

# Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo:

## Síntese Territorial por Rede Regional de Atenção à Saúde



**Cadernos de Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo**  
v.1 / Caderno 1

### Organizadores:

Renilson Rehem de Souza  
Aniara Nascimento Corrêa Santos  
Débora Cristina Modesto Barbosa  
Mariana Baleeiro Martins Carrera  
Marília Tristan Vicente

**São Paulo – SP**  
2026

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP  
Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo**

# **Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo:**

## **Síntese Territorial por Rede Regional de Atenção à Saúde**

**Cadernos de Regionalização da Saúde no Estado de  
São Paulo**

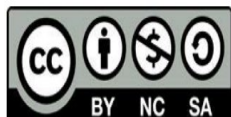
v.1 / Caderno 1



**1ª edição**

**São Paulo - SP  
2026**

© 2026 SES/SP



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons Atribuição–Não Comercial–Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Para ver uma cópia desta licença, visite: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR). É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Este documento pode ser acessado, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Rede de Informação e conhecimento: [saude.sp.gov.br](http://saude.sp.gov.br).

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

### Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 São Paulo, SP, Brasil  
– CEP 05403-000 Telefone: (11) 3066-8000  
[www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

### Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Eleuses Paiva

### Secretário Executivo da Saúde de São Paulo

José Luiz Gomes do Amaral

### Coordenação do Projeto de Regionalização da Saúde de São Paulo

Renilson Rehem de Souza

### Equipe Técnica do Projeto

Aniara Nascimento Corrêa Santos  
Cinthia Costa  
Luiz Maria Ramos Filho  
Mariana Baleeiro Martins Carrera  
Marília Tristan Vicente

### Gestão Administrativa e Operacional

Jucélia Barbosa

### Equipe de Território

Coordenação da equipe de território  
Aniara Nascimento Corrêa Santos

### Pontos Focais Regionais

Ana Emília Gaspar  
Débora Cristina Modesto Barbosa  
Fernanda Penatti Ayres Vasconcelos  
Luiz Maria Ramos Filho

### Facilitadores Regionais

Adriana Mafra Brienza  
Aline Fernanda Pedrazzi

Mauro Barboza Toledo  
Aretha de Fátima do Amaral Santos  
Camila de Santis Silva  
Érika da Fonseca  
Everton Lopes Rodrigues  
Florian Nuno de Barros Pereira Filho  
Jane Aparecida Cristina  
Lucia Regina Ortiz Lima  
Luis Cláudio Sartori  
Manoel Geraldo de Freitas Ferreira  
Marcos Henrique Oliveira Sousa  
Natalia Ferrari Vedroni  
Priscila Serpejante  
Rodrigo das Neves Cano  
Sarah Pontes de Barros Leal  
Shyrlei Estefânia Dias  
Sílvia Regina Bertolini  
Suyane de Souza Lemos  
Talita Regina Valle de Carvalho  
Valquiria de Souza Djehizian

### Organizadores

Renilson Rehem de Souza  
Aniara Nascimento Corrêa Santos  
Débora Cristina Modesto Barbosa  
Mariana Baleeiro Martins Carrera  
Marília Tristan Vicente

### Revisão

Renilson Rehem de Souza  
Aniara Nascimento Corrêa Santos  
Débora Cristina Modesto Barbosa  
Marília Tristan Vicente

### Projeto gráfico, edição, diagramação e editoração

Débora Cristina Modesto Barbosa

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo: síntese territorial por Rede Regional de Atenção à Saúde / organizadores, Renilson Rehem de Souza; Aniara Nascimento Corrêa Santos; Débora Cristina Modesto Barbosa; Mariana Baleeiro Martins Carrera; Marília Tristan Vicente. - São Paulo: SES, 2026.

101 p. (Cadernos de Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo, v. 1).

ISBN: 978-65-01-93472-3

1. Regionalização da Saúde/organização & administração. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Sistemas de Saúde/organização & administração. 4. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 5. Administração de Serviços de Saúde/legislação & jurisprudência. 6. Atenção Primária à Saúde/organização & administração. I. Título.

SES/CCD/CD 125/26

NLM WA 541

Elaborada por Lilian Nunes Schiavon CRB 8/4083

## SUMÁRIO

<b>CARTA DE ABERTURA</b> .....	<b>6</b>
<b>PREÂMBULO</b> .....	<b>7</b>
<b>Especificidades da Região Metropolitana de São Paulo</b> .....	<b>8</b>
<b>Especificidades das RRAS 7 a 19: diversidade territorial e organização regional das redes de atenção</b> .....	<b>11</b>
<b>RRAS 1 - DRS I - Grande São Paulo</b> .....	<b>13</b>
<i>Luís Cláudio Sartori; Luiz Maria Ramos Filho</i>	
<b>RRAS 2 - DRS I - Grande São Paulo</b> .....	<b>17</b>
<i>Floriano Nuno de Barros Pereira Filho; Luiz Maria Ramos Filho</i>	
<b>RRAS 3 - DRS I - Grande São Paulo</b> .....	<b>21</b>
<i>Shyrlei Estefânia Dias; Luiz Maria Ramos Filho</i>	
<b>RRAS 4 - DRS I - Grande São Paulo</b> .....	<b>26</b>
<i>Marcos Henrique Oliveira Sousa; Luiz Maria Ramos Filho</i>	
<b>RRAS 5 - DRS I - Grande São Paulo</b> .....	<b>30</b>
<i>Priscila Serpejante; Luiz Maria Ramos Filho</i>	
<b>RRAS 6 - DRS I - Grande São Paulo</b> .....	<b>34</b>
<i>Sílvia Regina Bertolini; Luiz Maria Ramos Filho</i>	
<b>RRAS 7 - DRS IV - Baixada Santista / XII - Registro</b> .....	<b>39</b>
<i>Everton Lopes Rodrigues; Ana Emília Gaspar</i>	
<b>RRAS 8 - DRS XVI - Sorocaba</b> .....	<b>44</b>
<i>Fernanda Penatti Ayres Vasconcelos</i>	
<b>RRAS 9 - DRS VI - Bauru</b> .....	<b>48</b>
<i>Talita Regina Valle de Carvalho; Ana Emília Gaspar</i>	
<b>RRAS 10 - DRS IX - Marília</b> .....	<b>54</b>
<i>Manoel Geraldo de Freitas Ferreira; Débora Cristina Modesto Barbosa</i>	
<b>RRAS 11 - DRS XI - Presidente Prudente</b> .....	<b>58</b>
<i>Natália Ferrari Vedroni; Débora Cristina Modesto Barbosa</i>	
<b>RRAS 12 - DRS XV - São José do Rio Preto</b> .....	<b>62</b>
<i>Aline Fernanda Pedrazzi; Camila de Santis Silva; Ana Emília Gaspar</i>	
<b>RRAS 13 - DRS V - Barretos / DRS VIII - Franca / DRS XIII - Ribeirão Preto</b> .....	<b>67</b>
<i>Adriana Mafra Brienza; Lúcia Regina Ortiz Lima; Jane Aparecida Cristina; Débora Cristina Modesto Barbosa</i>	
<b>RRAS 14 - DRS X - Piracicaba</b> .....	<b>72</b>
<i>Suyane de Souza Lemos; Fernanda Penatti Ayres Vasconcelos</i>	



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>Sigla/abreviatura</b>	<b>Significado no contexto do material</b>
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AD</b>	Álcool e Drogas
<b>AME</b>	Ambulatório Médico de Especialidades
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CARS</b>	Centros de Apoio às Regiões de Saúde
<b>CEAF</b>	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
<b>CEGRAS</b>	Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde
<b>CER</b>	Centro Especializado em Reabilitação
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIMBAJU</b>	Consórcio Intermunicipal dos Municípios da Bacia do Juqueri
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regional
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>COAPES</b>	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino–Saúde
<b>COSEMS-SP</b>	Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>eMAD</b>	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
<b>EMAP</b>	Equipe Multiprofissional de Apoio
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GT-ABS</b>	Grupo de Trabalho de Atenção Básica à Saúde
<b>GT-GTES</b>	Grupo de Trabalho de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
<b>GVE</b>	Grupo de Vigilância Epidemiológica
<b>GVS</b>	Grupo de Vigilância Sanitária
<b>HCFMRP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<b>HMUT</b>	Hospital Municipal Universitário de Taubaté
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano

<b>IEPS</b>	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
<b>IGM</b>	Incentivo à Gestão Municipal.
<b>IPRS</b>	Índice Paulista de Responsabilidade Social
<b>GT NAG</b>	Grupo Técnico Núcleo de Avaliação e Gerenciamento
<b>NEPH</b>	Núcleo de Educação Permanente e Humanização
<b>OCI</b>	Organizações do Cuidado Integrado
<b>OSS</b>	Organização Social de Saúde
<b>PATE</b>	Programa Agora Tem Especialista
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PMAE</b>	Programa Mais Acesso a Especialistas
<b>PMMB</b>	Programa Mais Médicos para o Brasil
<b>PROADI-SUS</b>	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
<b>PRS</b>	Programa Rural Sustentável
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RCPD</b>	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
<b>RMC</b>	Região Metropolitana de Campinas
<b>RMSP</b>	Região Metropolitana de São Paulo
<b>RRAS</b>	Redes Regionais de Atenção à Saúde
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SEADE</b>	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>SES/SP</b>	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
<b>SM</b>	Saúde Mental
<b>SRT</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
<b>TEA</b>	Transtorno do Espectro Autista
<b>TSP</b>	Tabela SUS Paulista
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNACON</b>	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual de São Paulo
<b>UFSCar</b>	Universidade Federal de São Carlos
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>RENAST</b>	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

## **CARTA DE ABERTURA**

É com grande satisfação que apresentamos esta publicação, que integra a série *Cadernos de Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo*. Este trabalho materializa um esforço coletivo e contínuo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde paulista, orientado pelo compromisso com a equidade, a integralidade do cuidado e a organização regional das redes de atenção.

A regionalização da saúde no Estado de São Paulo vem sendo construída como um processo estruturante e progressivo, sustentado por pactuações interfederativas, produção de evidências e diálogo permanente com os territórios. Como já destacado no próprio documento, trata-se de uma trajetória “coletiva, contínua, incremental e profundamente territorial”

O *Cadernos de Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo*, que reconhece os avanços acumulados ao longo das últimas décadas e, ao mesmo tempo, enfrenta de forma realista os desafios ainda presentes oferece uma síntese qualificada das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), evidenciando suas especificidades territoriais, capacidades instaladas, arranjos de governança e principais agendas estratégicas. Ao sistematizar essas informações, a publicação cumpre papel fundamental de apoiar gestores estaduais e municipais na tomada de decisão, no planejamento regional integrado e no aprimoramento da coordenação do cuidado.

Destaco, de maneira especial, a coordenação do projeto, a coordenação da equipe de território - facilitadores e pontos focais, assim como o papel das equipes dos Departamentos Regionais de Saúde e dos gestores municipais, cuja atuação colaborativa tem sido decisiva para dar concretude à política de regionalização. O trabalho desenvolvido nos territórios — por meio de oficinas macrorregionais, espaços de governança e processos de monitoramento — demonstra a vitalidade do SUS paulista e sua capacidade de aprendizado institucional.

Seguimos convictos de que o fortalecimento da regionalização é caminho indispensável para reduzir desigualdades, qualificar fluxos assistenciais e garantir acesso oportuno e resolutivo à população. Esta publicação, portanto, não é um ponto de chegada, mas um instrumento de trabalho e reflexão para os próximos passos dessa agenda estratégica.

Que este material contribua para ampliar o diálogo federativo, qualificar a gestão regional e, sobretudo, melhorar a vida das pessoas que dependem do SUS.

**Eleuses Paiva**

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

## **PREÂMBULO**

O SUS paulista vem sendo construído como uma trajetória coletiva: contínua, incremental e profundamente territorial. Não se trata de inaugurar algo do zero, mas de dar continuidade a um caminho já trilhado, feito de encontros, escutas, escolhas e, também, de desafios.

A regionalização é, antes de tudo, um compromisso com as pessoas e com o acesso justo ao cuidado. Em São Paulo, temos tratado esse processo como uma jornada orientada por evidências, pactuações e pela capacidade de integrar esforços em torno do que realmente importa: atender melhor a população.

Ao longo das últimas décadas, aprendemos que a descentralização, quando não acompanhada de integração regional efetiva, pode produzir fragmentação da oferta e ampliar desigualdades. Por isso, o papel do Estado como articulador e facilitador, somado ao protagonismo municipal e ao trabalho colaborativo nas instâncias de governança, é central para organizar redes, ordenar fluxos assistenciais e direcionar investimentos onde há maior necessidade.

Esta etapa do Projeto de Regionalização nasce no território e retorna a ele. Parte do que foi visto, dito, tensionado e construído no cotidiano da gestão regional e devolve ao território uma síntese objetiva, útil e acionável para apoiar a tomada de decisão. É nesse movimento de ida e volta que se fortalecem a confiança institucional, a pactuação e a capacidade de responder com agilidade e consistência às necessidades da população.

Os facilitadores regionais têm um papel estruturante nesse percurso. Seu trabalho conecta agendas, sustenta diálogos, organiza informações, dá materialidade às pactuações e contribui para transformar experiências em aprendizado. E é neste cenário que surge a série de Resumos Executivos. Cada documento apresenta, de forma clara e objetiva, elementos de contexto, evidências do processo, principais achados e recomendações estratégicas, contribuindo para alinhar prioridades, orientar ações e dar transparência ao trabalho produzido coletivamente.

**Renilson Rehem de Souza**

Coordenação do Projeto de Regionalização da Saúde – SES/SP

## Especificidades da Região Metropolitana de São Paulo

A Coordenação das ações de saúde da Região Metropolitana de São Paulo –RMSP é de competência do Departamento Regional de Saúde 1 – DRS-1.

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

Tem como principais funções:

- Coordenação: Articula as políticas de saúde entre o estado e os municípios.
- Planejamento: Desenvolve planos de investimento e ações de saúde para a região.
- Monitoramento: Acompanha indicadores de saúde, análises epidemiológicas e riscos.
- Controle: Fiscaliza a aplicação de recursos federais e estaduais do SUS.

A Região Metropolitana de Saúde de São Paulo – RMSP é composta por 39 municípios, divididos em seis Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS 1 a 6. (Figura 1 – representação gráfica das RRAS de 1 a 6).

Com uma população estimada de 21,5 milhões de habitantes para 2024, corresponde praticamente a 47% da população do Estado de São Paulo.

Cada RRAS da região metropolitana corresponde respectivamente a uma região de saúde (RAS).

**Figura 1.** Representação gráfica das RRAS – 1 a 6 e os respectivos municípios



Compõe ainda a estrutura administrativa do Departamento Regional de Saúde - DRS-1 os Centros de Apoio as Regiões de Saúde (CARS). Trata-se de equipes técnicas alocadas nos territórios das macrorregiões e que auxiliam as atividades do DRS-1 na gestão do sistema de saúde regional.

No total são 10 CARS, sendo 05 (CARS 1 a 5) localizados em cada uma das RRAS (RRAS 1 a 5) correspondentes e 05 para a cidade de São Paulo (RRAS 6) coincidindo com a divisão administrativa em coordenadorias da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

As RRAS da Região Metropolitana, como demonstrado no quadro a seguir possuem características diversas em quantidade de municípios, em volume populacional, em desenvolvimento social, econômico e principalmente em recursos de saúde.

Cabe destacar que a RRAS 6, além de apresentar uma característica diferenciada de constituição, pois é composta apenas pelo município de São Paulo, tem uma população quase metade da RMSP e próxima de um quarto da população estadual, e possui ainda um número significativo de equipamentos de média e alta complexidade sob gestão municipal e estadual que acabam atendendo a região e, em várias especialidades, outras regiões do Estado e mesmo outros Estados da Federação.

No quadro a seguir caracteriza-se a Região por macrorregião, por região, os respectivos municípios que as compõe e o quantitativo de população, segundo deliberação CIB nº 30, de 08/março/2024, censo de 2022 (Tabela 1 - RRAS 1 a 6, região de saúde (coincidentes com a macrorregião), municípios e população por município e total por RRAS).

**Tabela 1.** RRAS 1 a 6, região de saúde (coincidentes com a macrorregião), municípios e população por município e por RRAS.

REGIÕES DE SAÚDE E REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO				
CIB DELIBERAÇÃO CIB Nº 30, DE 8 DE MARÇO DE 2024				
RRAS	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	Nº MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2022
RRAS 1	GRANDE ABC	Diadema	1	393.237
		Mauá	1	418.261
		Ribeirão Pires	1	115.559
		Rio Grande da Serra	1	44.170
		Santo André	1	748.919
		São Bernardo do Campo	1	810.729
		São Caetano do Sul	1	165.655
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>2.696.530</b>	
RRAS 2	ALTO DO TIETÊ	Arujá	1	86.678
		Biritiba-Mirim	1	29.683
		Ferraz de Vasconcelos	1	179.198
		Guararema	1	31.236
		Guarulhos	1	1.291.771
		Itaquaquecetuba	1	369.275
		Mogi das Cruzes	1	451.505
		Poá	1	103.765
		Salesópolis	1	15.202
		Santa Isabel	1	53.174
Suzano	1	307.429		
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>2.918.916</b>	
RRAS 03	FRANCO DA ROCHA	Cabeiras	1	95.032
		Cajamar	1	92.689
		Francisco Morato	1	165.139
		Franco da Rocha	1	144.849
		Mairiporã	1	93.853
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>591.562</b>	
RRAS 04	MANANCIAS	Cotia	1	274.413
		Embu das Artes	1	250.691
		Embu-Guaçu	1	66.970
		Itapeverica da Serra	1	158.522
		Juquitiba	1	27.404
		São Lourenço da Serra	1	16.067
		Taboão da Serra	1	273.542
Vargem Grande Paulista	1	50.415		
<b>TOTAL</b>		<b>8</b>	<b>1.118.024</b>	
RRAS 05	ROTA DOS BANDEIRANTES	Barueri	1	316.473
		Carapicuíba	1	386.984
		Itapevi	1	232.297
		Jandira	1	118.045
		Osasco	1	728.615
		Pirapora do Bom Jesus	1	18.370
		Santana de Parnaíba	1	154.105
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>1.954.889</b>	
RRAS 06	SÃO PAULO	São Paulo	1	11.451.999
	<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>11.451.999</b>
<b>RRAS 1 A 6</b>	<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>20.731.920</b>

## **Especificidades das RRAS 7 a 19: diversidade territorial e organização regional das redes de atenção**

As RRAS de número 7 a 19, que abrangem majoritariamente o interior paulista, apresentam singularidades importantes relacionadas à diversidade demográfica, econômica, logística e ao perfil epidemiológico de suas populações, influenciando diretamente a forma de organização das redes de atenção.

De modo geral, as RRAS do interior caracterizam-se por extensos territórios, com forte heterogeneidade entre municípios de médio porte, polos regionais e pequenos municípios com baixa densidade populacional. Essa configuração territorial reforça a centralidade de municípios-sede na oferta de serviços de média e alta complexidade, exigindo pactuações regionais robustas para garantir o acesso equitativo da população residente em áreas mais distantes. A regionalização, nesses casos, assume papel estratégico para ordenar os fluxos assistenciais, evitando vazios de atenção e deslocamentos desnecessários para a Região Metropolitana.

Nas RRAS 7 e 8, localizadas em áreas com forte influência agroindustrial e polos urbanos consolidados, observa-se maior capacidade instalada em serviços especializados, além de uma rede hospitalar relativamente estruturada. Essas regiões tendem a exercer papel de referência para municípios vizinhos, inclusive de outras RRAS, o que demanda mecanismos de regulação assistencial mais complexos e integração efetiva entre atenção primária, especializada e hospitalar. A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como eixo organizador do cuidado, mas enfrenta o desafio de coordenar trajetórias assistenciais em contextos de alta mobilidade regional.

