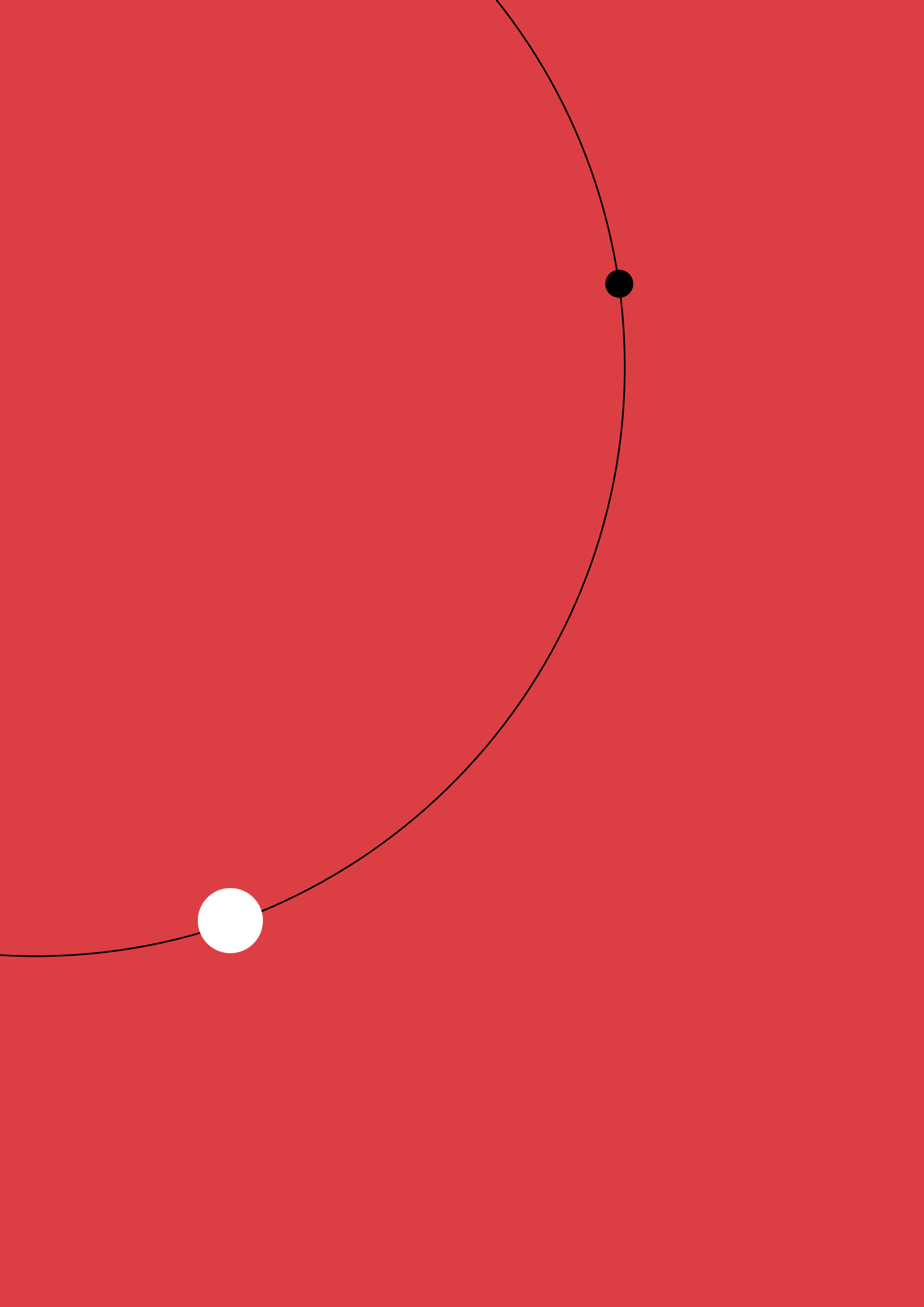


POLÍTICA ESTADUAL DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

**Por um SUS único
no Estado de São Paulo**



POLÍTICA ESTADUAL DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Por um SUS único
no Estado de São Paulo



Secretaria de Saúde  **SÃO PAULO**
GOVERNO DO ESTADO



APOIO



APRESENTAÇÃO

É com imenso orgulho e satisfação que apresento esta obra que documenta um marco significativo da história da saúde pública paulista: a publicação da Política de Regionalização da Saúde do Estado de São Paulo, oficializada pela Deliberação CIB nº 41, de 9 de maio de 2025.

Esta Política representa o fruto de um trabalho coletivo e persistente, retomado em 2023, por meio do Projeto de Regionalização da Saúde, com o objetivo de fortalecer as Redes Regionais de Atenção à Saúde em nosso estado. Um processo que não é apenas técnico, mas eminentemente político no sentido mais nobre do termo: uma construção baseada no diálogo, na pactuação e no compromisso compartilhado entre estado e municípios.

Ao longo destes anos, percorremos cada região de São Paulo, realizando dezenas de oficinas, escutando gestores, profissionais de saúde e lideranças locais. Foram diagnosticadas as necessidades específicas de cada território e, juntos, desenhamos soluções que respeitam as particularidades regionais e simultaneamente fortalecem o sistema como um todo.

A Deliberação CIB nº 41/2025 consolida este caminho e estabelece um novo paradigma para a saúde pública paulista. Mais do que um documento normativo, ela materializa um pacto federativo que busca superar a fragmentação e instituir redes regionais integradas, eficientes e resolutivas. Um sistema onde cada unidade de saúde, cada hospital, cada serviço especializado tem seu papel claramente definido dentro do sistema público de saúde.

Como frutos concretos deste processo, implementamos o Incentivo à Gestão Municipal (IGM SUS Paulista) e a nova Tabela SUS Paulista. O IGM SUS Paulista eleva os repasses estaduais aos municípios de maneira escalonada conforme sua vulnerabilidade, aumentando em até dez vezes os recursos per capita destinados à gestão municipal da saúde. Já a Tabela SUS Paulista com-

plementa os valores pagos pelos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados. Além disso, a assinatura do Termo de Acordo e Compromisso estabelece um compromisso formal entre Estado e municípios para a execução integrada da política, definindo intenções e responsabilidades na implementação da regionalização.

Esta conquista só foi possível graças à parceria com os 645 municípios paulistas, ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP), à representação no Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na pessoa da Dra. Socorro Gross e do Dr. Cristiano Morales, e ao compromisso incansável de profissionais de saúde e gestores.

