



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

NIELSE CRISTINA DE MELO FATTORI

Regionalização da Saúde do Estado de São Paulo: uma análise da
organização e do acesso

Piracicaba
2019

NIELSE CRISTINA DE MELO FATTORI

Regionalização da Saúde do Estado de São Paulo: uma análise da organização e do acesso

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli

Este exemplar corresponde a versão final da dissertação defendida pela aluna Nielse Cristina de Melo Fattori e orientada pela Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli.

Piracicaba
2019

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Marilene Girello - CRB 8/6159

Fattori, Nielse Cristina de Melo, 1960-

F269r Regionalização da saúde do Estado de São Paulo : uma análise da organização e do acesso / Nielse Cristina de Melo Fattori. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Jaqueline Vilela Bulgareli.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Regionalização. 2. Descentralização. 3. Política de saúde. I. Bulgareli, Jaqueline Vilela, 1980-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Regionalization of health of the State of São Paulo: an analysis of organization and access

Palavras-chave em inglês:

Regional health planning

Decentralization

Health policy

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva **Banca examinadora:**

Jaqueline Vilela Bulgareli [Orientador]

Antonio Carlos Pereira

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Data de defesa: 23-07-2019

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-8050-8669>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2520016958390912>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 23 de Julho de 2019, considerou a candidata NIELSE CRISTINA DE MELO FATTORI aprovada.

PROF^ª. DR^ª. JAQUELINE VILELA BULGARELI

PROF. DR. ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus filhos Gláucia, Caio, Diogo, Giovana e André, que sempre me incentivaram e pelos quais dou o melhor de mim.

À minha mãe, pela dedicação e exemplo de desprendimento e ao meu pai, onde estiver, pelos exemplos de luta e superação, que guardarei para a eternidade.

Ao Cesar, pelo apoio, incentivo e demonstração de confiança depositada em mim, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos que se dedicam a conhecer e investigar buscando transformar os seres humanos e o planeta, onde os seres sejam mais fraternos e solidários e que nosso mundo seja repleto de paz.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Estadual de Campinas, representada pelo Magnífico Reitor Prof. Dr. Marcelo Knobel.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, representada pelo diretor Prof. Dr. Francisco Haiter Neto.

A Profa. Dra. Karina Gonzalez Silvério Ruiz, coordenadora dos cursos de Pós - Graduação da FOP-UNICAMP.

A Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, coordenadora do Programa de Pós - Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP.

A Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli, pela orientação, pela colaboração com seus apontamentos, por me estimular e incentivar em todos os momentos em que fraquejei, acreditando sempre que seria capaz de concluir esse trabalho.

À secretária do Departamento de Odontologia Social, Eliana, dedicada, sempre pronta a ajudar.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP, pelos conhecimentos, oportunidades, amizade, auxílio, motivação.

Aos demais professores, palestrantes, visitantes, que estiveram transmitindo conhecimentos, algo que não se mede em valor.

Às tutoras pela dedicação incondicional durante todo o tempo do curso e também nos intervalos, apoiando, incentivando, colaborando e principalmente oferecendo carinho e amizade, que levarei sempre.

A todas as pessoas, que direta ou indiretamente, de alguma forma contribuíram para esse momento.

RESUMO

Introdução: O Estado de São Paulo tem avançado no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das regiões de saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). A regionalização é uma diretriz constitucional e um eixo estruturante do pacto de gestão, já que orienta a organização do SUS e também os processos de negociação e pactuação entre os gestores. **Objetivo:** Investigar a eficiência da articulação das Redes Regionais de Atenção à Saúde, por meio da comparação dos indicadores de acesso aos serviços de média e alta complexidade nas diferentes regiões de saúde do Estado de São Paulo. **Metodologia:** Estudo longitudinal, ecológico, dos indicadores de procedimentos ambulatoriais e de internação na média complexidade, analisados por região de saúde, e de alta complexidade investigados pelas RRAS. Os dados foram obtidos por meio de Sistemas de Informação de domínio público. A razão entre leitos SUS por 1.000 habitantes também foi calculada. Os municípios foram categorizados de acordo com as 63 regiões de saúde e as 17 RRAS existentes em São Paulo. Realizou-se análise descritiva das variáveis por região de saúde. Verificou-se a diferença entre as médias dos indicadores para cada região de saúde e RRAS, utilizando-se o teste de Friedman e para verificar normalidade Kolmogorov-Smirnov com nível de significância de 5%. **Resultados:** Ao longo dos anos analisados, houve oscilações dos indicadores de acesso aos serviços da média e alta complexidade na maioria das regiões de saúde e nas RRAS ($p < 0,05$). Foi observada também uma redução no número de leitos na maioria das regiões de saúde. **Conclusão:** O acesso à média e alta complexidade, foi ampliado de forma desigual, nas diferentes regiões de saúde e na RRAS do Estado de São Paulo.

Palavras-chave: regionalização, descentralização, política de saúde, sistema único de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The state of São Paulo is growing in the clustering process of the Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde), through the health regions and the Regional Health Care Networks (RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde). The regionalization is a constitutional guideline and an axis of the management pact, once it guides the organization of the SUS and also the processes of negotiation and agreement among managers. **Objectives:** Investigate the efficiency of the articulation of the RRAS, by comparing the indicators of access to services of medium and high complexity in the different health regions of the state of São Paulo. **Methodology:** A longitudinal and ecological study of the indicators of outpatient procedures and medical internment for medium complexity, analyzed by health region, and RRAS analysis for high complexity, obtained through public domain information systems. The ratio of SUS beds per 1,000 inhabitants was also calculated. The cities were categorized according to the 63 health regions and the 17 RRAS existing in São Paulo. A descriptive analysis of the variables by health region was performed. The difference between the means of the indicators for each health region and RRAS was verified using the Friedman test and to verify Kolgomorov-Smirnov normality with a significance level of 5%. **Results:** During the analyzed time, there were fluctuations in the indicators of access to services of medium and high complexity in most health regions and RRAS ($p < 0.05$). There was also a reduction in the number of beds in most health regions. **Conclusion:** Access to medium and high complexity was unevenly expanded in the different health regions and in the RRAS of the State of São Paulo.

Keywords: regionalization, decentralization, health policies; Health Unic System

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. ARTIGO: IMPLANTAÇÃO DA REDE REGIONALIZAD DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DO ESTADO DE SÃO PAULO | 16 |
| 3. CONCLUSÃO | 37 |
| REFERÊNCIAS | 38 |
| ANEXOS | 40 |
| ANEXO 1: OFÍCIO CEP/FOP 011/2013 | 40 |
| ANEXO 2: ANTI PLÁGIO- TURNITIN..... | 41 |
| ANEXO 3: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO | 48 |

1. INTRODUÇÃO

A regionalização como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) foi apresentada na Constituição Federal de 1988 (CF 1988) e na Lei nº 8.080/90 (LOS – Lei Orgânica da Saúde), como sendo o princípio em que se preconiza que o SUS deva ser organizado em forma de rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo, com atenção integral aos cidadãos e participação social. Este é, portanto, o ponto central na estruturação organizativa do SUS, assim definido tanto pela CF quanto pela LOS (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

No que tange as normas infraconstitucionais posteriores que vieram para regulamentar este princípio, pode-se observar que a regionalização não avançou com a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92), visto que utilizou a lógica de repasse financeiro contra apresentação de produção dos serviços de saúde dos estados ou municípios e prestadores. Quanto as NOB 93 e 96, foram publicadas objetivando direcionar as formas de repasse de recursos financeiros aos Estados e Municípios e também a organização do funcionamento do sistema, com ênfase na municipalização e dando aos entes estadual e federal a corresponsabilidade e mediação dos processos (NOB 96). O avanço na regionalização, foi dado pela priorização da municipalização e descentralização (Ministério da Saúde, 1997).

Já as Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS - NOAS/SUS 01/2.001 e 01/2.002) demonstram um início da aplicabilidade da regionalização, pois trouxeram como estratégia a hierarquização dos serviços de saúde na busca da equidade e instituíram como um dos seus pilares o Plano Diretor de Regionalização (PDR - instrumento ordenador do processo de regionalização) atribuindo aos Estados a responsabilidade por sua elaboração. Mesmo diante deste avanço, toda a lógica do desenho da região continuava sendo direcionada na oferta de serviços de saúde existente em cada território e deixando uma lacuna na governança regional. Esta lacuna deve ser entendida como um espaço de negociação e pactuação entre os gestores daquele território (Ministério da Saúde, 2002).