As RRAS 9, 10 e 11 apresentam singularidades associadas à presença de grandes vazios assistenciais intermunicipais e longas distâncias entre sedes municipais. Nessas regiões, a regionalização do SUS busca compensar desigualdades históricas de oferta por meio do compartilhamento de serviços e da organização de pontos de atenção regionais. A dependência de consórcios intermunicipais e de contratos regionalizados é mais evidente, especialmente para exames diagnósticos, especialidades médicas e atenção hospitalar. A governança regional assume relevância central para assegurar sustentabilidade financeira e continuidade da atenção.

Nas RRAS 12 e 13, marcadas por importantes eixos rodoviários e por municípios de médio porte com maior dinamismo econômico, observa-se uma rede de atenção mais diversificada,

porém fragmentada. A regionalização enfrenta o desafio de integrar prestadores públicos, filantrópicos e privados conveniados ao SUS, garantindo coerência entre planejamento regional e execução local. Essas regiões evidenciam a necessidade de fortalecer instrumentos de planejamento regional integrado, como o Plano Regional de Ação, alinhando a expansão da oferta às necessidades de saúde identificadas no território.

As RRAS 14 e 15, com forte presença de municípios pequenos e rurais, apresentam singularidades relacionadas à dependência quase exclusiva da APS como porta de entrada do sistema. A regionalização, nesses contextos, é fundamental para assegurar acesso oportuno à média e alta complexidade, geralmente concentrada em poucos municípios-polo. A organização de redes temáticas, como a Rede de Atenção às Urgências e a Rede Materno-Infantil, demanda articulação logística eficiente e pactuações claras sobre responsabilidades assistenciais entre os entes municipais e o Estado.

Por sua vez, as RRAS 16 a 19, localizadas em áreas de fronteira interestadual ou com forte circulação populacional, apresentam singularidades associadas à migração sazonal, ao atendimento de populações flutuantes e à pressão sobre os serviços regionais de referência. Nessas regiões, a regionalização do SUS precisa considerar fluxos interestaduais e interestaduais de usuários, reforçando a importância da regulação, do financiamento solidário e da cooperação interfederativa. A integração dos sistemas de informação e o fortalecimento da governança regional são elementos-chave para garantir continuidade do cuidado e racionalidade no uso dos recursos.

Em síntese, as RRAS 7 a 19 do interior de São Paulo expressam a complexidade da regionalização do SUS em territórios extensos e heterogêneos. Suas singularidades evidenciam que a regionalização não se limita a um desenho administrativo, mas constitui um processo dinâmico de articulação entre municípios, Estado e prestadores, orientado pela equidade, pela integralidade do cuidado e pela capacidade de resposta às necessidades reais de saúde da população.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 1

A Região de Saúde do Grande ABC, RRAS 1, é formada por sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra que juntos somam 2.696.530 habitantes (IBGE, Censo 2022).

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

Possui uma cobertura de APS de 58,77%, 29 unidades de Saúde Mental, 47 unidades direcionadas à atenção especializada em reabilitação, 27 unidades de PS e UPAs e 12 unidades hospitalares públicas e 21 privadas.

### 1.3 Atuação institucional do DRS I

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 1

Participação em Câmaras Técnicas, CIR, CEGRAS, oficinas e reuniões Regionais: direção do DRS 1, Coordenação do CARS 1, Técnicos dos Municípios, Secretários Municipais (esporádico em algumas reuniões), apoiador COSEMS e Facilitador regional e áreas específicas quando a pauta exige: Regulação, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Vigilância epidemiológica/sanitária, Urgência e Emergência, Planejamento, entre outras.

No Comitê Gestor – CEGRAS, único para todas as RRAS (1 a 6), a condução é pelo Diretor do DRS1 com a participação de técnicos do DRS1, secretários e técnicos municipais e prestadores de serviço dos territórios.

## **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 1**

A Região do Grande ABC conta com o Centro de Apoio Regional em Saúde 1 (CARS 1), que atua na gestão da Rede Regional de Saúde e tem como responsabilidades principais a coordenação e apoio técnico aos municípios da região na organização da rede de atenção à saúde, conforme diretrizes estratégicas do núcleo gerencial central do DRS1.

Suas funções principais compreende a cooperação na implementação das políticas regionais de saúde, o suporte às equipes municipais em programas prioritários como Atenção Primária à Saúde (APS), o fortalecimento dos instrumentos de gestão compartilhada e cogestão entre os entes federados, além de fomentar ações integradas para superação da fragmentação dos serviços na região.

Ainda no contexto operacional e gerencial destacam-se os Grupos Técnicos Condutores instituídos no âmbito regional, quais sejam: (i) GT Assistência Farmacêutica; (ii) GT Atenção Básica; (iii) GT Regulação; (iv) GT Rede Alyne; (v) GT RAPS; (vi) GT RCPD; (vii) GT Oncologia; (viii) GT RUE; (ix) GT NEPH; (x) GT Regionalização; (xi) GT Atenção Especializada; (xii) GT SUS Digital; (xiii) GT Cuidados Trans; (xiv) GT Violências; (xv) GT Renast; (xvi) GT NAG.

## **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 1**

- Redes Temáticas (Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência etc.)
- Programa Saúde na Escola (PSE)
- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)
- Programa Mais Médicos para o Brasil
- Programa SUS Digital
- Programa Consultório na Rua
- Programa Academia da Saúde
- Programa Saúde na Hora
- Programa Vigi-água

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

A organização da 3ª Oficina de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde, na RRAS 1, ancorou-se nas reuniões ordinárias de regionalização (semanais), culminando com a realização da Pré-oficina de Regionalização ocorrida em 07/08/2025.

Nesta discutiu-se, sob eleição dos sete municípios que compõem a RRAS1, a Linha de Cuidado dos Agravos Cardiovasculares, escolhendo-se 3 gargalos:

1. Indisponibilidade de trombolíticos nas ambulâncias do SAMU e UPAs;
2. Número insuficiente de procedimentos endo vasculares e;
3. Número insuficiente de cirurgias cardíacas (adultos e infantil).

A oficina propriamente dita ocorreu em 25/11/2025, em conjunto com as demais RRAS do DRS 1.

### 4.2 Pós-oficina

As discussões, pós oficina, buscou identificar os avanços da regionalização da saúde na RRAS 1 e sobre os desafios que ainda restam para a concretude de todo o processo.

Foram retomados os gargalos eleitos nas linhas de cuidado dos agravos cardiovasculares e procedeu-se ao monitoramento e avaliação do conteúdo da Matriz 2 que tratou dos agravos cardiovasculares na RRAS.

### 4.3 Fortalecimento da gestão regional

O nível de engajamento dos gestores e das equipes técnicas na RRAS 1, mesmo considerando a baixa renovação desses representantes ao longo dos anos, é caracterizado por uma cooperação técnica formalizada entre os sete municípios, visando à organização e integração das ações e serviços de saúde.

Incluem a participação ativa em processos de planejamento, regulação assistencial, monitoramento dos indicadores, além da articulação para fortalecer capacidades de

gestão e a implementação de educação permanente desde a atenção primária à saúde.

A participação em comitês executivos que monitoram e acompanham as Redes de Atenção à Saúde (RAS), compostos por gestores das três esferas de governo, técnicos e representantes do controle social, tem se mostrado fundamental para o bom funcionamento da governança regional.

Além disso, gestores e equipes técnicas da RRAS 1 participam de processos colegiados, como a Comissão Intergestores Regional (CIR), traduzido em espaço de negociação e pactuação sobre aspectos financeiros, operacionais e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

Há um esforço contínuo para integrar diferentes áreas técnicas da Secretaria Estadual e municipais de saúde, buscando articulação e execução conjunta das estratégias e ações, garantindo resolubilidade e acesso aos serviços.

Embora haja avanços, persistem desafios como a necessidade de melhor comunicação entre equipes e a melhoria de sistemas informatizados para o planejamento regional das redes.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 2

A RRAS 2- Alto Tietê é composta por 11 municípios: Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano, que juntos somam 2.918.916 habitantes (IBGE, Censo 2022).

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

Possui 213 UBS/USF; na Atenção domiciliar 03 EMAD E 6 EMAP; 01 AME; 23 CAPS; 02 UNACON; 07 Hospitais sob gestão Estadual e 12 sob gestão Municipal, sendo 05 Santas Casas; 09 UPA; 15 PA adulto e 2 PA infantil e 03 PS Estaduais.

### 1.3 Atuação institucional do DRS I

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 2

A coordenação e técnicos do CARS 2 conduzem todas as reuniões, sejam CIR, CT, e Grupos de Trabalho temáticos como: Saúde Mental e Regionalização.

O DRS I, sempre está representado nas reuniões de CIR, quer seja pelo seu diretor ou em sua ausência por sua substituta direta e sempre que necessário, com a participação de técnicos do planejamento, regulação, assistência farmacêutica, apoiadoras da atenção básica e técnicos do GVE VIII e GVS VIII.

As reuniões de Câmara Técnica, contam com a participação de técnicos do DRS I, segundo o tema a ser discutido: planejamento, regulação, saúde mental etc.

A participação de representantes dos municípios, no que diz respeito a presença dos técnicos é bastante expressiva, apesar de não ser total, na maioria das reuniões. Já a participação de secretários e secretárias nas reuniões de CIR, é muito reduzida e sempre associada a presença dos mesmos representantes.

Há que se destacar que no processo de discussão para a 3ª Oficina de Regionalização, a participação de secretários e secretárias foi mais significativa contando inclusive com a presença de gestores que nunca comparecem às reuniões de CIR e ressalta-se que o único tema que contou com a presença de quase todos os gestores municipais, foi a recente discussão sobre a solicitação da Carreta dos Mais Especialista.

## **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 2**

A Região do Alto Tietê conta com o Centro de Apoio Regional em Saúde 2 (CARS 2), que atua na gestão da Rede Regional de Saúde e tem como responsabilidades principais a coordenação e apoio técnico aos municípios da região na organização da rede de atenção à saúde, conforme diretrizes estratégicas do núcleo gerencial central do DRS1.

Suas funções principais compreende a cooperação na implementação das políticas regionais de saúde, o suporte às equipes municipais em programas prioritários como Atenção Primária à Saúde (APS), o fortalecimento dos instrumentos de gestão compartilhada e cogestão entre os entes federados, além de fomentar ações integradas para superação da fragmentação dos serviços na região.

A persistência e a busca constante por melhorar a oferta de saúde para a população, seja uma característica relevante da Região.

## **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 2**

- RAPS,
- Rede Alyne,
- Rede de Crônicos,
- Educação Permanente,

- Regionalização, dentre outros.

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

A realização da 3ª oficina despertou no território o Interesse pelo trabalho proposto, propiciando uma discussão profunda e profícua sobre os problemas levantados, participação de vários secretários, secretárias e técnicos dos municípios, e de vários representantes do CARS e DRS I.

Foi elencado como problema prioritário para discussão, o Infarto Agudo do Miocárdio, identificando-se gargalos para os diferentes níveis de Atenção: Primária, Hospitalar e Especializada, contemplando: modelo assistencial das ESF (falta de comunicação, atualização da cadastros e realização de visitas; o déficit de leitos e a necessidade de ampliação da Terapia Renal Substitutiva. Foram elencadas as soluções e desenhando planos de ação para fazer frente a estes gargalos

### 4.2 Pós-oficina

Os pós oficina, entretanto, não vem repetindo o mesmo engajamento ocorrido no momento da pré oficina.

A continuidade dos trabalhos relativos aos temas abordados na 3ª Oficina, passou a disputar espaço na agenda, com questões que foram preteridas ou surgiram após a Oficina, como discussão de leitos de saúde mental, redefinição do perfil assistencial do AME, Carretas do Mais Especialistas, dentre outros.

Aqui há que se destacar o pequeno número de técnicos para acompanhar as discussões, não apenas no CARS 2, mas também nos municípios, principalmente nos menores.

Como consequência, temos que muitos técnicos estão envolvidos em vários grupos e temas de discussão.

### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Como já citado, o engajamento de secretários e secretárias nas reuniões de CIR é muito pequeno e representado sempre pelas mesmas pessoas.

Já a participação de representantes das equipes técnicas da SES e dos municípios é sempre significativa, o que tem contribuído para a continuidade dos trabalhos, apesar de ocorrer com certa limitação, decorrente do pequeno número de técnicos disponibilizados para este trabalho.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 3

A RRAS 03 é composta por 5 municípios: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã, totalizando 591.562 habitantes (IBGE, Censo 2022).

Inserida no contexto metropolitano da Grande São Paulo e na macrorregião de Campinas, caracteriza-se por elevada densidade populacional, forte mobilidade pendular e expressiva vulnerabilidade social. Esses fatores somados impõem desafios importantes à organização do sistema de saúde, exigindo estratégias regionais de planejamento, integração de serviços e pactuações entre gestores municipais e estadual.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

- A Atenção Primária à Saúde conta com 69 UBS, 02 eMAD e 01 UBS Móvel;
- Na Saúde Mental 05 CAPS, 03 CAPS AD, 05 CAPS IJ, 01 Ambulatório de SM e 01 Hospital de Custódia Psiquiátrico;
- Na Atenção Especializada conta com 21 entre Centros Especializados, Centros de Reabilitação, de Saúde da Mulher, entre outros;
- A Rede de Urgência e Emergência é formada por 06 unidades entre UPA/PS e PA;
- A Rede Hospitalar com 03 Hospitais Municipais e 04 Hospitais Estaduais

### 1.3 Atuação Institucional do DRS I

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

Com a participação de técnicos por áreas específicas quanto necessário.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 3

A participação nas Câmaras Técnicas e CIR ocorre por áreas específicas do DRS I, quando a pauta exige: Regulação, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Vigilância epidemiológica/sanitária, Urgência e Emergência, Planejamento, entre outras. Conta com a participação da coordenação do CARS3, do Diretor do DRS1, equipe técnica do DRS 1, técnicos dos municípios, apoiador do COSEMS

No Comitê Gestor – CEGRAS, único para todas as RRAS (1 a 6), a condução é pelo Diretor do DRS1 com a participação de técnicos do DRS1, secretários e técnicos municipais e prestadores de serviço dos territórios.

### 2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 3

A organização da RRAS 3 conta com o apoio estratégico do Centro de Apoio Regional em Saúde (CARS3), estrutura responsável por orientar e acompanhar a gestão regional da rede.

Sua atuação é direcionada a oferecer suporte técnico aos municípios da RRAS 3, favorecendo a articulação entre os diferentes pontos de atenção e o alinhamento das ações municipais e estaduais no âmbito do SUS.

O CARS desempenha ainda um papel central no fortalecimento da governança regional, colaborando para a implementação das políticas de saúde, auxiliando equipes locais em agendas estratégicas — com destaque para a Atenção Primária à Saúde, Atenção Hospitalar e Regulação — e promovendo instrumentos de gestão compartilhada entre os entes.

Atua também na qualificação da organização das redes temáticas, no desenvolvimento de processos de avaliação e no apoio ao ordenamento das linhas de cuidado para minimizar a fragmentação assistencial existente na região.

Complementando essa estrutura, conta com uma série de Grupos Técnicos Condutores responsáveis por aprofundar temas específicos e dar suporte às decisões regionais.

## BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

### 3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 3

- Redes Temáticas (Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência, entre outras.).
- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).
- Programa Mais Médicos para o Brasil.
- Programa SUS Digital.
- Programa Academia da Saúde.

### 3.2 Outros encaminhamentos relevantes

Uma informação relevante é que existem muitas discussões para o fortalecimento da APS e da EPS nos territórios da RRAS 3, o tema central da Regionalização na região discute os agravos das doenças crônicas não transmissíveis que são sensíveis a APS.

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

O processo de regionalização da RRAS 03 consolidou um conjunto de propostas que visam qualificar a rede de atenção e fortalecer o enfrentamento das DCNT de forma integrada e equitativa. Entre as principais pactuações regionais destacam-se:

- Expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde com ampliação de horários e fortalecimento das equipes multiprofissionais;
- Implantação de Academias de Saúde regionais e ações intermunicipais de promoção da saúde e atividade física;
- Pactuação via CIMBAJU para ampliar a oferta de exames especializados e consultas de apoio diagnóstico;
- Fortalecimento da Educação Permanente com núcleos locais articulados regionalmente;
- Implementação de Telemedicina multiprofissional e COAPES regional para integração ensino-serviço;
- Territorialização da oferta de exames e imagem e análise de perfil do AME regional;

- Ampliação de leitos hospitalares e de retaguarda, adoção de metodologias de gestão Lean (PROADI-SUS) e qualificação da contrarreferência;
- Implantação do SAMU com financiamento tripartite e revisão do Plano Regional de Urgência e Emergência;
- Definição e implantação de protocolos clínicos regionais para sepse, AVC, IAM e DCNT agudizadas.

#### **4.2 Pós-oficina**

Procedeu-se à discussão geral sobre os avanços da regionalização da saúde e sobre os desafios que ainda restam para a concretude de todo o processo. Foram revisados os gargalos eleitos em DCNT's, o processo de monitoramento e avaliação.

Porém, desde a oficina os espaços de discussão e governança estão esvaziados e poucos encaminhamento e ações estão sendo realizadas, existe uma preocupação do CARS e de alguns representantes frequentes e ativos nos grupos sobre a ausência de alguns municípios. Isto está dificultando avançar os encaminhamentos e pactuações.

#### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

A regionalização na RRAS 03 teve avanços estratégicos na organização da atenção à saúde, permitindo maior equidade, eficiência e integração entre os níveis de atenção.

O fortalecimento da Atenção Primária e a ampliação da oferta regional de serviços especializados são fundamentais para reduzir a mortalidade prematura e melhorar a qualidade de vida da população.

A continuidade das pactuações regionais, associada ao monitoramento permanente dos indicadores de saúde, garantirá o sucesso das ações e a consolidação de um modelo de cuidado integral e sustentável para o território.

No âmbito da RRAS, observa-se um comprometimento significativo por parte de alguns gestores e das equipes técnicas, mas não é uma unanimidade. De maneira geral, mantém-se uma dinâmica de cooperação organizada entre os

municípios, o que sustenta a integração das ações e possibilita maior coerência na gestão regional.

Essa atuação inclui envolvimento direto nos processos de planejamento, organização dos fluxos de regulação, análise de indicadores e implementação de estratégias voltadas ao fortalecimento das capacidades de gestão.

A presença de facilitador regional e de representante do COSEMS-SP auxilia nesse processo, oferecendo apoio contínuo às equipes e promovendo alinhamento entre as diretrizes dos diferentes níveis de gestão.

Os gestores e técnicos da RRAS também têm presença constante nos espaços colegiados, como a Comissão Intergestores Regional (CIR), onde são debatidas e pactuadas questões que envolvem financiamento, organização e operacionalização das ações regionais do SUS.

Outro aspecto que reforça o engajamento regional é a atenção dispensada à análise da capacidade instalada e dos desafios locais.

Ainda assim, alguns desafios permanecem, como o aprimoramento da comunicação inter-equipes e o fortalecimento da informatização para apoiar o planejamento regional das redes.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 4

A Região de Saúde dos Mananciais - RRAS 4, abrange oito municípios: Cotia, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista, com uma população total de 1.118.024 habitantes (IBGE, Censo 2022).