Não poderia deixar de reconhecer a contribuição do Grupo Condutor Tripartite da Regionalização, que atuou como pilar na construção desta proposta. Sua composição representativa, reunindo gestores das três esferas de governo, garantiu que o processo de regionalização fosse verdadeiramente participativo, e alinhado às necessidades e realidades de cada território, criando as bases para um novo modelo de governança regional em saúde.

O apoio do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) foi importante para subsidiar processo de decisões baseadas em evidências sólidas e em experiências bem-sucedidas, garantindo assim a sustentabilidade e a efetividade de nossa política de regionalização.

A todos esses parceiros – municípios, COSEMS-SP, OPAS, Grupo Condutor Tripartite da Regionalização, IEPS e profissionais e gestores envolvidos – expreso meu mais profundo e sincero agradecimento. Esta conquista é fruto de um verdadeiro esforço coletivo que demonstra o poder da colaboração interinstitucional para o avanço das políticas públicas de saúde.

Esta publicação não apenas documenta este processo histórico, mas também serve como um guia para a continuidade e o aprimoramento constante de nossa política de regionalização. Que ele inspire outros estados e contribua para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em todo o Brasil.

Temos consciência de que a aprovação e publicação da Política de Regionalização para o Estado, de São Paulo embora seja um marco histórico, representa apenas o início de uma jornada desafiadora. O verdadeiro desafio agora é transformar este arcabouço normativo em uma realidade palpável para a população paulista. Assumimos o compromisso de dedicar nossos melhores esforços para a implementação integral desta política, garantindo sua continuidade e sustentabilidade ao longo do tempo. Nosso compromisso é com a construção de um legado duradouro, que assegure um sistema de saúde mais justo, eficiente e resolutivo para todos os paulistas.

São Paulo, 15 de maio de 2025.

ELEUSES PAIVA
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

APRESENTAÇÃO

A regionalização tem sido um desafio histórico do SUS há mais de uma década. No Estado de São Paulo, o primeiro desenho das Regiões de Saúde (RS) foi estabelecido em 2008, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão do SUS, com a proposta de construção de uma “regionalização solidária”. Esse processo resultou na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que definiu 64 Regiões de Saúde e suas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Essa construção foi fruto de um intenso processo de discussão regional, com participação ativa do COSEMS/SP e da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP). Posteriormente, foram criadas 17 macrorregiões, denominadas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). Ao longo dos anos, o desenho regional e macrorregional sofreu poucas alterações. Em 2024, o estado passou a contar com 62 Regiões de Saúde, com suas respectivas CIR, e 18 macrorregiões.

Nos anos de 2023 e 2024, foram realizadas Oficinas Macrorregionais com o objetivo de retomar e aprofundar o processo de regionalização em São Paulo. Nessas oficinas, discutiu-se o diagnóstico da situação de saúde e foram identificados, com base na escuta da gestão municipal e regional, os principais problemas enfrentados.

O COSEMS/SP priorizou e participou intensamente dessas agendas. Sua Diretoria, os Representantes Regionais, a Assessoria Técnica e os apoiadores estiveram presentes não apenas nas discussões técnicas e na mediação das oficinas, mas também na continuidade do processo nos territórios. Atuaram desde a mobilização, problematização e discussão prévia com gestores e equipes técnicas, até a participação nos Grupos Condutores Regionais – instâncias responsáveis por dar continuidade às discussões sobre ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas identificados.

Além disso, o COSEMS/SP também participou do processo de constituição e hoje os municípios fazem parte dos Comitês Executivos de Governança das Macrorregiões. Esses comitês têm como função subsidiar a elaboração de estudos sobre o acesso à média e alta complexidade e a adequação da oferta de serviços pelos prestadores, de acordo com as necessidades da população. Importante destacar que esses comitês não têm poder de pactuação ou deliberação, atribuições exclusivas das CIR.

Todo esse envolvimento está fundamentado na defesa da regionalização, expressa em todas as Cartas de Compromisso do COSEMS/SP – documentos políticos aprovados anualmente em Assembleia Geral pelos Secretários Municipais de Saúde. Trata-se de um processo de construção ascendente, pautado nas necessidades de saúde dos municípios e das macrorregiões, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o cuidado integral à população.

Na Carta do 38º Congresso do COSEMS/SP, realizado em 2025, a regionalização foi, mais uma vez, reafirmada como prioridade, com o compromisso de:

“Fortalecer o processo de regionalização com protagonismo das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e dos Comitês Executivos de Governança das Macrorregiões, de modo a avançar o Planejamento Regional Integrado (PRI), a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e a consolidação da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), articulada com uma Política Estadual de Regulação.”

Todo esse histórico e essas considerações demonstram a importância e o caráter estratégico da Política Estadual de Regionalização. Sua pactuação e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) responsabilizam e comprometem a SES e o COSEMS/SP frente às premissas, objetivos e diretrizes estabelecidos, fundamentais para fortalecer a regionalização e os espaços de governança e pactuação regional. Afinal, o SUS se concretiza, prioritariamente, nas regiões e nos municípios.

Contudo, ainda há muitos desafios. Diversos problemas identificados pelos municípios e Regiões de Saúde seguem sem respostas concretas. Ainda não foi possível implementar plenamente o Planejamento Regional Integrado (PRI)

nem a nova Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), proposta para substituir a PPI.

Essa Política representa um avanço importante e amplia nossa responsabilidade interfederativa. A partir de agora, nosso compromisso é dar concretude a essa Política.

Para isso, os próximos passos serão: divulgar amplamente a Política junto a todos os gestores, trabalhadores do SUS e Conselhos Municipais e Estadual de Saúde, e construir, de forma participativa, um Plano de Ações com responsabilidades e prazos definidos, com o objetivo de pactuá-lo ainda em 2025. Esse será um passo essencial para avançar na construção do PRI e fortalecer cada vez mais a regionalização da saúde no Estado de São Paulo.

São Paulo, 15 de maio de 2025.

