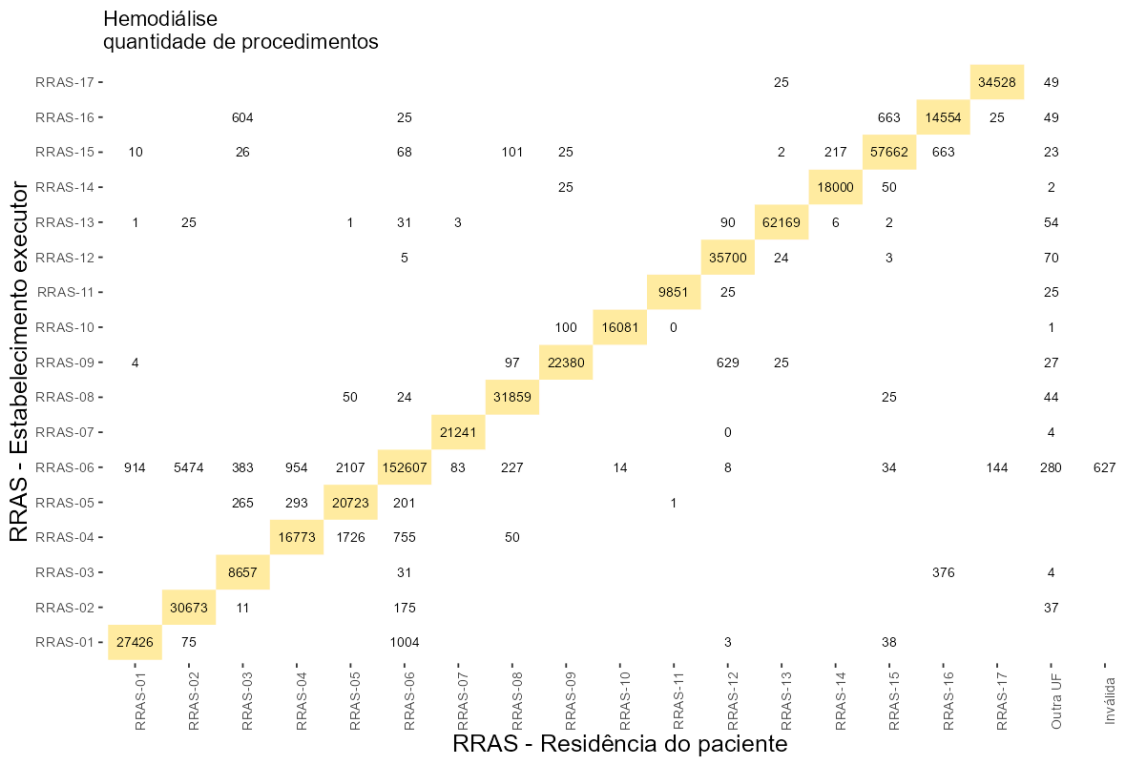
## A.3. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, cintilografia, número de procedimentos, 2023



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

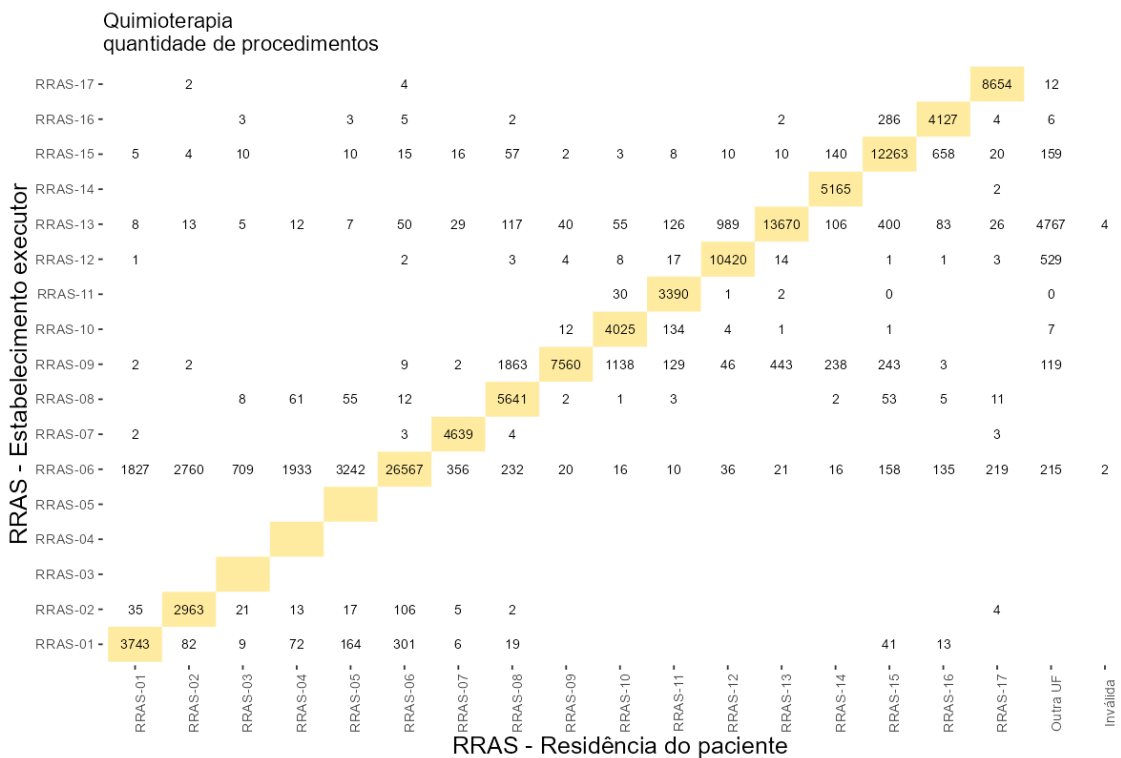


## A.6. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, hemodiálise, número de procedimentos, 2023



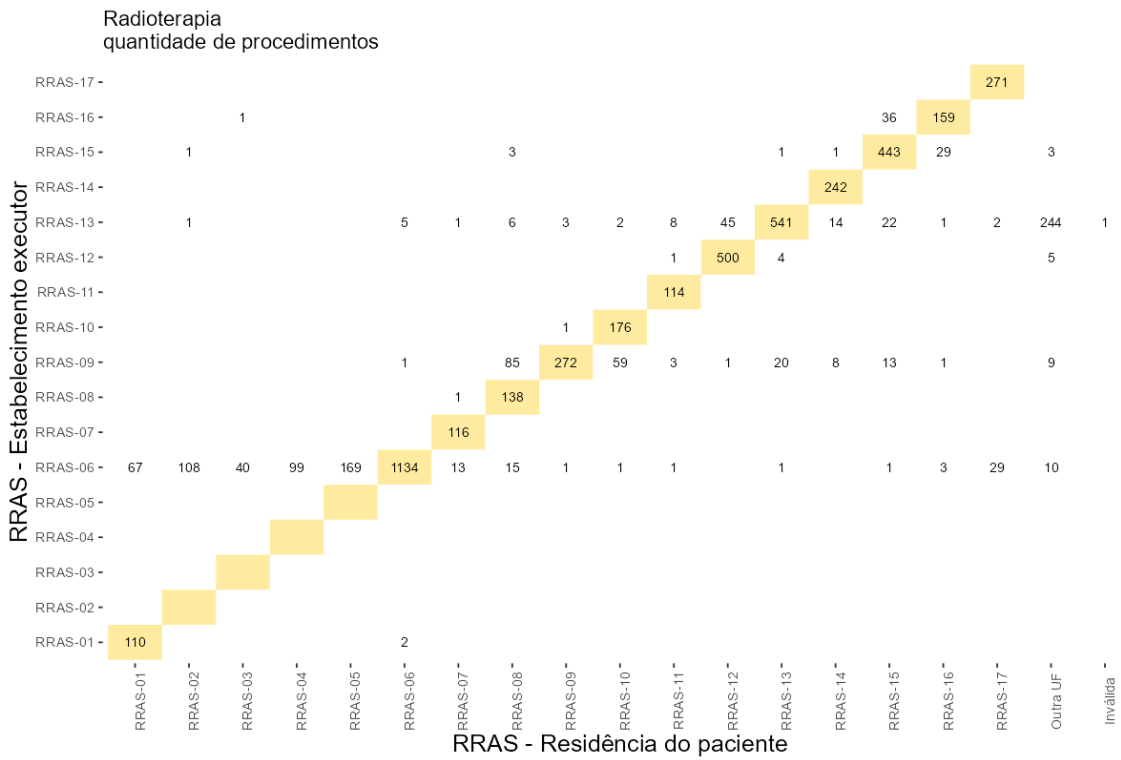
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

## A.7. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, quimioterapia, número de procedimentos, 2023



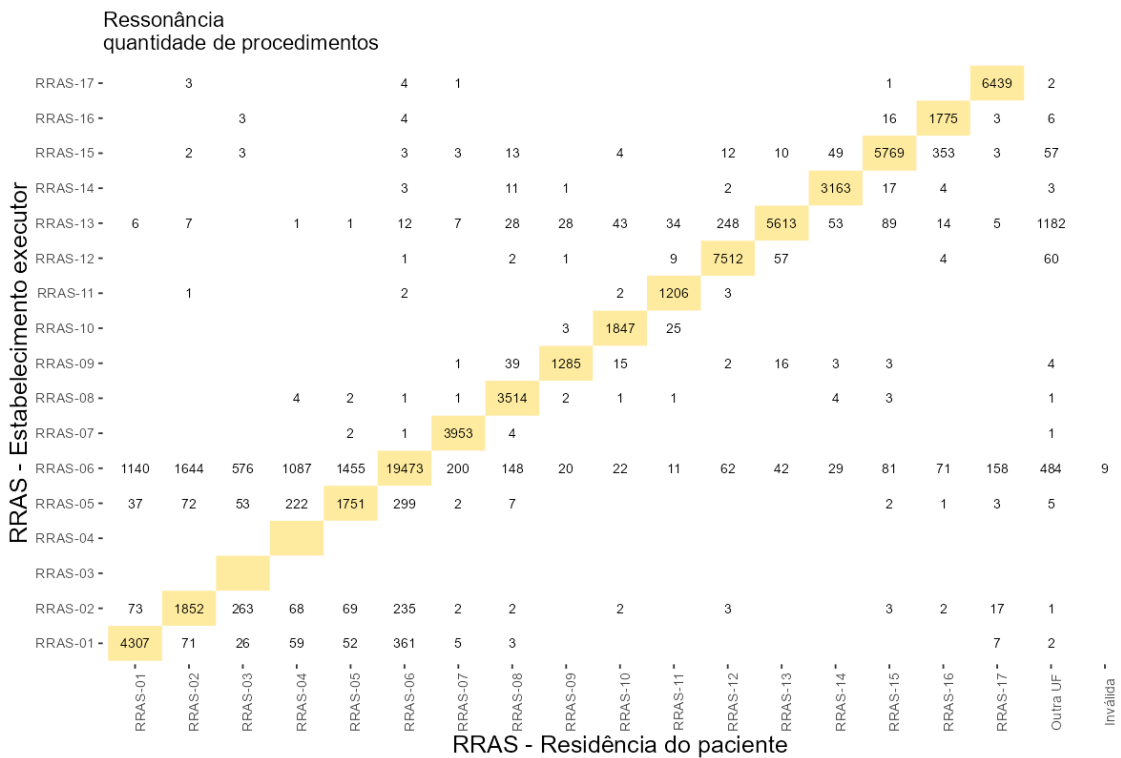
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### A.8. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, radioterapia, número de procedimentos, 2023



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### A.9. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, ressonância, número de procedimentos, 2023



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### A. 10. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, tomografia, número de procedimentos, 2023

Tomografia  
quantidade de procedimentos

RRAS - Estabelecimento executor	RRAS-17 -	26	33	1	6	11	142	35	10	1	3	8	5	4	26	7	24994	119		
	RRAS-16 -	32	22	70	5	2	53		5	2		2	4	7	504	11550	1	33		
	RRAS-15 -	5	4	8		2	34	9	32	1	6		5	6	123	20865	359	11	78	
	RRAS-14 -	6	3		1		15	5	5	6				7	9046	42	1		24	
	RRAS-13 -	19	30	6	12	5	119	58	178	63	120	111	1328	23810	192	862	105	76	5622	16
	RRAS-12 -	3	8	3	1	11	30	1	10	14	17	67	28128	68	2	24	10		976	2
	RRAS-11 -	2	1	1			1				26	4453	5			3				5
	RRAS-10 -	2	3				3				25	8200	112	7	4		4	2	3	15
	RRAS-09 -	4		3	3	11	50	3	1633	17857	1066	98	191	380	216	265	10			233
	RRAS-08 -	1	6	20	51	73	26	5	15794	17	2	4	2	3	6	39	19	6		34
	RRAS-07 -	13	10		5	11	91	17013	8	3			1	2	1	9	3	24		17
	RRAS-06 -	2926	5881	1381	3618	5059	123693	824	568	66	51	42	88	194	99	385	283	564	694	5
	RRAS-05 -	19	17	32	158	9121	307	2	29	1		1	1	5		2	3	2		24
	RRAS-04 -	20	26	38	6305	460	592	10	30		1	3		2	3	6		1		18
	RRAS-03 -	6	23	4297	37	364	152	2	3	2						4	15			3
	RRAS-02 -	260	16267	91	63	149	958	19	1	2	7		1	5	5	34	11	53		56
	RRAS-01 -	27973	346	28	99	174	1779	31	27	5			2	0		28	10	10		34
		RRAS-01 -																		
	RRAS-02 -																			
	RRAS-03 -																			
	RRAS-04 -																			
	RRAS-05 -																			
	RRAS-06 -																			
	RRAS-07 -																			
	RRAS-08 -																			
	RRAS-09 -																			
	RRAS-10 -																			
	RRAS-11 -																			
	RRAS-12 -																			
	RRAS-13 -																			
	RRAS-14 -																			
	RRAS-15 -																			
	RRAS-16 -																			
	RRAS-17 -																			
	Outra UF -																			
	Inválida -																			

RRAS - Residência do paciente

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### A.11. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cateterismo cardíaco, número de procedimentos, 2023