A regionalização foi incluída na agenda política com uma consistência mais ampla no Pacto pela Saúde (publicado pela portaria MS/GM 399 de 22 de fevereiro de 2.006) que a traz como eixo estruturante, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, os processos de negociação (processo de comunicação interativo estabelecido quando duas ou mais partes buscam um acordo, durante uma

transação, para atender a seus interesses) e pactuação (fazer um acordo, ajustar, realizar um pacto, transigir ou ceder) entre os gestores (iniciando o processo de governança regional) e o processo de identificação e construção das regiões de saúde, chamada de “regionalização viva”. O Pacto, para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores em cada região de saúde, constituiu o Colegiado de Gestão Regional (CGR), que deveria ser composto por todos os gestores municipais da região de saúde e também por representantes do gestor estadual. O CGR se configura então, como espaço permanente de pactuação, cogestão e decisão, mediante a identificação, a definição de prioridades e a pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutive (Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2009).

Desta maneira, houve a tentativa de manter o Pacto pela Saúde como estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, a redução de desigualdades sociais e territoriais, de promover a equidade e a integralidade da atenção à saúde, de racionalizar os gastos, de aperfeiçoar a otimização dos recursos e assim potencializar o processo de descentralização (Gil AC et al., 2006).

Para aplicação destas estratégias, o Estado de São Paulo em Fevereiro de 2007, através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), acordou e definiu que a implantação do Pacto pela Saúde se iniciaria pela revisão do processo de regionalização com discussão pelas microrregiões do Plano Diretor de Regionalização (PDR) anterior. Para isso, foram acordados critérios que deveriam orientar a definição das regiões de saúde e a reavaliação coletiva de cada microrregião, de acordo com os critérios de contiguidade entre os municípios; identidade cultural; sentimento de pertencimento àquela região; número de municípios e tamanho da população. Inicialmente, não seriam contempladas regiões pouco populosas e com número pequeno de municípios, nem regiões com número elevado de municípios, por inviabilizar o bom funcionamento do colegiado. Outras regras também foram adotadas para implementação desta nova organização, tais como considerar a resolubilidade da região em capacidade de serviços de média complexidade, analisar a capacidade da região para atender parte da média complexidade, analisar o fluxo já instituído, considerar que o nome da região é apenas uma forma de nomeação, pois não existe sede autárquica da região. E por fim, buscar reduzir o número de regiões, evitando a pulverização, levando em conta outras orientações após as discussões regionais, a

flexibilidade com relação às orientações, conforme realidade do território (COSEMS, 2008).

Ainda em 2007, o COSEMS/SP, decidiu que seria necessário desencadear um trabalho de suporte aos gestores municipais através do qual os mesmos pudessem estar preparados para assumir o protagonismo na constituição e gestão das Regiões de Saúde e, fortalecidos para desempenhar esse papel, e assim foi criada a Estratégia Apoiadores do COSEMS/SP (COSEMS, 2013).

Em junho de 2011 foi publicado o decreto nº 7508/2011 que regulamentou a Lei nº 8080/90, que dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O decreto buscou aprimorar o Pacto pela Saúde e regulamentou alguns temas da Lei nº 8.080/90 referentes à organização e funcionamento administrativo-sanitário do SUS. No que diz respeito à organização, ele trouxe a regionalização como eixo central e tentou avançar no processo da governança regional, com a definição do acordo de colaboração entre os entes federados para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde que deveria ser firmado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), que tinha como objeto a organização e a integração das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federados em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, chamada de “regionalização contratualizada” (Ministério da Saúde, 2011; Albuquerque, 2013). A organização e a integração propostas pelo COAP, contou com a assinatura somente 24 regiões de saúde, num universo de 438 regiões existentes, pois o planejamento regional foi deixado em segundo plano, dando para a formalização do contrato maior importância, além da insuficiência de financiamento para implantação de sistemas regionais de saúde, dificuldade de mudança no processo de trabalho e insignificante impacto na saúde da população (Reis et al, 2017).

Apesar das significativas mudanças, existem desafios ainda presentes no contexto do SUS, além dos obstáculos estruturais e conjunturais, tais como o baixo financiamento público, as contradições entre políticas de formação e educação em saúde e as necessidades de resolução dos problemas de gestão e regulação pública na saúde. Existem também as dificuldades mais específicas como o planejamento regional, a gestão intergovernamental e a gestão da produção do cuidado, que deve ser desde a implementação de modelos de gestão e de atenção à saúde centrados

na APS e possibilitando assim que seja verdadeiramente a ordenadora da rede de atenção (Silva, 2011).

No ano de 2011, a CIB definiu que seria necessário constituir as Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território, considerando a publicação da portaria MS/GM 4.279/2010 (revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017), que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Foram assim definidas as 17 RRAS no Estado de São Paulo, em pactuações ocorridas nos territórios de forma bipartite (CIB 36, 2011).

Mendes (2009), define Rede de Atenção à Saúde (RAS) como sendo:

...”organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.”

Para Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde, é um tema complexo, multifacetado e multidimensional que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, que podem garantir o estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção à saúde, visto que a garantia constitucional de acesso, não está consolidada. Para tanto, propõe uma análise do acesso, nas dimensões políticas, econômico-social, técnicas, organizativas e simbólicas, possibilitando dessa forma o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários de forma responsável, integral, resolutive, equânime e de qualidade.

No contexto da conformação das regiões de saúde seguido pela organização (forma como se dispõe um sistema para atingir os resultados pretendidos) das RRAS, após mais de dez anos da implantação da regionalização no Estado de São Paulo, é possível distinguir as diferenças dos sistemas de saúde nas 17 RRAS e nas 63 regiões de saúde, e os mecanismos que levam ao planejamento e organização dos sistemas regionais de saúde existentes a se tornarem mais eficientes. Dessa forma, a hipótese a ser estudada neste estudo refere-se, como a

implantação da CIR e RRAS possibilitou maior acesso (entrada) dos usuários à atenção de média e alta complexidade e a melhoria na implantação do SUS no ESP. Para tanto, este estudo buscou investigar a implantação das RRAS e das regiões de saúde, por meio da comparação dos indicadores de acesso à média e alta complexidade no Estado de São Paulo, nos anos de 2008, 2011 e 2015.

Esta dissertação está baseada na Resolução CCPG/002/06/UNICAMP, que regulamenta o formato alternativo de impressão das Dissertações de Mestrado, permitindo a inserção de artigos científicos de autoria do candidato. Manuscrito foi submetido ao periódico Epidemiologia e Serviços de Saúde (Anexo 3).

2. ARTIGO: IMPLANTAÇÃO DA REDE REGIONALIZAD DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Implantação da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde: uma análise do Estado de São Paulo

Implementation of the Regionalized Network of Health Care: an analysis of the State of São Paulo

RESUMO

Introdução: O Estado de São Paulo tem avançado no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das regiões de saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). **Objetivo:** Investigar a implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde, por meio da comparação dos indicadores de acesso aos serviços de média e alta complexidade nas diferentes regiões de saúde do Estado de São Paulo. **Metodologia:** Estudo longitudinal, ecológico, dos indicadores de procedimentos ambulatoriais e de internação na média e alta complexidade, obtidos por meio de Sistemas de Informação de domínio público. A razão entre leitos SUS por 1.000 habitantes também foi calculada. Os municípios foram categorizados de acordo com as 63 regiões de saúde e as 17 RRAS existentes em São Paulo. Realizou-se análise descritiva das variáveis por região de saúde. Verificou-se a diferença entre as médias dos indicadores para cada região de saúde e RRAS, utilizando-se o teste de Friedman e para verificar normalidade Kolmogorov-Smirnov com nível de significância de 5%. **Resultados:** Ao longo dos anos, houve oscilações dos indicadores de acesso aos serviços da média e alta complexidade na maioria das regiões de saúde e nas RRAS ($p < 0,05$). Foi observada também uma redução no número de leitos na maioria das regiões de saúde. **Conclusão:** O acesso à média e alta complexidade, foi ampliado de forma desigual, nas diferentes regiões de saúde e na RRAS do Estado de São Paulo.

Descritores: regionalização, descentralização, política de saúde, sistema único de saúde

Abstract

Introduction: The state of São Paulo is growing in the clustering process of the Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde), through the health regions and the Regional Health Care Networks (RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde). The regionalization is a constitutional guideline and an axis of the management pact, once it guides the organization of the SUS and also the processes of negotiation and agreement among managers. **Objectives:** Investigate the efficiency of the articulation of the RRAS, by comparing the indicators of access to services of medium and high complexity in the different health regions of the state of São Paulo. **Methodology:** A longitudinal and ecological study of the indicators of outpatient procedures and medical internment for medium complexity, analyzed by health region, and RRAS analysis for high complexity, obtained through public domain information systems. The ratio of SUS beds per 1,000 inhabitants was also calculated. The cities were categorized according to the 63 health regions and the 17 RRAS existing in São Paulo. A descriptive analysis of the variables by health region was performed. The difference between the means of the indicators for each health region and RRAS was verified using the Friedman test and to verify Kolgomorov-Smirnov normality with a significance level of 5%. **Results:** During the analyzed time, there were fluctuations in the indicators of access to services of medium and high complexity in most health regions and RRAS ($p < 0.05$). There was also a reduction in the number of beds in most health regions. **Conclusion:** Access to medium and high complexity was unevenly expanded in the different health regions and in the RRAS of the State of São Paulo.