ADRIANA MARTINS

**Presidente do Conselho de Secretários Municipais
de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP)**

DELIBERAÇÃO CIB Nº 41, DE 9 DE MAIO DE 2025

Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estado de São Paulo

Deliberação CIB Nº 41/2025

Considerando o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8.080 quanto à organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Resolução CIT nº 1/2021, que consolida as Resoluções referentes ao planejamento regional integrado (PRI), constituição de macrorregiões e da respectiva governança (Origem: Resolução CIT 23/2017, 37/2018 e 44/2019);

Considerando a Deliberação CIB nº 15/2023, que, após republicação em 20 de maio de 2023, com inclusão de representantes do Ministério da Saúde, constituiu o Grupo Condutor Tripartite de Regionalização;

Considerando a Deliberação CIB nº 87, de 06 de setembro de 2023, que instituiu os Comitês Executivos de Governança da Rede de Atenção à Saúde na abrangência macrorregional;

Considerando a composição de grupo de trabalho temporário por indicação do Grupo Condutor Tripartite de Regionalização, para proposição de minuta de uma Política Estadual de Regionalização, a partir do documento construído pelo IEPS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde), com apoio da OPAS e FGV;

Considerando que a implantação da Política será monitorada pelo Grupo Condutor Tripartite de Regionalização;

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP, em sua 356ª reunião ordinária, realizada em 25/04/2025, aprova a Política Estadual de Regionalização, conforme Anexo I e Anexo II¹.

São Paulo, 05 de maio de 2025.

ELEUSES VIEIRA DE PAIVA

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SP

1. Os anexos são apresentados nas próximas seções deste documento.

POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo I da Deliberação CIB Nº 41, de 9 de maio de 2025

INTRODUÇÃO

A Política de Regionalização da Saúde aqui apresentada foi construída a partir de documento elaborado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), em acordo de cooperação técnica com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O documento está disponível no site oficial da SES/SP e foi desenvolvido considerando o contexto do Projeto de Regionalização da Saúde do estado, idealizado pela SES/SP em parceria com a OPAS, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e o Ministério da Saúde. Esse processo envolveu profissionais de saúde, gestores, prestadores, pesquisadores e representantes de diferentes esferas governamentais.

A proposta reflete o compromisso do estado com a regionalização como estratégia central para a organização e gestão da saúde pública, orientada pelos princípios de cooperação interinstitucional, integração, inovação e sustentabilidade.

A regionalização da saúde é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua concepção. A Constituição Federal de 1988, 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 ênfase na descentralização, adotou a municipalização como estratégia fundamental. Essa abordagem buscou aproximar a gestão e os serviços de saúde da sociedade, considerando suas especificidades e preferências, com o objetivo de oferecer respostas mais efetivas às suas necessidades. Esse processo foi acompanhado por uma significativa expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o país, fortalecendo a estrutura geral do SUS.

A Política de Regionalização da Saúde para o estado de São Paulo define abordagens, objetivos, diretrizes estratégicas e metas para impulsionar o processo de regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI) em todo o território estadual. Seu propósito é garantir a implantação efetiva da regionalização e promover o acesso equitativo à rede de atenção à saúde.

Para alcançar esse objetivo, os gestores municipais e a gestão estadual reconhecem e valorizam as diferenças regionais existentes no estado. Cada região e, conseqüentemente, cada macrorregião, apresenta características e necessidades próprias no que se refere ao desenvolvimento da rede de atenção à saúde e da governança regional. Por isso, as intervenções e propostas devem ser adaptadas 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 enfrentar esse desafio, a política será orientada por uma avaliação periódica do grau de maturidade da regionalização em cada macrorregião, considerando dois aspectos fundamentais:

► **Suficiência do perfil assistencial e vulnerabilidade socioeconômica:**

Avalia o acesso a uma Atenção Primária à Saúde (APS) bem estruturada e aos serviços de média e alta complexidade de qualidade, levando em conta as condições sociais e econômicas das populações regionais.

► **Efetividade das ações de gestão e governança regional:** Examina a capacidade de coordenação entre os diversos atores e instituições da saúde, especialmente em ações-chave como a regulação assistencial, a alocação de recursos e a tomada de decisões estratégicas voltadas à eficiência e à centralidade no cuidado.

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

No **Quadro 1**, apresenta-se a padronização dos termos utilizados nos espaços de governança e no desenho territorial.

Quadro 1 – Padronização de termos utilizados para os espaços de governança e desenho territorial da regionalização.

| ESPAÇOS DE GOVERNANÇA | |
|------------------------------|--|
| Estadual | CIB- Comissão Intergestores Bipartite |
| Macrorregional | CEGRAS- Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde Obs.: Termo descontinuado: CG Rede - Comitê Gestor da Rede |
| Regional | CIR- Comissão Intergestores Regionais Obs.: Termo descontinuado: CGR - Colegiados de Gestão Regional |
| DESENHO TERRITORIAL | |
| Macrorregional / RRAS | As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram formalizadas no Brasil pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010. São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. No estado de São Paulo, as macrorregiões foram denominadas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), conforme a Deliberação CIB nº 36/2011. Em 2018, no contexto das resoluções que instituíram o Planejamento Regional Integrado (PRI), a CIB/SP ratificou essa conformação. Portanto, para o estado de São Paulo, a terminologia RRAS é utilizada como equivalente à Macrorregião de Saúde. |
| Regional | Região de Saúde Obs.: Termo descontinuado: 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.

INICIATIVAS DISPARADORAS

Em 2023, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em parceria com o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/SP) e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou o Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo. A iniciativa tem como propósito promover ações para reorganizar a Rede de Atenção à Saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), otimizando a distribuição dos serviços ofertados e 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 atenção à saúde. O Governo de São Paulo estabeleceu que os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) e os hospitais estaduais devem se adaptar às necessidades regionais, de modo a compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em sua organização. Além disso, a regionalização da saúde oferece a oportunidade de revisar o papel dos pontos de atenção da Rede, em especial dos hospitais de pequeno porte (com até 50 leitos), para que possam contribuir de maneira eficaz e para que a rede regional garanta à população o acesso a serviços de saúde em tempo oportuno e de qualidade.

Um dos pilares deste projeto é o fortalecimento da governança regional e macrorregional, com o reconhecimento da macrorregião como o espaço geográfico que deve possuir grande suficiência em termos de oferta para todos os níveis de atenção, ou seja, cada macrorregião deve ser capaz de prover 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.