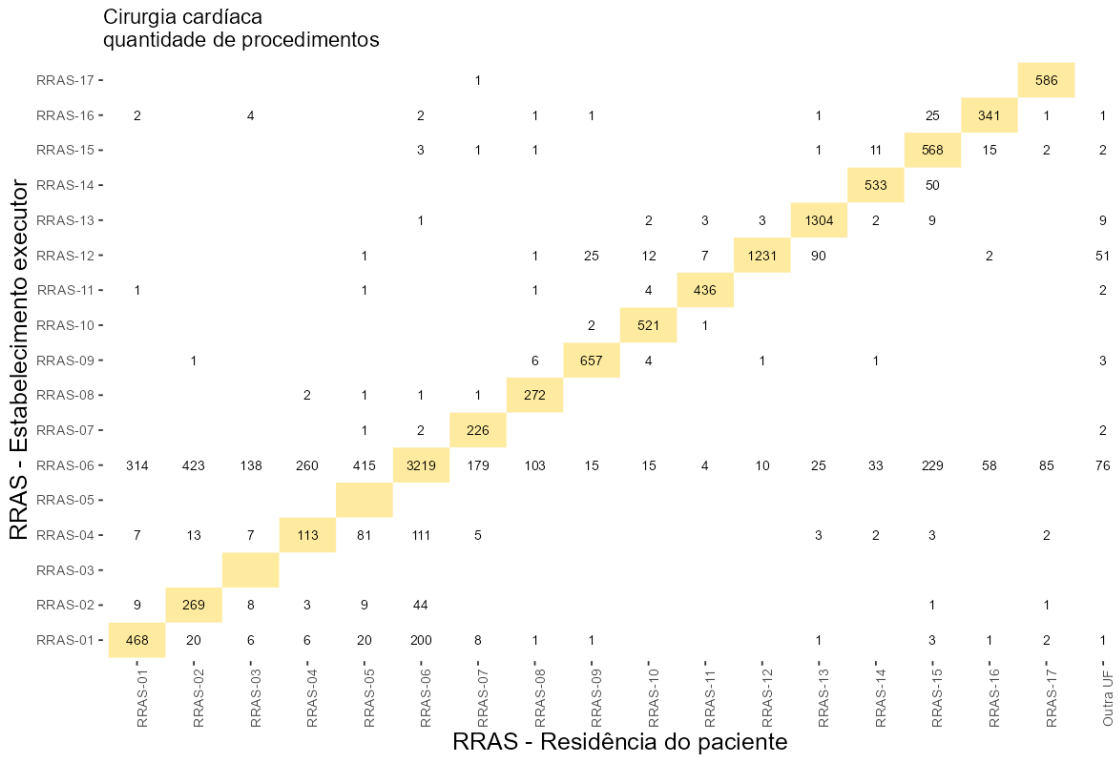
Cateterismo Cardíaco  
quantidade de procedimentos

RRAS - Estabelecimento executor	RRAS-17 -	1			2	5													1975	9	
	RRAS-16 -	2	3	3		3		1			1					40	663			1	
	RRAS-15 -	3	1			5		5				3			8	1279	4			3	
	RRAS-14 -					4							1	1100	53	1	1				
	RRAS-13 -			1		6	2	1	3		1	5	3410	6	13					24	
	RRAS-12 -		1					1	7	9	3	2267	110		2					12	
	RRAS-11 -				2				1	6	616	4									4
	RRAS-10 -	1				2			8	1026	1				1						4
	RRAS-09 -				2			4	991	3		3			3						1
	RRAS-08 -			1	1	1			762	1		1	1								1
	RRAS-07 -	1							256	1					2						1
	RRAS-06 -	345	541	169	277	395	5286	124	90	15	7	2	4	32	28	147	48	66			88
	RRAS-05 -																				
	RRAS-04 -	6	4	7	187	34	41	6	1		1			1	2	2	3	3			
	RRAS-03 -																				
	RRAS-02 -	9	1113	13		1	110		1	1											7
	RRAS-01 -	704	8	1	2	4	261	6		1						1	1				1
		RRAS-01 -																			
	RRAS-02 -																				
	RRAS-03 -																				
	RRAS-04 -																				
	RRAS-05 -																				
	RRAS-06 -																				
	RRAS-07 -																				
	RRAS-08 -																				
	RRAS-09 -																				
	RRAS-10 -																				
	RRAS-11 -																				
	RRAS-12 -																				
	RRAS-13 -																				
	RRAS-14 -																				
	RRAS-15 -																				
	RRAS-16 -																				
	RRAS-17 -																				
	Outra UF -																				
	Inválida -																				

RRAS - Residência do paciente

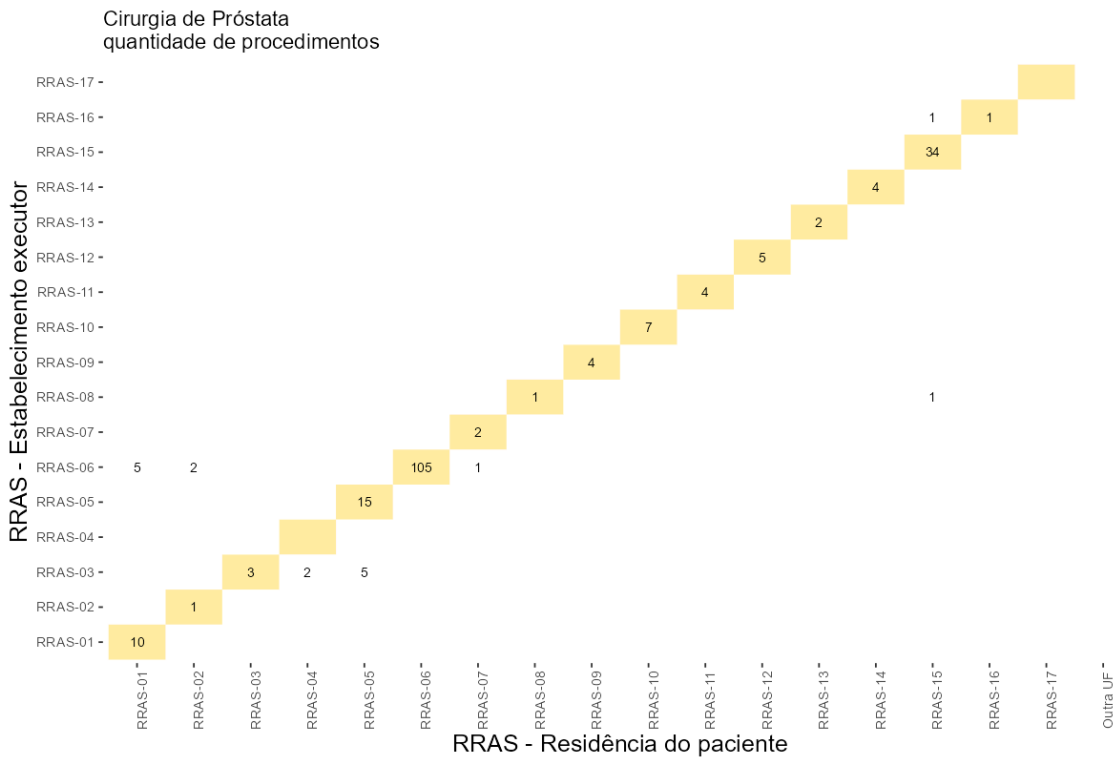
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### A.12. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia cardíaca, número de procedimentos, 2023



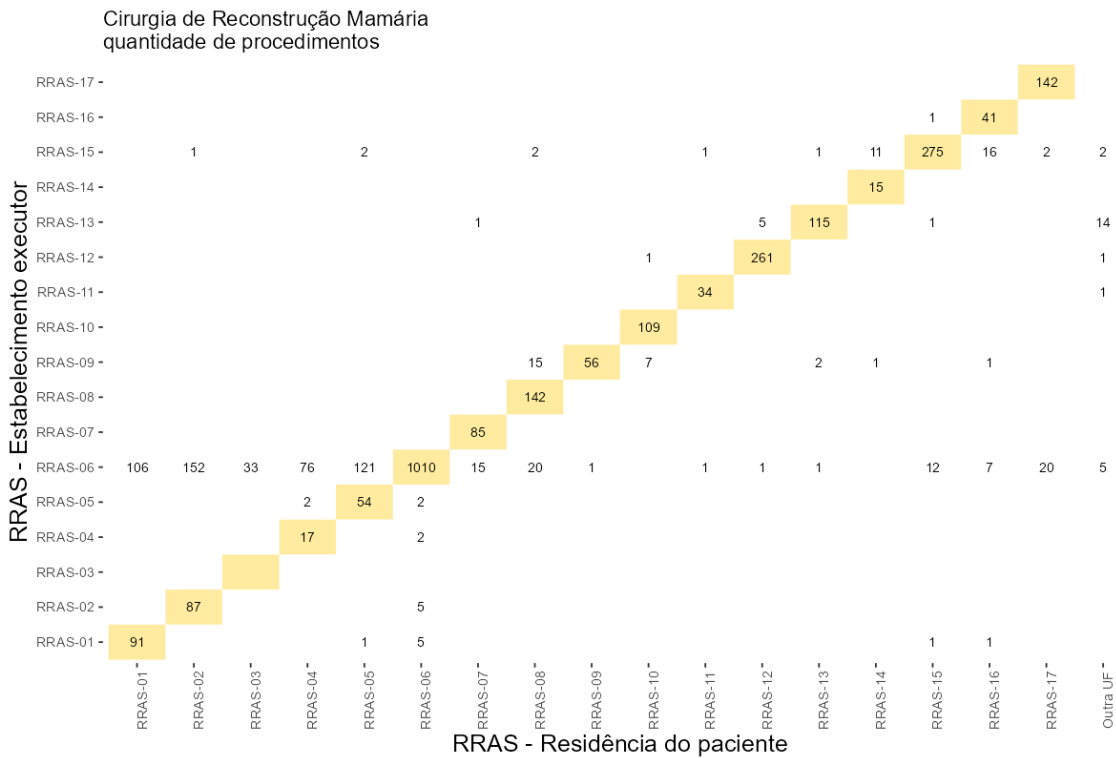
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### A.13. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia de próstata, número de procedimentos, 2023



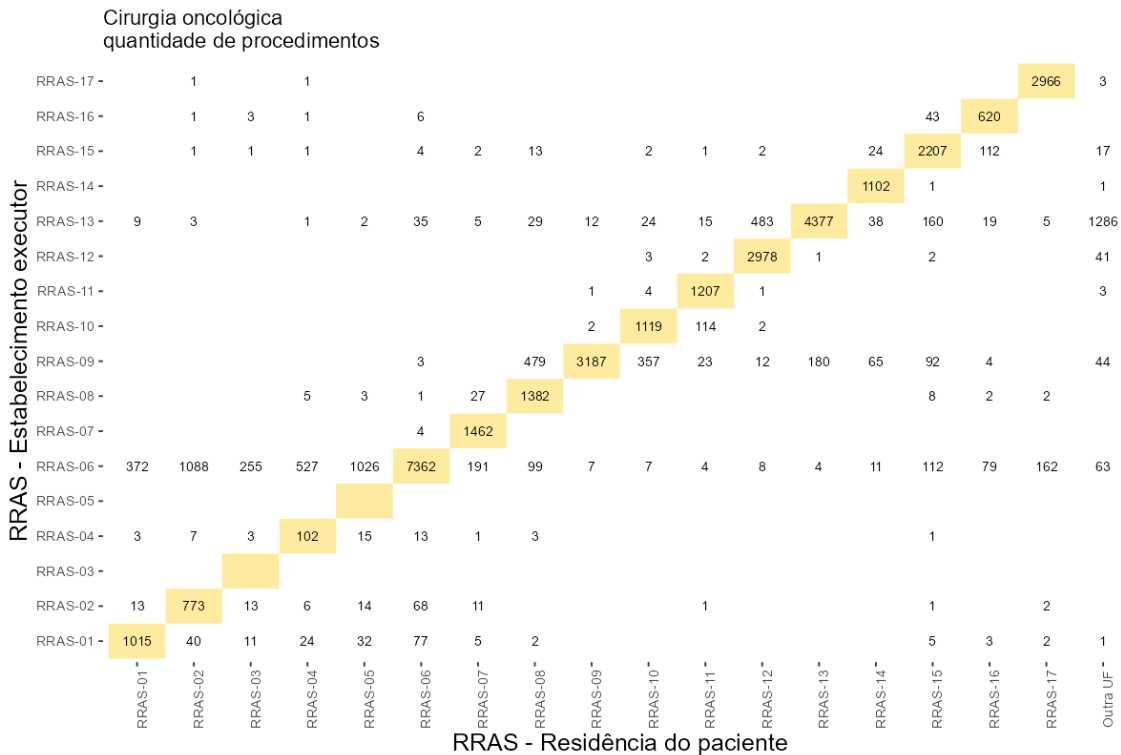
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### A.14. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, reconstrução mamária, número de procedimentos, 2023



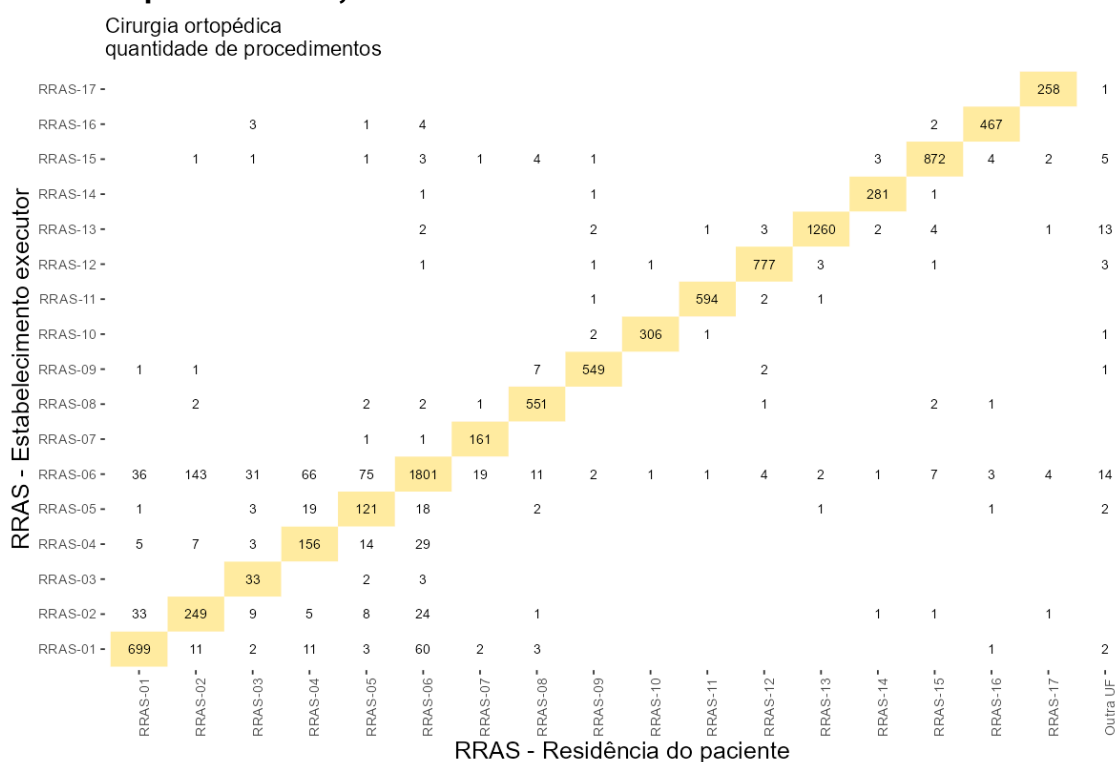
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### A.15. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia oncológica, número de procedimentos, 2023