Apresenta forte concentração demográfica em três polos urbanos, Taboão da Serra, Embu das Artes e Cotia, que juntos somam aproximadamente 73% dos residentes da região, configurando-se como seus principais centros populacionais e estruturantes.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

A rede assistencial é formada na Atenção Básica por 100 UBS; na Saúde Mental por 11 CAPS; 10 Serviços de Reabilitação; 08 UPAS/PA; 02 Hospitais Estaduais e 06 Hospitais/maternidades municipais.

### 1.3 Atuação Institucional do DRS I

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

Com a participação de técnicos por áreas específicas quanto necessário.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 4

Participação em CIR, Câmaras Técnicas, Oficinas e Reuniões Regionais e Comitê Gestor – CEGRAS, contam com a presença regular do Diretor Técnico e Assessores técnicos do DRS I e participação permanente das equipes regionais ligadas ao DRS I: Articulador da Atenção Básica; Articulador da Humanização; Representantes da Vigilância; Gerência do CARS 04; Apoiador COSEMS e Facilitador Regional. Nas Câmaras Técnicas a participação ocorre em conformidade com a pauta.

No Comitê Gestor – CEGRAS, único para todas as RRAS (1 a 6), a condução é pelo Diretor do DRS1 com a participação de técnicos do DRS1, secretários e técnicos municipais e prestadores de serviço dos territórios.

## **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 4**

A RRAS 4 Mananciais apresenta uma estrutura operacional e gerencial organizada a partir da atuação integrada entre municípios, instâncias regionais e o nível estadual, com forte apoio técnico do Centro de Apoio Regional de Saúde (CARS 04), responsável por acompanhar, orientar e qualificar os processos de gestão da rede no território. Essa estrutura sustenta a governança regional e favorece o planejamento compartilhado entre gestores municipais e o Departamento Regional de Saúde I.

O CARS 4 é o principal suporte técnico-operacional da região, funcionando como instância articuladora das políticas estaduais e federais no território, além de apoiar ativamente os municípios nas agendas estratégicas da Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Regulação do acesso, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Redes Temáticas (Oncologia, RAPS, Rede Alyne, Rede de Obesidade, Rede de Crônicos, entre outras).

A governança regional é operacionalizada por meio de instâncias formais de pactuação, especialmente a CIR, que reúne secretários municipais (atualmente com baixa adesão dos secretários), equipes técnicas municipais e representantes do DRS.

Além da CIR, a RRAS 4 conta com uma série de Grupos Condutores e Câmaras Técnicas Regionais, vinculados às redes temáticas prioritárias (RAU, RAPS, Oncologia, Alyne, Obesidade, Vigilância, Atenção Básica, entre outras). Esses espaços aprofundam discussões específicas, uniformizam fluxos, produzem notas técnicas, auxiliam na elaboração dos planos regionais e garantem suporte continuado às equipes dos municípios.

## **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 4**

- Redes Temáticas: Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência, Oncologia, Doenças Crônicas (inclui Obesidade), Vigilância em Saúde.

- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).
- Programa Mais Médicos / Mais Médicos para o Brasil (PMMB)
- Programa SUS Digital.
- Programa Academia da Saúde
- Estratégia e-Multi.

### **3.2 Outros encaminhamentos relevantes**

A RRAS 4 apresenta elevada demanda por soluções sanitárias baseadas em serviços especializados, decorrente do perfil demográfico e epidemiológico do território e da concentração populacional em grandes centros urbanos.

Apesar dos avanços, persiste baixa centralidade da APS como ordenadora do cuidado, refletida em dificuldades de coordenação, alta pressão sobre portas de urgência e aumento de encaminhamentos para especialidades.

## **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

Principais achados e gargalos identificados

- Desconhecimento das filas e falta de transparência nas demandas por ortopedia;
- Demora no agendamento de consultas especializadas por insuficiência quantitativa e qualitativa da oferta;
- Baixa disponibilidade de exames diagnósticos essenciais para ortopedia;
- Oferta insuficiente de reabilitação (como fisioterapia) e de órteses e próteses;
- Acesso restrito a leitos cirúrgicos ortopédicos, gerando filas prolongadas e atrasos em cirurgias eletivas.

Encaminhamentos e prioridades pactuadas:

- Construção de plano regional de ação específico para Ortopedia, com metas e prazos;
- Organização e padronização dos fluxos assistenciais, desde APS até atenção especializada e hospitalar;
- Definição de estratégias para ampliar e qualificar a oferta de consultas, exames e reabilitação;

- Pactuação para melhorar a transparência das filas e integrar informações entre municípios;
- Direcionamento para fortalecimento da APS na regulação do cuidado, reduzindo encaminhamentos inadequados.

## **4.2 Pós-oficina**

Após a consolidação do Plano de Ação Regional da linha de cuidado em Ortopedia, o material foi discutido nas instâncias técnicas da região, com destaque para a Câmara Técnica e para a CIR. Os municípios iniciaram debates sobre estratégias operacionais, especialmente relacionadas à qualificação das filas e ao aperfeiçoamento dos processos internos de regulação.

Os principais problemas identificados na oficina começaram a ser debatidos pelas instâncias técnicas, porém o avanço na implementação prática das ações pactuadas ainda é limitado, com dificuldades na operacionalização municipal e regional.

## **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

O processo de regionalização na RRAS 4 tem avançado principalmente graças ao forte engajamento das equipes técnicas dos municípios, que participam de forma ativa das câmaras técnicas, grupos condutores e agendas de planejamento regional. Essas equipes têm sustentado o trabalho cotidiano de análise, qualificação de fluxos, elaboração de produtos técnicos e acompanhamento dos planos regionais.

Entretanto, observa-se baixa participação dos gestores municipais, especialmente dos secretários, nos espaços deliberativos como a CIR. Esse esvaziamento reduz a capacidade de pactuação política e limita a efetivação das ações regionais, embora os gestores presentes demonstrem alinhamento às prioridades pactuadas.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 5

A RRAS 5 abrange a denominada Rota dos Bandeirantes, composta por sete municípios: Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba, com uma população total de 1.950.889 habitantes (IBGE, Censo 2022).

Caracteriza-se por ser uma região bastante heterogênea, que congrega tanto municípios com grande densidade populacional, tais como Carapicuíba e Osasco, quanto municípios de pequeno porte e baixa densidade populacional, como Pirapora do Bom Jesus.

O perfil socioeconômico da região também é extremamente diverso, o que aumenta a iniquidade no acesso e na oferta de serviços de saúde.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

Na Atenção primária temos 108 UBS, 02 Serviços de Atenção Domiciliar e Consultórios de Rua; na Urgência e Emergência, 20 PS (17 adultos e 3 infantis) e 06 UPAs; na Saúde Mental: 12 CAPS e 01 Centro de Recuperação de Álcool e Drogas; na Atenção Ambulatorial: 07 Centros de Especialidades, 04 Policlínicas, 02 Centros de Reabilitação; na Atenção Hospitalar 07 Hospitais Municipais e 04 Estaduais.

Sendo que a maior concentração de equipamentos de saúde está nos municípios de Osasco e Barueri.

### 1.3 Atuação institucional do DRS I

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

Com a participação de técnicos por áreas específicas quanto necessário.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 5

Participação em CIR, Câmaras Técnicas, Oficinas e Reuniões Regionais e Comitê Gestor – CEGRAS, contam com a presença regular do Diretor Técnico e Assessores técnicos do DRS I e participação permanente das equipes regionais ligadas ao DRS I: Articulador da Atenção Básica; Articulador da Humanização; Representantes da Vigilância; Gerência do CARS 05; Apoiador COSEMS e Facilitador Regional. Nas Câmaras Técnicas a participação ocorre em conformidade com a pauta.

No Comitê Gestor – CEGRAS, único para todas as RRAS (1 a 6), a condução é pelo Diretor do DRS1 com a participação de técnicos do DRS1, secretários e técnicos municipais e prestadores de serviço dos territórios.

### 2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 5

A estrutura Operacional e gerencial das RRAS 5, perpassa, pelos integrantes das CIR, Câmaras técnicas, Oficinas, Reuniões temáticas e Comitê Executivo - CEGRAS

Em todas as reuniões sempre têm pelo menos 1 integrante de cada município para as discussões, ressaltando que cada município tem sua estrutura operacional e gerencial conforme os serviços ofertados.

A RRAS 5 Rota dos Bandeirantes apresenta uma estrutura operacional e gerencial organizada a partir do apoio técnico do Centro de Apoio Regional de Saúde (CARS 05), responsável por acompanhar, orientar e qualificar os processos de gestão da rede no território.

O CARS 5 é o principal suporte técnico-operacional da região, funcionando como instância articuladora das políticas estaduais e federais no território, além de apoiar ativamente os municípios nas agendas estratégicas da Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Regulação do acesso, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Redes Temáticas (Oncologia, RAPS, Rede Alyne, Rede de Obesidade, Rede de Crônicos, entre outras).

A governança regional é operacionalizada por meio de instâncias formais de pactuação, especialmente a CIR, que reúne secretários municipais (atualmente com baixa adesão dos secretários), equipes técnicas municipais e representantes do DRS.

Além da CIR, a RRAS 5 conta com uma série de Grupos Condutores e Câmaras Técnicas Regionais, vinculados às redes temáticas prioritárias que auxiliam na elaboração dos planos regionais e garantem suporte continuado às equipes dos municípios.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 5**

- Programa de Descentralização do CEAF
- Programa IMPLANON
- Rede Alyne
- Carretas do programa Agora tem Especialistas

### **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

#### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

Durante o processo de elaboração da 3ª Oficina de Regionalização, foram realizados encontros com o DRS, para identificar o papel do facilitador sobre a metodologia a ser implementada, a necessidade de eleição de um problema para discussão, bem como os seus principais gargalos e soluções.

Nas pré-oficinas, realizadas em 15 e 16/09 foi elencado como problema principal o AVC e identificados como gargalos na APS a falta de qualificação profissional; na especializada a falta de acesso a consultas e exames e na Hospitalar a Ausência de referência no atendimento em urgência e eletivo para AVC dentro da região. E com solução utilizar ferramentas digitais; processos de referência e contrarreferência; revisão de protocolos de acesso e implantar serviço de urgência em AVC no Hospital Regional de Osasco e eletivo no Hospital Regional de Barueri.

## **4.2 Pós-oficina**

Visando o acompanhamento do plano de ação, está prevista uma reunião com os responsáveis identificados na Oficina para avaliação e monitoramento dos processos.

## **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

O engajamento é perceptível na adesão para a oficina e quantidade de participantes, embora exista uma sobreposição de agendas dos municípios.

Ha um entrosamento e respeito entre os participantes dos municípios, embora ajam discordâncias em determinados pontos, convergem para um caminho para a região.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 6

A RRAS 6 - São Paulo, é formada pelo município de São Paulo, Capital e tem uma população estimada para 2025 de 11.904.961 habitantes, para território de 11.451.999 (IBGE, Censo 2022).

Cabe destacar que a RRAS 6, além de apresentar uma característica diferenciada de constituição, pois é composta apenas pelo município de São Paulo, tem uma população quase metade da RMSP e próxima de um quarto da população estadual e além disto, possui um número significativo de equipamentos de média e alta complexidade sob gestão municipal e principalmente estadual que acabam atendendo a região e, em várias especialidades, outras regiões do Estado e mesmo outros Estados da Federação.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

Em levantamento recente, temos cadastrados 1.407 estabelecimentos de saúde, sendo 6,71% da gestão estadual e 93,29% gestão municipal. conforme distribuição por tipo a seguir:

Tipo de Estabelecimento	SES Administração Pública	SES Conveniados / Contratados	SMS Administração Pública	SMS Conveniados / Contratados	Total Geral
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	2		104		106
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO			1	1	2
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1		484	2	487
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	11		157	82	250
CONSULTORIO ISOLADO				9	9
FARMACIA	10				10
HOSPITAL ESPECIALIZADO	12	5	2	10	29
HOSPITAL GERAL	21	4	23	21	69
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	4		15	3	22
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1				1
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	1		3		4
POLICLINICA	4		30	10	44
PRONTO ATENDIMENTO			55		55
PRONTO SOCORRO GERAL			3		3
TELESSAUDE	4		2	1	7
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	4	1	6	58	69
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA			3		3
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE			30		30
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	1		197		198
UNIDADE MOVEL TERRESTRE			7	2	9
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>10</b>	<b>1122</b>	<b>199</b>	<b>1407</b>
<b>%</b>	<b>5,40</b>	<b>0,71</b>	<b>79,74</b>	<b>14,14</b>	<b>100,00</b>

### **1.3 Atuação institucional do DRS I**

O DRS-1 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

Conta com a participação de técnicos por áreas específicas quanto necessário.

Pré - Oficina da 3ª Oficina: Diretor do DRS, Diretor de Planejamento, Assistente de Diretor, Regulação, CARS de 6 a 10. A pré-oficina foi organizada pela gestão municipal.

3ª Oficina: Diretor do DRS, Diretor de Planejamento, Assistente de Diretor, Regulação, CARS de 1 a 10,

Oficina Virtual regional de GTGTES – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do DRS 1: Diretor do DRS, Assistente de Diretor, CDQ, Humanização, CARS de 1 a 10.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 6**

Na RRAS 6, a participação é diferente do que ocorre nas demais RRAS do Estado e mesmo da Região Metropolitana de São Paulo, coordenadas pelo DRS1.

As Câmaras Técnicas, que deveriam ser mensais, não têm ocorrido.

Na CIR, a estrutura gerencial do DRS 1 tem participação constante do Diretor e Assesores técnicos do DRS I e participação permanente das equipes regionais ligadas ao DRS I: Articulador da Atenção Básica; Articulador da Humanização; Representantes da Vigilância; Gerência dos CARS 06 a 10; Apoiador COSEMS e Facilitador Regional. Já pela Secretaria Municipal de Saúde de SP é representada oficialmente por uma coordenadora, acompanhada por representantes das secretarias executivas, e conforme a pauta pelos representantes de áreas temáticas como: saúde da mulher, saúde mental etc. O Secretário ou o Secretário Adjunto nunca participa

No CEGRAS o representante da Secretaria Municipal de Saúde é o Secretário Adjunto de SMS. Ressaltando que o Comitê Gestor – CEGRAS, é único para todas as RRAS (1 a 6), a condução é pelo Diretor do DRS1 com a participação de técnicos do DRS1, secretários e técnicos municipais e prestadores de serviço dos territórios.

## **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 6**

A RRAS 6 São Paulo apresenta uma estrutura operacional e gerencial organizada a partir da atuação integrada entre o município de São Paulo e o nível estadual, com forte apoio técnico dos Centros de Apoio Regional de Saúde (CARS 06 a 10), responsável por acompanhar, orientar e qualificar os processos de gestão da rede no território. Essa estrutura sustenta a governança regional e favorece o planejamento compartilhado entre gestores municipais e o Departamento Regional de Saúde I.

Os CARS são o principal suporte técnico-operacional nas regiões, funcionando como instância articuladora das políticas estaduais e federais no território, além de apoiar nas agendas estratégicas da Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Regulação do acesso, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Redes Temáticas (Oncologia, RAPS, Rede Alyne, Rede de Obesidade, Rede de Crônicos, entre outras).

## **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 6**

- Rede Alyne;
- PMAE/PATE OCI;
- Rede de Urgência e Emergência;
- Revisão do Perfil Assistencial dos AME;
- Emendas Parlamentares;
- Saúde Mental, Residência Terapêutica – questões com Ministério Público;
- Oficina de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

A 3ª Oficina foi importante para confirmar os gargalos de acesso no percurso do paciente, porém não logrou o mesmo êxito na expectativa de elaborar, pactuar e formalizar o PAR (Plano de Ação Regional) em relação ao problema priorizado de Oncologia.

Na Oficina foram levados os gargalos, as soluções e esboço de plano de ação trabalhado pelo gestor municipal, e apresentado ao CEGRAS de maneira resumida, abordando oncologia em 3 subespecialidades: Laringe, Estômago e Colon-procto.

A pré oficina mobilizou as coordenadorias da gestão municipal, cuja participação levantaram dificuldades operacionais e os planos de ação não foram discutidos conjuntamente antes da apresentação.

### 4.2 Pós-oficina

Num primeiro momento foi considerado que o plano de ação feito pela gestão municipal, sem a necessidade de completar com detalhamento de ações, responsáveis, prazos, monitoramento e indicadores de resultados.

Na 7ª reunião do CEGRAS - Monitoramento das Ações de Regionalização, ocorrida em 12/11, ocorreu a sinalização consistente de organização de processos de trabalho, protagonizado pelo DRS-1, com foco na Regionalização, para sistematizar e completar o PAR.

A expectativa é que a sistematização do plano de ação da oncologia e sua execução e monitoramento, possam motivar iniciativas de enfrentamento de outros problemas assistenciais e soluções consensuadas e pactuadas.

Algumas alterações na oferta de vagas para Oncologia, pela regulação estadual foram realizadas, com a gestão municipal referindo melhora, porém como não tem a condição base/inicial, com indicadores, não se sabe exatamente o que melhorou e quanto.

### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Como demonstrado a gestão municipal tem estrutura física, equipe técnica atuante e engajada na perspectiva municipal.

A condição de ser uma RRAS-6 de um município, dificulta ser assumida como macrorregião, apesar dos vários equipamentos e serviços de abrangência extra macrorregião, que necessitam da condução e articulação sistêmica

Cabe definir um espaço para discussões de problemas da macrorregião, que promova o detalhamento e indicação de soluções integradas, com encontros periódicos e pautas trabalhadas para discussão, podendo ser a câmara técnica.

**BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE****1.1 Características Gerais da RRAS 7**

A Região de Redes de Atenção à Saúde 7 (RRAS 7) abrange os territórios da Baixada Santista e do Vale do Ribeira, reunindo municípios com perfis demográficos, socioeconômicos e territoriais bastante heterogêneos. A região é composta por municípios litorâneos, com elevada densidade populacional e intensa mobilidade urbana, e por municípios do interior, marcados por baixa densidade demográfica, extensas áreas rurais, comunidades tradicionais e maiores dificuldades de acesso geográfico aos serviços de saúde.

A Rede Regional de Atenção à Saúde 7 (RRAS 7), que engloba as regiões da Baixada Santista e do Vale do Ribeira, é formada por 24 municípios. O território apresenta uma característica dual marcante: a densidade urbana e turística do litoral (DRS IV) e a extensão territorial com características rurais e de preservação ambiental do Vale (DRS XII).

Os municípios que compõem a rede são:

- Baixada Santista (9): Santos, São Vicente, Guarujá, Praia Grande, Cubatão, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.
- Vale do Ribeira (15): Registro, Cajati, Jacupiranga, Pariquera-Açu, Miracatu, Juquiá, Iguape, Ilha Comprida, Cananéia, Eldorado, Iporanga, Barra do Turvo, Sete Barras, Pedro de Toledo e Itariri.

Juntos, somam uma população residente de aproximadamente 2.110.000 habitantes (IBGE, Censo 2022), com significativa flutuação populacional durante temporadas turísticas na faixa litorânea.

**1.2 Rede Assistencial de Saúde**

A rede possui uma estrutura heterogênea devido às diferenças socioeconômicas entre os dois polos (Litoral e Vale), caracterizada por:

- Atenção Primária à Saúde (APS): A cobertura apresenta disparidades regionais, sendo historicamente mais elevada no Vale do Ribeira (com foco na Estratégia de

Saúde da Família devido à dispersão territorial) e com desafios de expansão nas áreas metropolitanas densas da Baixada. A média regional estimada de cobertura gira em torno de 62%.