No dia 29 de março de 2023, a SES/SP, por meio da publicação da Deliberação CIB nº 15/2023, criou o Grupo Condutor Tripartite de Regionalização e aprovou a composição de seus membros, com representantes da SES/SP e do COSEMS/SP. Posteriormente, o grupo foi ampliado com a inclusão de representantes regionais do Ministério da Saúde. A primeira fase do processo, cuja proposta foi apresentada e aprovada por prefeitos e secretários municipais de saúde em abril de 2023, teve como foco a realização de oficinas de trabalho presenciais, com duração de dois dias, em cada macrorregião do estado.

As oficinas contaram com a participação do Grupo Condutor Tripartite, representantes dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Sanitária (GVS), Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), Administração Central da SES, Regulação Regional e municipal, além de representantes dos municípios e mediadores estaduais e do COSEMS/SP. Destaca-se, ainda, a participação inovadora de prestadores de serviços do SUS, com representantes de unidades ambulatoriais de especialidades e de hospitais de referência regional, independentemente de sua natureza jurídica.

Sua finalidade foi de obter um diagnóstico da capacidade instalada em cada região de saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), além de identificar os principais problemas e possíveis soluções relacionados à gestão regionalizada. Essa fase foi fundamental para sensibilizar os gestores quanto à importância da regionalização, promover a oferta de serviços compatíveis com as necessidades da população residente e conscientizá-los sobre os desafios que a integração dos serviços em redes de atenção impõe à gestão em saúde.

Os principais problemas de saúde apontados por 60 das, até então, 63 regiões de saúde do estado (que passaram a ser 62 regiões a partir de dezembro de 2023, em decorrência de uma reorganização motivada pelo próprio processo – com a unificação de duas regiões e a criação de uma nova RRAS, conforme a Deliberação CIB nº 87/2024) convergiram para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com destaque para as doenças oncológicas e cardiovasculares, além dos transtornos mentais e o uso abusivo de álcool e outras drogas. Esses problemas foram identificados por meio de um levantamento de percepções realizado com o uso de formulário eletrônico, respondido por gestores (secretários

municipais de saúde e profissionais da SES/SP), bem como pelos Conselhos Municipais de Saúde.

O questionário apresentava uma lista de problemas relacionados à saúde e ao acesso a serviços, para que gestores e conselheiros pudessem priorizar cinco deles. Essa priorização foi consolidada por região de saúde e, posteriormente, corroborada por dados epidemiológicos. Houve um expressivo engajamento dos atores envolvidos no processo de regionalização, o que facilitou a cooperação e a comunicação entre as partes. Com base nesse engajamento e nas análises realizadas, foram definidas estratégias de enfrentamento para os problemas priorizados, culminando na elaboração de um plano de ação conjunto, coordenado pelas regiões.

Esse processo também representou a retomada do Planejamento Regional Integrado (PRI), a partir das etapas de diagnóstico, priorização e definição de planos de ação compartilhados entre o estado e os municípios, contemplando cada ponto de atenção da RAS. Para sua efetiva consolidação, esse processo precisa ser apropriado no território macrorregional (RRAS), por meio da modelagem da rede de atenção à saúde, da programação de ações e serviços e da alocação articulada de recursos pelos três entes federativos.

Como estratégia para avançar nas discussões e pactuações, foram instituídos Grupos Condutores Regionais, coordenados pelos respectivos DRS, com o apoio de mediadores e apoiadores do COSEMS/SP e da SES/SP.

Outro ponto relevante foi a criação do Termo de Acordo e Compromisso de Gestão Regional da Saúde, firmado entre a SES/SP e os 645 municípios que compõem o estado de São Paulo, com a interveniência do COSEMS/SP. O objetivo do termo é superar a fragmentação da rede assistencial observada nas RRAS, por meio da formalização da cooperação técnica entre os gestores do SUS, visando 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 (HPPs).

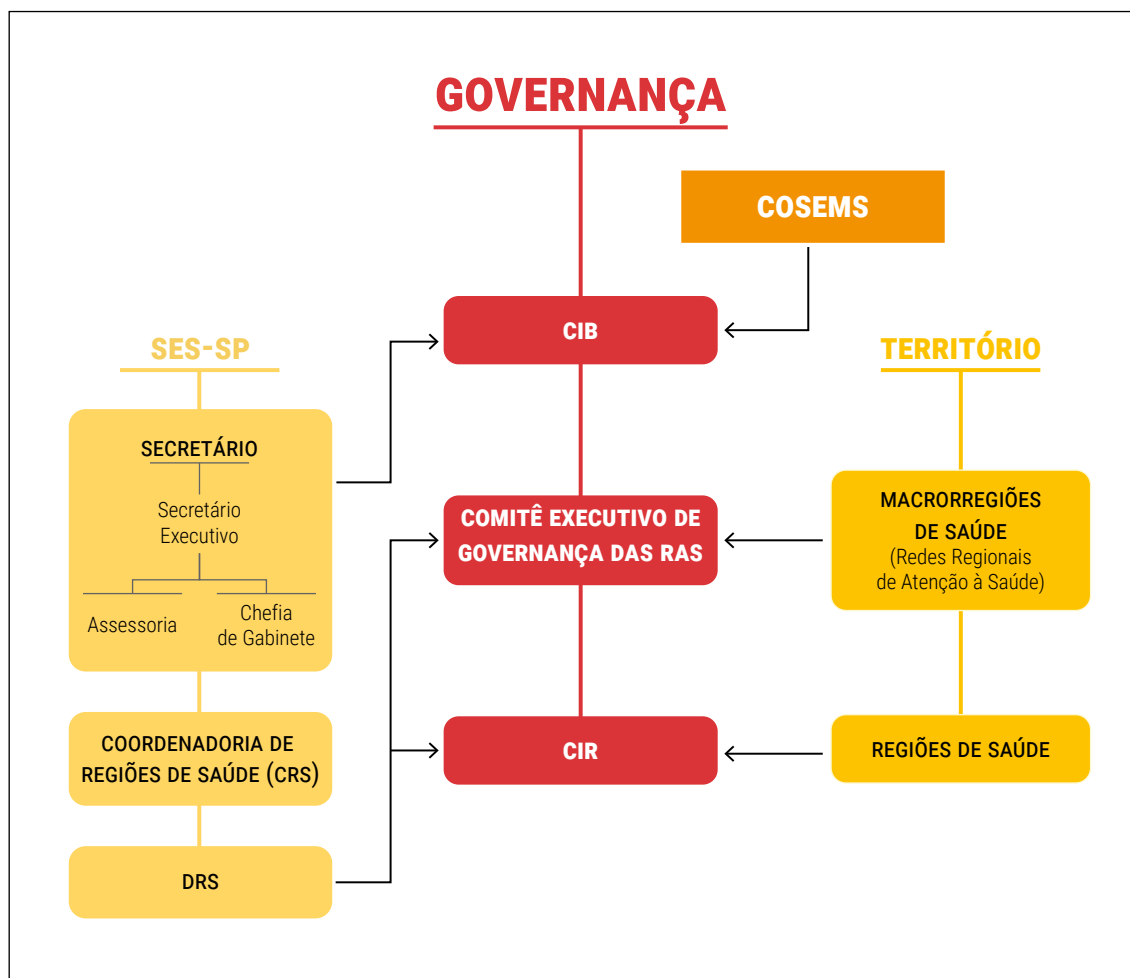
Também foi necessária a revisão da instância de governança macrorregional, com a instituição dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS).