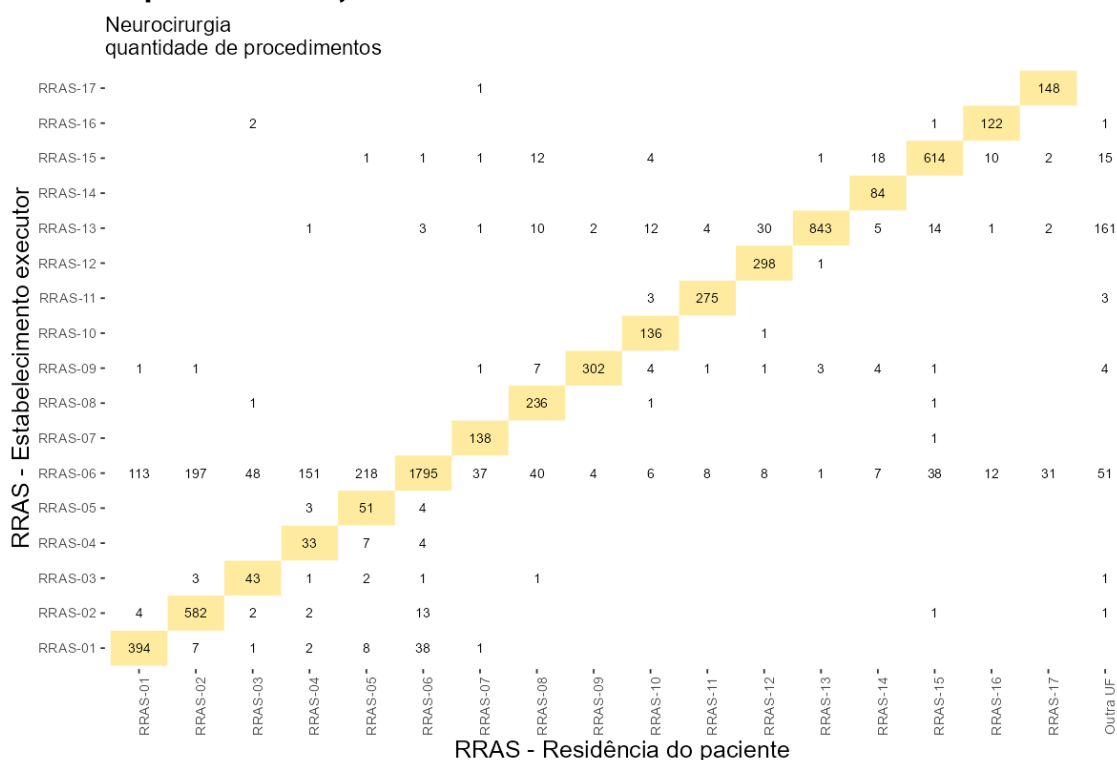
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

## A.16. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia ortopédica, número de procedimentos, 2023



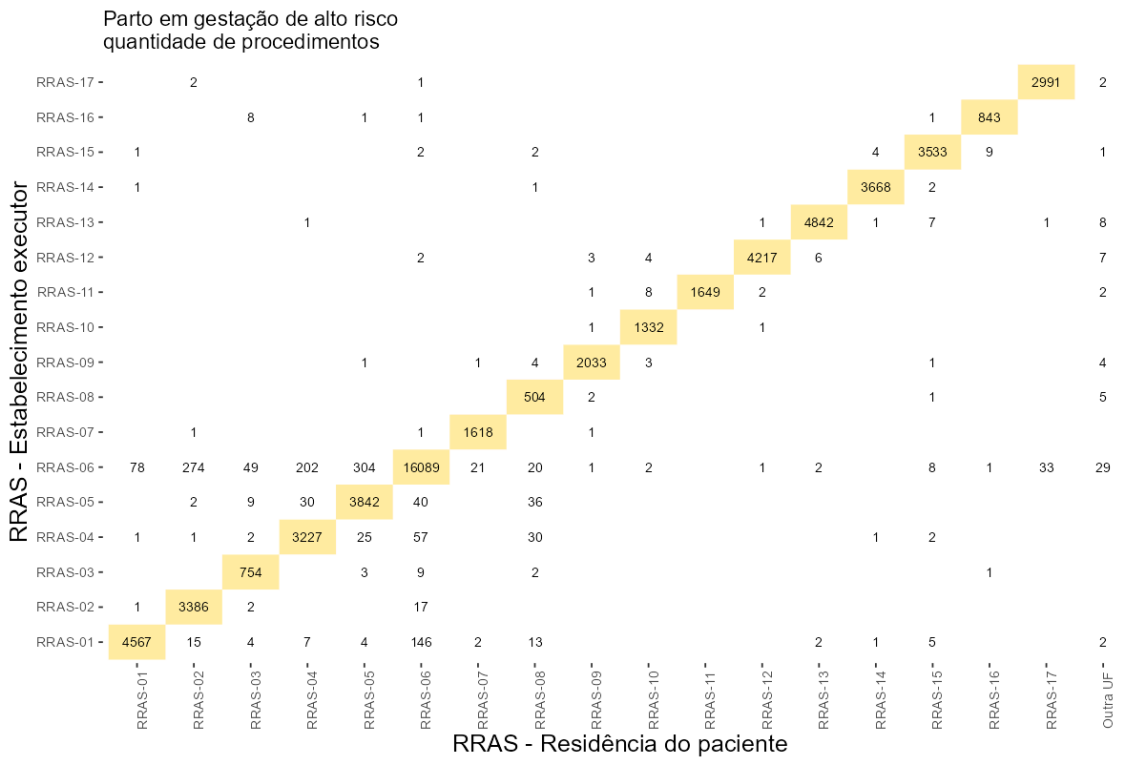
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

## A.17. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, neurocirurgia, número de procedimentos, 2023



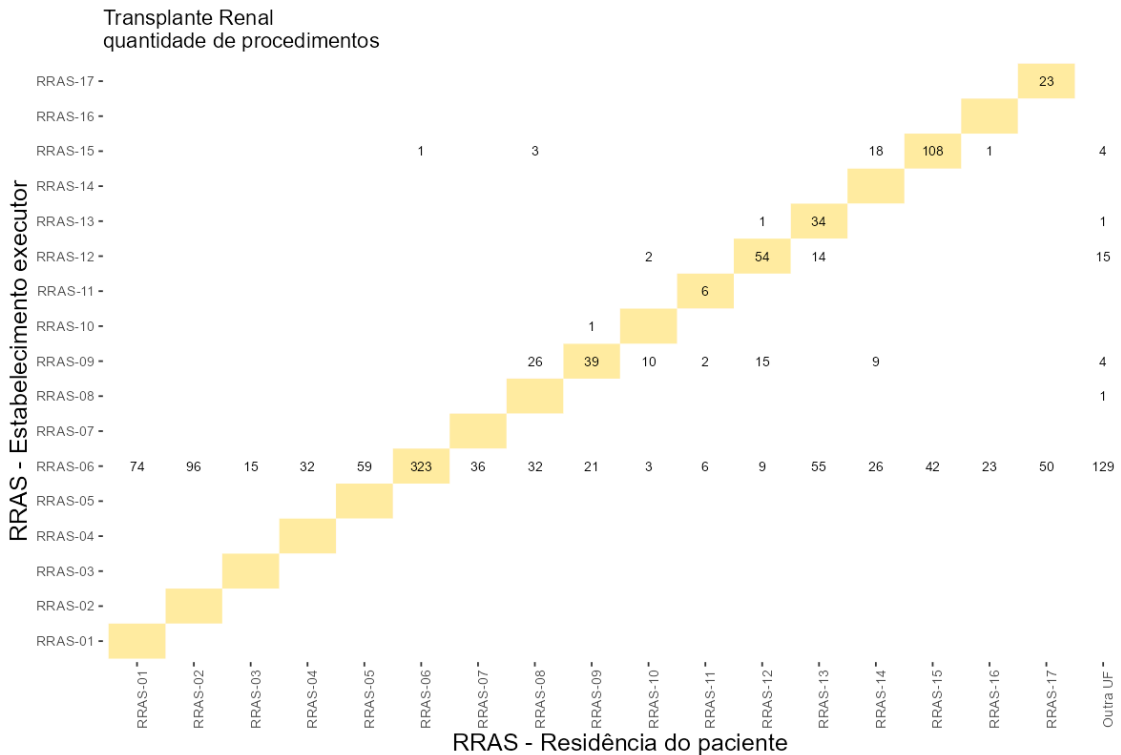
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### A.18. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, gestação de alto risco, número de procedimentos, 2023



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### A.19. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, transplante renal, número de procedimentos, 2023

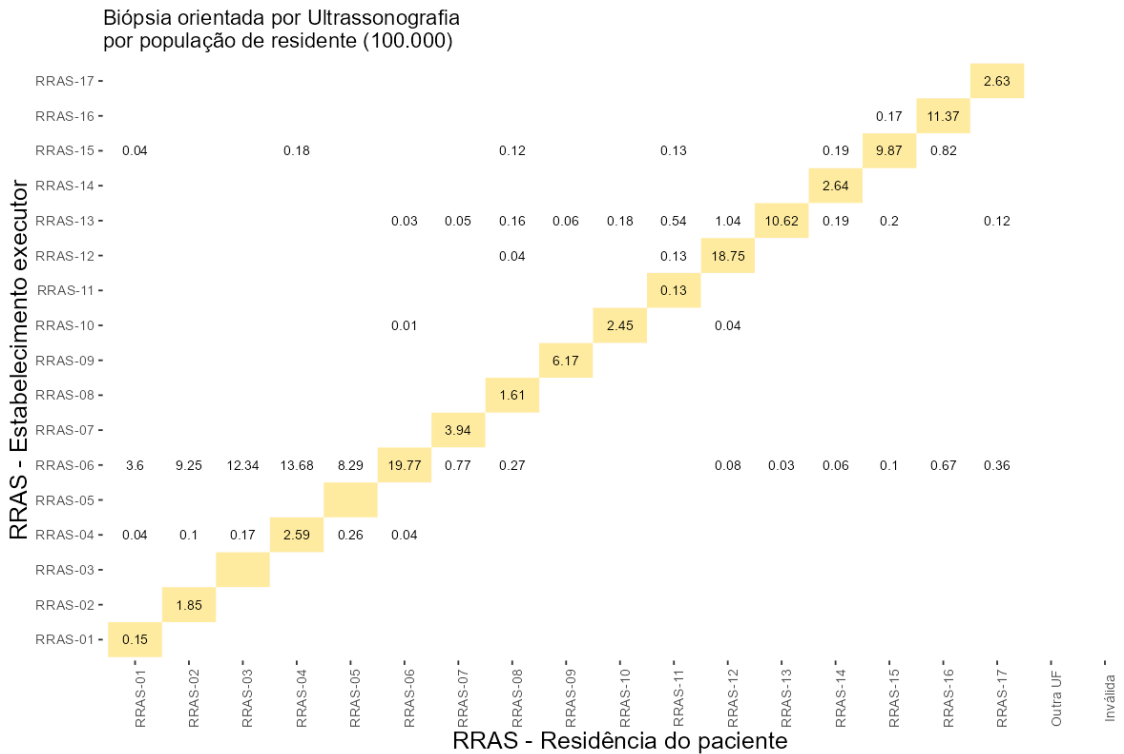


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

**B - Procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e procedimentos hospitalares dispostos em taxa por 100 mil habitantes executados no ano de 2023**

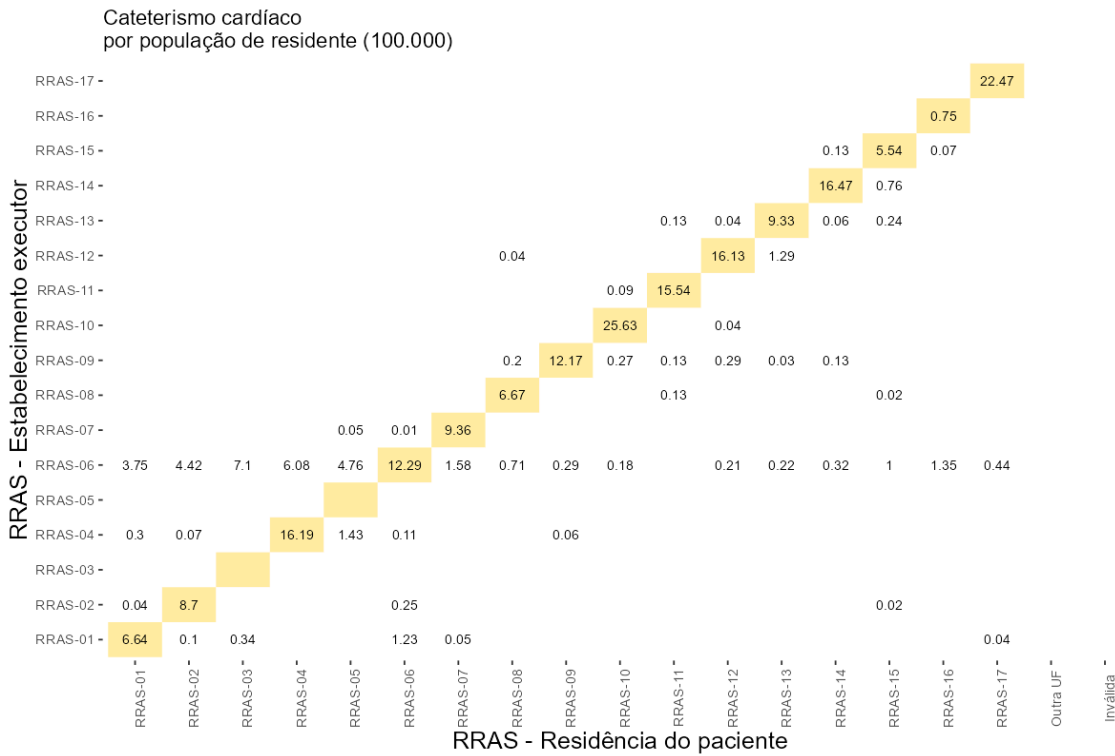
Nota: O cálculo da taxa por 100 mil habitantes considera o volume absoluto de procedimentos realizados dividido pelo número de habitantes da RRAS de residência.