- Saúde Mental: A rede dispõe de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diversas modalidades (I, II, III, AD e i) concentrados nos municípios de maior porte, totalizando cerca de 35 unidades de referência regional.
- Atenção Especializada e Urgência: Conta com uma rede de Prontos-Socorros e UPAs estrategicamente distribuídos para suportar a demanda fixa e flutuante, além de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) em polos chave (como Santos, Praia Grande, Registro e Pariquera-Açu).
- Atenção Hospitalar: A estrutura hospitalar soma unidades públicas de referência estadual e regional (como o Hospital Guilherme Álvaro em Santos e o Hospital Regional de Registro) e uma robusta rede privada, concentrada majoritariamente em Santos. Ao todo, a região conta com 18 unidades hospitalares públicas (estaduais e municipais) e ampla rede complementar.

### **1.3 Atuação institucional do DRS 4 e 12**

O DRS 4 e 12 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

Participação em Câmaras Técnicas, CIR, CEGRAS, oficinas e reuniões Regionais: direção do DRS , Coordenação, Técnicos dos Municípios, Secretários Municipais (esporádico em algumas reuniões), apoiador COSEMS e Facilitador regional e áreas específicas quando a pauta exige: Regulação, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Vigilância epidemiológica/sanitária, Urgência e Emergência, Planejamento, entre outras.

No Comitê Gestor – CEGRAS, a condução é pelo Diretor do DRS1 com a participação de técnicos do DRS4, secretários e técnicos municipais e prestadores de serviço dos territórios.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 7

Suas funções principais compreende a cooperação na implementação das políticas regionais de saúde, o suporte às equipes municipais em programas prioritários como Atenção Primária à Saúde (APS), o fortalecimento dos instrumentos de gestão compartilhada e cogestão entre os entes federados, além de fomentar ações integradas para superação da fragmentação dos serviços na região.

### 2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 7

Ainda no contexto operacional e gerencial destacam-se os Grupos Técnicos Condutores instituídos no âmbito regional, quais sejam: GT Assistência Farmacêutica; GT Atenção Básica; GT Regulação; GT Rede Alyne; GT RAPS; GT Oncologia; GT RUE; GT NEPH; GT Atenção Especializada; GT SUS Digital.

## BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

### 3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 7

- Redes Temáticas (Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência etc.)
- Programa Saúde na Escola (PSE)
- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)
- Programa Mais Médicos para o Brasil
- Programa SUS Digital
- Programa Consultório na Rua
- Programa Academia da Saúde
- Programa Saúde na Hora
- Programa Vigi-água

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

Os avanços na governança na RRAS 7 focam na qualificação da rede e na responsabilidade compartilhada:

- **Planejamento e Pactuação:** A elaboração de um diagnóstico situacional aprofundado e a utilização de metodologias como o Estudo de Caso (ex: "A Odisseia do Sr. João") demonstram um esforço em aliar a análise técnica à realidade prática do usuário, qualificando o Plano de Ação Estruturado.
- **Referência de Alta Complexidade:** A pactuação para a criação do Centro de Referência em Cardiovascular no Hospital Guilherme Álvaro (DRS IV) busca a excelência e a centralização de serviços de alto custo (como endopróteses e angioplastias) em uma estrutura de referência estadual, qualificando o cuidado e garantindo a sustentabilidade financeira via Tabela SUS Paulista (TSP). Este é um exemplo de como a regionalização pode racionalizar o uso de tecnologias complexas.
- **Estratificação de Risco na APS:** O foco na implementação de Estratificação de Risco para pacientes crônicos (ex: diabéticos) na APS é uma resposta técnica à fragmentação do cuidado. Ao qualificar o manejo clínico na atenção primária, reduz-se a necessidade de referências desnecessárias, desafogando a atenção especializada e permitindo que o sistema foque nos casos de alta complexidade.

O processo de regionalização da saúde na RRAS 7, sob a ótica dos DRS, é um projeto em constante desenvolvimento (MENDES, 2011), que se debate entre a inércia da fragmentação histórica e a urgência da integração.

Os desafios são a expressão da iniquidade regional, com a Baixada Santista lidando com a eficiência do fluxo e o Vale do Ribeira com a escassez de recursos. A resposta robusta e tecnicamente fundamentada passa necessariamente pela inovação digital (Telessaúde e SUS Digital) como ferramenta de equidade e pelo aprofundamento da cogestão interfederativa, garantindo que o planejamento regional se traduza em financiamento e serviços de saúde que de fato garantam a integralidade do cuidado a cada cidadão, independentemente de sua localização geográfica.

## **4.2 Pós oficina**

A Pós-Oficina da 3ª Oficina de Regionalização da RRAS 7 configurou-se como um momento estratégico de consolidação dos aprendizados, pactuações e encaminhamentos construídos coletivamente, com foco no fortalecimento da governança regional e na qualificação do processo de regionalização da saúde. A

sistematização dos subsídios levantados na Oficina permitiu o aprofundamento do diagnóstico situacional regional, orientando a revisão e o aprimoramento do Plano de Ação Estruturado da RRAS 7. O uso de metodologias participativas e estudos de caso fortaleceu a visão centrada no usuário e contribuiu para alinhar o planejamento técnico à realidade dos territórios.

A APS foi reafirmada como ordenadora do cuidado, com ênfase na implementação da estratificação de risco para condições crônicas. Essa ação contribuiu para reduzir a fragmentação da assistência, aprimorar o manejo clínico e otimizar os fluxos entre os pontos da rede.

Destaca-se a consolidação de pactuações voltadas à organização da atenção especializada e hospitalar, como a definição de referências regionais de alta complexidade. A implantação do Centro de Referência Cardiovascular no Hospital Guilherme Álvaro exemplifica o fortalecimento da lógica regional, promovendo eficiência, qualificação do cuidado e sustentabilidade financeira.

### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Houve avanço na compreensão da regionalização como um processo coletivo, que exige compromisso contínuo dos entes federados e integração entre gestão estadual e municipal. A regionalização reforçou o papel dos espaços de governança regional (CIR, CEGRAS e Grupos Técnicos) como instâncias legítimas de pactuação, corresponsabilização e tomada de decisão.

O fortalecimento da gestão regional também se expressa na incorporação de soluções digitais, como Telessaúde e SUS Digital, reconhecidas como ferramentas estratégicas para reduzir iniquidades, ampliar o acesso e apoiar os municípios com maior vulnerabilidade assistencial, especialmente no Vale do Ribeira.

Na RRAS 7 a regionalização é conduzida como um processo dinâmico e contínuo, que demanda monitoramento permanente, ajustes pactuados e fortalecimento institucional. O enfrentamento das desigualdades regionais passa pela qualificação da governança, pelo uso inteligente dos recursos disponíveis e pela construção de soluções solidárias e integradas no território.

**BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE****1.1 Características Gerais da RRAS 8**

A RRAS 8 é composta por 48 municípios e atende uma população estimada em mais de 2,2 milhões de habitantes, sendo dividida em três regiões de saúde interligadas, mas com particularidades distintas (epidemiológicas, socioeconômicas e de cobertura da APS), a saber:

1. Região de Saúde de Sorocaba: Polo regional de saúde e sede do DRS 16, concentra a maior densidade populacional e uma infraestrutura de serviços de saúde mais robusta. Composta pelos municípios de Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê e Votorantim
2. Região de Saúde de Itapetininga, composta pelos municípios de Alambari, Angatuba, Campina do M. Alegre, Capão Bonito, Cerquilha, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, Quadra, Ribeirão Grande, São Miguel Arcanjo, Sarapuí e Tatuí.
3. Região de Saúde de Itapeva, composta pelos municípios de Apiaí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Guapiara, Itaóca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Riversul e Taquarivaí.

**1.2 Rede Assistencial de Saúde**

A RRAS 08 possui uma cobertura de APS de 65,7%, sendo 47,7% de equipes de Saúde da Família. Vale recordar que a Região de Sorocaba considerada um dos maiores polos manicomiais do Brasil, com cerca de 4.300 (quatro mil e trezentas) pessoas (em 1995) em situação de internação de longa duração. O processo de desinstitucionalização no Estado de São Paulo impulsionou a capacidade instalada de serviços de saúde mental na RRAS, que hoje conta com mais de 186 equipamentos de saúde mental, com Serviços de Residência Terapêutica em sua grande maioria.

Conta ainda com 04 AME estaduais (ambulatórios médicos de especialidades), localizados em Itu, Sorocaba, Itapetininga e Itapeva.

### **1.3 Atuação institucional do DRS**

O DRS 16 – Sorocaba responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica, gestão e controle de recursos na RRAS, sendo interlocutor junto aos municípios e aos serviços com fundamental papel no fomento da Regionalização.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 8**

A participação nas Câmaras Técnicas, na Comissão Intergestores Regional (CIR), na CEGRAS, nos Grupos Técnicos Condutores, bem como em oficinas e reuniões regionais, envolve as diretorias do DRS 16, técnicos municipais, gestores e respectivos suplentes dos municípios, apoiadores do COSEMS, e representantes das diversas áreas técnicas, como Regulação, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência.

Essas instâncias têm como finalidade fortalecer a articulação regional, oferecer apoio técnico aos municípios e viabilizar a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, em consonância com as necessidades e especificidades do território.

### **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 8**

A gestão da RRAS 08 é operacionalizada por meio da organização e execução das ações e serviços públicos de saúde no âmbito da macrorregião, articulando a gestão estadual às gestões municipais e promovendo o planejamento integrado das ações de saúde, com ênfase no trabalho colaborativo e contínuo.

Há apoio às equipes municipais nos diferentes pontos de atenção, abrangendo a Atenção Primária à Saúde (APS), a Atenção Especializada, a Atenção Hospitalar, a Vigilância em Saúde e a Rede de Urgência e Emergência, com o objetivo de estruturar a atenção à saúde em redes, distribuir os serviços conforme as necessidades locais e reduzir desigualdades no acesso.

No campo operacional e gerencial, destacam-se as instâncias e estratégias de governança regional, como os Grupos Técnicos e Grupos Condutores, além de oficinas, fóruns, seminários e encontros macrorregionais instituídos no território. Dentre essas iniciativas, ressaltam-se o Grupo Técnico de Atenção Básica, o Grupo Conductor de Saúde Mental, os Fóruns de Regulação da Urgência e Emergência e de Saúde Mental, as Oficinas Macrorregionais da Rede Alyne, bem como o Comitê de Vigilância à Mortalidade Materna e Infantil.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 8**

- Redes Temáticas (Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência etc.)
- Programa Saúde na Escola (PSE)
- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)
- Programa Mais Médicos para o Brasil
- Programa SUS Digital
- Programa Consultório na Rua
- Programa Academia da Saúde
- Programa Saúde na Hora

### **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

#### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

O problema eleito como objeto da Oficina para a RRAS 08 relacionou-se à Linha de Cuidado da Oncologia, tendo como Situação Problema o câncer colorretal. Diante disso, os gargalos elencados percorreram desde a necessidade de integração de protocolos e equipes entre os diversos pontos da RRAS, com especial atenção à falta de detecção precoce destes pacientes; e ainda, avaliada a necessidade de ampliação da oferta de exames diagnósticos (como a colonoscopia) e pactuação de referências fora da RRAS 08.

As distâncias dentro das Regiões de Saúde da própria RRAS também foram objeto de análise, considerando as limitações relacionadas ao transporte sanitário destes pacientes.

Por fim, a fragmentação entre os sistemas de regulação e a insuficiente interoperabilidade entre os diversos sistemas apresentam-se como pontos críticos do diagnóstico.

#### **4.2 Pós-oficina**

No período pós-oficina, foram realizadas discussões a respeito de cada um dos gargalos elencados, por componente e nível de atenção. A cada reunião de Câmara Técnica e CIR os pontos foram retomados e endereçados, com continuidade dos planos de ação, especialmente na ampliação da oferta de exames diagnósticos.

Ainda, a RRAS trabalha na sistematização do plano de ação da oncologia, com vistas à construção de soluções integradas, consensuadas e pactuadas no âmbito regional.

#### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

O processo de regionalização na RRAS 8 tem avançado de forma consistente, impulsionado pelo engajamento dos gestores das equipes técnicas dos municípios, ainda que se observe baixa renovação desses representantes ao longo dos anos. Esse compromisso tem se materializado por meio de uma cooperação técnica institucionalizada entre os 48 municípios, voltada à organização e à integração das ações e serviços de saúde no território.

As equipes técnicas desempenham papel central na sustentação do trabalho cotidiano de análise, qualificação de fluxos assistenciais, elaboração de produtos técnicos e acompanhamento dos instrumentos e planos de planejamento regional. Esse engajamento se expressa na participação ativa em câmaras técnicas, grupos condutores e agendas de planejamento regional, bem como nos processos de regulação assistencial, monitoramento de indicadores e fortalecimento das capacidades de gestão.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

## 1.1 Características Gerais da RRAS 9

A RRAS 09, constituída pelos municípios do DRS VI, reúne 5 Regiões de Saúde (CIRs) — Bauru, Jaú, Lins, Polo Cuesta e Vale do Jurumirim — somando 68 municípios. As populações de referência por CIR são: Bauru 647.675 (18 municípios), Jaú 324.736 (12 municípios), Polo Cuesta 303.930 (13 municípios) e Vale do Jurumirim 304.855 (12 municípios), totalizando cerca de 1,73 milhão de habitantes na RRAS 09, sendo predominante a população do sexo feminino em 04 das 05 regiões de saúde e com 18,91% da população total sendo de pessoas idosas, acima de 60 anos (Fonte: SES/SP - População: Estimativa populacional - Fundação SEADE – Atualizado em 23/05/2024).

Esse perfil demográfico impõe desafios adicionais à organização da rede, especialmente no que se refere ao cuidado às condições crônicas, à atenção à pessoa idosa, à saúde mental e à atenção especializada, demandando estratégias regionais integradas e pactuadas.

**Tabela 01.** Mapa RRAS 09 – Municípios e População conforme CENSO 2022 (Fonte: levantamento equipe técnico DRS VI – Bauru).

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Mapa RRAS 09 DRS 06 Bauru - Municípios



RS	Pop. Censo 2022	Jau	324.768	Polo Cuesta	302.784	Vale do Jurumirim	303.615
Bauru	644.731	Bariri	31.595	Anhembí	5.674	Águas de Santa Bárbara	7.177
Agudos	37.680	Barra Bonita	34.346	Areiópolis	10.130	Arandu	6.885
Arealva	8.130	Bocaina	11.259	Bofete	10.460	Avaré	92.805
Avaí	4.483	Boracéia	4.715	Botucatu	145.155	Barão de Antonina	3.531
Balbinos	3.887	Brotas	23.898	Conchas	15.232	Cerqueira César	21.469
Bauru	379.146	Dois Córregos	24.510	Itatinga	19.070	Coronel Macedo	4.280
Borebi	2.713	Igarapu do Tietê	23.106	Laranjal Paulista	26.261	Fartura	16.641
Cabrália Paulista	4.299	Itaju	3.618	Pardinho	7.153	Iaras	8.010
Duartina	12.328	Itapuá	13.659	Pereiras	8.737	Itaí	25.180
Iacanga	10.437	Jaú	133.497	Porangaba	10.451	Itaporanga	14.085
Lençóis Paulista	66.505	Mineiros do Tietê	11.230	Pratânia	5.126	Manduri	9.871
Lucianópolis	2.372	Torrinha	9.335	São Manuel	37.289	Paranapanema	19.395
Macatuba	16.829	Lins	157.929	Torre de Pedra	2.046	Piraju	29.436
Paulistânia	2.090	Cafelândia	16.654			Sarutaiá	3.704
Pederneiras	44.827	Getulina	10.232			Taguaí	12.669
Pirajuí	22.431	Guaiçara	11.239			Taquarituba	24.350
Piratininga	15.108	Lins	74.779			Tejupá	4.127
Presidente Alves	3.804	Pongai	3.395			Total	1.733.827
Reginópolis	7.662	Promissão	35.131				
		Sabino	5.112				
		Uru	1.387				

## 1.2 Rede Assistencial de Saúde

A RRAS 09 apresenta elevada dependência do Sistema Único de Saúde, com cerca de 74,61% da população usuária exclusiva do SUS. Destaca-se positivamente a ampla cobertura da Atenção Primária à Saúde, uma vez que quatro das cinco Regiões de Saúde possuem cobertura superior à média do Estado de São Paulo, posicionando a RRAS 09 como a macrorregião com maior cobertura de APS no estado.

Apesar desse cenário favorável na atenção básica, permanecem fragilidades relevantes na integração da rede, especialmente na articulação entre APS, atenção especializada e atenção hospitalar, bem como nos fluxos de referência e contrarreferência, na regulação do acesso e na resolutividade de determinados pontos de atenção estratégicos.

**Tabela 2.** Dados Atenção Primária em Saúde RRAS 09 (Fonte: levantamento equipe técnico DRS VI – Bauru).

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dados RRAS 09 DRS 06 Bauru - Atenção Primária a Saúde



Atenção Primária em Saúde (dez 2024)	Estado de São Paulo	RRAS 09 DRS 06 Bauru	RS Bauru	RS Jau	RS Lins	RS P. Cuesta	RS V Jurumim
			18 municípios 11 até 15.000 6 de 15 a 70.000 0 de 70 a 150.000 1 acima de 150.000	12 municípios 6 até 15.000 5 15 a 70.000 1 de 70 a 150.000 0 acima de 150.000	8 municípios 5 até 15.000 2 de 15 a 70.000 1 de 70 a 150.000 0 acima de 150.000	12 municípios 8 até 15.000 4 de 15 a 70.000 1 de 70 a 150.000 0 acima de 150.000	17 municípios 10 até 15.000 6 de 15 a 70.000 1 de 70 a 150.000 0 acima de 150.000
<b>População</b>	<b>44.411.238</b>	<b>1.733.827</b>	<b>644.731</b>	<b>324.768</b>	<b>157.929</b>	<b>302.784</b>	<b>303.615</b>
Cobertura APS	70,4%	82,4%	72,0%	66,3%	110,7%	92,6%	97,1%
Cobertura ESF	56,8%	59,8%	46,7%	48,5%	86,4%	65,9%	79,5%
Equipes APS	3.054	172	69	27	17	38	21
Equipes ESF	7.530	311	87	46	44	62	72
Equipes NASF	1.211	50	19	5	6	11	9
Eq. Consultório na Rua	94	2	1	0	0	1	0
Eq. Multi Saúde Mental	52	5	2	0	0	1	2
Eq. Multi (Exceto Mental)	422	7	5	0	1	0	1
Equipes Saúde Bucal	5.318	260	82	29	23	63	63
Equipes Saúde Prisional	152	20	13	0	2	0	5
Total Equipes	17.833	827	278	107	93	176	173

## 1.3 Atuação institucional do DRS VI

O Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI) exerce papel central na condução do processo de regionalização da RRAS 09, atuando no planejamento, coordenação, monitoramento e apoio técnico aos municípios. A atuação do DRS VI tem se caracterizado pela mediação entre gestores municipais, Secretaria de Estado da Saúde, prestadores e demais atores institucionais, contribuindo para o fortalecimento da governança regional e para a qualificação das decisões colegiadas.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 9

A governança regional da RRAS 09 é exercida principalmente por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIRs), do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) e das Câmaras Técnicas, além dos Grupos de Trabalho que antecedem as Câmaras Técnicas e garantem a presença dos prestadores nas regiões de saúde para discussões pertinentes, alinhamentos de fluxos e garantia de acesso em tempo oportuno. No período analisado, esses espaços se consolidaram como instâncias estratégicas de pactuação, planejamento e acompanhamento das ações regionais, favorecendo maior corresponsabilização entre os entes envolvidos.