De natureza técnica e operacional, os CEGRAS foram instituídos pela Deliberação CIB nº 87, de 6 de setembro de 2023, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS. Entre suas atribuições, destacam-se:

- ▶ Articular o acesso, na macrorregião/RRAS, à rede 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, com apoio, quando necessário, de grupos de trabalho;
- ▶ Analisar as demandas assistenciais pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) de sua área de abrangência e compatibilizá-las com os recursos disponíveis e com as pactuações firmadas com outras macrorregiões/RRAS;
- ▶ Avaliar o desempenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde e o cumprimento das pactuações, com o objetivo de mitigar iniquidades de acesso entre os usuários;
- ▶ Monitorar a implementação do 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, conforme **Figura 1**:

Figura 1 – Espaços de governança



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.

Em decorrência das oficinas, nas quais foi recorrente a discussão de subfinanciamento, a SES criou a Tabela SUS Paulista e o IGM – Incentivo à Gestão Municipal.

O IGM² envolveu a classificação dos municípios, com base em critérios de riqueza, vulnerabilidade social e investimento em atenção básica. O índice é composto por dois componentes: um fixo e outro variável. Ele abrange dez indicadores, entre eles: cobertura vacinal, exame pré-natal, redução da mortalidade infantil,

2. Resultados do IGM: <https://nies.saude.sp.gov.br/ses/publico/igm>

exame citopatológico do colo uterino, controle da hipertensão e diabetes, e controle das arboviroses.

A Tabela SUS Paulista³ atualiza os valores de remuneração com base na Tabela SIGTAP, utilizada pelo Ministério da Saúde para procedimentos ambulatoriais e internações, gerando uma complementação financeira para procedimentos priorizados. Seu objetivo é ampliar o acesso à rede ambulatorial especializada e hospitalar de média e alta complexidade. A implementação envolveu a definição da alocação de recursos adicionais de expansão nas instâncias colegiadas, como as CIR e os CEGRAS.

Outro aspecto evidenciado durante as oficinas foi a necessidade de fortalecimento da capacidade de gestão dos DRS, bem como a ampliação de iniciativas de educação permanente e capacitações, iniciando na APS. Uma iniciativa implementada pela SES foi a estruturação de apoio institucional por meio da inserção de facilitadores regionais, em todas as RRAS, com atuação presencial na governança regional, para auxiliar na potencialização e nas pactuações das ações locais e também apoiadores do nível central da SES, para atuarem de forma matricial.

3. Documentos e Notas Técnicas sobre a Tabela SUS Paulista: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/outros-destaques/tabela-sus-paulista>.

PREMISSAS

Para a implementação da 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 à Saúde (APS) como o principal ponto de acesso aos serviços de saúde, desempenhando um papel central na organização do cuidado e na coordenação da rede;
- ▶ Redução das Desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e Especializada (AES);
- ▶ Estabelecimento de uma base territorial definida por meio de georreferenciamento, permitindo uma melhor compreensão das características e necessidades de cada região considerando o processo de planejamento estratégico ascendente de cada gestão e o Planejamento Regional Integrado (PRI);
- ▶ 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 considerando, a importância de ofertar um cuidado integral a partir de ações de promoção, prevenção, assistência com foco nas necessidades do usuário;
- ▶ Promoção da co-gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), 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 (SES/SP) e do Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (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.

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 da Rede de Atenção à Saúde.

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, com suficiência em média complexidade;
- ▶ 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, 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 APS e aos serviços de média e alta complexidade, buscando suficiência na 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.

DIRETRIZES

As diretrizes desta política são fundamentadas em três pilares, 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 articulador da rede de atenção à saúde 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) da APS e 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: *Programa Redes (Regionalização, Desenvolvimento e Saúde) - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2024.*⁴

4. Disponível em: <https://ieps.org.br/redes-regionalizacao-desenvolvimento-e-saude/>

Quadro 2 - Diretrizes da Política de Regionalização

| | |
|-------------------|--|
| Diretriz A | Fortalecer a integração do SUS em âmbito macrorregional |
| Diretriz B | Direcionar recursos para fortalecer a regionalização da saúde |
| Diretriz C | Garantir a participação dos gestores e atores estratégicos na governança da rede macrorregional |
| Diretriz D | Fortalecer as capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde |
| Diretriz E | Estabelecer prioridades para a redefinição do perfil de oferta de acordo com as necessidades regionais |
| Diretriz F | Melhorar a eficiência da atenção ambulatorial especializada e hospitalar |
| Diretriz G | 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 (disponível no documento completo elaborado pelo IEPS, no site da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), evidenciam 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 se possa avaliar cada RRAS em relação à maturidade da regionalização e identificar e corrigir desequilíbrios entre oferta, demanda e necessidade, 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 em redes de atenção, mecanismos de articulação da APS com a AES; a fortalecimento da regulação do acesso aos 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, (Figura 2) instrumento que analisa diferentes dimensões relevantes para a organização e o funcionamento integrado dos serviços das RRAS.