**B.1. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, biópsia orientada por ultrassonografia, taxa por 100 mil habitantes, 2023**



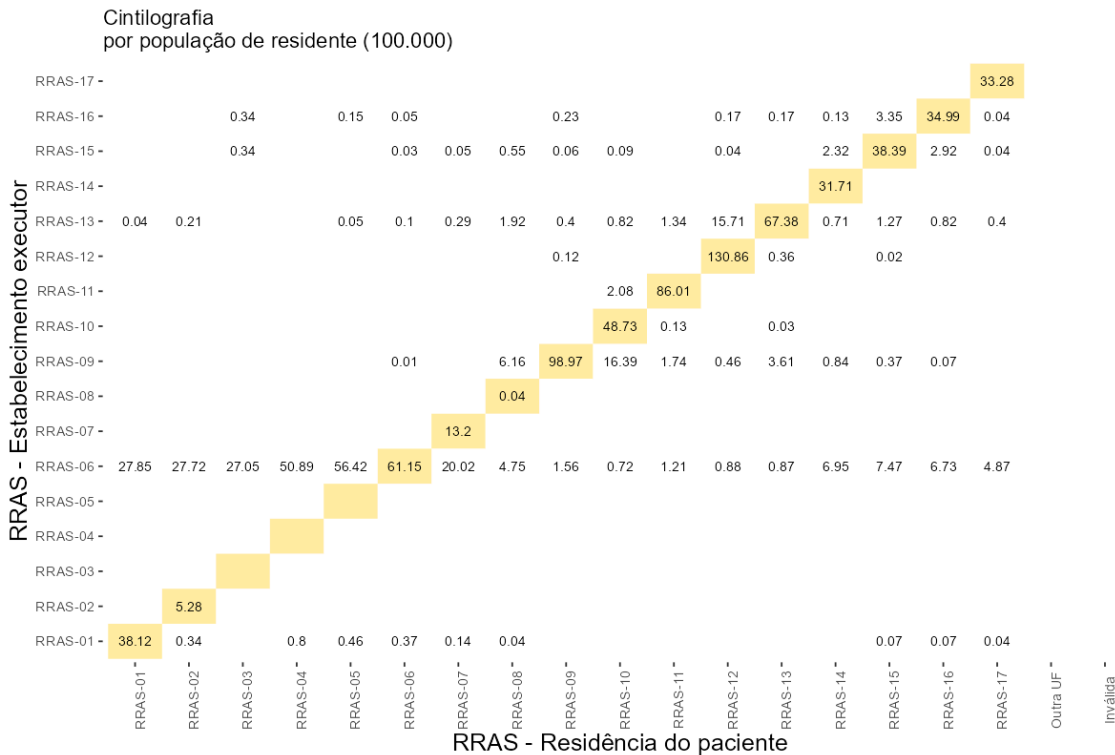
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

## B.2. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, cateterismo cardíaco, taxa por 100 mil habitantes, 2023



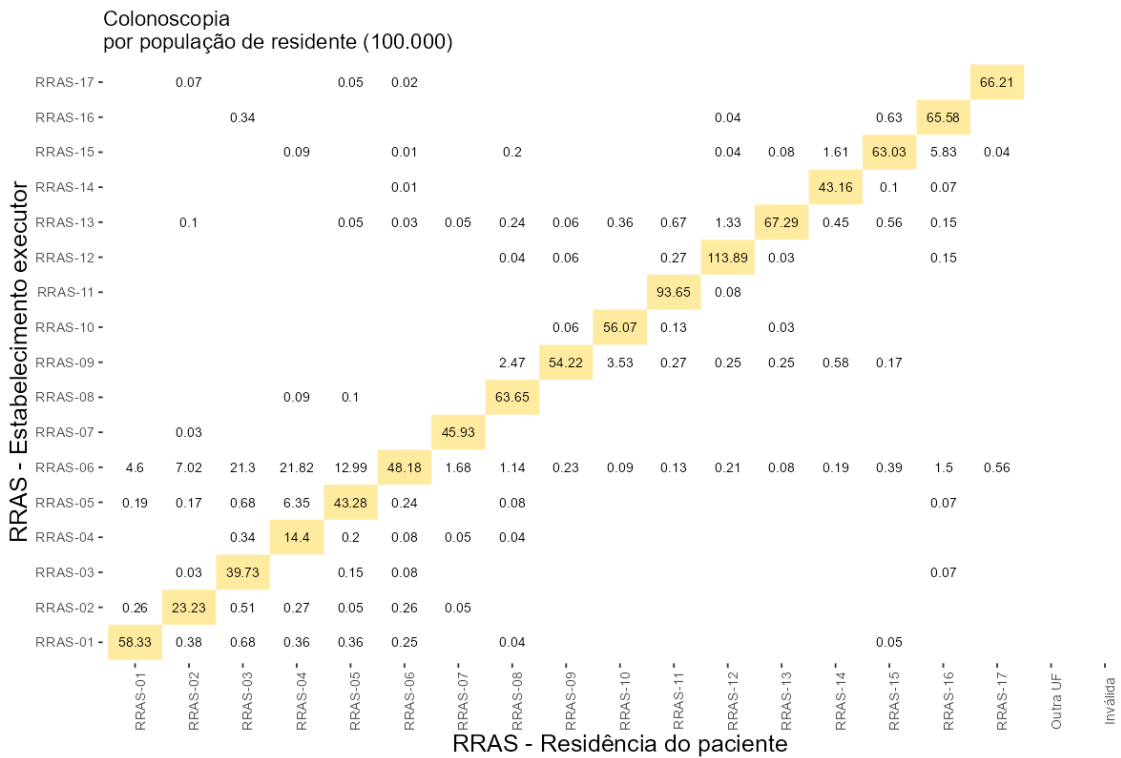
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

## B.3. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, cintilografia, taxa por 100 mil habitantes, 2023



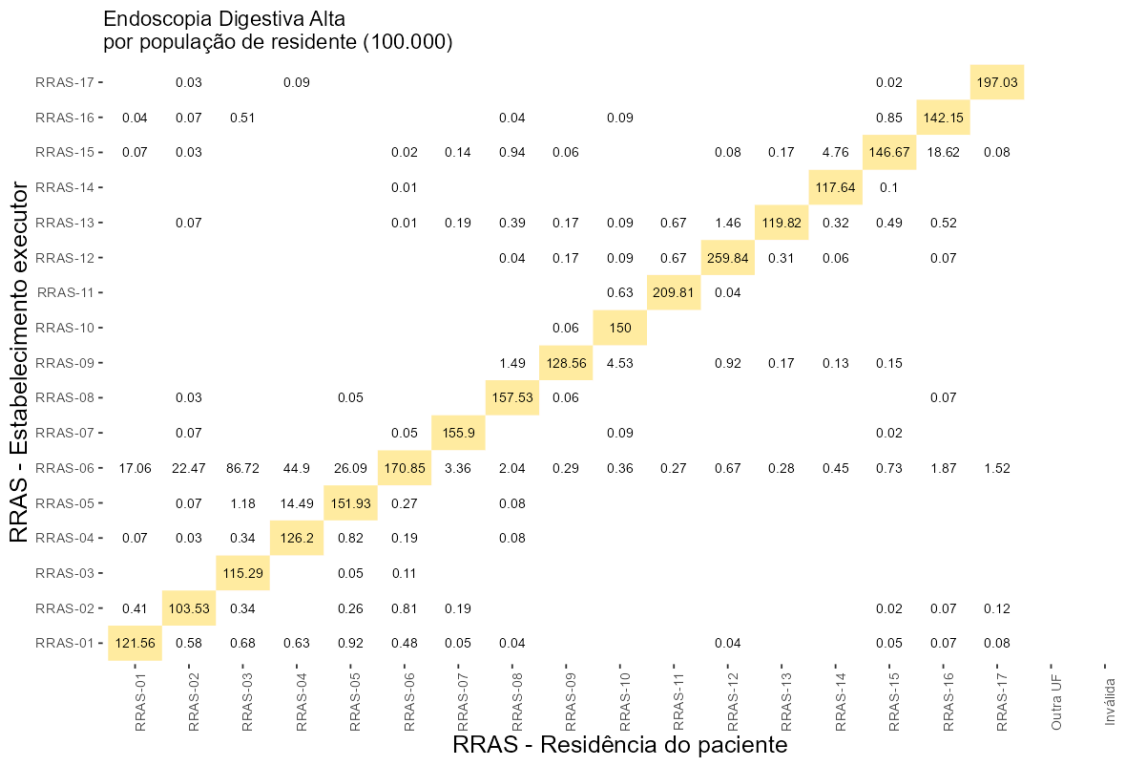
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### B.4. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, colonoscopia, taxa por 100 mil habitantes, 2023



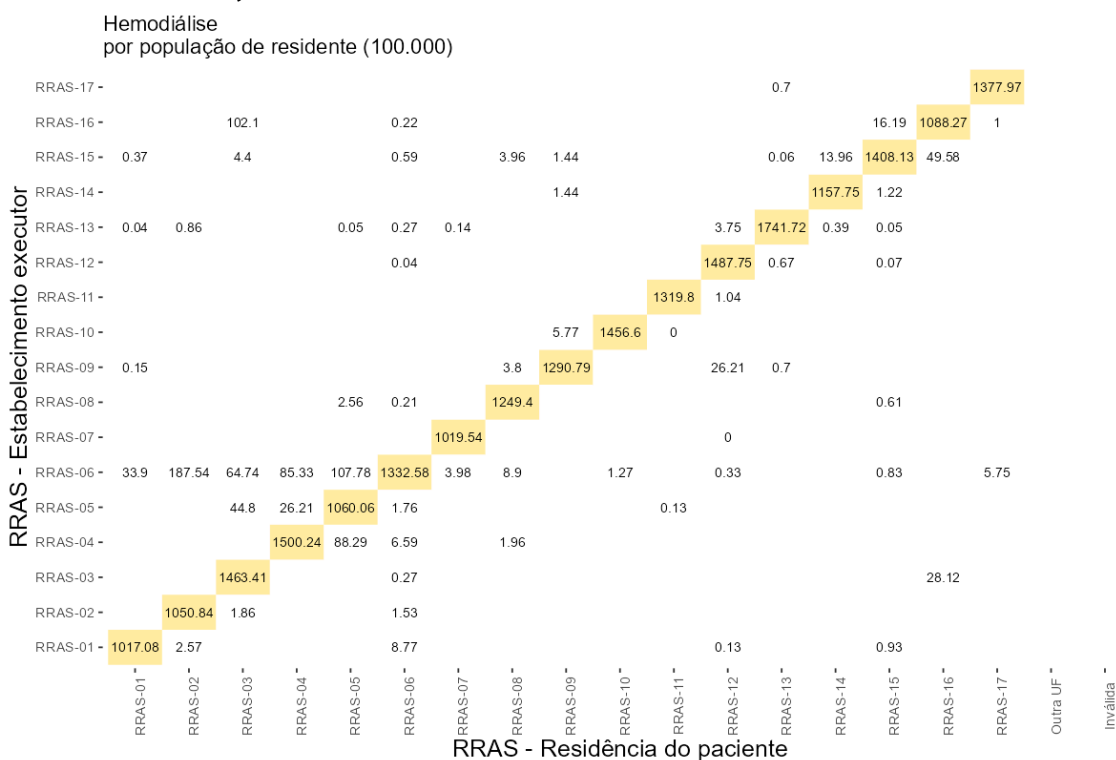
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### B.5. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, endoscopia digestiva alta, taxa por 100 mil habitantes, 2023



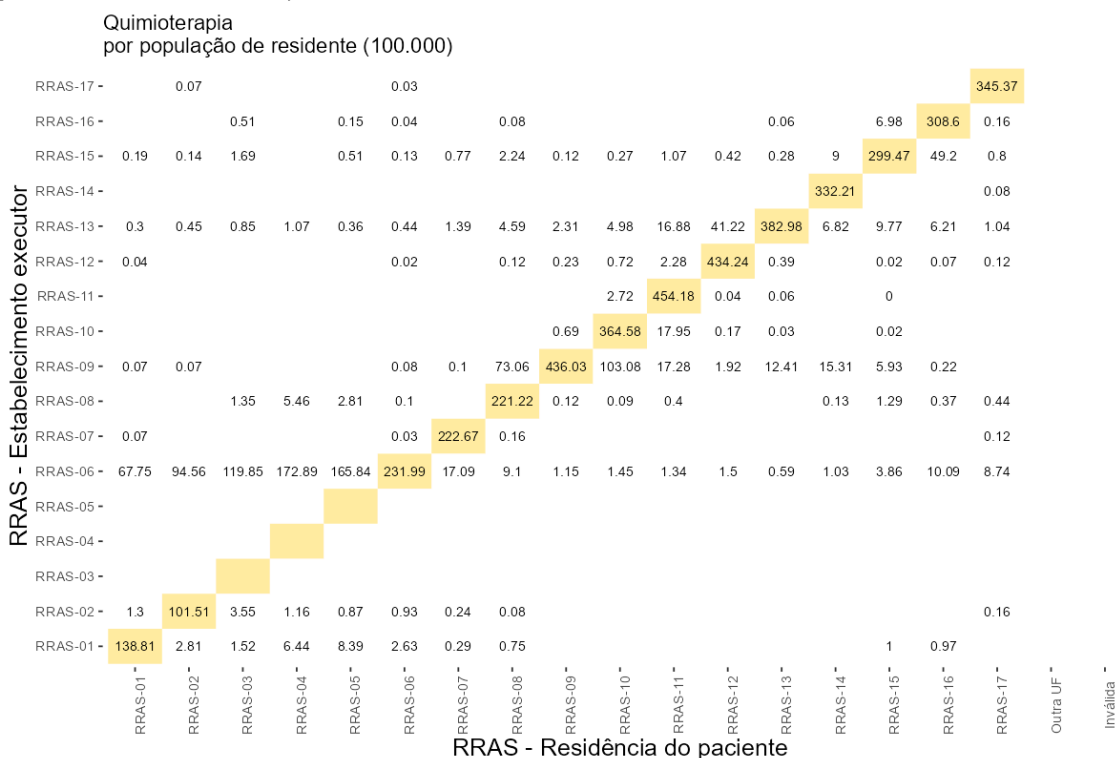
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