Keywords: regionalization, decentralization, health policies; Health Unic System

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/90 definiram o Sistema Único de Saúde (SUS) como um direito social. Assim, o SUS foi elaborado com base em princípios e diretrizes para efetivar esse direito, destacando-se entre estes a regionalização. Os esforços recentes no sentido de promover a regionalização se explicam, entre outros aspectos, pela necessidade de transpor as desigualdades sociais e econômicas das diferentes regiões do país (Duarte et al., 2016), e também com o papel principal de condução na remodelagem da descentralização no SUS (Reis et al., 2017).

Essa afirmação é mais bem entendida por meio do conceito ampliado de saúde, que foi se consolidando a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e que pode ser entendido como uma resultante de determinantes e condicionantes à saúde, como moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (Stedile et al.,

2015). Observa-se então uma interdependência entre a saúde e os demais setores sociais e econômicos que mediam a qualidade de vida das pessoas. Assim, a regionalização, enquanto ordenamento territorial que promove a redução das desigualdades regionais e a melhor distribuição espacial dos serviços do SUS, é o princípio que contribui para o acesso de direito da população à saúde (Duarte et al., 2016).

A dinâmica econômica do Brasil, em especial na época da industrialização entre os anos de 1930 a 1980, é lembrada pela forte tendência à concentração produtiva em poucos e contidos espaços do território nacional (Pochmann, 2015). Um reflexo desse processo histórico ainda é percebido nos dias atuais. O Estado de São Paulo, por exemplo, é a região mais rica do Brasil, retendo em torno de 35% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional.

Nesse cenário, é possível indicar que a regionalização do SUS, além de firmar a necessidade da organização das ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada busca, sobretudo, garantir maior democratização do acesso dos serviços, atenuando as diferenças socioeconômicas regionais (Duarte et al., 2018). Trata-se de um tema presente desde a instituição do SUS, mas somente no início dos anos 2000 é que a regionalização ganhou forma com os planos diretores de regionalização (PDR) e planos diretores de investimento (PDI), conforme orientados pelas Normas Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001/2002 (Brasil, 2003). Em 2006, a partir do Pacto pela Saúde, foram criados os Comissões Intergestores Regionais como instância organizadora da “regionalização cooperativa e solidária”. Entretanto, a forma operativa da regionalização dos serviços de assistência à saúde de níveis tecnológicos secundário e terciário ainda necessitava ser reestruturada.

Por isso, em meados de 2010, ganharam protagonismo no processo de regionalização do SUS os conceitos de Região de Saúde (RS) e de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo o decreto n. 7.508, a região de saúde é compreendida como:

“Espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados [...]. Deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.”

Portanto, a região de saúde deve ser dotada de características que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde, ou seja, um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. No Estado de São Paulo, a partir de pactuação entre os gestores municipais e a Secretaria de Estado da Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite, constituiu-se, para além das 63 regiões de saúde, a composição de 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) que deveriam permitir acesso assistencial dentro de um território ampliado, composto por mais de uma região de saúde (Lima, 2012; Paschoalotto et al., 2018).

Sabe-se que o cuidado em saúde requer a combinação integrada de graus crescentes de complexidade. Os usuários do SUS devem “caminhar” dentro das redes para buscar a atenção à sua saúde e dependem da eficiência desta articulação para terem suas necessidades atendidas. Entende-se eficiência, segundo Donabedian (2017), como ações que proporcionem o melhor resultado para a saúde do usuário utilizando a menor quantidade de recursos possível. Porém, na prática, pode-se observar que esse fluxo tem esbarrado em um funcionamento burocrático, muitas vezes desarticulado, que não levam em conta as necessidades e os movimentos reais das pessoas dentro do sistema, tornando lento e insatisfatórios a integralidade da assistência e a resolatividade dos casos (Arruda et al., 2015; Reis et al., 2017). A articulação com os diferentes níveis de atenção é uma das dimensões da RAS que raramente é avaliada, deixando em questionamento o seu desempenho no SUS (Viana et al., 2019).

Frente a essa lacuna, o objetivo do estudo foi investigar a implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde, por meio da comparação dos indicadores de acesso aos serviços de média e alta complexidade nas diferentes regiões de saúde do Estado de São Paulo, entre os anos de 2008 (antes das RRAS), 2011 (ano em que se deu a implantação da RRAS) e em 2015 (desenvolvimento da RRAS).

MÉTODOS

O estudo tem delineamento epidemiológico ecológico e longitudinal, com informações estratificadas por Região de Saúde e RRAS do Estado de São Paulo, segundo deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) 153/2007, 36/2011, 03, 04 /2012 e 34/2014.

O presente estudo utilizou dados secundários provenientes das regiões de saúde do Estado de São Paulo. O Estado de São Paulo, com população total de 44.396.484 (Estimativa IBGE – 2015), extensão territorial de 248.600 Km², densidade demográfica de 178,58 habitantes/Km² e é responsável por 32% do PIB do país, ocupando o segundo lugar no ranking Índice de Desenvolvimento Humano (IDH - 2010).

Os dados referentes aos indicadores de garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade foram coletados do site da SISPACTO/MS, através do TABNET/DATASUS, nos anos definidos em 2008, 2011 e 2015.

Os municípios foram agrupados segundo as Regiões de Saúde (média complexidade) e Redes Regionais de Atenção à Saúde (alta complexidade). Informações sobre as seguintes variáveis, referentes aos anos de 2008, 2011 e 2015, foram coletadas: razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, razão de internação de clínica e cirurgia de média complexidade, razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, razão de internação de clínica e cirurgia de alta complexidade, e a razão leitos SUS/1.000 habitantes.

Os dados foram digitados no Excel e posteriormente analisados no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. Realizou-se análise descritiva das variáveis, obtendo-se média, valor máximo e mínimo, e desvio padrão de cada indicador por região e por RRAS, nos anos 2008, 2011 e 2015. Para cada variável, verificou-se a diferença entre as médias nos anos estudados (2008, 2011 e 2015) para o Estado de São Paulo e para cada Região de Saúde e RRAS, utilizando o teste de Friedman, devido à distribuição não paramétrica testada pelo teste Kolgomorov Smirnov. Considerou-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi dispensado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, conforme ofício CEP/FOP 011/2013 e conduzido de acordo com os preceitos da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os resultados das análises descritivas, da média, desvio padrão (DP), valor máximo e mínimo das variáveis, razão de procedimento ambulatorial de média complexidade (RPAMC), razão de internação de média

complexidade (RICMC) e leitos SUS por 1.000 habitantes, nos anos de 2008, 2011 e 2015. Percebe-se que o valor médio nos três anos de RPAMC foi de 1,8; o da RICCMC 4,61 e o de leitos SUS 1,78 por 1.000 habitantes.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de desfecho analisadas nas 63 Regiões de Saúde do Estado de São Paulo – anos 2008, 2011, 2015.

| Indicadores | 2008 | 2011 | 2015 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) |
| RPAMC | 1,05 (0,42) | 2,11 (1,27) | 2,50 (1,43) |
| RICCMC | 4,64 (1,62) | 4,81 (1,74) | 4,37 (1,49) |
| Leito | 1,91 (1,19) | 1,79 (1,12) | 1,65 (1,06) |

Na tabela 2, observa-se que houve diferença nas médias, para a variável RPAMC em 8 regiões de saúde - Polo Cuesta, Adamantina, Alta Paulista, Santa Fé do Sul, Alta Mogiana, Piracicaba, Rio Pardo e Litoral Norte, com aumento na razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade em pelo menos um dos períodos do estudo. Nota-se diferença estatística para a razão de internação de média complexidade em clínica e cirurgia em 3 regiões: Ourinhos, que teve aumento no primeiro período da análise e redução no segundo período; José Bonifácio, com aumento nos dois períodos analisados; e na região de Rio Pardo, com aumento no primeiro período e redução no segundo período.

É possível observar ainda nessa tabela diferença nas médias da variável razão de número de leitos SUS/1000 habitantes em 7 regiões: Itapetininga, com aumento no segundo período analisado; Fernandópolis, com diminuição no primeiro período da análise e aumento no segundo; Três Colinas, com aumento nos dois períodos da análise; e Tupã, Limeira, Rio Pardo, e Vale do Paraíba/Região, Serrana que tiveram diminuição nos dois períodos analisados.