Figura 2 - Modelo Lógico da Regionalização do SUS Paulista



Possíveis dimensões a serem avaliadas:

- ▶ Vulnerabilidade socioeconômica e ambiental: indicadores de pobreza, proporção da população dependente exclusivamente do SUS, e indicadores básicos de saúde;
- ▶ Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS): cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), completude e qualificação das equipes, presença da Planificação da Atenção à Saúde, e taxas de internações por causas sensíveis à APS;
- ▶ Acesso e qualidade da atenção de média e alta complexidade: capacidade instalada, grau de autonomia, capacidade de atração de pacientes, taxa de ocupação de leitos, existência e papel dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), e adequação do perfil assistencial às necessidades regionais;
- ▶ Acesso a serviços de atenção psicossocial: presença de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e disponibilidade de leitos psiquiátricos ou de saúde mental em hospitais gerais;
- ▶ Regulação assistencial: qualidade e integração das centrais de regulação de leitos, marcação de consultas e outros serviços;
- ▶ Gestão das Redes Regionais: qualificação e suficiência das equipes municipais e da SES, capacidade de planejamento, treinamento e acompanhamento, sistemas de monitoramento, transporte e logística, e qualidade da comunicação interna;
- ▶ Governança e articulação das relações interfederativas suprarregionais: operacionalidade das instâncias de negociação macrorregionais;
- ▶ Monitoramento: periodicidade, amplitude e comunicação externa.

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

Indicadores (Quadro 3) de classificação da maturidade das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)

Quadro 3 – Proposta de indicadores de classificação da maturidade das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)

| Aspecto | Indicador | Parâmetro |
|--|--|--------------------------------|
| 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> |

| Aspecto | Indicador | Parâmetro |
|--|--|---------------------------------------|
| <p>Autonomia Procedimentos MAC ambulatoriais</p> | <p>Média da autonomia dos procedimentos de média e alta complexidade prioritários na RRAS</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Tomografia</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Ressonância</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cateterismo cardíaco</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Radioterapia</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Quimioterapia</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Hemodiálise</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Endoscopia digestiva alta</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Colonoscopia</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cintilografia</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Biópsia orientada por ultrassonografia</p> <p><i>(Rol de códigos de procedimentos considerados em cada indicador descritos conforme Anexo 2 do documento completo da Política)</i></p> | <p><i>A ser definido por RRAS</i></p> |

| Aspecto | Indicador | Parâmetro |
|--|---|--------------------------------|
| Autonomia Procedimentos MAC hospitalares | <p>Média da autonomia dos procedimentos hospitalares prioritários na RRAS</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cirurgia cardíaca</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Neurocirurgia</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cirurgia oncológica</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cirurgia ortopédica</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cirurgia de reconstrução mamária</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Cirurgia de Próstata</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Parto de alto risco</p> <p>Proporção de autonomia para realização de Transplante renal</p> <p><i>(Rol de códigos de procedimentos considerados em cada indicador descritos conforme Anexo 2 do documento completo da Política)</i></p> | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| Autonomia Homogeneidade da oferta | Variância entre as taxas de suficiência das regiões da RRAS | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| Autonomia Capacidade Instalada & Hospitalizações | <p>Média da Autonomia de leitos de UTI prioritários na RRAS</p> <p>Proporção de autonomia para diárias em leitos de terapia intensiva adulto</p> <p>Proporção de autonomia para diárias em leitos de terapia intensiva neonatal</p> <p><i>(Rol de códigos de procedimentos considerados em cada indicador descritos conforme Anexo 2)</i></p> | <i>A ser definido por RRAS</i> |

| Aspecto | Indicador | Parâmetro |
|---|--|--------------------------------|
| Regulação Assistencial | Articulação entre unidades prestadoras de serviço de saúde e centrais reguladoras da RRAS Proporção de municípios integrados ao Sistema Estadual de Regulação Proporção de unidades prestadoras de serviço de saúde integradas ao Sistema Estadual de Regulação | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| | 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 | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| Gestão e Governança Atuação e efetividade | Proporção de pactuações ocorridas em reuniões de CIRs da RRAS | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| | Média de participação de Secretários Municipais em CIRs da RRAS | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| | Média de rotatividade de Secretários Municipais de Saúde da RRAS | <i>A ser definido por RRAS</i> |
| | Proporção de envolvimento de prestadores e outros atores estratégicos* na gestão da RRAS <i>*Gestores de outras políticas públicas</i> | <i>A ser definido por RRAS</i> |

A proposta de método de cálculo para classificação do grau de maturidade será definida 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, uma vez que transfere recursos financeiros aos municípios do estado, especialmente para custear ações e serviços de saúde voltados para a atenção primária e vigilância epidemiológica, considerando critérios como a situação socioeconômica e investimentos municipais na atenção primária.

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 e com o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), 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 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 da

atenção primária, o que constitui um requisito básico para que a regionalização avance. Já a correção da defasagem 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 estaduais e federais indutores da regionalização no estado, incluindo serviços públicos. Os recursos deverão:

- ▶ 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 a nuances regionais, 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, 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 das 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 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 CIRs 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.

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, o CEGRAS deverá propor soluções e encaminhar para deliberação nas CIR envolvidas. 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.

O CEGRAS não deve sobrepor-se ou duplicar as atribuições das CIR, que devem ser mantidas e fortalecidas para impulsionar o processo de regionalização. Todas as proposições 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 governança da RRAS com a função de propor o desenho de opções de mudança de perfil assistencial das unidades das RRAS, e, por consequência, possíveis mudanças nos fluxos assistenciais, 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.

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 e serviços 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, 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, GVE, GVS e das regiões da saúde e 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, enquanto a das 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 e vigilância em 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, quanto dos gestores do SUS. No estado de São Paulo, são necessárias iniciativas de formação e aperfeiçoamento à Gestão em Saúde Regional 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, deve ser desenvolvido um modelo inovador que vise 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 deve ser 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 devem estar no centro desse modelo, promovendo um desenvolvimento profissional contínuo para os gestores e técnicos dos DRS. O modelo deve contemplar 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 • ESTABELECEM 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 propor, para aprovação nas respectivas CIR, ações prioritárias para realizar possíveis ajustes no perfil assistencial das RRAS de acordo com as necessidades.

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

Sugestão de critérios para proposição nos CEGRAS e definição em consenso nas CIR das ações prioritárias:

- ▶ Coerência: ações devem refletir as necessidades identificadas pelos gestores nas 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. Os perfis e projetos assistenciais dos serviços públicos municipais, estaduais, privados sob gestão municipal ou estadual de abrangência regional devem ser deliberados e monitorados pelas CIR. Com relação aos serviços de abrangência macrorregional, os perfis e projetos assistenciais devem ser acordados e monitorados no CEGRAS e encaminhados à CIR para deliberação.