## B.6. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, hemodiálise, taxa por 100 mil habitantes, 2023



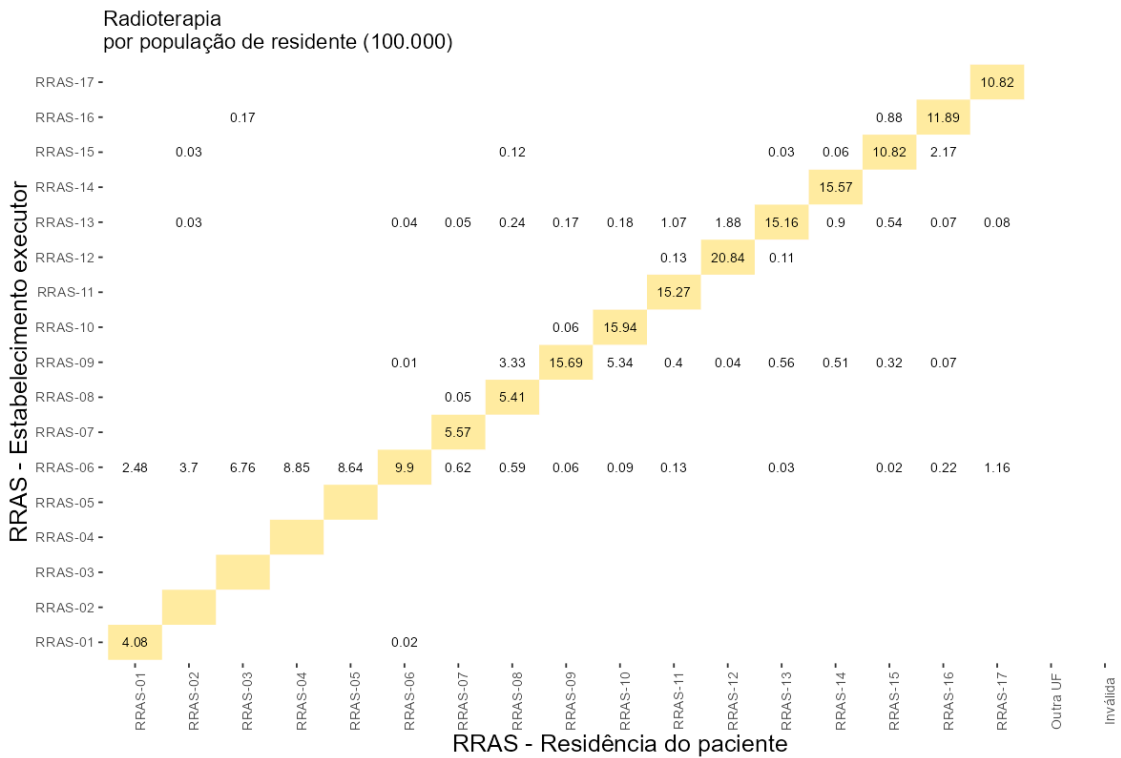
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

## B.7. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, quimioterapia, taxa por 100 mil habitantes, 2023



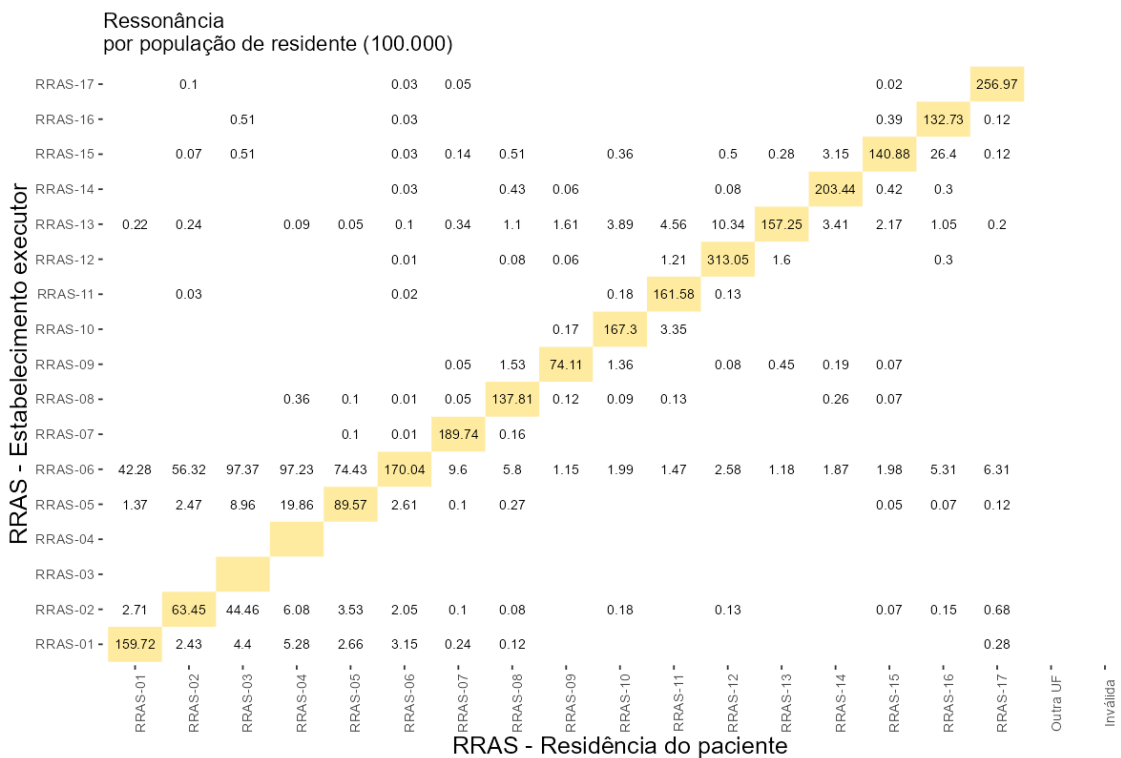
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### B.8. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, radioterapia, taxa por 100 mil habitantes, 2023



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### B.9. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, ressonância, taxa por 100 mil habitantes, 2023



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

### B.10. Autonomia e dependência para procedimentos ambulatoriais, tomografia, taxa por 100 mil habitantes, 2023

Tomografia  
por população de residente (100.000)

RRAS-17 -	0.96	1.13	0.17	0.54	0.56	1.24	1.68	0.39	0.06	0.4	0.33	0.14	0.26	0.63	0.52	997.48	
RRAS-16 -	1.19	0.75	11.83	0.45	0.1	0.46		0.2	0.12		0.08	0.11	0.45	12.31	863.65	0.04	
RRAS-15 -	0.19	0.14	1.35		0.1	0.3	0.43	1.25	0.06	0.54		0.21	0.17	7.91	509.53	26.84	0.44
RRAS-14 -	0.22	0.1		0.09		0.13	0.24	0.2	0.35			0.2		581.83	1.03	0.07	
RRAS-13 -	0.7	1.03	1.01	1.07	0.26	1.04	2.78	6.98	3.63	10.87	14.87	55.34	667.06	12.35	21.05	7.85	3.03
RRAS-12 -	0.11	0.27	0.51	0.09	0.56	0.26	0.05	0.39	0.81	1.54	8.98	1172.2	1.91	0.13	0.59	0.75	
RRAS-11 -	0.07	0.03	0.17			0.01				2.36	596.6	0.21			0.07		
RRAS-10 -	0.07	0.1				0.03			1.44	742.75	15.01	0.29	0.11		0.1	0.15	0.12
RRAS-09 -	0.15		0.51	0.27	0.56	0.44	0.14	64.04	1029.92	96.56	13.13	7.96	10.65	13.89	6.47	0.75	
RRAS-08 -	0.04	0.21	3.38	4.56	3.73	0.23	0.24	619.38	0.98	0.18	0.54	0.08	0.08	0.39	0.95	1.42	0.24
RRAS-07 -	0.48	0.34		0.45	0.56	0.79	816.6	0.31	0.17			0.04	0.06	0.06	0.22	0.22	0.96
RRAS-06 -	108.51	201.48	233.45	323.61	258.79	1080.1	39.55	22.27	3.81	4.62	5.63	3.67	5.44	6.37	9.4	21.16	22.51
RRAS-05 -	0.7	0.58	5.41	14.13	466.57	2.68	0.1	1.14	0.06		0.13	0.04	0.14		0.05	0.22	0.08
RRAS-04 -	0.74	0.89	6.42	563.94	23.53	5.17	0.48	1.18		0.09	0.4		0.06	0.19	0.15		0.04
RRAS-03 -	0.22	0.79	726.38	3.31	18.62	1.33	0.1	0.12	0.12					0.1	1.12		
RRAS-02 -	9.64	557.3	15.38	5.63	7.62	8.37	0.91	0.04	0.12	0.63		0.04	0.14	0.32	0.83	0.82	2.12
RRAS-01 -	1037.37	11.85	4.73	8.85	8.9	15.53	1.49	1.06	0.29			0.08	0		0.68	0.75	0.4
RRAS-01 -																	
RRAS-02 -																	
RRAS-03 -																	
RRAS-04 -																	
RRAS-05 -																	
RRAS-06 -																	
RRAS-07 -																	
RRAS-08 -																	
RRAS-09 -																	
RRAS-10 -																	
RRAS-11 -																	
RRAS-12 -																	
RRAS-13 -																	
RRAS-14 -																	
RRAS-15 -																	
RRAS-16 -																	
RRAS-17 -																	
Outra UF -																	
Inválida -																	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do estado de São Paulo, 2023.

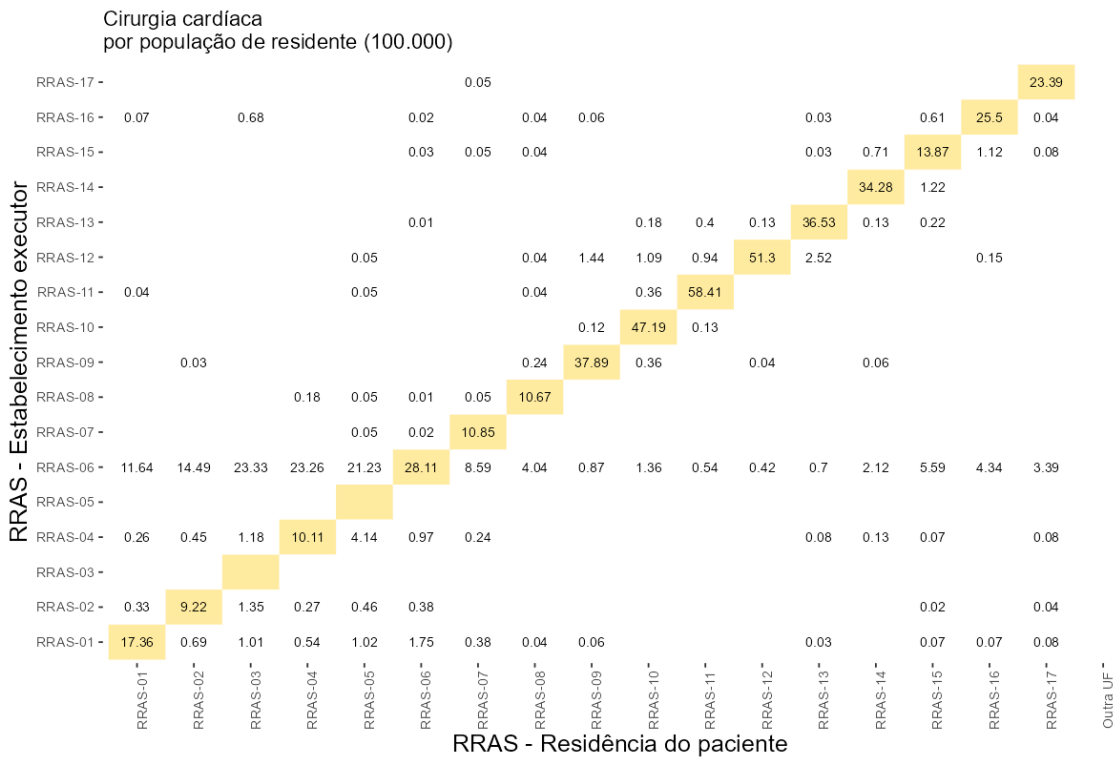
### B.11. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cateterismo cardíaco, taxa por 100 mil habitantes, 2023

Cateterismo Cardíaco  
por população de residente (100.000)

RRAS-17 -	0.04				0.1	0.04												78.82
RRAS-16 -	0.07	0.1	0.51			0.03		0.04		0.13					0.98	49.58		
RRAS-15 -	0.11	0.03				0.04		0.2				0.13		0.51	31.23	0.3		
RRAS-14 -						0.03							0.03	70.75	1.29	0.07	0.04	
RRAS-13 -			0.17			0.05	0.1	0.04	0.17		0.13	0.21	95.53	0.39	0.32			
RRAS-12 -		0.03						0.04	0.4	0.82	0.4	94.47	3.08		0.05			
RRAS-11 -					0.1				0.06	0.54	82.53	0.17						
RRAS-10 -	0.04					0.02			0.46	92.93	0.13				0.02			
RRAS-09 -					0.1			0.16	57.16	0.27		0.13		0.19				
RRAS-08 -			0.17		0.05	0.01			29.88	0.06	0.13	0.04						0.04
RRAS-07 -	0.04							12.29		0.06				0.13				
RRAS-06 -	12.79	18.53	28.57	24.78	20.21	46.16	5.95	3.53	0.87	0.63	0.27	0.17	0.9	1.8	3.59	3.59	2.63	
RRAS-05 -																		
RRAS-04 -	0.22	0.14	1.18	16.73	1.74	0.36	0.29	0.04		0.09			0.03	0.13	0.05	0.22	0.12	
RRAS-03 -																		
RRAS-02 -	0.33	38.13	2.2		0.05	0.96		0.04	0.06									0.28
RRAS-01 -	26.11	0.27	0.17	0.18	0.2	2.28	0.29		0.06					0.06	0.02			0.04
RRAS-01 -																		
RRAS-02 -																		
RRAS-03 -																		
RRAS-04 -																		
RRAS-05 -																		
RRAS-06 -																		
RRAS-07 -																		
RRAS-08 -																		
RRAS-09 -																		
RRAS-10 -																		
RRAS-11 -																		
RRAS-12 -																		
RRAS-13 -																		
RRAS-14 -																		
RRAS-15 -																		
RRAS-16 -																		
RRAS-17 -																		
Outra UF -																		