Observa-se as regiões de saúde tiveram oscilações nos indicadores de recursos que aumentaram em um período e diminuíram em outro, com relação à razão de procedimentos de alta e média complexidade. No geral, o número de leitos SUS por cada 100 habitantes apresentou redução em quase todas as regiões de saúde do Estado de São Paulo.

Tabela 2. Comparação da organização das Regiões de Saúde e a razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade (RPAMC), a razão de internação

em clínica e cirurgia de média complexidade (RICCMC) e a razão do número de leitos SUS/1000 habitantes. São Paulo, 2008, 2011 e 2015.

| REGIÃO DE SAÚDE | RPAMC | | | RICCMC | | | Leitos/1000 hab. | | |
|------------------------|-------|------|-------|--------|------|------|------------------|------|-------|
| | 2008 | 2011 | 2015 | 2008 | 2011 | 2015 | 2008 | 2011 | 2015 |
| Grande abc | 0,84 | 1,95 | 2,01 | 2,57 | 2,93 | 2,83 | 0,93 | 0,89 | 0,89 |
| Alto do Tietê | 0,72 | 1,65 | 1,57 | 2,68 | 3,15 | 2,85 | 1,11 | 0,99 | 2,01 |
| Franco da rocha | 0,57 | 1,08 | 1,57 | 2,78 | 2,36 | 2,64 | 2,16 | 1,31 | 1,04 |
| Mananciais | 1,04 | 1,96 | 2,11 | 3,12 | 3,77 | 3,47 | 0,91 | 0,94 | 0,69 |
| Rota dos Bandeirantes | 0,67 | 2,61 | 3,38 | 2,7 | 3,46 | 3,38 | 0,7 | 0,86 | 0,85 |
| São Paulo | 1,6 | 2,34 | 2,29 | 2,75 | 3,11 | 2,87 | 1,41 | 1,38 | 1,36 |
| Baixada Santista | 1,01 | 1,9 | 2,07 | 2,81 | 2,83 | 2,62 | 1,21 | 0,94 | 0,93 |
| Vale do Ribeira | 1,13 | 1,41 | 2,81 | 3,3 | 3,24 | 3,56 | 1,07 | 1,07 | 0,94 |
| Itapetininga | 1,07 | 1,72 | 1,65 | 3,83 | 3,63 | 3,18 | 0,79 | 0,79 | 0,81* |
| Itapeva | 0,87 | 1,39 | 1,6 | 5,85 | 6,12 | 5,17 | 1,31 | 1,29 | 1,22 |
| Sorocaba | 0,87 | 1,6 | 1,7 | 3,31 | 2,91 | 2,65 | 3,53 | 2,88 | 2,15 |
| Vale do Jurumirim | 0,83 | 1,36 | 1,57 | 5,31 | 5,57 | 5,22 | 1,41 | 1,37 | 1,28 |
| Bauru | 1,2 | 1,93 | 2,31 | 3,8 | 4,06 | 4,18 | 2,49 | 2,02 | 2,02 |
| Polo Cuesta | 0,87 | 1,95 | 3,07* | 4,58 | 5,22 | 4,73 | 2,52 | 2,11 | 2,21 |
| Jau | 1,07 | 1,65 | 1,67 | 5,05 | 5,85 | 5,37 | 3,35 | 3,29 | 3,1 |
| Lins | 0,94 | 1,91 | 2,82 | 5,15 | 4,44 | 3,51 | 3,7 | 3,5 | 3,06 |
| Adamantina | 0,75 | 1,48 | 2,29* | 6,32 | 6,28 | 5,22 | 3,4 | 3,48 | 2,91 |
| Assis | 1,34 | 1,89 | 3,24 | 5,19 | 5,15 | 4,88 | 1,63 | 1,56 | 1,5 |
| Marília | 1,69 | 2,07 | 2,11 | 3,79 | 3,75 | 3,39 | 3,36 | 3,09 | 2,97 |
| Ourinhos | 1,51 | 1,87 | 2,53 | 5,02 | 5,44 | 4,5* | 1,63 | 1,6 | 1,34 |
| Tupã | 1,09 | 2,29 | 2,92 | 9,13 | 9,01 | 6,91 | 7,64 | 7,27 | 7,46* |
| Alta paulista | 0,67 | 2,57 | 2,78* | 6,01 | 6,25 | 5,44 | 1,78 | 1,65 | 1,55 |
| Alta sorocabana | 1,1 | 1,81 | 2,84 | 4,5 | 5,93 | 5,37 | 2,84 | 3,42 | 3,18 |
| Alto capivari | 0,69 | 1,64 | 2,04 | 6,57 | 6,73 | 6,89 | 1,72 | 1,6 | 1,58 |
| Extremo oeste Paulista | 1,64 | 2,32 | 2,31 | 7,52 | 7,35 | 6,58 | 1,52 | 1,54 | 1,53 |
| Pontal do Paranapanema | 0,86 | 1,68 | 1,47 | 6,85 | 7,63 | 7,53 | 1,6 | 1,63 | 1,61 |
| Central do DRS II | 1,1 | 2,09 | 2,45 | 4,28 | 4 | 3,88 | 2,16 | 2,14 | 2,11 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|------|------|--------|------|------|-------|------|------|-------|
| Dos Lagos do DRS II | 0,54 | 2,68 | 2,86 | 6,38 | 6,49 | 5,67 | 2,06 | 1,93 | 2,13 |
| Dos consórcios do DRS II | 0,68 | 2,38 | 2,11 | 4,32 | 4,05 | 4,01 | 1,7 | 1,64 | 1,18 |
| Catanduva | 1,32 | 2,27 | 2,77 | 5,86 | 6,07 | 5,14 | 1,88 | 1,8 | 1,55 |
| Santa fé do sul | 1,8 | 9,25 | 11,38* | 6,77 | 7,79 | 5,97 | 0,76 | 0,74 | 0,73 |
| Jales | 1,11 | 5,73 | 5,11 | 8,2 | 9,17 | 7,69 | 1,04 | 0,96 | 1,65 |
| Fernandópolis | 1,66 | 3,34 | 4,32 | 7,08 | 7,31 | 5,79 | 1,13 | 1,12 | 1,22* |
| São José do Rio Preto | 1,98 | 3,3 | 3,38 | 4,8 | 5,8 | 5,71 | 2,03 | 1,98 | 1,66 |
| José Bonifácio | 1,42 | 3,65 | 4,37 | 7,51 | 8,2 | 8,49* | 2,38 | 2,26 | 2,17 |
| Votuporanga | 2,76 | 4,58 | 4,56 | 6,57 | 6,04 | 5,36 | 1,2 | 1,05 | 1,07 |
| Central do DRS III | 0,53 | 1,48 | 1,35 | 2,1 | 2,53 | 2,58 | 1,77 | 1,79 | 1,39 |
| Centro oeste do DRS III | 0,41 | 1,05 | 1,48 | 4,47 | 5,44 | 4,9 | 1,09 | 1,08 | 0,99 |
| Norte do DRS III | 1,07 | 1,65 | 1,99 | 5,87 | 5,39 | 5,11 | 1,29 | 1,38 | 1,13 |
| Coração do DRS III | 0,68 | 0,78 | 1,18 | 3,74 | 3,54 | 2,84 | 1,02 | 0,86 | 0,86 |
| Norte-barretos | 1,38 | 1,94 | 2,36 | 5,6 | 5,44 | 4,88 | 2,76 | 2,55 | 2,55 |
| Sul-barretos | 1,14 | 1,65 | 1,87 | 4,36 | 4,64 | 5,13 | 1,67 | 1,47 | 1,38 |
| Três colinas | 0,76 | 1,38 | 1,71 | 3,3 | 3,19 | 3,17 | 1,23 | 1,21 | 1,35* |
| Alta Anhanguera | 0,71 | 0,93 | 2,07 | 5,42 | 5,33 | 4,75 | 1,86 | 1,47 | 1,41 |
| Alta mogiana | 0,66 | 0,91 | 2,88 | 5,21 | 5,34 | 4,1 | 1,66 | 1,33 | 1,31 |
| Horizonte verde | 0,96 | 1,16 | 1,53* | 3,76 | 3,62 | 3,47 | 0,93 | 0,82 | 0,73 |
| Aquífero Guarani | 1,5 | 1,5 | 1,91 | 4,27 | 4,13 | 3,67 | 2,34 | 2,15 | 2,08 |
| Vale das cachoeiras | 1,28 | 1,69 | 2,11 | 6,27 | 7,08 | 6,5 | 1,3 | 1,35 | 1,41 |
| Araras | 0,72 | 1,13 | 1,29 | 3,71 | 3,61 | 3,26 | 3,42 | 2,78 | 1,48 |
| Limeira | 1,19 | 1,58 | 1,3 | 2,79 | 2,89 | 2,46 | 0,75 | 0,8 | 0,57* |
| Piracicaba | 0,75 | 1,14 | 1,62* | 3,23 | 3,16 | 3,38 | 0,93 | 0,92 | 0,85 |
| Rio claro | 0,87 | 1,26 | 1,13 | 2,16 | 1,88 | 1,43* | 1,2 | 1,21 | 1,15 |
| Reg metrop Campinas | 1,18 | 1,78 | 1,91 | 2,98 | 2,98 | 2,85 | 1,1 | 1,01 | 0,96 |
| Circuito das águas | 1,34 | 2,4 | 2,66 | 4,47 | 4,03 | 3,78 | 3,74 | 3,45 | 2,39 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------|------|-------|------|------|------|------|------|-------|
| Baixa Mogiana | 0,69 | 1,81 | 1,81 | 4,74 | 4,88 | 4,55 | 3,74 | 3,71 | 3,31 |
| Mantiqueira | 0,75 | 1,3 | 2,11 | 5,36 | 5,4 | 4,53 | 2,59 | 2,39 | 2,07 |
| Rio pardo | 0,8 | 2,48 | 2,74* | 6,53 | 6,84 | 6,06 | 4,78 | 4,25 | 3,95* |
| Bragança | 0,78 | 1,72 | 2,21 | 3,05 | 3,09 | 3,22 | 1,01 | 0,88 | 0,9 |
| Jundiaí | 1,32 | 1,52 | 1,61 | 2,69 | 2,85 | 2,79 | 0,8 | 0,66 | 0,75 |
| Alto vale do paraíba | 1,59 | 1,94 | 2,3 | 2,92 | 3,15 | 2,78 | 1,2 | 1,11 | 1,01 |
| Circuito da fé - Vale histórico | 0,65 | 1,05 | 1,15 | 4,5 | 4,47 | 3,62 | 1,34 | 1,42 | 1,1 |
| Litoral norte | 0,55 | 2,73 | 1,6* | 3,94 | 4,19 | 4,12 | 1,1 | 1,13 | 1,03 |
| V. Paraíba-reg. serrana | 0,63 | 0,94 | 1,38 | 2,74 | 2,99 | 2,89 | 1,8 | 1,44 | 1,17* |
| ESP | 1,16 | 1,98 | 2,1 | 3,37 | 3,6 | 3,33 | 1,55 | 1,45 | 1,34 |

