Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do
acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo.**

Tania de Freitas Perinazzo

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública**

Linha de Pesquisa: Política, gestão e saúde

**Orientadora: Prof^a. Dra. Marília Cristina Prado
Louvison**

São Paulo

2018

Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo.

Tania de Freitas Perinazzo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Política, gestão e saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

Versão Revisada

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a) Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

de Freitas Perinazzo, Tania

Regionalização da atenção hospitalar : uma análise de acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo / Tania de Freitas Perinazzo; orientadora Marília Cristina Prado Louvison. -- São Paulo, 2018.

123 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Regionalização. 2. Atenção à saúde. 3. Hospitais. 4. Rede Cegonha. I. Cristina Prado Louvison, Marília , orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Alberto e Odalícia (in memória) pelos ensinamentos de vida, de resiliência e perseverança;

Aos meus familiares, amigos e companheiros de trabalho, que contribuíram para a realização e finalização desse estudo, incentivando, participando ou entendendo minhas constantes ausências;

Aos meus amigos e apoiadores do COSEMS, pelas trocas e os longos debates reflexivos buscando uma produção de vida mais justa e equânime;

À Faculdade de Saúde Pública, seus mestres e funcionários, pela oportunidade, ensinamentos e orientações;

Aos meus colegas de pós-graduação, pelo estímulo, companheirismos e trocas de conhecimento e experiências;

À minha orientadora, Marília, pelo acolhimento e generosidade em compartilhar sua sabedoria e sua imensa capacidade de empatia e afeto no cuidado.

Aos membros da banca, Ana Luiza Viana, Arthur Chioro e Oswaldo Tanaka pela disponibilidade e contribuições, fundamentais para essa produção;

Aos meus filhos, Caetano e Guilherme, pelo carinho, confiança, estímulo, suporte técnico em informática e por ter me abrigado em São Paulo nesse período;

E ao meu companheiro de vida e caminhada, Marcos, pela sua compreensão, generosidade e cuidados, que permitiram realizar esse sonho.

RESUMO

Perinazzo, T. F. Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018.

O Sistema Único de Saúde orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade; e pelas diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. No Sistema Federativo Brasileiro o poder é compartilhado entre o governo central e governos regionais, mas a capacidade da assunção da autonomia pelos entes subnacionais tem sido desigual e solitária, em vários momentos históricos. No processo de regionalização foram conformados territórios denominados Regiões de Saúde e a organização da atenção ancorada em Redes de Atenção à Saúde com enfoque na integralidade do cuidado. Em São Paulo organizou-se, sob a lógica da suficiência de serviços regionalizados, as Redes Regionais de Atenção à Saúde, compostos por uma ou mais Regiões de Saúde. A atenção ao parto foi organizada na Rede Cegonha contemplando a assistência materna e infantil. Um desafio atual é repensar o hospital no contexto de redes regionalizadas, com políticas de fomento à atenção hospitalar. Analisou-se o quanto as políticas de regionalização, que orientam a conformação e governança das Regiões de Saúde; a implantação das redes temáticas, priorizando a Rede Cegonha; e os incentivos para a rede hospitalar, qualificaram a atenção hospitalar no Estado. Trata-se de estudo descritivo e avaliativo, embasado em informações e dados quantitativos, de 2010 a 2016. Utilizou-se o acesso ao parto para análise da ampliação do acesso em âmbito regional. Levantou-se os Planos de Ação da Rede Cegonha, identificando as transferências financeiras, analisou-se a capacidade instalada de leitos relacionados à Rede e os fluxos de internações para partos, segundo risco. Os dados foram provenientes dos sistemas de informações, cadastros gerais e produção de serviços de saúde do SUS. Os dados foram comparados e analisados considerando os desenhos regionais estabelecidos nas políticas do Estado, utilizou-se o tabulador Tabwin para extração e construção de mapas cartográficos, e ferramenta Excel para organização, construção de tabelas, gráficos, cálculo do índice de dependência, análises exploratórias, de tendências e correlações. A implantação da Rede Cegonha relacionou-se mais à capacidade de gestores locais que às necessidades de saúde ou de uma coordenação estadual, pouco reduziu iniquidades e nem sempre agregou equilibradamente os diferentes equipamentos necessários ao cuidado. Manteve-se prioridade no investimento em serviços mais complexos, em detrimento daqueles de maior capilaridade, prevalecendo a lógica dos prestadores. Houve redução de leitos obstétricos e aumento do referenciamento entre as Regiões de Saúde para os partos de risco habitual, embora mais restritos à macrorregião de saúde; houve maior acesso aos serviços e partos de alto risco e redução proporcional desses referenciamentos. Na Região Metropolitana de São Paulo houve associação entre as transferências financeiras federais e menores referenciamentos para partos de alto risco. Foram ainda escassas as transformações no sentido das grandes apostas da Rede Cegonha como os centros de parto normal e o método canguru. Conclui-se que as políticas de incentivo ao processo de regionalização e qualificação da atenção hospitalar contribuíram pouco para o avanço da integralidade e equidade no SUS considerando os deslocamentos para atenção ao parto nas regiões de saúde do estado de São Paulo.