Observou-se a garantia de espaços protegidos de discussão, com continuidade das oficinas de regionalização mensalmente, com discussões focadas em problemas concretos de acesso, organização da rede, regulação assistencial, absenteísmo e fortalecimento das linhas de cuidado prioritárias.

### 2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 9

Do ponto de vista operacional e gerencial, a RRAS 09 conta com o suporte técnico do DRS VI, além de toda equipe das áreas técnicas e com a atuação da facilitadora regional, que tem contribuído para a articulação entre os municípios, a sistematização das discussões e o acompanhamento das ações pactuadas.

## BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

### 3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 9

Entre as iniciativas e ações estratégicas em desenvolvimento na RRAS 09, destacam-se:

- Fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado, garantindo maior resolutividade na assistência;

- Qualificação dos processos de regulação com organização e higienização das filas, através de reuniões individualizadas com municípios e plantão constante de regulação para resolução de problemas identificados;
- Enfrentamento do absenteísmo em consultas e exames com discussões nos grupos de trabalho;
- Ampliação e reorganização da rede de saúde mental;
- Início de discussões nas Câmaras Técnicas com municípios considerando as pactuações para o próximo SOSS (
- Discussão sobre expansão e repactuação dos serviços de reabilitação intelectual;
- Elaboração de projetos voltados à ampliação do diagnóstico e cuidado do – Transtorno do Espectro Autista (TEA).
- Expansão das ações de Educação Permanente, integrando universidades, DRS e municípios.
- Fortalecimento dos Grupos Condutores Regionais como espaços garantidos e com capacidade técnica para conduzir discussões do processo de Regionalização, com criação de grupos de trabalho para problemas que não estão dentro das redes temáticas já existentes (a exemplo a ortopedia).
- Retomada de protocolos e fluxos assistenciais para qualificação dos encaminhamentos para atenção especializada e controle de taxas de absenteísmos.

## **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

No âmbito do 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais de Regionalização, a RRAS 09 definiu como problema priorizado a insuficiência de pontos de atenção para atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A oficina foi precedida por reuniões preparatórias e por uma CIR ampliada, que possibilitaram o alinhamento metodológico e a participação ampliada dos gestores municipais.

Durante a oficina, os diagnósticos construídos pelas cinco Regiões de Saúde evidenciaram de forma convergente a insuficiência da rede assistencial para o TEA, destacando ausência de protocolos clínicos e fluxos pactuados, escassez de serviços

especializados, dificuldades de contratação de profissionais e sobrecarga de determinados pontos da rede.

O terceiro ciclo de oficinas macrorregionais na RRAS 09 apontou, entre os principais gargalos:

- Insuficiência de serviços especializados para o TEA;
- Fragilidade da pactuação regional e da regulação integrada;
- Ausência ou inconsistência de protocolos clínicos e fluxos assistenciais;
- Judicializações e sobrecarga de serviços como CAPS, CERs e APAEs;
- Limitações de financiamento e capacidade instalada.

## **4.2 Pós-oficina**

O momento Pós-oficina na RRAS 09 ocorreu inicialmente nos espaços de CEGRAS, onde optou-se por adotar a ferramenta 5W2H por sua capacidade de organizar, de forma sistemática e clara, os elementos fundamentais de um plano de ação eficaz baseado nas discussões amplamente realizadas na oficina.

Foram consolidados eixos de ação considerando os gargalos apontados em todas as regiões de saúde, sendo definidas ações como: Formação de equipes multiprofissionais nos AMEs; Capacitação técnica (ex: uso do M-CHAT) e apoio matricial; Implementação de linhas de cuidado municipais; Repactuação e reestruturação dos fluxos nos CERs; Garantia de regulação de acesso com critérios claros e monitoramento. As ações seguem em andamento, sendo monitoradas e ajustadas nos espaços de CEGRAS, Oficinas de Regionalização, além dos grupos condutores das redes municipais como estratégia de garantia de suporte técnico para as discussões.

## **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Entre os avanços observados na RRAS 09 destacam-se o fortalecimento da governança regional, a qualificação dos espaços de pactuação, a ampliação do diálogo interfederativo e a construção coletiva de diagnósticos e propostas mais aderentes à realidade do território. A elevada cobertura de APS, a existência de serviços estratégicos e a atuação articulada do DRS VI configuram importantes potencialidades.

Persistem, contudo, desafios estruturais, como a insuficiência de serviços especializados, vazios assistenciais em municípios de menor porte, escassez de profissionais, elevado absenteísmo e necessidade de financiamento tripartite para viabilizar as propostas pactuadas. A consolidação da regionalização na RRAS 09 exigirá continuidade do acompanhamento técnico, fortalecimento da execução das ações planejadas e compromisso interfederativo para transformar o planejamento regional em resultados concretos para a população, em consonância com os princípios do SUS.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 10

A RRAS 10 está situada na Macrorregião Centro-Oeste do Estado de São Paulo e coincide integralmente com o território do Departamento Regional de Saúde IX – Marília (DRS IX). É composta por 62 municípios, distribuídos em cinco Regiões de Saúde: Adamantina, Assis, Marília, Ourinhos e Tupã.

Quase metade dos municípios possui até 5 mil habitantes, o que reforça a heterogeneidade territorial e a dependência de pactuações regionais para assegurar acesso oportuno aos serviços de saúde.

A região apresenta:

- 19,03% de população idosa, a segunda maior proporção do estado;
- baixa densidade demográfica (53,19%);
- vulnerabilidades sociais sinalizadas pelo IPRS e IDH;
- carga significativa de doenças cardiovasculares e condições crônicas, associada ao envelhecimento populacional e a determinantes sociais adversos.

Esses elementos apontam para a necessidade de um planejamento regional robusto, combinando ações de promoção, prevenção e reorganização da oferta, com fortalecimento da APS e integração das redes de atenção.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

A RRAS 10 apresenta importante organização assistencial, com destaque para: Atenção Primária à Saúde: Cobertura de 81%, superior à média estadual (65,79%).

Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF):

- Adamantina: 32
- Assis: 42
- Marília: 99
- Ourinhos: 36
- Tupã: 30

Atenção Especializada e Hospitalar:

- 7 prestadores de Média e Alta Complexidade para 62 municípios;
- Santa Casa de Chavantes como hospital de gestão estadual na região;
- 3 AMEs (Assis, Ourinhos e Tupã), sob gestão OSS, estruturando a referência ambulatorial especializada regional.

### **1.3 Atuação institucional do DRS IX**

O DRS IX participa ativamente das instâncias de governança regional — CIR, Câmaras Técnicas, CEGRAS e reuniões temáticas — por meio da Diretora Regional, diretores técnicos, equipes das áreas de vigilância, planejamento, regulação e assistência, além de apoiadores do COSEMS, prestadores e representantes do controle social.

Esse arranjo assegura:

- Participação efetiva dos municípios;
- Qualificação da discussão técnica;
- Pactuações consistentes para a organização das redes;
- Alinhamento contínuo das agendas regionais.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 10**

A governança da RRAS 10 caracteriza-se por forte articulação entre DRS IX, municípios, prestadores e apoiadores institucionais. A atuação nas instâncias formais sustenta a construção de soluções pactuadas, a revisão dos fluxos assistenciais e o monitoramento das necessidades regionais.

A presença ativa dos gestores e das equipes técnicas contribui para a maturidade dos processos e para a qualificação das decisões interfederativas.

### **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 10**

A condução regional apresenta como ponto marcante a disponibilidade e o engajamento dos gestores e do DRS IX, que têm atuado de forma sistemática para

aprofundar o diagnóstico regional, discutir necessidades de saúde e construir estratégias integradas.

A região mobiliza-se para fortalecer a operacionalização das ações pactuadas e sustentar o avanço da regionalização, especialmente nos temas prioritários como saúde mental, alta complexidade e organização do cuidado crônico.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 10**

A RRAS 10 participa de iniciativas estratégicas conduzidas pela SES/SP, incluindo:

- Expansão de procedimentos com recursos da Tabela SUS Paulista;
- PMAE – ampliação de acesso a especialistas;
- Plano de Ação da Rede de Saúde Mental;
- Participação nas discussões sobre perfil assistencial dos AMEs e temas como absenteísmo e perdas primárias;
- Grupos de Regulação com base nas necessidades das Regiões de Saúde;
- Projeto de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Projeto DEVIDA.

#### **3.2 Outros Encaminhamentos Relevantes**

Como facilitador SES, destaca-se o acompanhamento do Plano de Ação em Saúde Mental, com articulação para criação de grupos regionais específicos, manutenção de pauta contínua na CIR e desenvolvimento de estratégias de monitoramento e avaliação.

### **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

#### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

A oficina contou com intensa participação da Diretoria do DRS, equipes técnicas e gestores municipais, fortalecendo a análise dos gargalos, a identificação das soluções e a formulação de um Plano de Ação abrangente e coerente com as necessidades regionais.

O envolvimento dos participantes contribuiu para discussões qualificadas sobre fluxos assistenciais, necessidades de saúde e priorização das ações estratégicas.

## **4.2 Pós-oficina**

No período pós-oficina, foram conduzidas:

- Reuniões extraordinárias do CEGRAS para finalização do Plano de Ação;
- Encaminhamento para aprovação na CIR;
- Definição de grupo de trabalho para implementação regional das ações;
- Fortalecimento da agenda permanente de regionalização e comunicação dos monitoramentos;
- Validação contínua das propostas pactuadas.

O engajamento nos espaços de governança permanece positivo, com apoio significativo ao processo e participação ativa nas discussões de temas estratégicos.

## **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

A RRAS 10 apresenta elevado grau de engajamento dos gestores e das equipes técnicas, refletido em avanços importantes no fortalecimento da regionalização.

Destacam-se:

- Relações colaborativas entre DRS IX e municípios;
- Participação qualificada das equipes nas instâncias regionais;
- Articulação com prestadores e parceiros institucionais;
- Continuidade da agenda de planejamento integrado baseada em evidências;
- Ampliação da responsabilidade compartilhada na execução das ações.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 11

A RRAS 11 – Presidente Prudente é composta por 45 municípios de pequeno e médio porte, distribuídos em um território extenso com importantes diferenças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas. Predominam agravos crônicos, doenças associadas ao envelhecimento, condições de saúde mental e situações de vulnerabilidade que impactam os indicadores de morbimortalidade.

Frente a esse cenário, a região priorizou temas estratégicos como oncologia, saúde mental, doenças cardiovasculares e qualificação das urgências e emergências, incluindo o fortalecimento do SAMU. A região mantém esforços para fortalecer a governança, ampliar a cooperação interfederativa e qualificar o planejamento integrado.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

A estrutura instalada é composta por um conjunto expressivo de serviços que sustentam a assistência regional:

- Hospitais estaduais: 4 unidades (HE Presidente Prudente, HR Presidente Prudente, Teodoro Sampaio e Porto Primavera).
- Hospitais municipais: 2 unidades (Iepê e Rancharia).
- Hospitais filantrópicos: 14 unidades distribuídas entre 14 municípios.
- AMEs: 2 unidades (Dracena e Presidente Prudente).
- CAPS: 13 unidades (CAPS I, II, III, AD e infantil).
- Unidades Básicas de Saúde: 188 unidades distribuídas nos 45 municípios.

A rede apresenta grande variação de capacidade instalada entre os municípios, o que reforça a importância da regulação regional e da pactuação de fluxos assistenciais.

### 1.3 Atuação institucional do DRS XI

O DRS XI participa ativamente das instâncias formais de governança da RRAS 11 — CIR, Câmaras Técnicas, Comitê Gestor, oficinas e reuniões regionais — com

presença da diretora regional, de sua substituta técnica e das equipes das áreas de planejamento, vigilância, regulação e assistência.

Embora a participação técnica seja significativa em todas as instâncias, observa-se menor adesão de secretários municipais nas Câmaras Técnicas, espaço majoritariamente ocupado por técnicos das gestões municipais. Os encontros seguem organização padronizada, com pauta prévia, informes, apresentações e envio de atas para validação, garantindo diálogo contínuo, representatividade e corresponsabilidade nas decisões regionais.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação Institucional nos Espaços de Governança na RRAS 11**

A governança da RRAS 11 sustenta-se na participação do DRS XI, dos gestores municipais, equipes técnicas e apoiadores institucionais nas instâncias deliberativas e consultivas. A atuação ocorre principalmente por meio da CIR, Câmaras Técnicas, Comitê Gestor e oficinas de planejamento, assegurando decisões pactuadas e alinhamento das agendas estratégicas regionais.

### **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 11**

A RRAS 11 passa por processo de reorganização interna, decorrente da troca de diretoria do DRS XI em setembro, o que promoveu reordenamento de prioridades, revisão dos problemas previamente elencados e reestruturação do plano de ação resultante da 3ª Oficina de Regionalização.

A região encontra-se em fase de consolidação das pactuações, alinhamento técnico entre municípios e revisão dos fluxos estratégicos, com foco em saúde mental, tema priorizado para 2025.

## **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 11**

A RRAS 11 articula-se a iniciativas conduzidas pela SES/SP, entre elas:

- Revisão do Perfil Assistencial (com oferta via SOSS);

- Programa Tempo de Cuidar;
- Programas de Saúde Digital;
- Programa Agora Tem Especialista (PATE);
- Reorganização das redes temáticas prioritárias (oncologia, doenças cardiovasculares, saúde mental e urgências);
- Ações vinculadas ao processo de Regionalização do SUS/SP.

Além disso, a região prepara-se para expansão de processos de educação permanente, que incluirão curso de especialização para gestores a partir de 2026, fortalecendo capacidades locais.

### **3.2 Outros Encaminhamentos Relevantes**

Entre os movimentos recentes destacam-se:

- Revisão dos problemas previamente priorizados;
- Consolidação do plano de ação da Oficina de Regionalização;
- Fortalecimento dos fluxos de comunicação entre DRS XI, municípios e prestadores;
- Reorganização técnica para subsidiar o planejamento integrado;
- Análise de absenteísmo, perdas primárias e articulações estratégicas para ampliação do acesso.

Essas ações reforçam a governança e orientam os próximos passos do trabalho territorial.

## **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

A 3ª Oficina, com foco em Saúde Mental, contou com processo prévio robusto de mobilização, alinhamento técnico e validação das informações, permitindo refinamento dos problemas e construção coletiva dos gargalos regionais.

Houve participação ativa dos municípios, aprofundamento técnico das causas estruturantes, discussão sobre fluxos assistenciais, integração das equipes e formulação colaborativa das soluções. O encontro fortaleceu a pactuação de

responsabilidades, os prazos e a governança regional, resultando em um plano de ação coerente com as necessidades do território.

## **4.2 Pós-oficina**

No período pós-oficina, observou-se:

- Reuniões técnicas junto ao CEGRAS para aprovação do plano de ação;
- Realização de CIR extraordinária para validação das pactuações;
- Preparação de apresentação ampliada das ações para dezembro;
- Discussão sobre criação de fóruns permanentes (regulação, APS–CAPS, urgências);
- Sistematização dos gargalos de curto e médio prazo;
- Alinhamento entre serviços para melhoria do fluxo de saúde mental, acesso aos CAPS, comunicação e capacitação das equipes.

## **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

A RRAS 11 apresenta engajamento gradual, com participação ativa de parte dos municípios, ainda que haja ausências pontuais. A região tem incentivado a participação dos gestores por meio da apresentação sistemática do plano de ação e da exposição transparente dos avanços, o que tem ampliado a adesão e fortalecido a corresponsabilidade.

Entre os aspectos positivos, destacam-se:

- Integração entre áreas técnicas;
- Ampliação do diálogo entre municípios e DRS XI;
- Uso sistemático dos espaços de governança;
- Fortalecimento da cultura de planejamento baseado em evidências;
- Consolidação de agenda regional contínua, com maior organização, clareza e alinhamento interinstitucional.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 12

O Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV) abrange atualmente 102 municípios, os quais compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 12, conforme redefinição territorial ocorrida em 2025, aprovada pela Deliberação CIB nº 84/2025. Esses municípios estão organizados em 7 Regiões de Saúde (CIRs), distribuídas da seguinte forma:

- CIR de Santa Fé do Sul – 6 municípios
- CIR de Jales – 16 municípios
- CIR de Fernandópolis – 13 municípios
- CIR de Votuporanga – 17 municípios
- CIR de São José do Rio Preto – 20 municípios
- CIR de José Bonifácio – 11 municípios
- CIR de Catanduva – 19 municípios

A população estimada da RRAS 12 é de aproximadamente 1,64 milhão de habitantes, conforme dados da Fundação SEADE (2022).

#### Distribuição por CIR – RRAS 12 (DRS XV):

XV São José do Rio Preto	Catanduva	19	Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Embaúba, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novais, Novo Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, Santa Adélia, Tabapuã, Urupês
	Santa Fé do Sul	6	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste, Três Fronteiras
	Jales	16	Aparecida d'Oeste, Aspasia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil
	Fernandópolis	13	Estrela d'Oeste, Fernandópolis, Guarani d'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São João das Duas Pontes, São João de Iracema, Turmalina
	São José do Rio Preto	20	Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Ipiguá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Tanabi, Uchoa
	José Bonifácio	11	Adolfo, Jací, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoã, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista, Zacaria
	Votuporanga	17	Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Macaubal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil, Votuporanga

## **1.2 Rede Assistencial de Saúde**

A RRAS 12 conta com uma rede assistencial composta por serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada ambulatorial, serviços hospitalares, dispositivos de urgência e emergência, saúde mental e vigilância em saúde. Apesar da existência desses pontos de atenção, permanecem fragilidades importantes na integração entre eles, especialmente nos fluxos de referência e contrarreferência, na comunicação assistencial e na coordenação do cuidado. Destaca-se a necessidade de fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado, bem como a qualificação da regulação e dos processos de trabalho que garantam maior resolutividade e racionalização do acesso aos serviços especializados e hospitalares.

## **1.3 Atuação institucional do DRS XV**

O Departamento Regional de Saúde – DRS XV exerce papel central na condução do processo de regionalização da RRAS 12, atuando no planejamento, monitoramento, apoio técnico e articulação entre o nível estadual e os municípios. A atuação da equipe técnica do DRS tem se destacado pela postura colaborativa, dialógica e orientada à solução de problemas, contribuindo para maior clareza das pautas regionais e qualificação das decisões colegiadas.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 12**

A governança regional da RRAS 12 é exercida principalmente por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS). No período analisado, observou-se a utilização dos espaços enquanto instâncias estratégicas de pactuação, planejamento e monitoramento das ações regionais. As reuniões passaram a ocorrer de forma mais sistemática, com maior participação dos gestores municipais e das equipes técnicas, possibilitando amadurecimento das discussões, qualificação das pautas e maior corresponsabilização dos entes envolvidos. A atuação do CEGRAS vem sendo fundamental para estruturar um ambiente mais colaborativo e orientado à resolução dos problemas regionais.

## **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 12**

Do ponto de vista operacional e gerencial, a RRAS 12 conta com o suporte técnico do DRS XV que exerce papel estratégico na articulação entre municípios, no apoio ao planejamento regional e no acompanhamento das pactuações estabelecidas contando para isso com a atuação das facilitadoras regionais.

Estão sendo instituídos Grupos de Trabalho (GTs) temáticos, com destaque para Atenção Básica e Regulação, os quais têm contribuído para a identificação de gargalos, proposição de soluções e reorganização de fluxos assistenciais. Esses espaços técnicos serão fundamentais para aproximar o planejamento da execução, embora ainda demandem maior institucionalização e continuidade.