Fonte: TABNET/SES – ESP: Estado de São Paulo; RS: Regiões de Saúde; Teste de Friedman, *p valor significativo <0,05.

A tabela 3 demonstra que as nove RRAS (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 17) apresentaram diferença nas médias de razão de procedimentos nos anos de 2008, 2011 e 2015. Também se observa que houve aumento da razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade em todas as RRAS. Observa-se ainda, que a média de razão de internação de clínica e cirurgia de alta complexidade nos anos de 2008, 2011 e 2015 foi diferente em sete das dezessete RRAS (09, 10, 11, 12, 13, 15 e 17). Houve diminuição de internação de clínica e cirurgia de Alta Complexidade em seis RRAS (2, 07, 08, 14, 15 e 16), enquanto nas demais houve aumento das internações. Em relação aos leitos SUS, seis RRAS (8, 10, 12, 13, 15 e 17) apresentaram diferenças estatísticas nos anos de 2008, 2011 e 2015. Houve diminuição de leitos na maioria das RRAS, com exceção da RRAS 16, que apresentou aumento no segundo período da análise.

Tabela 3. Associação entre a organização das RRAS e a razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (RPAAC), a razão de internação em clínica e cirurgia de alta complexidade (RICCAC) e a razão de leitos SUS/1000 habitantes (leitos). São Paulo, 2008, 2011 e 2015.

| | RPAAC | | | RICCAC | | | Leitos | | |
|-----|-------|------|-------|--------|------|-------|--------|------|-------|
| | 2008 | 2011 | 2015 | 2008 | 2011 | 2015 | 2008 | 2011 | 2015 |
| ESP | 4,61 | 6,37 | 7,81* | 3,11 | 3,93 | 4,28* | 1,91 | 1,79 | 1,65* |

| | | | | | | | | | |
|----------------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|
| RRAS 1 | 4,57 | 5,9 | 7,42 | 1,81 | 2,4 | 2,57 | 0,93 | 0,89 | 0,89 |
| RRAS 2 | 2,68 | 4,93 | 6,65 | 2 | 2,71 | 2,68 | 1,11 | 0,99 | 0,98 |
| RRAS 3 | 2,4 | 3,68 | 4,89 | 1,46 | 1,75 | 2,02 | 2,16 | 1,31 | 1,04 |
| RRAS 4 | 2,92 | 5,48 | 7,26 | 2,21 | 2,72 | 2,91 | 0,91 | 0,94 | 0,69 |
| RRAS 5 | 2,52 | 5,8 | 7,59 | 1,93 | 2,62 | 2,7 | 0,7 | 0,86 | 0,85 |
| RRAS 6 | 5,3 | 7,65 | 8,61 | 3,23 | 3,42 | 3,45 | 1,41 | 1,38 | 1,26 |
| RRAS 7 | 3,24 | 5,05 | 5,98 | 1,48 | 2,04 | 1,99 | 1,14 | 1 | 0,93 |
| RRAS 8 | 3,78 | 4,66 | 5,68* | 2,51 | 2,84 | 2,62 | 1,88 | 1,65 | 1,39* |
| RRAS 9 | 5,71 | 7,58 | 8,79* | 3,89 | 4,95 | 5,79* | 2,69 | 2,46 | 2,33 |
| RRAS 10 | 4,97 | 6,57 | 7,15* | 3,36 | 4,37 | 4,43* | 3,55 | 3,4 | 3,24* |
| RRAS 11 | 3,65 | 6,83 | 7,51* | 2,73 | 4,19 | 4,34* | 1,89 | 1,97 | 1,89 |
| RRAS 12 | 6,27 | 8,34 | 11,1* | 3,97 | 4,79 | 5,83* | 1,63 | 1,56 | 1,55* |
| RRAS 13 | 5,1 | 6,47 | 8,07* | 3,46 | 4,19 | 4,75* | 1,58 | 1,46 | 1,38* |
| RRAS 14 | 3,7 | 4,64 | 5,61* | 3,41 | 3,86 | 3,64 | 1,57 | 1,38 | 1,01* |
| RRAS 15 | 3,34 | 4,82 | 6,02* | 2,66 | 3,8 | 3,41* | 3,19 | 2,94 | 2,54* |
| RRAS 16 | 3,43 | 5,62 | 7,55 | 2,07 | 2,87 | 2,79 | 0,9 | 0,77 | 0,82 |
| RRAS 17 | 4,63 | 5,97 | 6,89* | 2,7 | 3,4 | 4* | 1,36 | 1,27 | 1,08* |

Fonte: TABNET/SES - RRAS: Redes Regionais de Atenção à Saúde; Teste de Friedman, *p valor significativo <0,05.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo revelam que durante a implantação das RRAS, houve um aumento desigual no acesso aos procedimentos ambulatoriais e de internações na média e alta complexidade, nas diferentes regiões de saúde do Estado de São Paulo.

As regiões de saúde são imprescindíveis para a conformação do SUS, e são consideradas espaços territoriais que aglutinam municípios, as quais, em conjunto, conseguem densidade tecnológica suficiente para garantir a integralidade da atenção à saúde em pelo menos 90% das necessidades de saúde da população (Santos, 2017). A rede de atenção à saúde, por sua vez, é a forma de organização das ações e serviços da baixa, média e alta complexidade, de modo a permitir o compartilhamento de conhecimentos humano e tecnológico entre os entes federativos da região de saúde, tornando-os à disposição, para que os profissionais e usuários possam acessá-los de acordo com as necessidades (Santos, 2011).

Assim, a região de saúde e a RAS são concepções necessárias para a regionalização do SUS, o qual ao longo das décadas enfrenta diversos obstáculos para a sua consolidação (Mendes, 2011). Santos (2017) relembra que a RAS contém elementos essenciais como as governanças executivas (operativa) e política; o planejamento integrado regional; os consensos Inter federativos alcançados na Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e que seriam pactuadas no COAP; os mapas da saúde; o sistema informatizado de dados sanitários, terapêuticos, diagnósticos, que permitem a operacionalização da articulação dos diferentes pontos de assistência à saúde.