Descritores: Regionalização; Atenção à Saúde; Hospitais; Rede Cegonha.

ABSTRACT

Perinazzo, T. F. Regionalization of hospital care: an analysis of childbirth access and flow in the São Paulo state [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018.

The Single Health System (SUS) orients itself through the principles of universality, equity and integrality as well as through the guidelines of decentralization, regionalization, hierarchy and social participation. In the Brazilian Federative System, the power is divided between the central government and regional governments, but the subnational entity's ability to exercise autonomy has been unequal and solitary throughout history. During the regionalization process, territories called Health Regions were formed and the organization of healthcare was anchored to Care Networks, with a focus on integrality of care. In São Paulo, Regional Healthcare Networks, composed of multiple Health Regions, were organized, under the logic of regionalized sufficiency. Childbirth care was organized in Rede Cegonha, a network that contemplates child and maternal care. One current challenge is how to rethink hospitals in the context of regionalized networks, with hospital care development policies. To what extent the regionalization policies, that guide the conformation and governance of the Health Regions; the implantation of the thematic networks, giving priority to the Rede Cegonha; and the incentives to the hospital network, improved the state's hospital care was analyzed. It is a descriptive and evaluative study, based on information and quantitative data from 2010 to 2016. Access to childbirth care was used to analyze the amplification of access in the regional scope. The Rede Cegonha's action plans were verified to identify financial transfers. The bed installed capacity related to Rede Cegonha and the flow of hospitalization for childbirth, based on risk, were analyzed. The data was extracted from national information systems, general registrations and SUS's service production systems. The data was compared and analyzed considering the regional mapping established in the State policies, the tabulator Tabwin was used to extract and construct cartographic maps, and the tool Excel was used for organization, table creation, graphs, calculation of dependency ratio, and exploratory, trend and correlation analysis. The implantation of Rede Cegonha was related more to the capability of the local managers than to the health needs or state coordination, barely reduced inequities and did not always prioritized the different equipment needed for care in a balanced manner. Priority was given to investments on more complex services, in the detriment of those with higher demand, prevailing the provider's logic. There was a reduction in obstetric beds and an increase of referencing between Health Regions for usual risk deliveries, although more restricted to the health macroregion; there was higher access to high-risk services and deliveries and proportional reduction in referencing. In the São Paulo Metropolitan Region there was an association between federal financial transfers and a decrease in referencing for high-risk deliveries. The transformations towards the Rede Cegonha big wagers, like the normal delivery centers and the kangaroo method, were meager so far. Concludes that the incentive to the regionalization process policies and improvements in hospital care contributed little to the advance of integrality and equity on SUS considering the displacement for childbirth care in the Health Regions of São Paulo state.