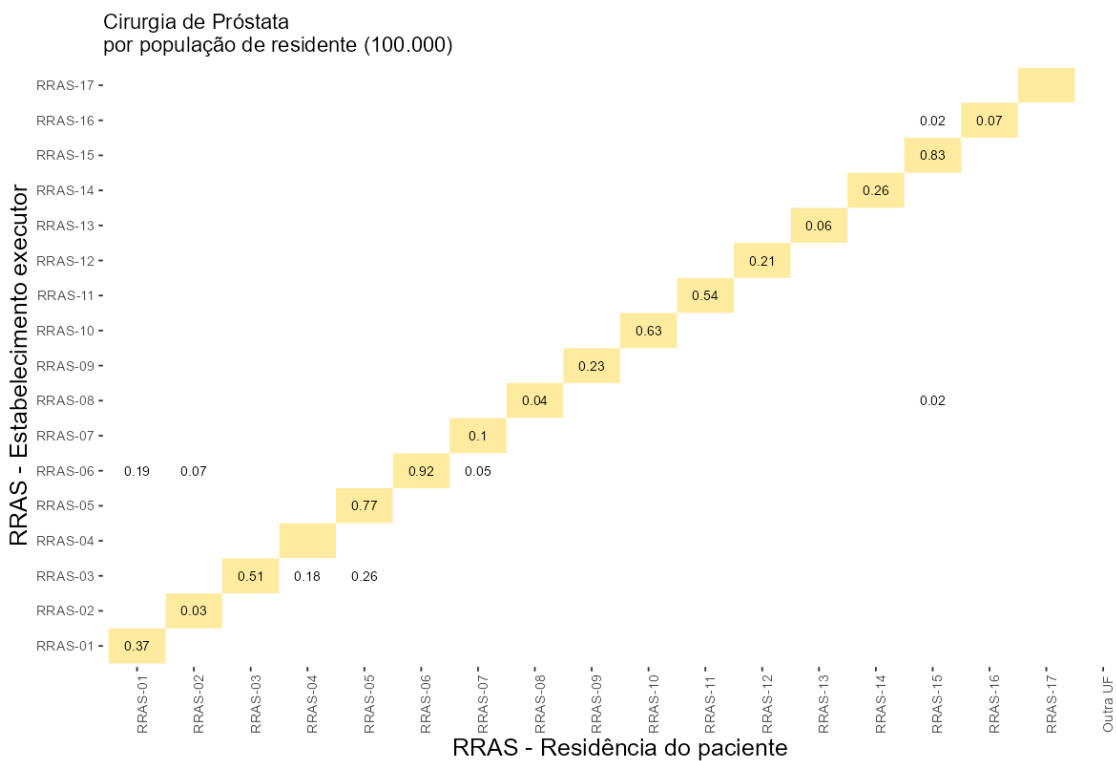
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.12. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia cardíaca, taxa por 100 mil habitantes, 2023



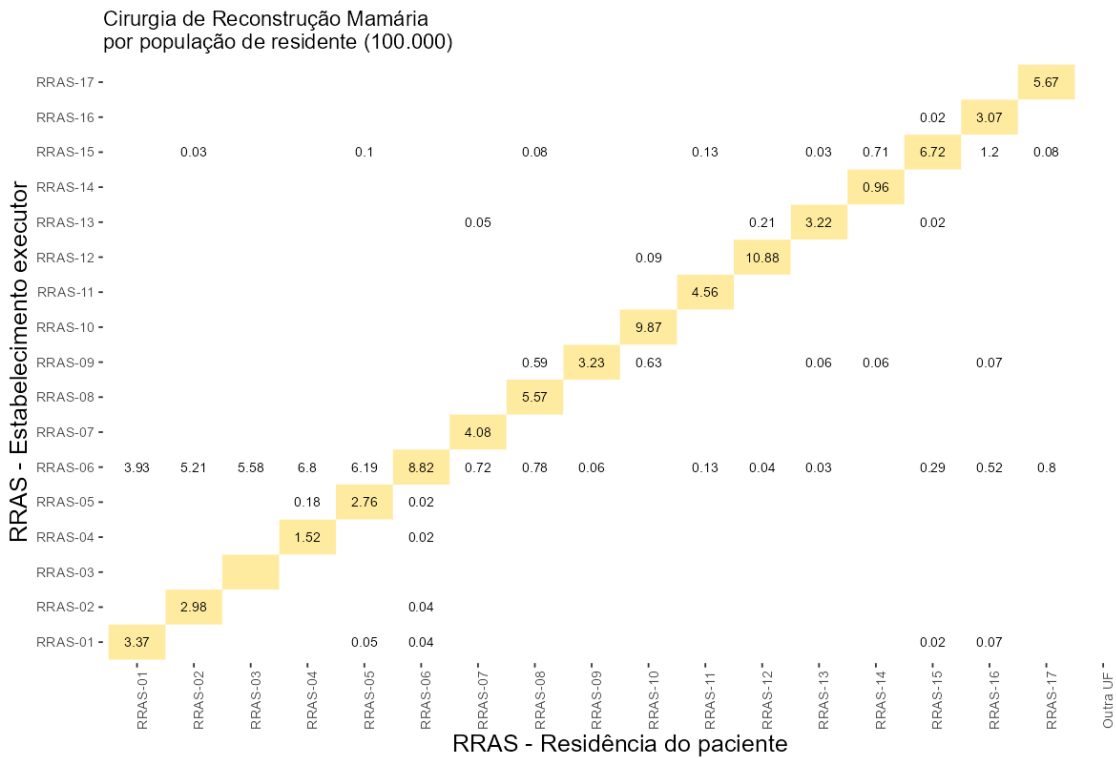
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.13. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia de próstata, taxa por 100 mil habitantes, 2023



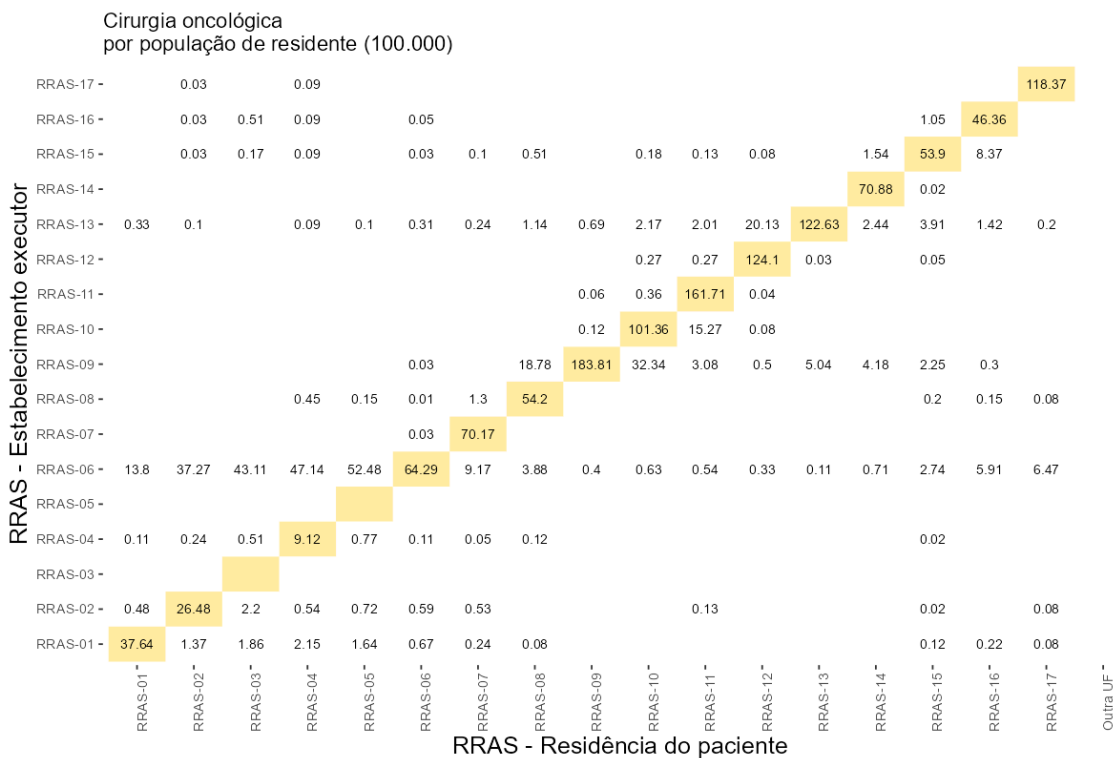
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.14. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, reconstrução mamária, taxa por 100 mil habitantes, 2023



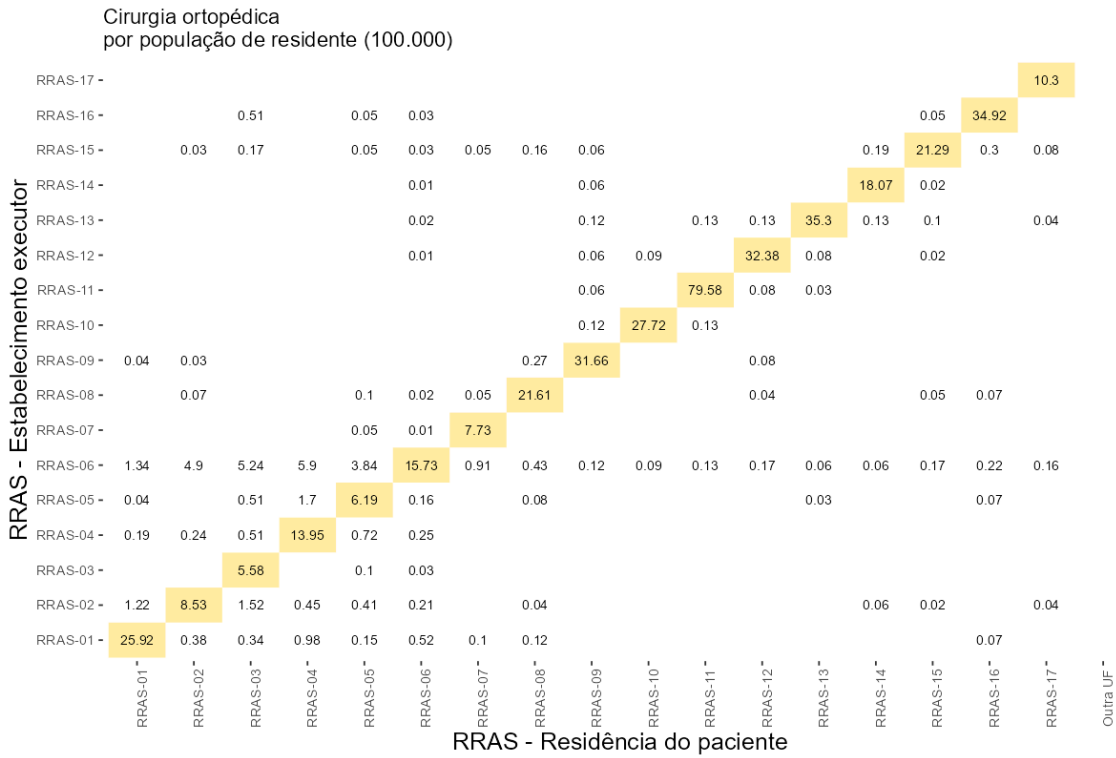
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.15. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia oncológica, taxa por 100 mil habitantes, 2023



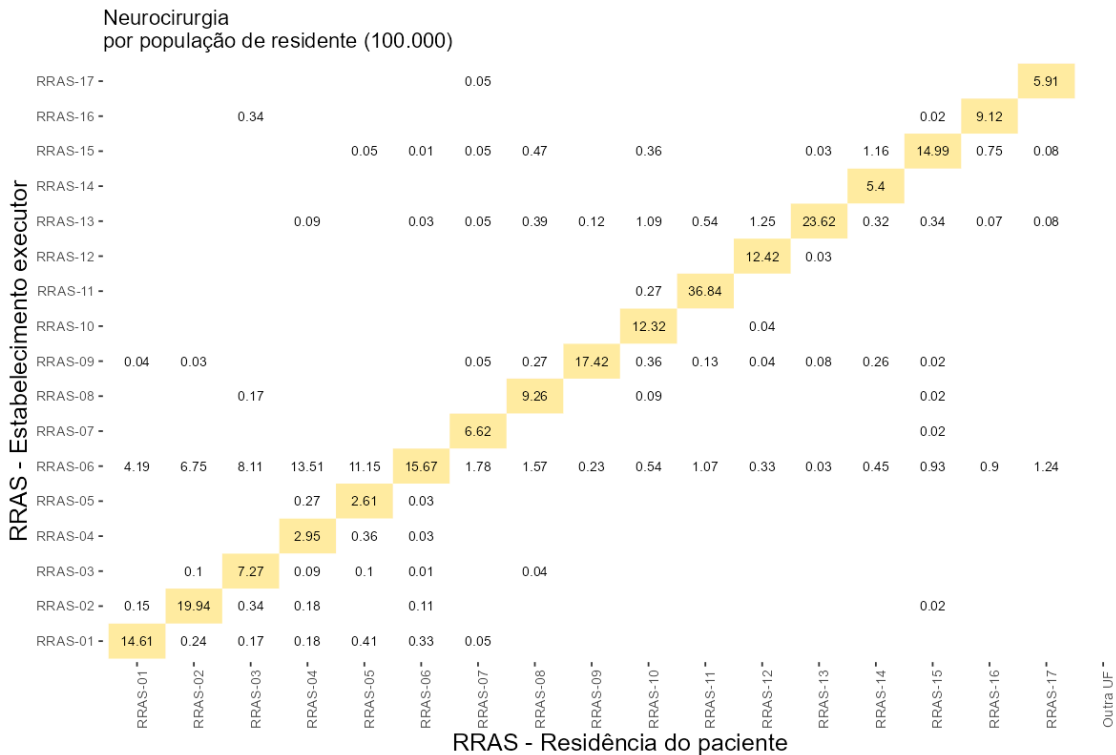
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.16. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, cirurgia ortopédica, taxa por 100 mil habitantes, 2023