Um estudo sobre a regionalização do SUS no Estado do Ceará, a partir da implantação das RAS, revelou fragilidades em seu progresso. Segundo a pesquisa, o exercício das práticas das redes está sendo transversalizada por interesses e disputas. Destaca-se uma tendência da privatização de serviços, em aliança estratégica com o capital, por meio de consórcios e contratos com Organizações Sociais de Saúde. Desenha-se, assim, o fortalecimento de um estado regulador em detrimento de um estado diretamente executor, a mercê dos critérios próprios dessas instituições, sobre a construção das redes. Um exemplo citado pelos autores é a falta de diálogo entre os representantes dessas organizações com a CIR, apontando para tomada de decisões que nem sempre beneficiam as regiões de saúde, desarticulando a RAS (Goya et al., 2016).

O Estado de São Paulo é pioneiro na utilização dessa forma de gestão que qualifica entidades privadas como Organizações Sociais de Saúde a assumirem a gestão da assistência à saúde (Pillito et al., 2017). Entre os anos de 2009 a 2014 houve um aumento expressivo de contratos com essas organizações no Estado de São Paulo (Moraes et al., 2018). Esse período coincide com o utilizado pelo presente estudo, para avaliar o acesso aos níveis de complexidade, que são geridos por essas instituições, mas não se pode afirmar que o acesso aos serviços de média e alta complexidade gerenciados por essas organizações tenha ocorrido pela existência desses contratos ou se os mesmos passaram a existir a partir da possibilidade de ampliação do acesso.

Algumas evidências sobre a regionalização do Estado de São Paulo vêm sendo também estudadas com ênfase na ótica do financiamento (Duarte et al., 2018; Duarte, Mendes, 2018). Nesses estudos é possível perceber que há um favorecimento de transferência de recursos voltados para a média e alta complexidade, priorizando

as regiões de saúde já privilegiadas como espaços de atração de investimentos capitalistas, ou seja, com a maior concentração de oferta de serviços complementares, facilidade de acesso de usuários residentes nos demais municípios e de mercadorias (Duarte et al., 2018).

Essa informação corrobora com os resultados do presente estudo, que identificou diferenças significativas entre as regiões de saúde, principalmente com relação aos indicadores de acesso aos procedimentos ambulatoriais, na média complexidade. A região de saúde de Santa Fé do Sul, por exemplo, em relação a esse indicador, apresentava uma média de 1,8 no ano de 2008, e foi para 11,38 no ano de 2015. Sabe-se que a região de Saúde de Santa fé do Sul é uma região turística e, por isso, já recebe maior verba do Estado para a promoção do turismo regional.

Nesse percurso, é válido lembrar que quando Paschoalotto et al. (2018) avaliaram o desempenho da regionalização do Estado de São Paulo, por meio das regiões de saúde, identificaram também uma polarização do desempenho das regiões de saúde, com melhores resultados localizados no oeste do Estado. Porém, o mesmo estudo não identificou correlação entre o financiamento e qualidade dos serviços prestados pelo SUS, apontando que são outras estratégias administrativas que podem contribuir com o desempenho das regiões. Assim, há a necessidade de refletir não apenas sobre a distribuição dos recursos de acordo com as necessidades reais das diferentes regiões de saúde, mas também apoiar a gestão na elaboração de ações eficientes e eficazes que vão além das questões orçamentárias, e se pautam principalmente nas relações do processo de trabalho.

Em um levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina, foi observado que o número de leitos na rede pública de saúde diminuiu nos últimos anos, principalmente na região sudeste. No período do estudo do conselho, o Estado de São Paulo perdeu 7.325 leitos entre leitos públicos, filantrópicos e privados (CFM, 2015), essa informação vai de encontro com os resultados do presente trabalho, que também identificou uma queda no número de leitos. Contudo, é possível observar que essa redução no número de leitos não interferiu negativamente no indicador de internações, pois observou-se que em 31 das 63 regiões de saúde, houve aumento em pelo menos um dos períodos do estudo. É importante destacar que a reforma psiquiátrica contribuiu de forma significativa para esse cenário. Com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial e de residências terapêuticas, houve uma redução de quase 69% de leitos nos hospitais psiquiátricos entre os anos de 1980 e

2014 (FIOCRUZ, 2015). Esse é um avanço no âmbito da desinstitucionalização da assistência, e no protagonismo dos dispositivos comunitários.

No entanto, apesar do progresso, discute-se a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para os casos de maior complexidade clínica, e que ainda são escassos, a rede substitutiva (CAPS 24 horas) pode ser um dispositivo para sanar essa escassez (Fagundes et al., 2016). Sabe-se que a insuficiência de leitos de UIT é um fenômeno que corresponde a um dos principais nós críticos do SUS, e que a falta de recursos é determinante, pois os hospitais privados não tem interesse em aumentar esse número de leitos, acarretando ao SUS essa demanda (Medeiros et al., 2018). Constata-se também, que com a implantação do Programa Mais Médicos, a partir de 2013, houve um declínio de internações por condições sensíveis à atenção primária, principalmente as internações por diarreia e gastroenterite, sugerido a influência da interiorização da atenção e assistência à saúde proporcionada pelo programa (Medina/Almeida, 2018). Também no estudo de Cavalcante et al (2018), observou-se que o impacto foi positivo na redução de internações por causas sensíveis à ação da Atenção Básica, com a Estratégia de Saúde da Família, principalmente em insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral.

Observa-se que um dos desafios da regionalização da saúde no Brasil, de forma geral, está relacionado com a cultura político-administrativa e dificuldades no planejamento de longo alcance. Sabe-se que o planejamento em saúde é eminentemente subordinado as possibilidades de negociação política, e sofre com as condições desiguais entre os municípios. Esse desequilíbrio econômico, aliado a baixa qualificação técnica e gerencial, e a rotatividade profissional esvazia o sentido do planejamento. Esse contexto é pouco favorável para o desenvolvimento de ferramentas efetivas e inovadoras dos planejamentos regionais (Mello et al., 2017), e podem gerar as diferenças encontradas, como no presente estudo, que revelou desempenho desigual dos indicadores analisados nas regiões de saúde.

Ainda em relação aos indicadores, o presente estudo revelou que em 65% das 63 regiões de Saúde obtiveram redução do indicador de internação da média complexidade. Diferente situação ocorreu com o mesmo indicador, quando analisado na perspectiva das RRAS. Em relação aos procedimentos de internação na alta complexidade, 7 RRAS apresentaram aumento significativo. Já em relação aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade foi possível observar um aumento significativo em 9 das 17 RRAS. Esses dados demonstram diferenças importantes nas

estratégias desenvolvidas pelas regiões de saúde e pelas RRAS (e entre as RRAS). Evidencia-se que o processo de regionalização no Estado de Paulo sofre forte influência da descentralização da assistência à saúde hospitalar, ambulatorial, de média e de alta complexidade. Desde o ano de 2013, houve uma ampliação do percentual de procedimentos por estabelecimentos sob gestão dos municípios, e não há uma homogeneidade desta ampliação em todas as regiões do Estado (Guerra, 2015).

É interessante rever o processo histórico da regionalização, e compreender o seu momento atual. Guerra (2015) comenta que quando houve a organização das regiões de saúde, era recomendável que a região pudesse dar conta de toda atenção básica e parte da atenção de média complexidade. Pode ser observado nesse estudo que todas as regiões de saúde apresentaram ampliação de acesso na média complexidade ambulatorial, mesmo que em algumas, essa ampliação tenha sido bastante incipiente.

Na definição das RRAS, a oferta de serviços também foi orientadora do processo, na medida em que se buscava para uma população adscrita o máximo de integralidade possível para seus munícipes. Os dados observados nesse estudo também demonstram que houve ampliação do acesso à alta complexidade ambulatorial. Porém, o processo também precisava ser acompanhado pela descentralização da gestão. O número de internações hospitalares sob a gestão municipal cresceu 73% de 2000 a 2013. Enquanto isso, o número de internações sob a gestão estadual aumentou 125% no mesmo período. Isto demonstra que apesar dos municípios assumirem a gestão de alguns estabelecimentos hospitalares, os procedimentos sob gestão estadual continuaram a crescer no mesmo período, devido a investimentos em novos estabelecimentos de saúde sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Na prática, a manutenção e/ou ampliação de estabelecimentos sob gerência dos estados interferem no avanço do processo de descentralização da gestão da assistência para os municípios e intensificam a fragmentação do cuidado, que é combatido pela implantação das RRAS (Guerra, 2015).

Em se tratando das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o governo federal estabeleceu compromissos prioritários por meio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, visando à promoção, organização e funcionamento (Brasil, 2011). As redes temáticas apresentam como perspectiva organização das RAS a partir do ordenamento dado pela lógica circunscrita a uma ou mais linhas de cuidado que

contam com recursos específicos (Magalhães et al., 2014). Assim, foram definidas as seguintes redes para todos os diferentes territórios nacionais: Rede Cegonha (Brasil, 2011); Rede de Urgência e Emergência (Brasil, 2011); Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite) (Brasil, 2011); Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e inserida como eixo na Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (Brasil, 2017).