Key: Regionalization; Healthcare; Hospitals; Rede Cegonha.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2. INTRODUÇÃO	16
2.1. O SISTEMA DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO	16
2.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	23
2.3. A REDE CEGONHA E O PAPEL DOS HOSPITAIS	27
2.4. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	34
2.5. O SISTEMA DE SAÚDE E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO	36
3. OBJETIVOS	45
4. METODOLOGIA	46
5. RESUTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1. OS RECURSOS FINANCEIROS	55
5.2. OS PARÂMETROS DA REDE CEGONHA	60
5.3. OS LEITOS OBSTÉTRICOS E LEITOS COMPLEMENTARES	68
5.4. OS PARTOS DE RISCO HABITUAL E PARTOS DE ALTO RISCO	86
5.5. O ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA E OS FLUXOS DE ACESSO	88
5.6. INDICADORES RELACIONADOS À REDE CEGONHA	99
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
8. APÊNDICES	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número e percentual de hospitais e leitos existentes no Brasil, e respectivos incrementos, segundo a esfera administrativa, em 1976 e 2009	30
Tabela 2 -	Quantidade de Regiões de Saúde, de Municípios e População segundo a RRAS e a Região de Saúde, no ESP, em 2016	42
Tabela 3 -	Procedimentos hospitalares de parto	51
Tabela 4 -	Aprovação do Plano de Ação da Rede Cegonha, pela CIB e pelo Ministérios da Saúde, com alocação inicial de recursos financeiros, segundo a RRAS e a etapa estadual da RC, no ESP, até dezembro de 2016.	56
Tabela 5 -	Recursos financeiros transferidos para o componente hospitalar da Rede Cegonha, segundo o ano, e repasses financeiros em 2016 por nascido vivo de 2015, segundo a RRAS, no ESP.	57
Tabela 6 -	Recursos financeiros transferidos pelo Programa Santa Casa Sustentáveis, segundo o ano e total, frequência de leitos SUS existentes em entidades sem fins lucrativos em dezembro de 2016 e transferências de recursos financeiros por leito SUS sem fins lucrativos, segundo a RRAS, no ESP, em 2016	59
Tabela 7 -	Internações obstétricas (IO): frequência (Freq.), dias médios de permanência (MP), taxa de ocupação dos leitos (TO), percentual de IO por outras causas que não o parto, segundo a Macrorregião de Saúde de ocorrência, no ESP, em 2010 e 2016.	62
Tabela 8 -	Percentual da Taxa de Ocupação média dos leitos obstétricos (TO), dias de Média de Permanência nas internações obstétricas (MP) e percentual de Internações Obstétricas por outras causas que não o parto, segundo as RRAS da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), do Interior e Litoral, e no Estado (ESP), em 2010 e 2016.	63
Tabela 9 -	Taxas médias de ocupação, de acordo com o número de leitos obstétricos e taxa de recusa (%).	66
Tabela 10 -	Valores da soma das taxas de cobertura pela saúde suplementar e taxa de partos SUS, segundo a Macrorregião de Saúde de residência, no ESP, nos anos de 2010 a 2015.	67
Tabela 11 -	Taxa de cobertura de Leitos Obstétricos SUS por Região de Saúde e a RRAS a que pertence, no ESP, no período de 2010 a 2016	69

Tabela 12 -	Frequência de Leitos Obstétricos (LO) totais, SUS e Não SUS; frequência de Hospitais com LO, totais, SUS e Não SUS, segundo a Macrorregião de Saúde, no ESP, nos anos de 2010 e 2016.	72
Tabela 13 -	Número médio de Leitos Obstétricos por Hospital, segundo a região e clientela atendida, no ESP, nos anos de 2010 e 2016.	73
Tabela 14 -	Leitos de Gestação de Alto Risco – GAR, segundo a Macrorregião de Saúde -RRAS. Parâmetro de necessidades em 2016; leitos habilitados, leitos qualificados e total de leitos habilitados/qualificados entre 2011 e 2016; taxa de cobertura do parâmetro e necessidade para o atingimento do parâmetro, no ESP, em 2016.	76
Tabela 15 -	Número de leitos de UTI Neonatal SUS existentes em dezembro de 2010 e de 2016; parâmetro de necessidades, taxa de cobertura do parâmetro, e necessidade para o atingimento do parâmetro em dezembro de 2016; leitos habilitados ou qualificados entre 2011 e 2016; leitos habilitados ou qualificados e não implantados e leitos existente não habilitados em dezembro de 2016, segundo a Macrorregião de Saúde -RRAS, no ESP.	79
Tabela 16 -	Leitos de UCI Neonatal SUS segundo a Macrorregião de Saúde. Número de leitos existentes; parâmetro de necessidades, taxa de cobertura do parâmetro, segundo o tipo de leito Unidade Intermediária – UI, UCINCO – UCO e UCINCA – UCA, em dezembro de 2016; leitos habilitados ou qualificados entre 2011 e 2016; leitos habilitados ou qualificados e não implantados e necessidade de leitos para atingimento do parâmetro em dezembro de 2016, no ESP.	81
Tabela 17 -	Quantitativo acumulado de leitos complementares de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal do SUS, habilitados ou qualificados e leitos existentes no CNES em dezembro, segundo o ano, no ESP, de 2011 a 2016.	82
Tabela 18 -	Síntese do número de leitos e média da cobertura do parâmetro assistencial, segundo os tipos de leitos e as RRAS da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), Interior e litoral, e do Estado de São Paulo (ESP), e os respectivos incrementos, em 2010 e 2016.	85
Tabela 19 -	Frequência de partos SUS segundo o risco, habitual (PRH) ou de alto risco (PAR), percentual de partos de alto risco - %PAR, e total de partos, segundo o ano de ocorrência, de mulheres residentes e realizados no ESP, de 2010 a 2016.	86
Tabela 20 -	�ndice de Dependência para PRH, segundo a região de saúde, a RRAS, o ano e tendências ascendentes (A) ou decrescente (D), das RS com valores maiores que 3,0 em pelo menos uma medição, no ESP, nos anos de 2010 a 2016.	88