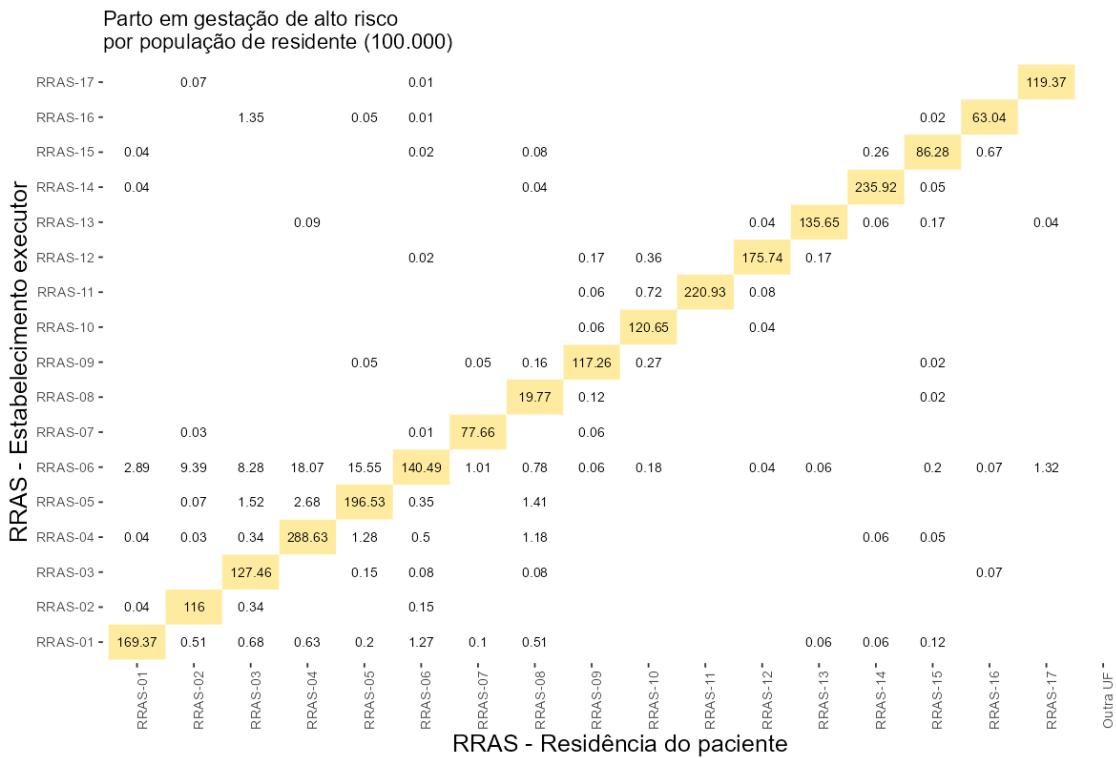
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.17. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, neurocirurgia, taxa por 100 mil habitantes, 2023



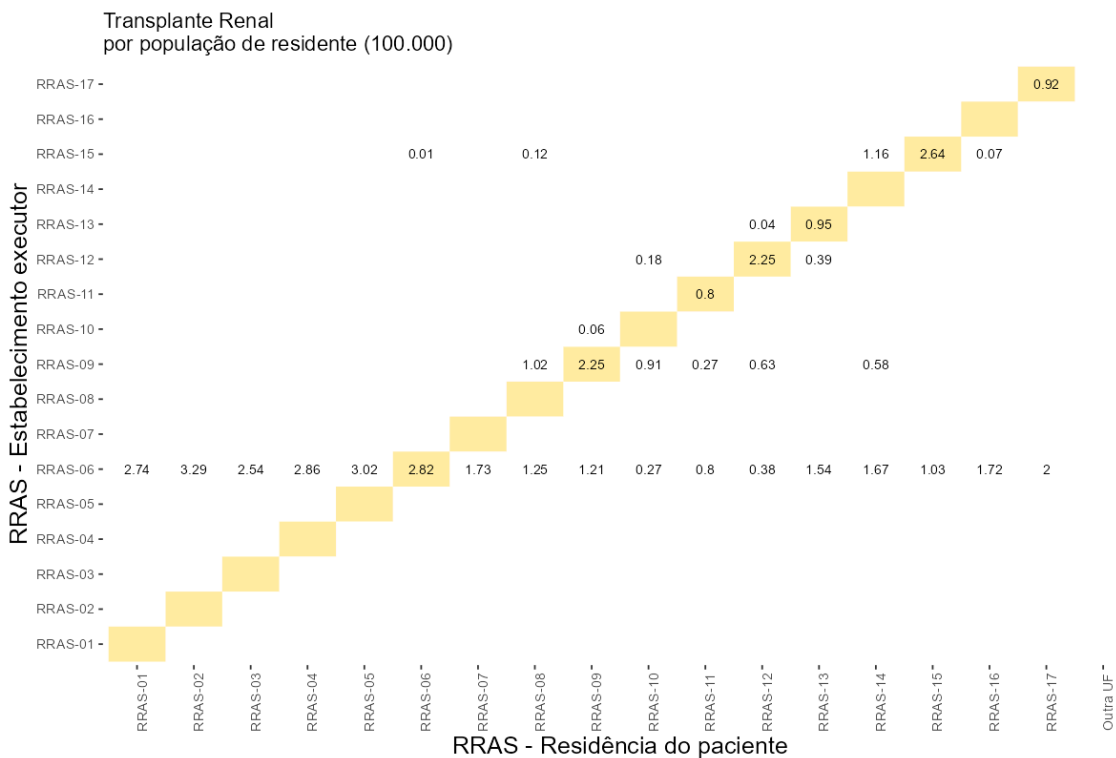
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.18. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, gestação de alto risco, taxa por 100 mil habitantes, 2023



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### B.19. Autonomia e dependência para procedimentos hospitalares, transplante renal, taxa por 100 mil habitantes, 2023



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

## C - Terapia Intensiva Adulto e Neonatal por número absoluto de diárias utilizadas no ano de 2023

### C.1. Autonomia e dependência para terapia intensiva adulto, número de diárias de UTI, 2023

RRAS - Estabelecimento executor	RRAS-17 -	26	172	9	5	49	282	83	47		4		65	34	36	80	26	85348	715
	RRAS-16 -	24	62	274	33	97	340	6	63	17	12		1	14	24	1556	32224	32	223
	RRAS-15 -	25	29	37	9	33	224	39	499	24	42	9	22	102	639	120816	1475	61	567
	RRAS-14 -	11	17			11	54	16	32	24	22	11	4	158	37839	882	1		93
	RRAS-13 -	20	53	10	1	6	180	70	235	166	133	79	637	106708	214	456	85	44	3603
	RRAS-12 -	30	51		5	21	105	7	1	73	139	123	83105	740	32	17	49	2	567
	RRAS-11 -	5	2			5	20		10	4	148	25066	44	11				3	56
	RRAS-10 -	2	16		4	23	28	31	5	121	53144	274	9	4	8	18		25	115
	RRAS-09 -	30	98	169		45	171	2	1053	56568	897	87	405	420	105	414	9	3	451
	RRAS-08 -	27	14	25	72	107	77	54	59403	77	20	2		3	45	108	95	75	190
	RRAS-07 -	348	98	19	81	63	642	71456	159	22	12		12	17	93	93	122	126	222
	RRAS-06 -	9996	17639	3383	12702	17754	288633	2820	2410	387	437	115	306	662	631	3822	1312	2104	2770
	RRAS-05 -	38	38	123	388	24081	770	10	109	8				9		5			30
	RRAS-04 -	35	105	19	16549	1461	1525	20	198							14	23	178	47
	RRAS-03 -		41	7356	9	495	203							2		1	73		16
	RRAS-02 -	200	41677	91	148	164	2133	14	3	26	4	3		8	5	80	12	56	163
	RRAS-01 -	78052	874	68	325	396	5643	91	64	7	8	3	40	13		45	11	9	170
		RRAS-01 *																	
	RRAS-02 *																		
	RRAS-03 *																		
	RRAS-04 *																		
	RRAS-05 *																		
	RRAS-06 *																		
	RRAS-07 *																		
	RRAS-08 *																		
	RRAS-09 *																		
	RRAS-10 *																		
	RRAS-11 *																		
	RRAS-12 *																		
	RRAS-13 *																		
	RRAS-14 *																		
	RRAS-15 *																		
	RRAS-16 *																		
	RRAS-17 *																		
	Outra UF *																		
	Inválida *																		

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

### C.2. Autonomia e dependência para terapia intensiva neonatal, número de diárias de UTI, 2023

RRAS - Estabelecimento executor	RRAS-17 -		35				110	4								105		17667	112
	RRAS-16 -			15		8			2							80	5174		
	RRAS-15 -		3	6		36	86	29	13						85	22713	369	69	338
	RRAS-14 -						2			142						9170	40		
	RRAS-13 -														20431	36	192		51
	RRAS-12 -								26	125	101	16932	16						10
	RRAS-11 -									73	3474								3
	RRAS-10 -								75	7798		22							
	RRAS-09 -							11	21	12348	305	4							9
	RRAS-08 -		5				61	2	14238	14									21
	RRAS-07 -					44	171	11832	18										7
	RRAS-06 -	1177	2897	447	1702	1459	64747	275	713	5	71	13	11	31	11	170	39	479	367
	RRAS-05 -		68	39	29	14010	70		133										
	RRAS-04 -	2	4		6631	79	90	49	125							20			
	RRAS-03 -				4191		103		2							9	5		
	RRAS-02 -			18001	3		81												
	RRAS-01 -	16683	381	40	142	182	1248	87	399				5		5	128			14
		RRAS-01 *																	
	RRAS-02 *																		
	RRAS-03 *																		
	RRAS-04 *																		
	RRAS-05 *																		
	RRAS-06 *																		
	RRAS-07 *																		
	RRAS-08 *																		
	RRAS-09 *																		
	RRAS-10 *																		
	RRAS-11 *																		
	RRAS-12 *																		
	RRAS-13 *																		
	RRAS-14 *																		
	RRAS-15 *																		
	RRAS-16 *																		
	RRAS-17 *																		
	Outra UF *																		
	Inválida *																		

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do estado de São Paulo, 2023.

## ANEXO 3

Participação dos(as) secretários(as) de Saúde nas Comissões Intergestores Regionais, 2023.

RRAS	Participação dos(as) secretários(as) de Saúde nas Comissões Intergestores Regionais, 2023.
RRAS 1	Diadema (7), Mauá (7), Ribeirão Pires (7), Rio Grande da Serra (7), Santo André (7), São Bernardo do Campo (7), São Caetano do Sul (7)
RRAS 2	Arujá (6), Biritiba-Mirim (6), Ferraz de Vasconcelos (6), Guararema (7), Guarulhos (7), Itaquaquecetuba (7), Mogi das Cruzes (7), Poá (6), Salesópolis (6), Santa Isabel (7), Suzano (7)
RRAS 3	Caieiras (8), Cajamar (7), Francisco Morato (8), Franco da Rocha (8) e Mairiporã (8)
RRAS 4	Cotia (7), Embu das Artes (7), Embu-Guaçu (4), Itapeverica da Serra (6), Juquitiba (7), São Lourenço da Serra (7), Taboão da Serra (7) e Vargem Grande Paulista (6)
RRAS 5	Barueri (7), Carapicuíba (6), Itapevi (7), Jandira (7), Osasco (7), Pirapora do Bom Jesus (7) e Santana de Parnaíba (7)
RRAS 6	São Paulo (5)
RRAS 7	Bertioga (8), Cubatão (7), Guarujá (7), Itanhaém (8), Mongaguá (7), Peruíbe (8), Praia Grande (8), Santos (7), São Vicente (8), Barra do Turvo (5), Cajati (5), Cananéia (5), Eldorado (5), Iguape (5), Ilha Comprida (6), Iporanga (5), Itariri (3), Jacupiranga (5), Juquiá (5), Miracatu (6), Pariquera-Açu (6), Pedro de Toledo (4), Registro (4) e Sete Barras (6).
RRAS 8	Alambari (5), Angatuba (8), Campina do Monte Alegre (8), Capão Bonito (7), Cerquillo (8), Cesário Lange (6), Guareí (7), Itapetininga (8), Quadra (5), Ribeirão Grande (3), São Miguel Arcanjo (7), Sarapuí (8), Tatuí (6), Apiaí (8), Barra do Chapéu (7), Bom Sucesso de Itararé (7), Buri (7), Guapiara (8), Itaberá (6), Itaoca (6), Itapeva (5), Itapirapuã Paulista (7), Itararé (8), Nova Campina (8), Ribeira (5), Ribeirão Branco (5), Riversul (8), Taquarivaí (7), Alumínio (3), Araçariguama (7), Araçoiaba da Serra (8), Boituva (7), Capela do Alto (5), Ibiúna (3), Iperó (5), Itu (5), Jumirim (3), Mairinque (6), Piedade (3), Pilar do Sul (4), Porto Feliz (6), Salto (8), Salto de Pirapora (7), São Roque (8), Sorocaba (6), Tapiraí (4), Tietê (4) e Votorantim (8)
RRAS 9	Águas de Santa Bárbara (6), Arandu (6), Avaré (6), Barão de Antonina (8), Cerqueira César (5), Coronel Macedo (7), Fartura (6), Iaras (4), Itaí (7), Itaporanga (8), Manduri (7), Paranapanema (6), Piraju (7), Sarutaiá (8), Taguaí (8), Taquarituba (8), Tejuapá (8), Agudos (7), Arealva (8), Avaí (5), Balbinos (7), Bauru (7), Borebi (6), Cabrália Paulista (4), Duartina (6), Iacanga (6), Lençóis Paulista (7), Lucianópolis (7), Macatuba (6), Paulistânia (8), Pederneiras (7), Pirajuí (8), Piratininga (5), Presidente Alves (2), Reginópolis (5), Anhembi (7), Areiópolis (8), Bofete (5), Botucatu (8), Conchas (7), Itatinga (7), Laranjal Paulista (7), Pardinho (8), Pereiras (8), Porangaba (7), Pratânia (8), São Manuel (8), Torre de Pedra (8), Bariri (7), Barra Bonita (5), Bocaina (7), Boraceia (8), Brotas (8), Dois Córregos (6), Igarapu do Tietê (8), Itaju (5), Itapuí (6), Jaú (6), Mineiros do Tietê (5), Torrinha (5), Cafelândia (8), Getulina (8), Guaiçara (8), Lins (8), Pongá (8), Promissão (8), Sabino (8) e Uru (7)
RRAS 10	Adamantina (7), Flórida Paulista (7), Inúbia Paulista (6), Lucélia (7), Mariápolis (7),