## **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 12**

A RRAS 12 apresenta adesão e articulação a diferentes programas e políticas estratégicas do SUS, incluindo Redes Temáticas, programas voltados ao fortalecimento da APS, regulação do acesso, saúde mental, urgência e emergência, vigilância em saúde e educação permanente.

Essas iniciativas, embora relevantes, ainda enfrentam desafios relacionados à heterogeneidade de implantação entre os municípios, limitações de infraestrutura, recursos humanos e tecnologia da informação, além da necessidade de maior integração entre os diferentes pontos da rede.

### **3.2 Ações estratégicas em desenvolvimento**

Entre as ações estratégicas em curso, destacam-se:

- Fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado;
- Reorganização dos processos de regulação;
- Revisão e padronização de fluxos assistenciais;
- Criação e fortalecimento de grupos temáticos regionais;
- Ampliação das ações de educação permanente;
- Melhoria dos mecanismos de monitoramento e avaliação.

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

Na RRAS 12, o problema priorizado foi a insuficiência de oferta na média complexidade para consultas, exames e cirurgias na especialidade de Cardiologia. Toda a construção e pactuação regional desse ciclo se desenvolveram a partir desse eixo prioritário. Utilizando metodologias claras de priorização, as CIRs puderam identificar problemas estruturantes da rede e iniciar a construção dos Planos de Ação Regionais. A regionalização é um importante passo de um processo participativo, técnico e orientado por resultados, fortalecendo o protagonismo municipal e o compromisso coletivo com a execução das pactuações.

O diagnóstico situacional elaborado ao longo do processo evidenciou gargalos relevantes, tais como:

- Fragilidades na integração entre APS e regulação;
- Dificuldades nos fluxos de encaminhamento e contrarreferência;
- Insuficiência de capacidade instalada em determinados pontos da rede;
- Problemas nos processos de trabalho da regulação;
- Comunicação interfederativa deficitária;
- Limitações de infraestrutura, recursos humanos e tecnologia da informação.

### 4.2 Pós-oficina

O Plano de Ação da regionalização da RRAS 12 está sendo construído de forma coletiva, tendo sua elaboração iniciada durante a oficina de regionalização e sendo progressivamente aprofundado nas reuniões subsequentes do CEGRAS. O plano contempla estratégias estruturantes, tais como o fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado, a reorganização da regulação, a racionalização da oferta regional de serviços, a institucionalização de rotinas de monitoramento e avaliação e a ampliação da corresponsabilidade municipal na governança da rede. Embora a consolidação final do plano esteja prevista para a segunda quinzena de janeiro, em razão da realização do CEGRAS agendado para 22 de janeiro de 2026, algumas ações já se encontram em execução nos territórios.

### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Entre os principais avanços observados, destacam-se o fortalecimento da governança regional, a qualificação das CIRs, a reorganização do CEGRAS e a construção de planos de ação mais consistentes e alinhados aos diagnósticos regionais.

Observa-se, ainda, maior maturidade institucional e ampliação do ambiente colaborativo entre Estado e municípios. Persistem, contudo, desafios significativos, como a necessidade de execução plena dos planos pactuados, o fortalecimento efetivo da APS como ordenadora do cuidado e a institucionalização da regionalização como prática permanente, reduzindo a dependência de atores específicos. Conclui-se que a RRAS 12 vivencia um momento de avanços reais e sustentados, ainda que permeado por desafios estruturais.

O próximo ciclo exigirá continuidade, monitoramento rigoroso e compromisso interfederativo para transformar o planejamento realizado em resultados concretos e duradouros para a população, fortalecendo a RAS e reafirmando os princípios do SUS.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 13

A RRAS 13 está localizada na Região Noroeste do Estado de São Paulo e é composta por três Departamentos Regionais de Saúde:

- DRS V – Barretos,
- DRS VIII – Franca,
- DRS XIII – Ribeirão Preto.

O território reúne 66 municípios e uma população estimada em 2,65 milhões de habitantes. A região apresenta heterogeneidade expressiva, com:

- Municípios de grande porte e forte complexidade assistencial (Ribeirão Preto, Franca, Barretos);
- Municípios de pequeno porte (<10 mil habitantes), representando mais de 50% de algumas regiões;
- Densidade variável de serviços e diferenças marcantes nos indicadores socioeconômicos.

Essa configuração exige forte integração regional, planejamento contínuo e estratégias articuladas voltadas à equidade e à organização das redes temáticas.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

A RRAS 13 possui rede estruturada em todos os níveis de atenção, com significativa oferta hospitalar, especializada e de saúde mental.

- Atenção Primária à Saúde (APS)  
Presença robusta de unidades básicas, equipes multiprofissionais e ampla capilaridade territorial — embora com heterogeneidade de estrutura entre municípios pequenos e médios.
- Atenção Especializada e Ambulatorial

Destaques:

- 2 AMEs estruturantes: Ribeirão Preto e Franca.
- AME Ituverava como referência regional no DRS VIII.

- Rede significativa de ambulatórios municipais e filantrópicos.
- Atenção Hospitalar. Nos três DRS há:
  - Hospitais gerais e especializados (incluindo hospitais regionais em Barretos e Ribeirão Preto);
  - Unidades mistas e maternidades;
  - Serviços filantrópicos contratualizados.
- Atenção Psicossocial (RAPS). A RRAS 13 apresenta:
  - CAPS I, II, III, AD e infantojuvenil distribuídos entre os DRS;
  - Serviços únicos no território, como CAPS III e CAPS III AD em Franca;
  - Leitos de psiquiatria em hospitais gerais;
  - Serviços em expansão, especialmente em Barretos e Franca.
- Regulação e Rede de Urgência
  - SAMU regional consolidado.
  - Centrais de Regulação instaladas nos três DRS.
  - Rede de urgência com UPAs e PS estruturados.

### **1.3 Atuação institucional do DRS V, DRS VIII e DRS XIII**

Os três DRS apresentam atuação ativa e contínua nas instâncias de governança:

- CIRs por Região de Saúde;
- Câmaras Técnicas;
- Comitês Gestores;
- CEGRAS da RRAS 13;
- Oficinas regionais e macrorregionais.

Participam regularmente: diretores regionais, áreas de planejamento, regulação, vigilância, atenção básica, saúde da mulher, saúde mental, articuladores municipais, prestadores e apoiadores do COSEMS.

Embora haja grande participação técnica, persiste variação na presença de secretários municipais de saúde — especialmente em municípios menores.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 13

A RRAS 13 demonstra forte mobilização institucional entre DRS, municípios e prestadores. Há continuidade de pautas estruturantes, especialmente:

- discussão de fluxos assistenciais;
- pactuação de critérios regionais;
- reorganização da RAPS;
- revisão do perfil assistencial dos AMEs;
- monitoramento de indicadores prioritários;
- articulação intersetorial, principalmente nos temas de saúde mental.

A condução das reuniões mostra avanço na participação qualificada dos gestores, com estímulo ao protagonismo municipal e maior apropriação das decisões interfederativas.

### 2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 13

A RRAS é marcada por fatores estruturantes:

#### Potencialidades

- forte presença universitária, tecnológica e hospitalar;
- serviços de média e alta complexidade com papel regional/macrorregional;
- atuação técnica qualificada nos DRS;
- boa estrutura de rede de urgência;
- pactuações prévias consolidadas;
- histórico positivo de cooperação intermunicipal.

#### Desafios

- elevada proporção de municípios pequenos com baixa capacidade instalada;
- cobertura insuficiente em alguns pontos da RAPS;
- dificuldade de acesso a serviços quaternários;
- necessidade de revisão de hospitais de pequeno porte;
- rotatividade de equipes e baixa participação de alguns gestores na governança;
- lacunas na articulação intersetorial.

## BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

### 3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 13

A RRAS 13 está articulada a um conjunto de programas estaduais e federais, incluindo:

- PMAE — Melhoria do Acesso e Qualidade das Especialidades;
- SUS Digital, incluindo Plano de Ação regional;
- Agora Tem Especialistas (PATE/OCI);
- Mais Médicos e Médicos pelo Brasil;
- Rede Alyne, RUE, RAPS, Rede da Pessoa com Deficiência;
- Convênios e programas de expansão da média complexidade;
- Ações de vigilância: arboviroses, imunização, vigilância nutricional, qualidade da água;
- Formação de gestores – Governança Regional do SUS/SP;
- Políticas informadas por evidências (doenças cardiovasculares – IEPS/SES-SP).

### 3.2 Outros encaminhamentos relevantes

- Revisão dos fluxos assistenciais com foco em saúde mental;
- Atualização do plano regional de oncologia, com investimentos em radioterapia (Franca e HCFMRP);
- Discussão de matriciamento regional em manejo de crise;
- Ampliação da oferta contratualizada via PMAE e PATE;
- Avanços em teleconsultoria e teleatendimento nas redes municipais.

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

A oficina consolidou:

- participação expressiva de gestores e técnicos dos três DRS;
- análise situacional conjunta, considerando heterogeneidade regional;
- validação dos problemas prioritários — com foco técnico na Saúde Mental;
- construção coletiva dos objetivos, fluxos e ações estratégicas;
- pactuação de responsabilidades e diretrizes para integração aos PRS e PDR.

No DRS VIII, apesar de dificuldades metodológicas iniciais, a oficina foi reorganizada e concluída posteriormente com elaboração dos planos pelas três regiões de saúde.

## **4.2 Pós-oficina**

Entre os principais movimentos pós-oficina destacam-se:

- consolidação dos planos de ação de cada DRS;
- apresentação e aprovação nas CIRs e posterior encaminhamento ao CEGRAS;
- definição de grupos condutores específicos (como RAPS);
- discussão sobre financiamento e necessidade de documento integrado da RRAS;
- ampliação das agendas de capacitação em manejo de crise na APS e urgência;
- revisão dos fluxos regionais e alinhamento entre níveis de atenção.

Nos DRS V e XIII observou-se processo mais acelerado de implantação das ações, enquanto no DRS VIII houve avanço progressivo após reorganização interna.

## **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

O engajamento dos gestores e equipes técnicas demonstra variabilidade entre regiões, mas destaca-se:

Aspectos positivos

- participação ampliada dos técnicos e diretores regionais nas instâncias;
- maior protagonismo municipal estimulado pela nova condução das CIRs;
- cooperação crescente entre municípios pequenos;
- fortalecimento da cultura de planejamento regional e EP;
- organização de espaços de pactuação mais maduros.

Pontos de Atenção

- necessidade de maior presença de secretários de saúde;
- rotatividade de articuladores (especialmente saúde mental);
- diferenças marcantes na capacidade técnica entre municípios pequenos e grandes;
- necessidade de fortalecer a articulação intersetorial (Saúde–Assistência–Educação–MP/Judiciário).

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 14

A Rede Regional de Atenção à Saúde de Piracicaba (RRAS 14) situa-se na região leste do Estado de São Paulo e possui uma extensão territorial de 8.548,47 km<sup>2</sup> (IBGE/2002 – Resolução nº 05 de 10/10/2002) com um total de 1.558.726 hab (IBGE, 2022), compreendendo 26 municípios, a saber: Águas de São Pedro, Analândia, Araras, Capivari, Charqueada, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Elias Fausto, Engenheiro Coelho, Ipeúna, Iracemápolis, Itirapina, Leme, Limeira, Mombuca, Piracicaba, Pirassununga, Rafard, Rio Claro, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Cruz da Conceição, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra e São Pedro.

Dentre as Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo, a RRAS 14 é composta por 4 Regiões de Saúde – RS: Araras, Limeira, Piracicaba e Rio Claro.



26 municípios  
4 Regiões de saúde  
Fonte: SEADE, 2024

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

Possui uma cobertura de APS de 53,4%, contando com 286 unidades de saúde (posto de saúde, unidade básica e unidade mista), com 207 equipes saúde da família homologadas. Há 29 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 28 centros de especialidades, 3 AMEs direcionados à atenção especializada, 6 Comunidades Terapêuticas (CT) (Programa Recomeço), 3 CT privadas, 7 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 1 instituição psiquiátrica, 3 e-multi em saúde mental, 1

consultório na rua. Há 20 unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento, 38 unidades hospitalares sendo 30 Hospitais Gerais, 3 Hospitais Especializados e 5 Hospitais Dia, 18 unidades de Vigilância em Saúde, 4 polos de academia da saúde (CNES, 2025).

### **1.3 Atuação institucional do DRS X**

O DRS-10 responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como articulador entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional. Os atores técnicos ativos na RRAS 14 em CIRs, Câmaras Técnicas, Comitê Gestor, Oficinas e reuniões regionais são gestores/suplentes dos municípios, representantes do COSEMS, DRS X (Diretor, Equipe planejamento, Equipe AB, Redes, Regulação, Saúde Mental, GVE e GVS) e SES-SP (Facilitadora do processo de regionalização), bem como representantes de hospitais e serviços especializados.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 14**

A participação em Câmaras Técnicas, CIR, CEGRAS, grupos técnicos condutores, oficinas e reuniões regionais é composta pela direção do DRS 10, por técnicos dos Municípios, por gestores/suplentes dos municípios, pelos apoiadores do COSEMS e pela facilitadora regional e por representantes das áreas específicas como Regulação, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência, Planejamento, entre outras com intuito da articulação regional, o apoio aos municípios e a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, alinhadas às necessidades e especificidades do território.

### **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 14**

A gestão da Rede Regional de Atenção à Saúde de Piracicaba (RRAS 14) é implementada por meio da execução das ações e serviços públicos de saúde dessa macrorregião, articulando a gestão estadual com as gestões municipais e promovendo o planejamento integrado das ações de saúde fomentando o trabalho contínuo colaborativo.

Há apoio permanente às equipes municipais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Urgência/Emergência, buscando organizar a saúde em redes, distribuindo serviços segundo as necessidades locais e reduzindo desigualdades no acesso.

Ainda no contexto operacional e gerencial destacam-se os Grupos Técnicos Condutores, oficinas, fóruns, seminários, encontros macrorregionais instituídos no âmbito regional: Grupo Técnico de Atenção Básica, Grupo Condutor de Saúde Mental, Fórum de Regulação de UE e Saúde Mental, Oficina Macrorregional Rede Alyne, Seminário Triagem Neonatal, Oficina Rede Alyne, Fórum IAM, Fórum Políticas de Saúde- LGBTQIA, Seminário de Redes, Fórum AVC, Fórum Rede Alyne, bem como o Comitê de Vigilância à Mortalidade Materno Infantil.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 14**

- Redes Temáticas (Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência etc.);
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Mais Médicos para o Brasil;
- Programa SUS Digital;
- Programa Consultório na Rua;
- Programa Academia da Saúde;
- Programa Saúde na Hora;
- Programa Vigi-água;
- Programa IGM SUS Paulista;
- Programa Integra;
- Programa Tempo de Cuidar;
- Programa Farmácia Popular e Dose Certa;
- Assistência Farmacêutica e Medicamentos de Alto Custo;
- Programa Sorria São Paulo;
- Carretas de Mamografia;
- Vacinação;
- Programa Estadual do Controle do Tabagismo;
- Estratégia Saúde da Família;

- Projeto Nós na Rede;
- Brasil Saudável;
- Programa Agora Tem Especialistas (PATE) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE);
- eMulti (Equipe Multiprofissional na APS);
- SAMU 192 e UPA 24 h.

## **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

A organização da 3ª Oficina de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde, na RRAS 14, aconteceu por meio de reuniões preparatórias com disponibilização dos marcadores de produção e regulação do acesso, bem como apresentado e discutido sobre a metodologia a ser trabalhada durante a oficina. Foi ressaltado a importância de considerar o percurso do paciente na rede de atenção à saúde, tendo como norteador a situação problema elencada no território pelos atores envolvidos.

Nesse espaço aconteceu importante discussão, sob eleição dos vinte e seis municípios que compõem a RRAS14, sobre a Linha de Cuidado em Saúde Mental, escolhendo-se 3 gargalos:

1. Dificuldade da APS na identificação precoce do paciente com quadro de saúde mental e articulação intersetorial em diferentes níveis de atenção (CRAS ou CREAS, Conselho Tutelar, Segurança Pública e outros) para fortalecimento de vínculos e permanência no território;
2. Não ter referência de leito adulto e pediátrico com retaguarda em psiquiatria em Hospital geral. Dificuldade dos Hospitais Gerais em receber pacientes psiquiátricos, em leitos de pediatria;
3. Insuficiência de equipes e equipamentos na rede de atenção psicossocial

### **4.2 Pós-oficina**

As discussões, Pós-oficina, buscaram identificar as fortalezas da regionalização da saúde na RRAS 14 e sobre os desafios a serem enfrentados nesse processo.

Foram retomados os gargalos eleitos e procedeu-se ao monitoramento e avaliação das ações propostas. Além disso, foi estabelecida a parceria com o CDQ do DRS X para o fortalecimento da educação permanente no âmbito da saúde mental.

Nesse sentido, os principais pontos observados que caracterizem a condução e efetivação das ações pós oficina foi o fortalecimento da atenção básica, fomento da educação permanente e articulação intersetorial que possam acolher as necessidades de cada caso, estabelecendo diálogo e vínculo entre os diversos atores envolvidos nos pontos de atenção da rede de atenção psicossocial visando a integração da rede, buscando estabelecer também indicadores em saúde mental para planejamento, monitoramento e avaliação contínua, credenciamento de leitos psiquiátricos e equipes especializadas em hospital geral para atendimento de crianças e adultos, reforçando junto aos gestores das instituições envolvidas a efetivação da CIB 118/2018 e a ampliação das equipes e-multi até dezembro de 2026.

#### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

O engajamento das equipes técnicas da RRAS 14 é caracterizado pela cooperação, qualificação das equipes técnicas e adoção de mecanismos de governança participativa, buscando a melhoria contínua da oferta de serviços à população.

Além disso, gestores e equipes técnicas da RRAS 14 participam de processos colegiados, como a Comissão Intergestores Regional (CIR), traduzido em espaço de negociação e pactuação sobre aspectos financeiros, operacionais e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

Percebe-se a necessidade de maior participação dos secretários municipais na CIR, há situação de participação maior de suplentes, e foi reforçado a importância da comunicação efetiva das pautas. Tem sido reforçado a importância também dos técnicos do território compartilharem as discussões dos grupos condutores das áreas técnicas com os gestores facilitando assim o processo de tomada de decisão e melhorias na gestão, além de maiores investimentos para a melhoria da Saúde Digital na macrorregião, fortalecendo assim o processo de regionalização.

**BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE****1.1 Características Gerais da RRAS 15**

A RRAS 15 compreende dois Departamentos Regionais de Saúde (DRS), sendo o DRS VII, que apresenta duas regiões: a Região Metropolitana de Campinas e Circuito das Águas, e o DRS XIV tem três regiões: Baixa Mogiana, Mantiqueira e Rio Pardo.

A Região Metropolitana de Campinas (RMC) é formada pelos municípios de: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Morungaba, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. A Região do Circuito das Águas é composta por: Águas de Lindóia, Amparo, Lindóia, Monte Alegre do Sul e Serra Negra.

A Região Baixa Mogiana compreende os municípios de Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Itapira, Estiva Gerbi. A Região da Mantiqueira apresenta os municípios de Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, Tambaú, Vargem Grande do Sul e a Região de Rio Pardo compreende os municípios de Caconde, Casa Branca, Itobi, Divinolândia, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma e Tapiratiba.

O panorama dos municípios considera dados populacionais e grau de dependência do SUS, conforme painéis oficiais, constituindo base para análise da organização regional da rede e do planejamento assistencial. Em uma comparação sintética sobre a cobertura estimada da APS nos territórios temos: RMC com cobertura de 67,63% e Circuito das Águas com 100% de cobertura, Região da Mantiqueira 91,2% de cobertura, Região da Baixa Mogiana 66,3% de cobertura e de Rio Pardo 91,9% de cobertura. (fonte: <https://painéis.conasems.org.br/>).