A literatura reporta que os maiores montantes dos recursos para as Redes Temáticas do Estado de São Paulo foram direcionados para a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (Duarte et al., 2018). Esse investimento na área pode ter também contribuído para a ampliação da média dos indicadores ao longo dos anos, como analisados no presente estudo (procedimentos ambulatoriais e internações na média e alta complexidade).

Dessa forma, os indicadores aqui analisados podem ter sofrido influência do financiamento para a Rede temática de Atenção à Urgência e Emergência, que se caracteriza por voltar-se principalmente às ações específicas e especializadas (Duarte et al., 2018). Apesar das críticas sobre o repasse financeiro dos recursos federais para os entes subnacionais paulistas serem fragmentados entre os diferentes componentes das redes prejudicando a autonomia dos municípios em determinar o modelo assistencial de acordo com a realidade local (Duarte et al., 2018), é essencial destacar que as internações na média e alta complexidade correspondem ao atendimento à população em risco de morte, sua ausência ou inadequação pode gerar incapacidades e óbitos (Brasil, 2002), e por isso, vêm avançando na ampliação do acesso nos diferentes estados do país (Torres et al., 2015).

Como limitação, pode-se indicar que o estudo tem um ponto de corte histórico e político, o que muitas vezes dificultaria a análise conjuntural e longitudinal da articulação das RRAS. Contudo, deve-se considerar que as dificuldades e desafios das RRAS vêm sendo debatidos, caracterizando obviamente um contexto vivido nos últimos anos, o que merece ser investigado e analisado.

Pode-se propor como sugestões para avanço na regionalização, que a gestão regional potencialize o poder decisório da CIR, vital para o processo de cogestão e consolidação do SUS, que o sistema regional de saúde não é a somatória dos sistemas municipais de saúde e sim o desenho de um sistema que atenda as

necessidades de saúde da população do referido território. Também que se concentre esforços, dos entes federados para de fato se executar o planejamento regional integrado, pois esse planejamento deve refletir as necessidades da região. E que a garantia de financiamento para os serviços planejados nos sistemas regionais de saúde possa ser de fato resultado de ampla discussão e pactuação entre os gestores e garantidos por fontes reais de financiamento e que se mantenham no contínuo da existência da necessidade dos usuários daquela região (Reis et al, 2017).

Por fim, reforça-se que a diversidade cultural e socioeconômica do Brasil impede um único modelo de regionalização, sendo necessário que os entes federativos avancem na discussão desse processo (Mendes et al., 2011). É preciso compreender que as regiões de saúde vão além de espaços geográficos, e são locais de disputa por atores políticos, e assim, para a espacialização dos serviços de saúde, a estratégia de regionalização deve ser pautada nos diagnósticos situacionais dos territórios, e articulados com os anseios da população, dos profissionais e dos gestores.

Conclusão

As RRAS do Estado de São Paulo vêm contribuindo para a viabilização do acesso ampliado para o nível de maior complexidade da atenção, garantindo o direito à recuperação da saúde da população, mas ainda não consolidou esse avanço de forma igualitária em toda a rede do Estado. Essa forma de regionalização possivelmente contribuiu também para a reorganização da média complexidade, por meio das regiões de saúde, que ao longo dos anos conseguiu mobilizar estratégias mais eficientes no âmbito da atenção secundária. No entanto, no presente estudo observou-se importantes diferenças entre as regiões de saúde, apontando para a necessidade de maior diálogo e articulação política entre os municípios.

Assim, os gestores municipais, estaduais e federal precisam continuar a investir na construção das redes, e na autonomia das regiões, no intuito de redistribuir responsabilidades dos diferentes níveis de atenção e assim potencializar as ações em um movimento contínuo em prol do fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado, 5 out 1988. [Acesso em 16/07/2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html.

Brasil. Lei n. 8.080. Brasília, Câmara dos deputados, 19 set 1990. [Acesso em 17/07/2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde* Brasília: MS; 1986.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Governo do Estado de São Paulo. PIB dos municípios paulistas 2002-2014. Acesso em: http://www.seade.gov.br/produtos/midia/2017/07/PIB_2002_2014_FINAL_reduzido.pdf

Pochmann M. Desigualdades econômicas no Brasil. São Paulo: Ideias & Letras; 2015.

Duarte LS. Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2001. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 16 p. (Série E. Legislação de Saúde).

Viana, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 31 Março 2019] , pp. 1791-1798.

Ligia Schiavon Duarte. Áquilas Nogueira Mendes. QUESTÃO TERRITORIAL, PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS E FINANCIAMENTO DAS REDES TEMÁTICAS. *Rev Bras Promoç Saúde*, 31(4): 1-12, out./dez., 2018.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

Arruda C, Lopes S, Rozza G, Koerich M, Luz HA da, Winck DR, Meirelles B, Horner S, Mello AL, Ferreira de S. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da

complexidade. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Mar 31] ; 19(1): 169-173.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 31 Março 2019] , pp. 1281-1289.

Santos L, Andrade LOM de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Mar [cited 2019 Mar 31] ; 16(3): 1671-1680.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2011.

Magalhães HM Jr. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. Divulg Saúde Debate. 2014;52:15-37.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2013.

PILOTTO BS, JUNQUEIRA V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 547-563, Dec. 2017.

Morais HMM et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 1 [Acessado 1 Abril 2019], e00194916.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2002. p. 32–54.

Torres SFS, Belisário SAM, Machado E. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 1 [Acessado 1 Abril 2019] , pp. 361-373.

Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, Vol. 17, 7, pp.1903-1914.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tajra F S. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saude soc.* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Apr 01] ; 25(4): 902-919.

CIB. Deliberação CIB 36/2011. 2011[Acesso em 21/08/2012]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.set.11/iels180/E_DL-CIB-36_210911.pdf.

Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS 2002: NOAS/SUS prt 373. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. [Acesso em 16/07/2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Mello GA, Pereira AP, Chancharulo M, Uchimura LY Teruya, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALÁ. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Apr 16]; 22(4): 1291-1310.

Guerra DM. *Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.

Paschoalotto MAC et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 1 [Acessado 16 Abril 2019], pp. 80-93.

Stedile NLR et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10 [Acessado 16 Abril 2019], pp. 2957-2971.

Conselho Federal de Medicina. Em quatro anos, SUS perde 14,7 mil leitos de internação. 2015. Brasília (DF), 2014. Disponível em: [file:///D:/Documentos/Ewangela/Downloads/SUS%20perde%2015%20mil%20leitos%20\(out%202014\)%20\(1\).pdf](file:///D:/Documentos/Ewangela/Downloads/SUS%20perde%2015%20mil%20leitos%20(out%202014)%20(1).pdf). Acesso em: 25 abri. 2019.

MEDEIROS RS. Insuficiência de leitos de UTI: crise do capital e mercantilização da saúde. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 229-240, jan./abr. 2018.

Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, & Pereira SSS. (2017). Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1045-1054.

Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. In: *Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Calouste Gulbenkian, Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS); 2015.

Fagundes HM, Desviat MS, Fagundes PR. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 22 Maio 2019] , pp. 1449-1460.

Medina MG, Almeida PF. Programa Mais Médicos e fortalecimento da atenção básica: resultados, desafios e proposições para o aperfeiçoamento da política. Seminário Preparatório ABRASCÃO 2018. Rio de Janeiro, 2018. [Acesso 25 agosto 2019]

3. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma visão da regionalização no Estado de São Paulo e as diferenças entre as 63 regiões de saúde existentes e as 17 RRAS. É evidente a importância da regionalização para solidificar o SUS, pois quando comparamos as variações dos indicadores entre as regiões e RRAS, temos muitas diferenças, porém, mesmo havendo muitas diferenças nos serviços de saúde entre as regiões, o acesso foi ampliado, incipiente em algumas regiões e mais amplo em outras.

É necessário mais engajamento entre gestores municipais, estadual e federal, para dar continuidade na construção e solidificação da rede de atenção a saúde, pois somente um sistema em rede pode consolidar a maior política de inclusão social do mundo. São necessários mais estudos sobre regionalização para que se possa dimensionar outros desafios para se consolidar de fato a regionalização, como uma diretriz constitucional e um eixo estruturante do pacto de gestão, responsável pela organização do SUS e também os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

REFERÊNCIAS

Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.[tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado, 5 out 1988. [Acesso em 16/07/2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html.

Brasil. Lei n. 8.080. Brasília, Câmara dos deputados, 19 set 1990. [Acesso em 17/07/2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

Caderno COSEMS/SP. Estratégia Apoiadores: dispositivo do COSEMS/SP contribuiu para qualificar a organização do movimento sanitário e potencializar o processo de regionalização. São Paulo, 2013. vol.3, pag 10.