Tabela 21 -	Número de Regiões de Saúde com Índice de Dependência para PRH maior que 3%, segundo a Macrorregião de Saúde e o ano, no ESP, de 2010 a 2016.	90
Tabela 22 -	Índice de Dependência para PAR, segundo a macrorregião de saúde - RRAS, o ano e tendências ascendentes (A) ou decrescente (D) das RRAS com valores maiores que 3,0 em pelo menos uma medição, nos anos de 2010 a 2016, no ESP.	95
Tabela 23 -	Índice de Dependência para PAR, taxas de cobertura de leitos GAR e de UTI Neonatal, segundo a macrorregião de saúde - RRAS, em 2016, no ESP	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Taxa de cobertura de leitos obstétricos SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2010.	74
Figura 2 -	Taxa de cobertura de leitos obstétricos SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	74
Figura 3 -	Taxa de cobertura de leitos de gestação de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	76
Figura 4 -	Taxa de cobertura de leitos de UTI Neonatal SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2010.	78
Figura 5 -	Taxa de cobertura de leitos de UTI Neonatal SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	78
Figura 6 -	Taxa de cobertura de leitos de UCI Neonatal SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016	82
Figura 7 -	Taxa de cobertura de leitos de UCINCO SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	83
Figura 8 -	Taxa de cobertura de leitos de UCINCA SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	83
Figura 9 -	Índice de dependência dos partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2010.	89
Figura 10 -	Índice de dependência dos partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	89
Figura 11 -	Frequência de partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, e fluxos entre RS e entre RRAS, em 2010.	93
Figura 12 -	Frequência de partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, e fluxos entre RS e entre RRAS, em 2016.	93
Figura 13 -	Índice de dependência dos partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2010.	94
Figura 14 -	Índice de dependência dos partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.	94
Figura 15 -	Frequência de partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo de ocorrência, e fluxos de residência e ocorrência entre RRAS, em 2010.	97

Figura 16 -	Frequência de partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo de ocorrência, e fluxos de residência e ocorrência entre RRAS, em 2016.	97
Figura 17 -	Percentual e tendência de mães com 7 ou mais consultas durante o pré-natal, no ESP, de 2010 a 2016.	100
Figura 18 -	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, segundo a RRAS, e meta estadual 2015 (77,75%), no ESP, em 2010 e 2016.	101
Figura 19 -	Percentual de partos cesarianos e tendência, no ESP, de 2010 a 2015	102
Figura 20 -	Percentual de partos cesáreos, segundo a RRAS, e meta estadual 2015, no ESP, em 2010 e 2015.	102
Figura 21 -	Taxa de Mortalidade Infantil e tendência no ESP, de 2010 a 2016.	103
Figura 22 -	Taxa de mortalidade infantil, segundo a RRAS, e meta estadual 2016, no ESP, em 2010 e 2016.	104
Figura 23 -	Taxa de óbitos fetais e tendência, no ESP, de 2010 a 2015	105
Figura 24 -	Taxa de óbitos fetais, segundo a RRAS, no ESP, em 2010 e 2015.	105
Figura 25 -	Razão de mortalidade materna e tendência, no ESP, de 2010 a 2015.	106
Figura 26 -	Razão de mortalidade materna, segundo a RRAS, no ESP, em 2010 e 2015.	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Matriz analítica, segundo as dimensões de análise, os indicadores selecionados e as fontes de dados.	47
Quadro 2 -	Parâmetros para a programação de leitos necessários à Rede Cegonha, segundo normas federais ou estaduais de São Paulo, de 2011 a 2015.	64
Quadro 3 -	Síntese dos resultados de maior relevância, relacionados às dimensões de análise.	108