DIRETRIZ F • MELHORAR A EFICIÊNCIA DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Mecanismos que proporcionem o atendimento da demanda priorizando a redução do tempo 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.
- ▶ A implantação do Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde – PNAES e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde – AES, e visa promover a integração dos serviços de atenção ambulatorial com a rede de atenção à saúde com vistas a garantir a continuidade do cuidado mediante criação de Núcleo de Gestão e Regulação com foco na comunicação entre os profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, nos termos previstos na PNAES, monitoramento e avaliação da realização das OCI em tempo oportuno e com o escopo total nelas previsto e orientação e apoio aos Núcleos de Gestão do Cuidado – NGC.

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 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. A ênfase deve ser em hospitais de referência regional e macrorregional.

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.

Para contribuir de forma efetiva com o fortalecimento da rede, cada RRAS deverá elaborar um Plano de Reconversão para o Hospital de Pequeno Porte, que comporá 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. Na proposta de reconversão dos HPP devem ser consideradas não somente a relação custo/benefício mas também as distâncias territoriais para o acesso aos serviços. Este plano deve conter também qual ou quais serviços passarão a realizar atendimentos que estes hospitais deixarão de fazer.

DIRETRIZ G • INTEGRAR E REGIONALIZAR A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A meta de integrar e regionalizar a 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 Regionalizada. Para tanto:

- I.** todos os municípios do estado de São Paulo devem assumir a função de 'município solicitante' para as referências intermunicipais nas centrais reguladoras das suas respectivas RRAS, ao aderirem ao Plano.
- II.** 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 e no Sistema Estadual de Regulação;
- III.** ao gestor público caberá a definição sobre o número e/ou percentual da oferta passível de contratualização;
- IV.** as unidades prestadoras de serviço de saúde terão a responsabilidade de disponibilizar e atualizar informações sobre a oferta e utilização de serviços de saúde em tempo real;
- V.** 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;
- VI.** os sistemas de regulação adotados pelo estado e municípios devem estar integrados, e enviar suas listas de espera à RNDS (Rede Nacional de Dados de Saúde);

A governança do Plano de Regulação Regionalizada será realizada de forma compartilhada entre a SES/SP e o COSEMS/SP, por meio de um grupo instituído pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). No âmbito regional, a governança será con-

duzida pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e pelos municípios integrantes da respectiva região e macrorregião, no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS), com o apoio dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) e dos Fóruns de Regulação. Esse processo será desenvolvido de forma integrada, participativa e transparente, envolvendo gestores e prestadores como atores estratégicos nas regiões e RRAS.

Caberá ao CEGRAS com apoio dos NGR e Fóruns de Regulação Regionais analisar os fluxos regulatórios pactuados e propor um 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 informação sobre oferta e utilização de serviços, implementando a regulação regional integrada e unificada no estado de São Paulo.

À CIR e CEGRAS, com apoio dos Fóruns de Regulação e NGR, 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, deverá promover:

- ▶ A análise de dados para identificar tendências, padrões e necessidades para contribuir com a tomada de decisões estratégicas no território;
- ▶ 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;
- ▶ Monitoramento e gestão das listas de espera da AAE, proposição de fluxos assistenciais e protocolos clínicos e de acesso.

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 e conjunto de indicadores que compõem o IGM SUS Paulista.
- 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.

- 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.

**Detalhamentos adicionais podem ser acessados
no documento completo da Política, ao final deste volume.**

METODOLOGIA UTILIZADA PARA SELEÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PRIORITÁRIOS AVALIADOS NA ANÁLISE SITUACIONAL DA POLÍTICA

Anexo II da Deliberação CIB N° 41, de 9 de maio de 2025

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, 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”.

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 procedimento

| 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 reconstrutiva', 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'. |

Nota: Os códigos dos procedimentos utilizados estão disponíveis no documento completo, elaborado pelo IEPS, no endereço eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e no endereço eletrônico do IEPS.

A seguir, disponibilizamos o endereço para acesso à versão completa da Política Estadual de Regionalização, com todos os anexos e referências.

TERMO DE ACORDO E COMPROMISSO DE GESTÃO REGIONAL DA SAÚDE

Anexo III

Termo de Acordo e Compromisso de Gestão Regional da Saúde, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), os municípios por meio de suas respectivas secretarias de saúde, e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), com o objetivo de formalizar cooperação técnica para a organização e integração das ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas.

Este acordo visa superar a fragmentação da rede assistencial, garantindo a integralidade do cuidado à população, em conformidade com os princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o conjunto de normas legais e infralegais que o regem.

As partes signatárias comprometem-se a adotar medidas que promovam o fortalecimento da atenção à saúde, com ênfase na integração das ações e serviços, qualificação da atenção primária, definição territorial baseada em georreferenciamento, fortalecimento da regulação e co-gestão das redes de atenção, e descentralização da gestão.

São assumidas como diretrizes a superação da fragmentação do sistema, a gestão compartilhada entre os entes federados, a definição clara de responsabilidades e a submissão dos prestadores públicos e privados ao processo de co-gestão regional, respeitando o princípio do comando único.

No âmbito do fortalecimento da política de regionalização, o presente acordo contempla a destinação de recursos adicionais por meio de dois programas estruturantes:

- ▶ o Incentivo à Gestão Municipal do SUS Paulista (IGM SUS Paulista), voltado ao financiamento da atenção primária à saúde, com repasses per capita;
- ▶ e a Tabela SUS Paulista, destinada à complementação dos valores da Tabela SUS Federal, voltada à melhoria da remuneração de prestadores e ampliação do acesso ambulatorial e hospitalar.

As decisões sobre a alocação desses recursos seguirão pactuação intergestores, priorizando os principais problemas de saúde identificados, e poderão envolver, quando necessário, a revisão dos perfis assistenciais de prestadores públicos e privados.

As instituições signatárias também se comprometem a garantir a transparência da oferta de serviços sob sua gestão, a implementação de uma regulação regional única e a utilização de indicadores como a demanda reprimida, a perda primária de vagas e o absenteísmo como elementos orientadores da organização da rede.

Este termo consubstancia o compromisso coletivo com a construção e fortalecimento de uma política de regionalização da saúde pública, capaz de garantir acesso universal, integralidade da atenção, equidade na oferta de serviços e governança compartilhada.

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Presidente do COSEMS-SP

E, na qualidade de co-gestores do Sistema Único de Saúde, subscrevem também o presente Termo os Secretários Municipais de Saúde dos municípios integrantes das respectivas regiões de saúde, formalizando sua adesão às diretrizes, compromissos e responsabilidades aqui estabelecidos.