**1.2 Rede Assistencial de Saúde**

A estrutura instalada da RRAS 15 evidencia grande heterogeneidade entre os municípios, refletindo diferenças de porte populacional, capacidade tecnológica e oferta de serviços. Municípios de maior porte concentram maior densidade de

serviços especializados e hospitalares, enquanto municípios menores apresentam elevada dependência da regulação regional para acesso à atenção secundária e terciária.

A Atenção Primária à Saúde encontra-se amplamente distribuída em todos os municípios, com UBS e ESF, constituindo a principal porta de entrada do sistema. A Atenção Secundária apresenta centros de especialidades, CAPS, CEO e serviços de reabilitação, com distribuição desigual entre os territórios. Ainda a RRAS 15 tem AME nas 5 regiões de saúde. A Atenção Terciária concentra-se em hospitais municipais, filantrópicos, estaduais e UPA's, com forte pressão assistencial, sobretudo nos serviços de urgência e emergência.

### **1.3 Atuação institucional do DRS VII**

#### **SÍNTESE NUMÉRICA DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL DA RRAS 15**

A partir da consolidação das informações descritivas da estrutura instalada dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas (RMC), Circuito das Águas, Região da Mantiqueira, Baixa Mogiana e Rio Pardo, é possível observar a seguir a síntese quantitativa da rede assistencial, segregada por território, permitindo leitura estratégica da capacidade instalada e de suas proporções.

Seguem descritos os números da capacidade instalada na RRAS:

- Atenção Primária à Saúde (APS): aproximadamente 408 unidades, considerando UBS, USF/ESF e equivalentes.
- Atenção Secundária: aproximadamente 167 serviços, incluindo Centros de Especialidades, CAPS, CEO, Centros de Reabilitação, ambulatórios especializados e serviços de apoio descritos no território.
- Atenção Terciária (Hospitalar e Urgência/Emergência): aproximadamente 141 unidades, englobando hospitais gerais e especializados, UPA's, prontos-socorros e prontos atendimentos.

### **1.3 Atuação institucional dos DRS VII e XIV**

A participação nas instâncias regionais de governança ocorre de forma sistemática, envolvendo CIR, Câmaras Técnicas, Comitê Gestor e Oficinas temáticas. As Câmaras Técnicas contam com representantes das Secretarias Municipais, técnicos

do DRS, coordenações estaduais, COSEMS e Facilitadoras da Regionalização. De julho a dezembro de 2025 foram realizadas na Região: 13 Câmaras Técnicas, 14 CIR, Reuniões de alinhamento técnico nível Central e território 14, Oficinas de Regionalização 01, na região de São João da Boa Vista foram realizadas mais 3 oficinas com as 3 regiões de Baixa Mogiana, Rio Pardo e Mantiqueira. Dando continuidade aos Fóruns de Discussão Técnica 02, Seminários ampliados e Capacitações de Saúde Estaduais: 02, Seminários ou Capacitações em Território (GTABS e demais estratégias, 04), 02 Reuniões CEGRAS.

Observa-se boa adesão institucional, especialmente da força de trabalho dos territórios, muito presentes nas capacitações e nas discussões de experiências exitosas, embora com oscilações de quórum e dificuldades na consolidação de encaminhamentos resolutivos por parte dos gestores, diante dos desafios operacionais para a implantação da Rede.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 15**

A atuação institucional nos espaços de governança mantém coerência com os pontos apresentados no Bloco 1, com participação ativa em instâncias colegiadas, pactuações regionais e acompanhamento das agendas estratégicas da regionalização.

### **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 15**

A Região Metropolitana de Campinas, Circuito das Águas, Região da Mantiqueira, Rio Pardo e Baixa Mogiana apresentam realidades distintas, o que se reflete nas prioridades pactuadas. Enquanto a RMC concentrou esforços na linha de cuidado cardiovascular, o Circuito das Águas, Mantiqueira, Baixa Mogiana e Rio Pardo priorizaram a oncologia. Entretanto, pós oficina houve mais 3 encontros nas 3 regiões de São João da Boa Vista e começaram a discutir a linha de cuidado cardiovascular.

Apesar dessas diferenças, todos os municípios enfrentam dificuldades para reduzir demandas reprimidas, especialmente em procedimentos eletivos e também de média e alta complexidade. Municípios menores apresentam alta dependência da regulação regional, enquanto os maiores lidam com sobrecarga assistencial. A pressão das

urgências e emergências limita a ampliação de agendas eletivas, perpetuando filas e impactando negativamente os desfechos clínicos.

A Atenção Primária apresenta maior potencial de melhoria a curto prazo, enquanto a Atenção Secundária e Terciária demanda investimentos estruturantes em equipamentos, serviços especializados e força de trabalho.

A ausência de expansão da capacidade instalada constitui o principal limite para avanços sustentáveis.

Nas discussões realizadas pós oficina de regionalização, um dos pontos mais colocados foi a saúde digital, com a necessidade de interoperabilidade de sistemas e telessaúde.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 15**

A RRAS 15 apresenta ampla adesão a programas e estratégias estaduais e federais, incluindo Redes Temáticas, Rede Alyne, RUE, Saúde Digital, Programa Mais Médicos, Planificação da Atenção à Saúde, Regulação Estadual e estratégias de Telessaúde.

Embora as Organizações do Cuidado Integrado (OCI) não estejam formalmente institucionalizadas em grande parte dos municípios, diversas linhas de cuidado e protocolos operam como OCI de fato, com destaque para saúde da mulher, DCNT, pessoa idosa, saúde mental, urgência e emergência e vigilância em saúde. Avançar na regulação assistencial requer a transição para um modelo estratégico e integrado, com pactuação regional de tetos assistenciais, definição de municípios-polo e protocolos unificados de acesso.

Destaca-se a necessidade de formalização de um Plano Regional de Enfrentamento da Demanda Reprimida, com metas escalonadas, critérios clínicos e uso combinado de atendimento presencial e teleassistência.

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

O processo de regionalização foi fortalecido por oficinas macrorregionais, culminando na constituição dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS). Na RRAS 15, os temas priorizados foram cardiologia, na RMC, e oncologia, no Circuito das Águas, baixa Mogiana, Mantiqueira e Rio Pardo.

### 4.2 Pós-oficina

Os principais avanços pós-oficina concentram-se na criação de grupos técnicos (GT ONCOLOGIA e GT CARDIO) e ações de capacitação, viáveis por não dependerem de aporte financeiro, contudo, demandas que exigem pactuação financeira e expansão de oferta permanecem limitadas.

### 4.3 Fortalecimento da gestão regional

Os gestores e equipes técnicas demonstram bom engajamento e compromisso com a regionalização, com fortalecimento da cultura de planejamento e do diálogo intermunicipal. Porém, a ausência de mecanismos regionais de financiamento e de indicadores compartilhados limita a cooperação efetiva e a materialização das pactuações.

O território apresenta alto capital técnico e disposição para avançar, mas enfrenta entraves financeiros e institucionais que restringem resultados concretos. O fortalecimento do apoio estadual e a adoção de instrumentos regionais de planejamento e monitoramento são decisivos para consolidar a regionalização.

**BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE****1.1 Características Gerais da RRAS 16**

A Região de Saúde de Jundiaí é composta por 7 municípios (Jundiaí, Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Louveira, Cabreúva, Jarinu e Itupeva) e a Região de Saúde de Bragança Paulista é composta por 11 municípios (Bragança Paulista, Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Nazaré Paulista, Socorro, Piracaia, Joanópolis, Pedra Bela, Pinhalzinho, Vargem e Tuiuti). Juntas, as duas regiões totalizam 1.257.576 habitantes, segundo senso IBGE 2022.

**1.2 Rede Assistencial de Saúde**

Possui uma cobertura de APS de 81.72%, contando com 166 Estabelecimentos de Atenção à Saúde na Rede Básica. A região conta com dois AMEs que prestam atendimento Regional, além de 17 hospitais públicos (gestão estadual, municipal e filantrópicos).

**1.3 Atuação institucional do DRS VII**

O DRS VII responde pelo planejamento, monitoramento, análise epidemiológica e controle de recursos do SUS na área, atuando como ponte entre a gestão estadual e os municípios, tendo papel importante na organização da rede de saúde regional.

**BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS****2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 16**

Participação em Câmaras Técnicas, CIR, oficinas e reuniões Regionais: direção do DRS VII, diretora de planejamento DRS, articuladora atenção primária do DRS, técnicos dos municípios, Secretários Municipais (esporádico em algumas reuniões), apoiador COSEMS, facilitador regional e áreas específicas quando a pauta exige (AMEs, diretores hospitais, Regulação, Atenção Primária a Saúde, Vigilância Epidemiológica/Sanitária, dentre outros).

## **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 16**

A RRAS 16 conta com o DRS VII de Campinas para coordenação de ações estratégicas e apoio técnico aos municípios na organização da rede de atenção à saúde. Destacam-se entre suas funções a cooperação na implementação de políticas regionais de saúde, o suporte às equipes municipais em programas prioritários, como Atenção Primária à Saúde, o fortalecimento dos instrumentos de gestão compartilhada e cogestão entre os entes federativos, além de fomentar ações integradas para superação da fragmentação dos serviços na região. No contexto operacional, os Grupos Técnicos Condutores têm papel essencial na consolidação das ações, destacando-se o Grupo Conductor Hospitalar e o Grupo Conductor da Atenção Primária.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 16**

- Redes temáticas (Alyne, RAPS, RUE, Saúde Bucal, Pessoa com Deficiência, etc)
- Programa Saúde na Escola (PSE)
- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)
- Programa Mais Médicos para o Brasil
- Programa SUS Digital
- Programa Consultório na Rua
- Programa Academia da Saúde
- Programa Saúde da Hora

### **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

#### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

A organização da 3ª Oficina de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde, na RRAS 16, ancorou-se nas reuniões ordinárias de regionalização, culminando com a realização da Pré- Oficina e da Oficina em si, que ocorreu nos dias 31/07 e 01/08/2025.

Os 18 municípios que compõe a RRAS elegeram a Linha de Cuidado da Ortopedia, destacando-se o gargalo para realização de cirurgias de alta complexidade. Os

principais pontos a serem trabalhados nos planos de ação foram a qualificação das filias cirúrgicas, vagas de RNM e leitos de alta complexidade superlotados.

#### **4.2 Pós-oficina**

No período pós-oficina, foram realizadas discussões a respeito de cada um dos gargalos elencados na oficina. A cada reunião de Câmara Técnica e CIR os pontos foram retomados e endereçados, com continuidade dos planos de ação.

Os Grupos Hospitalares foram também fórum importante para as discussões da Regionalização e foi realizada reunião adicional para iniciar discussão sobre problema oncologia usando metodologia da oficina.

#### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Os gestores e equipe técnica das duas Regiões de Saúde que compõem a RRAS 16 tem demonstrado engajamento e cooperação, realizando discussões propositivas que fortalecem a organização e integração das ações e serviços de saúde.

Participação ativa em processos de planejamento, regulação assistencial, monitoramento dos indicadores e fortalecimento dos espaços de governança regionais. Os espaços colegiados da Câmara Técnica e da CIR se traduzem em momentos construtivos de negociação e pactuação, a respeito de aspectos financeiros, operacionais e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

Há um esforço para fortalecimento de outros espaços de discussão, destacando os Grupos Hospitalares, que foram retomados regularmente.

Apesar dos avanços percebidos, ainda há necessidade de melhorar a comunicação entre os municípios e o engajamento dos municípios menores nas esferas de discussão e deliberação. As duas Regiões de Saúde têm características e desafios distintos, dificultando maior cooperação regional.

## BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE

### 1.1 Características Gerais da RRAS 17

O DRS XVII, região do Vale do Paraíba possui várias peculiaridades, desde as divisas com os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, confrontando com a Serra do Mar e a Serra da Mantiqueira, sendo uma região de grande trânsito interestadual ligando as maiores cidades do país, São Paulo e Rio de Janeiro. Possui ainda um polo industrial moderno e avançado.

Além das características urbanas das grandes metrópoles possui a região de serra contemplada principalmente na temporada de inverno e as praias na temporada de verão. Faz parte também o circuito religioso que conta com a presença de grande número de romeiros.

O DRS XVII está subdividido em quatro microrregiões: Alto Vale; Vale do Paraíba e Região Serrana; Circuito da Fé / Vale Histórico e Litoral Norte.

A RRAS XVII é dividida em quatro subdivisões sendo que atualmente três destas regiões possuem um Hospital Regional instalado e operante. Há previsão da inauguração do quarto Hospital Regional na região do Circuito da Fé e Vale Histórico nos próximos meses. A região é muito bem servida com AMES, tendo um em cada microrregião.

### 1.2 Rede Assistencial de Saúde

A rede reflete a diversidade territorial do Vale do Paraíba e Serra da Mantiqueira, combinando municípios de grande porte, com elevada capacidade instalada e oferta de serviços especializados, e municípios de menor porte, que dependem fortemente da organização regional para acesso à média e alta complexidade.

A Atenção Primária constitui a principal porta de entrada do sistema, com ampla implantação da Estratégia Saúde da Família na maioria dos municípios. Apesar dos avanços, persistem desafios relacionados à heterogeneidade da cobertura, à fixação de profissionais e à qualificação dos processos de trabalho. A atenção especializada

está organizada por meio de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs), policlínicas e serviços municipais e regionais de referência, concentrados principalmente nos municípios polos, como Taubaté, São José dos Campos, Jacareí, Guaratinguetá e Cruzeiro. Esses serviços atendem às principais linhas de cuidado regionais, incluindo cardiologia, ortopedia, oftalmologia, oncologia, saúde da mulher e da criança, entre outras, com regulação pactuada no âmbito regional.

A rede hospitalar da RRAS 17 é composta por hospitais municipais, estaduais e filantrópicos, distribuídos de forma estratégica no território. Destacam-se unidades de referência regional para média e alta complexidade, responsáveis pelo atendimento hospitalar especializado, cirurgias eletivas e procedimentos de maior densidade tecnológica. Os hospitais de pequeno porte cumprem papel complementar, especialmente no atendimento clínico e de retaguarda assistencial nos municípios de menor população.

A RRAS 17 conta com uma rede de saúde mental composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, CAPS AD e CAPS i), leitos de saúde mental em hospitais gerais e ações articuladas com a APS. A RAPS enfrenta desafios relacionados à ampliação da oferta, à integração intersetorial e à qualificação do cuidado territorializado.

### **1.3 Atuação institucional do DRS**

O DRS XVII – Taubaté atua de forma contínua e estruturada nas instâncias de governança regional da RRAS 17, participando ativamente da Comissão Intergestores Regional (CIR), Câmaras Técnicas, CEGRAS, Grupos Técnicos e reuniões temáticas, por meio da Diretoria Regional, diretores técnicos e equipes das áreas de planejamento, regulação, atenção à saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e apoio institucional.

Essa atuação ocorre de forma articulada com os gestores municipais, técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, apoiadores do COSEMS, prestadores de serviços e, quando pertinente, representantes do controle social, fortalecendo o diálogo interfederativo e a corresponsabilização regional. Esse arranjo institucional assegura:

- participação qualificada e regular dos municípios nos processos decisórios regionais;
- qualificação técnica das discussões, com base em análises epidemiológicas, assistenciais e de capacidade instalada;
- pactuações consistentes e factíveis para a organização das Redes de Atenção à Saúde na RRAS 17;
- alinhamento permanente das agendas regionais às diretrizes estaduais e nacionais do SUS;
- fortalecimento da regionalização, com foco na integralidade do cuidado, na equidade e na racionalização do uso dos recursos.

## BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS

### 2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 17

A presença do DRS XVII é bastante marcante e fecunda nesta região, desde o início de meus trabalhos em 31/07/25 tenho acompanhado as reuniões de CIR, Câmaras Técnicas, Comitê Gestor, Oficinas e demais reuniões.

Cada microrregião tem sua peculiaridade, sendo a região do Circuito da Fé e Vale Histórico a que possui a maior quantidade de gestores que questionam o serviço de saúde implantado, no entanto, por se tratar de uma região formada por pequenos municípios, sem Hospital ou UPAs próprios, apoiam-se uns aos outros para a resolução dos problemas.

### 2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 17

O DRS tem desenvolvido grande trabalho acertando os fluxos e referências da região como por exemplo, a descentralização da ostomia a pedido da cidade de Cruzeiro, desta forma cada município que encaminhava seus munícipes para Cruzeiro ficou responsável por seu próprio serviço. Ainda, capacitou os enfermeiros indicados pelos gestores municipais para serem os responsáveis pelos serviços e a partir do mês de novembro de 2025 descentralizou o serviço na região.

No Circuito da Fé e Vale Histórico, a Secretária de Saúde de Guaratinguetá fez um pedido o DRS XVII de municipalização do Hospital Frei Galvão devido às divergências com a prestadora Santa Casa. Com prontidão a diretoria do DRS entendeu a

viabilidade e importância para o município e para a região, visto que Guaratinguetá é referência regional em vários serviços especializados. A demanda foi encaminhada para o gabinete do Secretário Estadual de Saúde que, em reunião entre Diretora do DRS, Secretária de Guaratinguetá e Secretário Estadual de Saúde, definiram pela municipalização do Hospital Frei Galvão, que continuará a servir as especialidades para os municípios da mesma região.

A região do Circuito da Fé e Vale Histórico levou para uma CIR o pedido de redirecionamento de primeiro atendimento de urgência e emergência que antes como primeira referência era Guaratinguetá e pediram que fosse alterado para a Santa Casa de Cruzeiro. Prontamente a equipe do DRS redefiniu a grade de atendimento de primeira urgência atendendo ao pedido da região, considerando que de fato era o mais viável.

A região do Alto Vale, é bastante equilibrada, com grandes municípios referência para os municípios menores que ficam ao redor. As reuniões de CIR são produtivas com envolvimento dos gestores e técnicos municipais. A região possui grande número de serviços em saúde e estão bem equilibrados e recebem todo o apoio quando necessário.

A região do Litoral Norte apresenta uma característica peculiar, a união entre os municípios. Possui muitos serviços implantados e tem um destaque que é a implantação da RUE, Rede de Urgência e Emergência que teve boa aceitação por todos os gestores e técnicos municipais.

A região possui uma dificuldade comum, a dificuldade de acesso pela serra em época de temporada de verão. Tal dificuldade faz com que a integração e a conexão entre as secretarias fique ainda mais fortalecida.

Quando ocorreu o episódio da Rede de Frios com a perda de soro e vacinas nos quatro municípios, o DRS entrou em ação com a GVS, que fez reuniões com os secretários com devidas orientações sobre a guarda e conservação de soro e vacinas. Mesmo após orientações houve novo episódio de perda de soro e vacinas. Em reunião de CIR foi exposta toda a fragilidade dos serviços e as adequações que já estavam ocorrendo em alguns municípios, mais uma vez evidenciou o trabalho rápido

do DRS na resolução deste problema e hoje os municípios já estão no processo de encaminhamento ou realizando as adequações necessárias.