SIGLAS UTILIZADAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANS - Agência Nacional de Saúde

CGBP - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergetores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CNES - Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPN - Centro de Parto Normal

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIR - Direção Regional

DRS - Departamento Regional de Saúde

ERSA - Escritório Regional de Saúde

ESP – Estado de São Paulo

GAR - Leito Obstétrico para Gestante de Alto Risco

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ID - Índice de Dependência

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LO - Leito Obstétrico

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NV - Nascidos Vivos

PAR – Parto de Alto Risco

PAReg – Plano de Ação Regional

PMS - Programa Metropolitano de Saúde

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PRH – Parto de Risco Habitual

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha

RM – Região Metropolitana

RMSP – Região Metropolitana de São Paulo

RRAS - Rede Regional de Atenção à Saúde

RS - Região de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SES SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UCA - Leito de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru

UCI Neo - Leito de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal

UCINCA – Leito de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru

UCINCO - Leito de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional

UCO - Leito de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional

UIN - Leito de Unidade de Intermediária Neonatal

UTI adulto - Leito de Unidade de Cuidados Intensivos para adultos

UTI Neo - Leito de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Início esse trabalho compartilhando alguns dos caminhos que me trouxeram até aqui. Tenho diversos e diversificados interesses, mas desde a mais remota lembrança tinha a firme convicção que seria médica, mesmo dentro de uma família sem tradição em galgar a universidade e muito menos a medicina.

Cresci em uma cidade do interior do Estado, e somente na universidade ampliei minha visão de mundo, entrei em contato com pessoas, manifestações artísticas, culturais e políticas muito além das vividas até então naquela pequena localidade. Era o final do regime militar, com muitos docentes retornando do exílio e compartilhando suas experiências, que hoje avalio terem sido fundamentais para minhas escolhas em saúde pública.

Outro ponto importante foram as inúmeras experiências assistenciais em postos de saúde, fora do ambiente hospitalar e até fora de um grande centro urbano, durante a graduação. E foi gratificante encontrar, nas leituras recentes dessa dissertação, o registro da ousadia de implantarem um novo modelo de prática em educação médica, com citações de vários dos cenários da minha formação à época.

Após a graduação e residência médica em pediatria, iniciei minhas atividades em postos de saúde, no período das Ações Integradas de Saúde, com inúmeras possibilidades de atuação principalmente na promoção da saúde e prevenção de doenças, áreas de grande interesse pessoal. Fiz algumas aproximações com a clínica privada e não me encantei, não me encontrei naquele espaço. Permaneci por mais de 15 anos exclusivamente na assistência em atenção básica, mas com uma inquietude crescente, certo conflito pessoal em relação à atuação de meus pares, não cabia na minha caixinha, me envolvia nos demais processos da unidade e queria interferir no modo de cuidar. Nessa época encontrei ressonância nos movimentos em defesa, proteção e apoio ao aleitamento materno, espaços em que transitei com maior conforto e atuo até hoje conciliando meus ideais com a minha prática.

Posteriormente fui convidada à gestão de uma unidade de saúde, concomitante à realização de cursos de especializações em saúde pública e gerência de unidade básica de saúde. Foi libertador quanto ao realizar e poder mudar, realmente interferir no modo de cuidar naquele pequeno território. Tive o privilégio de adentrar à gestão em saúde em um local extremamente carente, com inúmeras necessidades, tanto da equipe assistencial quanto dos usuários, aliado a uma gestão central democrática e instigadora. Esse encontro produziu profundos deslocamentos e muitos processos exitosos locais.

Essa rica experiência me abriu portas para o nível central da gestão municipal, na área de Regulação, Avaliação e Controle. Iniciei outro período de aprendizado e outros tantos deslocamentos, então efetivamente com a possibilidade de interferir e melhorar o cuidado em saúde de inúmeras pessoas. Foi dessa época o meu encontro com a Prof. Dra. Marília Louvison, referência na minha nova área de atuação, assim como a aproximação com os sistemas de informação em saúde do SUS e a atenção hospitalar.