ACESSE O CONTEÚDO COMPLETO DA POLÍTICA



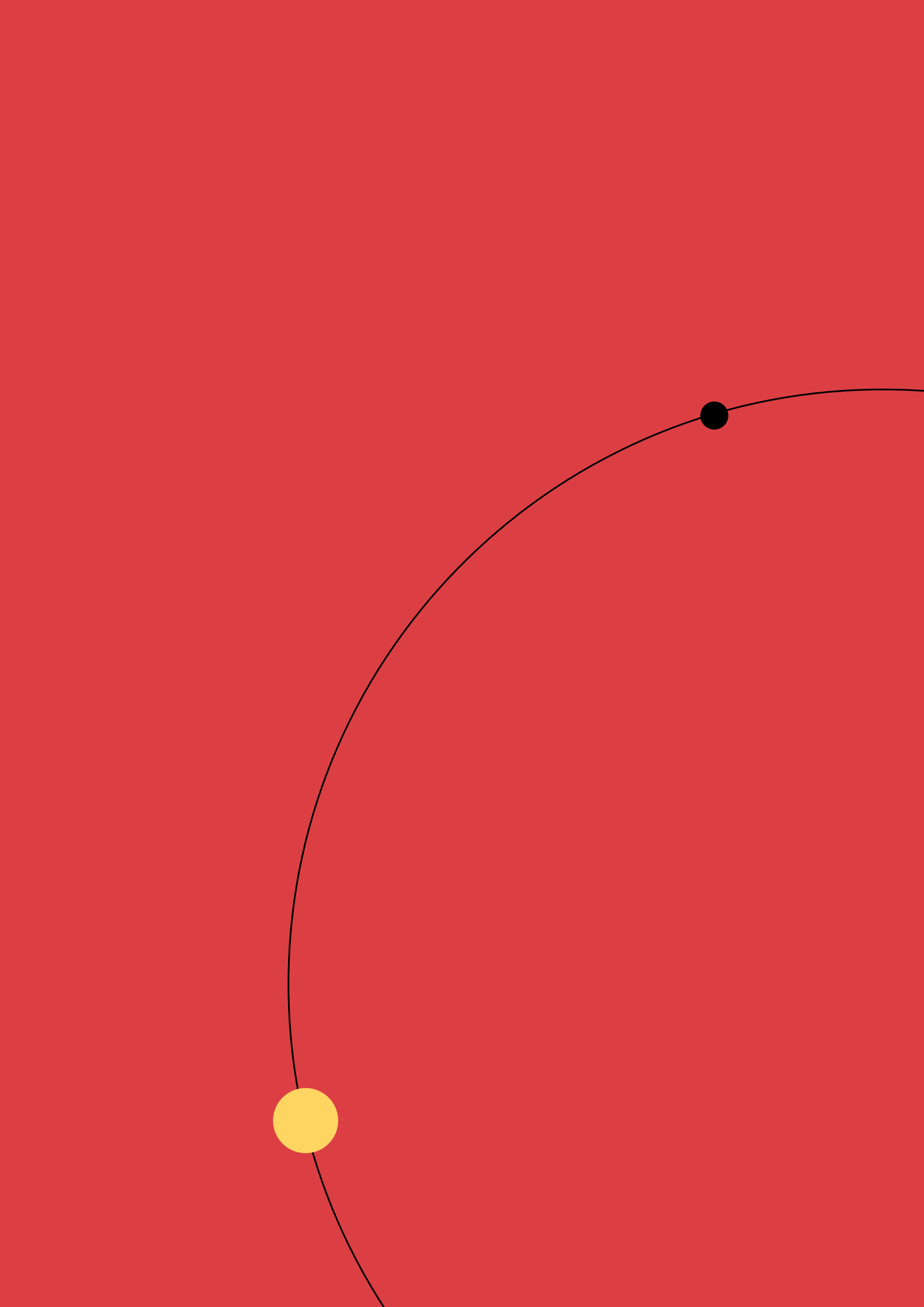
Esta publicação apresenta a síntese da **Política de Regionalização da Saúde: Por um SUS único no Estado de São Paulo**, elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) em parceria com o COSEMS-SP, com apoio da OPAS e do IEPS.

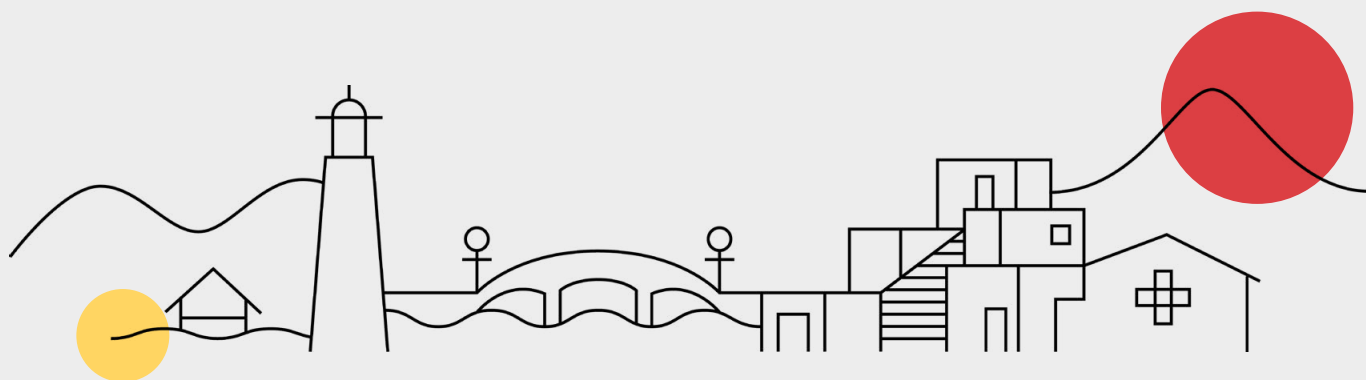
O documento completo — com análise situacional, diretrizes estratégicas, marcos regulatórios e anexos técnicos — está disponível para acesso digital.



ESCANEIE O QR CODE OU ACESSE

[IEPS.ORG.BR/POLITICA-REGIONALIZACAO-SAUDE-SP](https://ieps.org.br/politica-regionalizacao-saude-sp)





APOIO