CIB. Deliberação CIB 36/2011. 2011. [Acesso em 21/08/2012]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.set.11/iels180/E_DL-CIB-36_210911.pdf.

Furtado LAC, Souza, AMAF, Chioro, AAR. Cadernos da regionalização COSEMS-SP: o olhar municipal: desafios da implantação do pacto pela saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo. São Paulo; COSEMS/SP; 2008. 64 p.

Gil AC, Licht RHE, Yamauchi NI. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygeia, 2006, Vol. 2, 3, pp.35-46.

Ministério da Saúde. Decreto n.7.508. Brasília, Ministério da Saúde, 28 jun 2011. regulamentação da lei n. 8080/90. [Acesso em 17/08/2012]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. [Acesso em 16/07/2012].Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)

Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS 2002: NOAS/SUS prt 373. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. [Acesso em 16/07/2012]. Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html).

Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM. Brasília, Ministério da Saúde, 22 fev 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [Acesso em 16/07/2012]. Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html).

Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde – Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Vol. 10, 1. 1ª reimpressão.

Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciência & Saúde Coletiva, 2011, Vol. 16, 3, pp.1671-1680.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2011 , Vol. 16, 6, pp.2753-2762.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva 17(11). 2865-2875. 2012. [Acesso 6 setembro 2019].

ANEXO 1: OFÍCIO CEP/FOP 011/2013



Faculdade de Odontologia de Piracicaba
UNICAMP

OF. CEP/FOP N.º 011/2013
LMAT


Piracicaba, 17 de setembro de 2013.

ILMA. Sra.
Nielse Cristina de Melo Fattori
Mestranda
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP

Prezada Pesquisadora,

Após analisar a documentação apresentada por V.Sa., com respeito ao projeto de pesquisa **"Avaliação dos colegiados de gestão regional do Estado de São Paulo"**, dos pesquisadores Nielse Cristina de Melo Fattori e Marcelo de Castro Meneghim, informo que este projeto não necessita, em princípio e de acordo com as informações oferecidas, de análise por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A informação enviada por V.Sa. indica que serão exclusivamente utilizados dados de bancos de domínio público, disponíveis no sítio do Ministério da Saúde – DATASUS. Esclareço que as informações fornecidas sobre este projeto serão arquivadas no CEP-FOP-UNICAMP pelo período de cinco anos. Colocamo-nos a disposição para qualquer informação adicional que julgar necessária.

Cordialmente,


Profa. Livia Maria Andaló Tenuta
Coordenadora

ANEXO 2: ANTI PLÁGIO- TURNITIN

| | | |
|----|--|------|
| 9 | bvsms.saude.gov.br Fonte da Internet | 1 % |
| 10 | ritaxxiii.org Fonte da Internet | 1 % |
| 11 | www.lume.ufrgs.br Fonte da Internet | <1 % |
| 12 | repositorio.unicamp.br Fonte da Internet | <1 % |
| 13 | Marco Antonio Catussi Paschoalotto, João Luiz Passador, Lilian Ribeiro de Oliveira, José Eduardo Ferreira Lopes et al. "A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo", Saúde e Sociedade, 2018 Publicação | <1 % |
| 14 | Submitted to Universidade de Sao Paulo Documento do Aluno | <1 % |
| 15 | portalsaude.saude.gov.br Fonte da Internet | <1 % |
| 16 | www.trabalhosfeitos.com Fonte da Internet | <1 % |
| 17 | Castro, Maria Soledad Maroca de(Borges, Antonádia Monteiro). "A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no | <1 % |

Regionalização da Saúde do Estado de São Paulo: uma análise da organização e do acesso

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

| | | | |
|----------------------|--------------------|-------------|-----------------------|
| 23% | 21% | 14% | 12% |
| ÍNDICE DE SEMELHANÇA | FONTES DA INTERNET | PUBLICAÇÕES | DOCUMENTOS DOS ALUNOS |

FONTES PRIMÁRIAS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | www.resbr.net.br Fonte da Internet | 6% |
| 2 | scielosp.org Fonte da Internet | 1% |
| 3 | tede2.pucsp.br Fonte da Internet | 1% |
| 4 | www.cosemsrj.org.br Fonte da Internet | 1% |
| 5 | docslide.com.br Fonte da Internet | 1% |
| 6 | portal.saude.gov.br Fonte da Internet | 1% |
| 7 | doaj.org Fonte da Internet | 1% |
| 8 | www.saude.sp.gov.br Fonte da Internet | 1% |

ministério da saúde", RIUnB, 2014.

Publicação

| | | |
|----|---|------|
| 18 | docplayer.com.br Fonte da Internet | <1 % |
| 19 | itd.bvs.br Fonte da Internet | <1 % |
| 20 | Cecilia Arruda, Soraia Geraldo Rozza Lopes, Micheline Henrique Araujo da Luz Koerich, Daniela Ries Winck et al. "Health care networks under the light of the complexity theory", Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 2015 Publicação | <1 % |
| 21 | www.aben-ce.com.br Fonte da Internet | <1 % |
| 22 | www.fop.unicamp.br Fonte da Internet | <1 % |
| 23 | www.scielo.br Fonte da Internet | <1 % |
| 24 | repositorio.unb.br Fonte da Internet | <1 % |
| 25 | www.avecristo.com.br Fonte da Internet | <1 % |
| 26 | Fernanda de Oliveira Sarreta. "Educação permanente em saúde para os trabalhadores | <1 % |

do SUS", FapUNIFESP (SciELO), 2009

Publicação

| | | |
|----|---|------|
| 27 | tede.utp.br:8080 Fonte da Internet | <1 % |
| 28 | Submitted to Universidad Estadual Paulista Documento do Aluno | <1 % |
| 29 | repositorio.unesp.br Fonte da Internet | <1 % |
| 30 | A saúde no Brasil em 2030 organização e gestão do sistema de saúde Vol 3, 2013. Publicação | <1 % |
| 31 | portal.anvisa.gov.br Fonte da Internet | <1 % |
| 32 | Garrossini, Daniela Favaro(Ramos, Murilo César de Oliveira). "As tecnologias da informação e comunicação como vetores catalisadores de participação cidadã na construção de políticas públicas : o caso dos conselhos de saúde brasileiros", RIUnB, 2010. Publicação | <1 % |
| 33 | bdm.unb.br Fonte da Internet | <1 % |
| 34 | es.scribd.com Fonte da Internet | <1 % |
| 35 | Submitted to Universidad Americana | |

Documento do Aluno

<1 %

36 www.cosemssp.org.br

Fonte da Internet

<1 %

37 dspace.uevora.pt

Fonte da Internet

<1 %

38 uaeh.redalyc.org

Fonte da Internet

<1 %

39 ecos-redenutri.bvs.br

Fonte da Internet

<1 %

40 tede2.uepg.br

Fonte da Internet

<1 %

41 repositorio.ufjf.br

Fonte da Internet

<1 %

42 ufrb.edu.br

Fonte da Internet

<1 %

43 app.uff.br

Fonte da Internet

<1 %

44 www.diadema.sp.gov.br

Fonte da Internet

<1 %

45 200.155.26.226

Fonte da Internet

<1 %

46 Rosso, Claci Fátima Weirich(Munari, Denize

<1 %

Bouttelet). "Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da rede básica de saúde em Goiânia-GO", RIUnB, 2010.

Publicação

| | | |
|----|--|------|
| 47 | Submitted to Systems Link Documento do Aluno | <1 % |
| 48 | www.fcmscsp.edu.br Fonte da Internet | <1 % |
| 49 | arca.iciet.fiocruz.br Fonte da Internet | <1 % |
| 50 | www.vias-seguras.com Fonte da Internet | <1 % |
| 51 | Submitted to Universidade Estadual de Campinas Documento do Aluno | <1 % |
| 52 | cesauceara.com Fonte da Internet | <1 % |
| 53 | Submitted to National School of Public Health Sergio Arouca Documento do Aluno | <1 % |
| 54 | Oliveira Júnior, Severino Azevedo de(Oliveira, Gustavo Nunes de). "Planificação da rede temática de atenção na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte : análise sobre a ótica dos | <1 % |

facilitadores institucionais e gestores
municipais", RIUnB, 2014.

Publicação

Excluir citações

Desligado

Excluir

Desligado

Excluir bibliografia

Em

correspondências

ANEXO 3: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Saúde e Sociedade

SAÚDE e SOCIEDADE

IMPLANTAÇÃO DA REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DO ESTADO DE SÃO PAULO

| | |
|------------------|--|
| Journal: | <i>Saúde e Sociedade</i> |
| Manuscript ID: | SAUSOC-2019-0771 |
| Manuscript Type: | Original Research Article |
| Keyword: | Sistema de Saúde, Sistema Único de Saúde, Regionalização |
| | |