Na região do Vale do Paraíba e Região Serrana os gestores se mobilizam na resolução dos problemas que são comuns, um ajudando o outro. É uma região bastante crítica que pede sempre a melhora nos serviços realizados. A volta do atendimento ambulatorial no HMUT aliviou bastante os pequenos municípios ao redor de Taubaté. O aumento de vinte leitos de UTI do mesmo Hospital, foi um grande avanço que teve todo o apoio e incentivo da diretoria do DRS. Ocorreu também a centralização das tomografias das cidades serranas no Hospital Leonor Mendes de Barros em Campos do Jordão, que foi um empenho de toda a equipe do DRS para que esse pedido ocorresse o mais breve possível.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 17**

Observa-se, ao longo do período, elevado envolvimento dos municípios, gestores, técnicos e de toda a equipe do DRS na busca de soluções para os problemas regionais, evidenciando compromisso com o fortalecimento da gestão regional.

- Programa Nós na Rede
- Programa Rede Alyne
- Saúde Mental
- Programa PATE – Carretas da Saúde
- Projeto SUSpirar
- Programa Tempo de Cuidar – Oftalmologia
- Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Lorena

### **BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL**

#### **4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais**

A terceira Oficina de Regionalização teve uma metodologia muito positiva, no primeiro dia foram realizadas palestras pontuais com direcionamento ao que estava sendo proposto, e com isso houve envolvimento de toda a plenária, em seguida as salas propostas das 4 regiões foram muito bem encaminhadas com discussões claras e

objetivas sobre a necessidade de que cada um apresentava para que fosse realizado o melhor trabalho possível com relação ao câncer de pulmão.

Durante o Corujão foi realizado o fechamento das informações em Fluxo de Atendimento e Plano de Ação. No segundo dia houve apresentação de todo o fechamento para o grupo do CEGRAS que debateu ponto a ponto trazendo grande esclarecimento e coesão de informações.

Os dois dias foram de muito debate, palestras e discussões. Chegou-se a uma conclusão clara e precisa das necessidades.

#### **4.2 Pós-oficina**

As Oficinas de Regionalização, especialmente a 3ª Oficina, consolidaram-se como importantes dispositivos de planejamento regional, permitindo diagnósticos compartilhados, definição de fluxos, construção de planos de ação e fortalecimento da coesão regional. A etapa pós-oficina reforçou o papel do Comitê Gestor e ampliou a articulação com programas estaduais, como o Antitabagismo, já em fase de implantação nos municípios. Na reunião do Comitê Gestor pós-oficina, que contou com expressiva participação dos secretários municipais de saúde, foi realizada uma palestra pela Coordenadora Estadual do Programa Antitabagismo. Na ocasião, foi proposta a capacitação dos municípios, por meio de seus técnicos responsáveis, com o objetivo de implantar o programa em pelo menos uma unidade de saúde por município, incluindo a organização da dispensação dos medicamentos. As capacitações já foram realizadas, com adesão de todos os municípios, e o programa encontra-se atualmente em fase de implantação.

#### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

O fortalecimento da gestão regional da RRAS 17, sob coordenação do DRS XVII – Taubaté, ocorre em um território marcado por grande diversidade geográfica, demográfica e econômica, que se destaca pela presença contínua e qualificada nos espaços de governança regional, como CIR, Câmaras Técnicas, Comitê Gestor e Oficinas de Regionalização, promovendo diálogo permanente, pactuações efetivas e corresponsabilização entre os municípios. Essa atuação tem sido fundamental para

organizar fluxos assistenciais, redefinir referências regionais e garantir maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

Entre os principais avanços, evidencia-se a capacidade de resposta rápida e articulada do DRS frente às demandas regionais, como a descentralização de serviços (exemplo da ostomia), a reorganização dos fluxos de urgência e emergência, o apoio à municipalização de unidades estratégicas e o fortalecimento da rede hospitalar regional, com ampliação de leitos, retomada de atendimentos ambulatoriais e centralização racional de serviços diagnósticos.

O fortalecimento da gestão regional também se expressa na implementação e adesão a programas estratégicos, como Nós na Rede, Rede Alyne, Saúde Mental, PATE, SUSpirar e Tempo de Cuidar, todos conduzidos com forte protagonismo do DRS na mobilização dos municípios, capacitação técnica e pactuação interfederativa. Essas iniciativas contribuíram para qualificar a Atenção Primária, organizar linhas de cuidado, reduzir demandas reprimidas e ampliar o acesso a serviços especializados.

De forma geral, o fortalecimento da gestão regional da RRAS 17 reflete o alto grau de comprometimento do DRS XVII, mesmo diante de limitações estruturais e de pessoal, evidenciando uma gestão proativa, técnica e articuladora, orientada à resolução de problemas concretos e à melhoria contínua da atenção à saúde da população do Vale do Paraíba, Serra da Mantiqueira e Litoral Norte.

**BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE****1.1 Características Gerais da RRAS 18**

A RRAS 18 integra o Departamento Regional de Saúde III – Araraquara (DRS III) e é composta por 24 municípios, distribuídos em três Regiões de Saúde: Coração, Central e Noroeste, totalizando 1.024.087 habitantes (IBGE, 2024). O território apresenta grande heterogeneidade populacional e assistencial, concentrando polos estruturantes de média e alta complexidade em Araraquara, São Carlos e Matão, enquanto municípios de menor porte dependem fortemente da cooperação regional e da regulação compartilhada.

Entre os principais desafios regionais destacam-se: Desigualdades na capacidade instalada entre municípios; Dependência dos polos regionais para serviços complexos; Fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora do cuidado; Qualificação da regulação ambulatorial e hospitalar; Aprimoramento da governança intermunicipal frente à nova configuração regional.

**1.2 Rede Assistencial de Saúde**

A rede da RRAS 18 estrutura-se com os seguintes componentes:

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** A cobertura da APS permanece acima da média do estado (72%), embora apresente variações importantes entre municípios e Regiões de Saúde.
- **Atenção Especializada:** O território conta com ambulatórios especializados e policlínicas, tendo como referências regionais os AMEs Araraquara, Taquaritinga e São Carlos, responsáveis por parcela significativa da demanda regional em especialidades e exames.
- **Atenção Hospitalar:** O DRS III possui 24 hospitais SUS, sendo 3 especializados. A maior parte dos hospitais é de pequeno porte, com baixa resolutividade e necessidade permanente de integração com os polos regionais.
- **Urgência e Emergência:** A rede é composta por unidades de pronto atendimento/PA, UPAs e pelos serviços de SAMU Regional (Regiões Central e

Noroeste), estruturando o atendimento às emergências e garantindo fluxo para a rede hospitalar.

- Vigilância em Saúde: A vigilância epidemiológica e sanitária atua de forma articulada entre municípios e DRS III, assegurando monitoramento de agravos, respostas a surtos e coordenação de ações de saúde pública.

### **1.3 Atuação Institucional do DRS III**

O DRS III tem presença ativa e contínua nos espaços formais de governança, conduzindo: Coordenação das redes temáticas; Planejamento regional integrado; Apoio técnico às gestões municipais; Regulação de fluxos assistenciais; Qualificação das pactuações interfederativas; Acompanhamento de indicadores prioritários.

Tem atuação essencial nas reuniões de CIR, das Câmaras Técnicas, do CEGRAS e de reuniões temáticas, garantindo alinhamento técnico, articulação permanente e monitoramento dos processos regionais.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 18**

A governança da RRAS 18 é estruturada por ampla participação das áreas técnicas regionais e municipais, com envolvimento contínuo nas seguintes instâncias:

- CIR- Comissão Intergestores Regional: Conduz processos de pactuação interfederativa e delibera sobre fluxos, demandas estratégicas, planos regionais e metas prioritárias.
- Câmaras Técnicas: Discussão e análise técnica das áreas: APS, Vigilância, Assistência Farmacêutica, Regulação, Saúde Mental, Atenção Hospitalar e demais redes temáticas, apoiando a tomada de decisão regional.
- CEGRAS-Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde: Monitora a capacidade instalada, organiza fluxos, acompanha o Plano de Ação Regional e promove alinhamento entre municípios e áreas técnicas.
- Reuniões Técnicas e Oficinas Temáticas: Espaços para construção coletiva, qualificação das equipes, atualização de fluxos e fortalecimento do planejamento regional.

## **2.2 Estrutura Operacional e Gerencial da RRAS 18**

A organização do território se apoia em polos regionais: São Carlos, Araraquara e Matão, que concentram serviços de maior complexidade. A estrutura apresenta: heterogeneidade demográfica e socioeconômica; forte dependência da regulação regional para especialidades; diversidade na capacidade instalada da APS entre municípios; necessidade de integração permanente entre vigilância, APS e atenção especializada; histórico de cooperação intermunicipal estruturada; equipe regional técnica atuante e madura; desafios de comunicação intersetorial e padronização de procedimentos.

O território conta ainda com mecanismos de gestão compartilhada que fortalecem a regionalização, especialmente nos GTs temáticos e nas agendas permanentes com as equipes municipais.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 18**

A RRAS 18 participa ou encontra-se em articulação para implementação dos seguintes programas e arranjos estratégicos:

- Programa de Regionalização da Saúde / Governança Regional (estruturação da RRAS e governança regional);
- revisão do perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte;
- arranjos intermunicipais para Média e Alta Complexidade;
- pactuação com AMEs e serviços de diagnóstico;
- participação nos incentivos: NAG, PATE, entre outros;
- articulação com instituições de ensino (UNESP, UFSCar); Reorganização da Rede Alyne, Rede de Saúde Mental e Rede Oncológica.

#### **3.2 Outros Encaminhamentos Relevantes**

- reestruturação e consolidação dos Planos de Ação das redes temáticas;
- avanço no redesenho da Rede Assistencial da RRAS 14 e RRAS 18;
- intensificação das agendas de monitoramento e alinhamento de processos.

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

A oficina pautou a construção colaborativa do Plano de Ação da RRAS 18, com participação das três Regiões de Saúde e das áreas técnicas do DRS. Destacam-se:

- alinhamento prévio entre DRS e Regiões de Saúde;
- participação expressiva das equipes técnicas municipais;
- menor presença de gestores em alguns momentos;
- análise coletiva das versões dos Planos de Ação;
- pactuação dos eixos estratégicos (APS, Atenção Especializada, Hospitalar, Regulação, Saúde Mental, Governança, Educação Permanente).

A oficina promoveu integração entre equipes, troca de experiências e identificação de prioridades comuns, fortalecendo a construção regional.

### 4.2 Pós-oficina

Após o 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais, foram realizadas:

- consolidação e sistematização dos produtos;
- alinhamento sobre responsabilidades e prazos;
- início das ações prioritárias pactuadas;
- criação de mecanismos de acompanhamento (CIR e CEGRAS);
- disponibilização dos materiais produzidos;
- estabelecimento de cronograma de continuidade.

Persistem desafios relacionados à padronização de processos, comunicação entre áreas técnicas e definição de indicadores para monitoramento.

### 4.3 Fortalecimento da gestão regional

A RRAS 18 apresenta elevado engajamento das equipes técnicas e dos gestores, evidenciado por:

- participação ativa nos espaços de governança;
- ambiente colaborativo e responsivo;
- maior clareza de papéis e responsabilidades;
- fortalecimento da comunicação regional;

- adoção de mecanismos de monitoramento das metas;
- integração ampliada entre municípios e DRS.

Tais movimentos consolidam a governança regional e contribuem para a maturidade institucional da RRAS 18.

**BLOCO 1: CONTEXTO REGIONAL E ESTRUTURA DA REDE****1.1 Características Gerais da RRAS 19**

A RRAS 19 (DRS II – Araçatuba) é composta por 40 municípios, organizados em três Regiões de Saúde (CIRs): Central do DRS II, Dos Lagos do DRS II e Dos Consórcios do DRS II, totalizando 759.557 habitantes (Censo 2022). A Região de Saúde Central do DRS II é composta por 11 municípios: Araçatuba, Auriflamma, Bento de Abreu, Bilac, Guararapes, Guzolândia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Rubiácea, Santo Antônio do Aracanguá e Valparaíso, somando 298.249 habitantes (Censo 2022).

A Região de Saúde Dos Lagos do DRS II é composta por 12 municípios: Andradina, Castilho, Guaraçai, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Sud Mennucci e Suzanópolis, somando 197.605 habitantes (Censo 2022). Já a Região de Saúde Dos Consórcios do DRS II é composta por 17 municípios: Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Lourdes, Luiziânia, Penápolis, Piacatu, Santópolis do Aguapeí e Turiúba, somando 263.703 habitantes (Censo 2022).

**1.2 Rede Assistencial de Saúde**

O principal prestador estadual da macrorregião e a única que contempla a maioria dos procedimentos de alta complexidade é a Santa Casa de Araçatuba, um hospital-escola com mais de 200 leitos. Ainda contemplam a rede hospitalar o Hospital Estadual de Mirandópolis, e Hospitais de Pequeno Porte nos municípios de Andradina, Castilho, Ilha Solteira, Pereira Barreto, Penápolis, Barbosa etc. A região possui dois AME's: de Araçatuba (que está em vias de se tornar um AME Cirúrgico) e o de Andradina. O município de Penápolis já foi anunciado como sede de um novo AME Digital, com previsão para entrega em 2026. Está em desenvolvimento também a construção de um hospital estadual em Birigui-SP, com 200 leitos, e que drenará uma boa parte dos procedimentos de alta complexidade da região.

### **1.3 Atuação Institucional do DRS II**

A atuação institucional do DRS II na RRAS 19 ocorre por meio da coordenação do planejamento regional, do apoio técnico aos municípios e da articulação com a Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo a condução das CIRs das Regiões de Saúde Central, dos Lagos e dos Consórcios e a coordenação do CEGRAS.

O DRS II acompanha e organiza as pactuações regionais relacionadas à regulação do acesso, à gestão da oferta assistencial, ao monitoramento da execução da Tabela SUS Paulista e à revisão dos perfis assistenciais dos AMEs, em articulação com municípios, prestadores e áreas técnicas estaduais, além de participar e coordenar Grupos Técnicos Regionais, e apoiar ações vinculadas à vigilância em saúde, assistência farmacêutica, redes temáticas e demais iniciativas relacionadas à organização regional da rede assistencial, contando com a atuação integrada do facilitador regional no apoio às instâncias de governança e à articulação interfederativa.

## **BLOCO 2: AÇÕES E RESULTADOS POR RRAS**

### **2.1 Atuação institucional nos espaços de governança na RRAS 19**

A atuação institucional nos espaços de governança da RRAS 19 ocorreu por meio da realização regular das reuniões das CIRs das três Regiões de Saúde e da coordenação do CEGRAS, com participação de gestores municipais, equipes técnicas do DRS II, apoiadores do COSEMS, prestadores e áreas técnicas estaduais, conforme a pauta. Esses espaços foram utilizados para pactuação, acompanhamento e registro de encaminhamentos relacionados à regionalização, regulação do acesso, organização da rede assistencial, monitoramento da Tabela SUS Paulista e definição de prioridades regionais.

### **2.2 Estrutura operacional e gerencial da RRAS 19**

A estrutura operacional e gerencial da RRAS 19 foi organizada a partir da atuação do DRS II no apoio técnico aos municípios, na articulação entre as três Regiões de Saúde e na coordenação das ações regionais, e nas demandas estaduais e de programas interfederativos. Destacam-se as atividades relacionadas à gestão da oferta e da demanda assistencial, acompanhamento das filas reguladas, recentemente a

execução do programa Tempo de Cuidar, organização de fluxos regionais e articulação com prestadores. No período, foi iniciado o processo de revisão dos perfis assistenciais dos AMEs, com realização de reuniões técnicas, levantamento de informações e organização das etapas de apresentação e pactuação nos colegiados regionais, e posteriormente implantação de uma comissão de regulação ou grupo técnico para acompanhamento dos indicadores e necessidades de repactuação.

Estão em curso ainda, o Grupo técnico de Regulação em Oncologia, e em breve será retomado o Grupo de Trabalho em Saúde Mental e o Grupo de Trabalho em Urgência e Emergência.

### **BLOCO 3: PROGRAMAS, INICIATIVAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS**

#### **3.1 Programas com adesão e articulação na RRAS 19**

A RRAS 19 apresenta adesão e articulação a diferentes programas e políticas estratégicas do SUS, incluindo Redes Temáticas, programas voltados ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, regulação do acesso, saúde mental, urgência e emergência, vigilância em saúde e educação permanente. Essas iniciativas são desenvolvidas de forma regionalizada, com participação do DRS II, dos municípios e dos prestadores, conforme diretrizes estaduais.

As ações em execução apresentam heterogeneidade de implantação entre os municípios, em função de diferenças estruturais, disponibilidade de recursos humanos, capacidade instalada e utilização de sistemas de informação, além da necessidade de maior integração entre os diferentes pontos da rede assistencial.

Entre as ações estratégicas em desenvolvimento na RRAS 19, destacam-se:

- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado;
- Reorganização dos processos de regulação do acesso;
- Revisão e padronização dos fluxos assistenciais regionais;
- Criação e fortalecimento de grupos técnicos e temáticos regionais;
- Ampliação das ações de educação permanente em saúde;
- Melhoria dos mecanismos de monitoramento e acompanhamento das pactuações regionais.

## BLOCO 4: OFICINAS, GOVERNANÇA E ARTICULAÇÃO REGIONAL

### 4.1 3º Ciclo de Oficinas Macrorregionais

O processo de regionalização da RRAS 19 insere-se no ciclo de oficinas iniciado em julho de 2023, no âmbito do Projeto de Regionalização da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. No território da RRAS 19, foi realizada, nos dias 08 e 09 de setembro de 2025, a terceira oficina do ciclo, denominada Oficina Macrorregional de Redes Regionais de Saúde, com participação de gestores municipais, equipes técnicas do DRS II, apoiadores do COSEMS, prestadores de serviços e representantes das áreas técnicas estaduais.

A oficina teve como objetivo subsidiar a leitura compartilhada do território, apoiar a construção do diagnóstico situacional regional e iniciar a organização de propostas para o Plano de Ação Regional. O eixo priorizado no período foi a ortopedia de alta complexidade (joelho e quadril), considerando a demanda regional por consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, bem como seus impactos sobre a regulação e a rede hospitalar.

O diagnóstico situacional, construído a partir das atividades desenvolvidas durante a oficina, evidenciou fragilidades na integração entre Atenção Primária, regulação e atenção especializada, insuficiência de oferta em especialidades e procedimentos estratégicos — especialmente na área de ortopedia —, dependência de poucos prestadores regionais para a média e alta complexidade, dificuldades na padronização dos fluxos assistenciais e participação variável dos gestores municipais nos espaços de discussão regional.

O Plano de Ação Regional teve sua elaboração iniciada durante a oficina, com definição preliminar de problemas prioritários e propostas de encaminhamento.

### 4.2 Pós-oficina

Contudo, o plano permanece em fase final de estruturação, sem consolidação de uma rotina sistemática de acompanhamento e operacionalização nos espaços regionais. As ações propostas têm sido retomadas de forma pontual nas reuniões das CIRs, sem articulação contínua no âmbito macrorregional.

### **4.3 Fortalecimento da gestão regional**

Entre os avanços observados no período, destacam-se a realização da oficina macrorregional, a construção do diagnóstico situacional da RRAS 19 e a formalização inicial do Plano de Ação Regional, além da manutenção regular das reuniões das CIRs como espaços de discussão e pactuação.

Como desafios, permanecem a fragilidade da governança regional, especialmente no que se refere à atuação do CEGRAS, a baixa participação ativa de gestores municipais nas pautas estruturantes da regionalização, a dificuldade de operacionalização do Plano de Ação Regional e a necessidade de maior integração entre os pontos da rede assistencial.

As perspectivas concentram-se na retomada e consolidação do Plano de Ação Regional, no fortalecimento progressivo dos espaços de governança, no aprimoramento da articulação interfederativa e na continuidade do processo de regionalização, com foco na organização da rede, na regulação do acesso e na melhoria dos fluxos assistenciais da RRAS 19.