	<p>Osvaldo Cruz (6), Pacaembu (6), Pracinha (7), Sagres (7), Salmourão (8), Assis (8), Borá (8), Cândido Mota (6), Cruzália (7), Florínia (7), Lutécia (5), Maracaí (7), Palmital (6), Paraguaçu Paulista (8), Pedrinhas Paulista (8), Platina (7), Tarumã (6), Álvaro de Carvalho (3), Alvinlândia (5), Campos Novos Paulista (7), Echaporã (8), Fernão (7), Gália (6), Garça (8), Guaimbê (8), Guarantã (8), Júlio Mesquita (8), Lupércio (6), Marília (7), Ocaçu (4), Oriente (4), Oscar Bressane (4), Pompéia (5), Quintana (5), Ubirajara (7), Vera Cruz (6), Bernardino de Campos (8), Canitar (8), Chavantes (8), Espírito Santo do Turvo (5), Ibirarema (8), Ipaussu (8), Óleo (5), Ourinhos (7), Ribeirão do Sul (7), Salto Grande (7), Santa Cruz do Rio Pardo (8), São Pedro do Turvo (7), Timburi (8), Arco-íris (8), Bastos (8), Herculândia (7), Iacri (7), Parapuã (5), Queiroz (8), Rinópolis (4) e Tupã (7).</p>
RRAS 11	<p>Dracena (6), Flora Rica (7), Irapuru (7), Junqueirópolis (8), Monte Castelo (6), Nova Guataporanga (7), Ouro Verde (7), Panorama (6), Paulicéia (6), Santa Mercedes (8), São João do Pau d'Alho (7), Tupi Paulista (7), Alfredo Marcondes (7), Álvares Machado (7), Anhumas (7), Caiabu (3), Emilianópolis (7), Estrela do Norte (7), Indiana (6), Martinópolis (7), Narandiba (7), Pirapozinho (7), Presidente Bernardes (5), Presidente Prudente (7), Regente Feijó (5), Ribeirão dos Índios (6), Sandovalina (6), Santo Anastácio (6), Santo Expedito (5), Taciba (4), Tarabai (5), Iepê (7), João Ramalho (7), Nantes (8), Quatá (8), Rancharia (7), Caiuá (8), Marabá Paulista (6), Piquerobi (5), Presidente Epitácio (7), Presidente Venceslau (8), Euclides da Cunha Paulista (8), Mirante do Paranapanema (8) e Rosana (8)</p>
RRAS 12	<p>Araçatuba (4), Auriflama (2), Bento de Abreu (2), Bilac (2), Guararapes (1), Guzolândia (1), Nova Castilho (2), Nova Luzitânia (1), Rubiácea (2), Santo Antônio do Aracanguá (1), Valparaíso (2), Andradina (3), Castilho (7), Guaraçai (6), Ilha Solteira (7), Itapura (5), Lavínia (5), Mirandópolis (5), Murutinga do Sul (6), Nova Independência (4), Pereira Barreto (6), Sud Mennucci (6), Suzanápolis (4), Alto Alegre (4), Avanhandava (1), Barbosa (2), Birigui (2), Braúna (1), Brejo Alegre (1), Buritama (2), Clementina (2), Coroados (2), Gabriel Monteiro (2), Glicério (2), Lourdes (2), Luizânia (1), Penápolis (2), Piacatu (1), Santópolis do Aguapeí (2), Turiúba (1), Ariranha (5), Catanduva (6), Catiguá (6), Elisário (7), Embaúba (6), Fernando Prestes (7), Irapuã (5), Itajobi (4), Marapoama (5), Novais (7), Novo Horizonte (6), Palmares Paulista (5), Paraíso (6), Pindorama (7), Pirangi (7), Sales (6), Santa Adélia (7), Tabapuã (6), Urupês (6), Nova Canaã Paulista (7), Rubinéia (5), Santa Clara d'Oeste (7), Santa Fé do Sul (5), Santa Rita d'Oeste (7), Três Fronteiras (6), Aparecida d'Oeste (7), Aspásia (7), Dirce Reis (7), Dolcinópolis (7), Jales (6), Marinópolis (7), Mesópolis (7), Palmeira d'Oeste (7), Paranapuã (7), Pontalinda (7), Santa Albertina (7), Santa Salete (6), Santana da Ponte Pensa (7), São Francisco (7), Urânia (7), Vitória Brasil (7), Estrela d'Oeste (4), Fernandópolis (1), Guarani d'Oeste (2), Indiaporã (2), Macedônia (2), Meridiano (2), Mira Estrela (2), Ouroeste (2), Pedranópolis (2), Populina (1), São João das Duas Pontes (1), São João de Iracema (2), Turmalina (1), Bady Bassitt (3), Bálsamo (7), Cedral (7), Guapiaçu (7), Ibirá (7), Icém (7), Ipiúna (7), Mirassol (7), Mirassolândia (7), Neves Paulista (6), Nova Aliança (6), Nova Granada (6), Onda Verde (6), Orindiúva (6), Palestina (6), Paulo de Faria (7), Potirendaba (6), São José do Rio Preto (7), Tanabi (7), Uchoa (7), Adolfo (6), Jaci (6), José Bonifácio (6), Mendonça (6), Monte Aprazível (6), Nipoã (6), Planalto (5), Poloni (6), Ubarana (5), União Paulista (6), Zacarias (6), Álvares Florence (4), Américo de Campos (2), Cardoso (2), Cosmorama (2), Floreal (2), Gastão Vidigal (2), General Salgado (2), Macaubal (2), Magda (2), Monções (2), Nhandeara (2), Parisi (2), Pontes Gestal (2), Riolândia (2), Sebastianópolis do Sul (2), Valentim Gentil (2) e Votuporanga (1).</p>
RRAS 13	<p>Américo Brasiliense (4), Araraquara (7), Boa Esperança do Sul (7), Gavião Peixoto (7), Motuca (7), Rincão (7), Santa Lúcia (7), Trabiju (7), Borborema (7), Ibitinga (7), Itápolis (7), Nova Europa (7), Tabatinga (7), Cândido Rodrigues (6), Dobrada (6), Matão (7), Santa Ernestina (5), Taquaritinga (7), Descalvado (7), Dourado (7), Ibaté (7), Porto</p>

	Ferreira (7), Ribeirão Bonito (7), São Carlos (7), Altair (6), Barretos (6), Cajobi (5), Colina (7), Colômbia (6), Guaíra (7), Guaraci (5), Jaborandi (3), Olímpia (3), Severínia (6), Bebedouro (5), Monte Azul Paulista (6), Taiaçu (6), Taiúva (6), Taquaral (6), Terra Roxa (3), Viradouro (2), Vista Alegre do Alto (4), Cristais Paulista (6), Franca (7), Itirapuã (7), Jeriquara (6), Patrocínio Paulista (7), Pedregulho (7), Restinga (7), Ribeirão Corrente (7), Rifaina (7), São José da Bela Vista (7), Ipuã (7), Morro Agudo (6), Nuporanga (6), Orlândia (5), Sales Oliveira (6), São Joaquim da Barra (5), Aramina (5), Buritizal (6), Guará (7), Igarapava (6), Ituverava (7), Miguelópolis (6), Barrinha (6), Dumont (7), Guariba (6), Jaboticabal (7), Monte Alto (7), Pitangueiras (6), Pontal (6), Pradópolis (7), Sertãozinho (6), Cravinhos (5), Guataparã (4), Jardinópolis (6), Luís Antônio (6), Ribeirão Preto (6), Santa Rita do Passa Quatro (6), Santa Rosa de Viterbo (7), São Simão (6), Serra Azul (7), Serrana (6), Altinópolis (7), Batatais (7), Brodowski (5), Cajuru (5), Cássia dos Coqueiros (5), Santa Cruz da Esperança (4), Santo Antônio da Alegria (6).
RRAS 14	Araras (6), Conchal (6), Leme (7), Pirassununga (7), Santa Cruz da Conceição (7), Cordeirópolis (7), Engenheiro Coelho (7), Iracemápolis (6), Limeira (7), Águas de São Pedro (7), Capivari (7), Charqueada (7), Elias Fausto (6), Mombuca (6), Piracicaba (6), Rafard (4), Rio das Pedras (3), Saltinho (4), Santa Maria da Serra (5), São Pedro (6), Analândia (5), Corumbataí (4), Ipeúna (6), Itirapina (6), Rio Claro (4) e Santa Gertrudes (4).
RRAS 15	Americana (6), Artur Nogueira (6), Campinas (8), Cosmópolis (8), Holambra (7), Hortolândia (7), Indaiatuba (8), Itatiba (8), Jaguariúna (8), Morungaba (6), Monte Mor (7), Nova Odessa (7), Paulínia (7), Pedreira (7), Santa Bárbara d'Oeste (8), Santo Antônio de Posse (7), Sumaré (7), Valinhos (7), Águas de Lindóia (7), Amparo (6), Lindóia (6), Monte Alegre do Sul (3), Serra Negra (5), Estiva Gerbi (3), Itapira (3), Mogi Guaçu (3), Mogi Mirim (3), Aguaí (6), Águas da Prata (5), Espírito Santo do Pinhal (7), Santa Cruz das Palmeiras (5), Santo Antônio do Jardim (7), São João da Boa Vista (4), Tambaú (5), Vargem Grande do Sul (6), Caconde (5), Casa Branca (5), Divinolândia (7), Itobi (5), Mococa (4), São José do Rio Pardo (6), São Sebastião da Gramma (7), Tapiratiba (6).
RRAS 16	Atibaia (6), Bom Jesus dos Perdões (5), Bragança Paulista (5), Joanópolis (6), Nazaré Paulista (4), Pedra Bela (5), Pinhalzinho (4), Piracaia (6), Socorro (7), Tuiuti (7), Vargem (4), Cabreúva (5), Campo Limpo Paulista (7), Itupeva (5), Jarinu (5), Jundiá (7), Louveira (6) e Várzea Paulista (6).
RRAS 17	Caçapava (7), Igaratá (6), Jacaréí (7), Jambuí (7), Monteiro Lobato (5), Paraibuna (5), Santa Branca (7), São José dos Campos (7), Aparecida (8), Arapeí (6), Areias (5), Bananal (5), Cachoeira Paulista (6), Canas (6), Cruzeiro (4), Cunha (6), Guaratinguetá (5), Lavrinhas (3), Lorena (3), Piquete (7), Potim (6), Queluz (4), Roseira (1), São José do Barreiro (0), Silveiras (3), Caraguatatuba (6), Ilhabela (6), São Sebastião (8), Ubatuba (8), Campos do Jordão (8), Lagoinha (8), Natividade da Serra (8), Pindamonhangaba (7), Redenção da Serra (6), Santo Antônio do Pinhal (7), São Bento do Sapucaí (8), São Luís do Paraitinga (6), Taubaté (8), Tremembé (8).

**Nota 1:** Em parênteses a frequência de cada município nas CIRs.

**Nota 2:** O período avaliado é igual ao total disponível do painel para o ano de 2023, ou seja, de janeiro a agosto (8 meses).

**Nota 3:** O município de Vinhedo, pertencente à RRAS 15, não foi incluído na base de dados do Painel de Estratégia Apoiador do COSEMS no período analisado.

**Fonte:** Relatórios Quantitativos do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS.

#### ANEXO 4

Descritivo de municípios com rotatividade de secretários(as) de Saúde de janeiro a agosto de 2023.

RRAS	Municípios e número de trocas de secretários em 2023
RRAS 1	Diadema (1) Ribeirão Pires (2)
RRAS 2	Itaquaquecetuba (1)
RRAS 3	Caieiras (1) e Cajamar (2)
RRAS 4	-
RRAS 5	Barueri (1) e Itapevi (1)
RRAS 6	-
RRAS 7	Guarujá (1), Cajati (1), Cananeia (2) e Eldorado (2)
RRAS 8	Campina do Monte Alegre (1), Guareí (1), Ribeirão Grande (1), Guapiara (1), Itaoca (1), Itapeva (1), Araçariguama (1), Capela do Alto (2), Mairinque (2)
RRAS 9	Fartura (1), Iaras (1), Itaporanga (1), Paranapanema (2), Piraju (2), Agudos (1), Bauru (2), Paulistânia (1), Areiópolis (2), Bofete (2), Conchas (1), Brotas (2) e Getulina (1)
RRAS 10	Flórida Paulista (1), Cruzália (1), Marília (2), Pompeia (1), Bernardino de Campos (1), Chavantes (1), Espírito Santo do Turvo (1), Ourinhos (2) e Santa Cruz do Rio Pardo (2)
RRAS 11	Bastos (1), Caiabu (1), Presidente Prudente (1), Sandovalina (1), Iepê (1), Quatá (3), Mirante do Paranapanema (1) e Rosana (1)
RRAS 12	Auriflama (1), Nova Castilho (1), Braúna (1), Catanduva (2), Irapuã (1), Novais (2), Palmares Paulista (1), Pirangi (1), Rubineia (2), Meridiano (1), Populina (1), Monte Aprazível (1), Nipoã (1) e Cardoso (1)
RRAS 13	Santa Ernestina (1), Dourado (1), Ribeirão Bonito (1), Altair (1), barretos (1), Jaborandi (1), Olímpia (1), Cristais Paulista (1), Itirapuã (1), Patrocínio Paulista (1), Ipu (1), Igarapava (2), Monte Alto (1), Santa Rita do Passa Quatro (3), Brodowski (1) e Cássia dos Coqueiros (1)
RRAS 14	Pirassununga (2), Santa Cruz da Conceição (1), Ipeúna (1) e Rio Claro (1)
RRAS 15	Monte Mor (1), Lindoia (1), Espírito Santo do Pinhal (1), Caconde (1), Casa Branca (2) e Itobi (1)
RRAS 16	Bom Jesus dos Perdões (1) e Cabreúva (2)
RRAS 17	Caçapava (1), Jembeiro (1), Monteiro Lobato (1), Cruzeiro (1), Campos do Jordão (1) e Pindamonhangaba (1)

**Nota 1:** Em parênteses a frequência de troca de Secretário(a) para cada município onde houve troca no período avaliado.

**Nota 2:** O período avaliado é igual ao total disponível do painel para o ano de 2023, ou seja, de janeiro a agosto (8 meses).

**Fonte:** Relatórios Quantitativos do Painel da Estratégia Apoiador COSEMS.