A vivência na gestão municipal trouxe novas oportunidades, enquanto apoiadora do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP) em duas regiões ao norte do Estado, novos desafios na regionalização, nas pactuações intergestores e na construção de consensos.

Há quatro anos aposentei-me enquanto médica municipal e pude investir em novos desafios profissionais que acalento já há algum tempo: uma carreira acadêmica na área da Saúde Pública. Estar aqui concretiza muitos sonhos e abrem novas possibilidades de caminhar.

Essa pesquisa conciliou meu desejo de estudar a regionalização no estado de São Paulo e a atenção hospitalar, no sentido de buscar o que as políticas de regionalização e de redes de atenção à saúde convocaram, ou não, na qualidade da atenção hospitalar. Nesse sentido, percorri alguns caminhos, talvez longos ou tortuosos, mas essenciais para o meu conhecimento. Além disso, ter colocado em análise o nosso sistema de saúde, com a oportunidade de trocas e vivências em uma instituição como essa que frequentei nos últimos três anos, em um período de grandes transformações e retrocessos políticos em nosso país e particularmente na saúde pública foi, sem dúvida, um grande privilégio.

2. INTRODUÇÃO

2.1. O SISTEMA DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO

A Federação Brasileira surgiu com a primeira constituição republicana, promulgada em 1891 e declara serem três as esferas de poder político brasileiro: a União, os Estados e os Municípios, trazendo à tona o tema da autonomia municipal (DALLARI, 1995; FURTADO, 2016).

Em sua trajetória o Federalismo Brasileiro apresentou ciclos de centralização, associado a governos de tendências mais autoritárias (1930 a 1945 e 1964 a 1985), e outros de vocação mais descentralizadas, marcados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução política (1889 a 1930 e 1946 a 1964) (ABRUCIO, 1998).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 o Brasil passou a contar com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios enquanto entes federados autônomos. Essa Constituição definiu novo desenho para o sistema federativo no país: o federalismo cooperativo que favorece o processo de descentralização político e administrativo para as instâncias subnacionais de governo e reconhece os municípios como entes federativos (BRASIL, 1988; VASCONCELOS JÚNIOR, 2012).

No Brasil, a capacidade efetiva da assunção da autonomia pelo ente estadual ou municipal tem sido desigual e sem apoio, em vários momentos históricos. Segundo ARRETCHÉ (1999) não basta que a União se retire da cena para que estados e municípios passem a assumir competências de gestão; ou seja, a descentralização das políticas sociais não é um simples subproduto da descentralização fiscal, nem das novas disposições constitucionais derivadas da Carta de 1988. Nesse sentido, são relevantes os fatores relacionados às expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social, política e de capacidade administrativa dos governos; e também os requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos governos locais, tais como o legado de políticas prévias, as regras constitucionais e a própria engenharia operacional de cada política social. No entanto, a autora considera que, na ação política, eficientes estratégias de indução desenhadas para delegar a outro nível de governo a responsabilidade pela gestão dessas políticas, podem compensar aqueles obstáculos de natureza estrutural ou institucional.

O Sistema de Saúde brasileiro é segmentado, coexistem um sistema público de caráter universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema médico supletivo composto por medicinas de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, filantropias,

autogestões, odontologias de grupo, cooperativas odontológicas, administradoras de benefício; e um conjunto de atividades custeadas por pagamentos diretos dos cidadãos. Entretanto, as práticas do SUS, sejam elas dirigidas ao indivíduo ou à coletividade, atingem a totalidade da população brasileira (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

As sociedades organizam suas práticas de atenção à saúde em sistemas de distintas configurações. Sistema de Saúde é definido como *um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar respostas aos problemas de saúde de uma determinada população* (NORONHA, 2012).

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou melhor, é como os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis se organizam e articulam para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade, em uma dada sociedade. Os diversos modelos assistenciais existentes são embasados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença, e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Segundo MERHY¹, qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidade para indivíduos e grupos.

O Sistema Único de Saúde - SUS é definido como uma Política de Estado e materializado pelo Congresso Nacional, na chamada Constituição cidadã, em 1988 (BRASIL, 1988). É um projeto que assume e consagra os princípios finalísticos da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira; esses princípios dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar; e a eles se acrescentam os princípios estratégicos, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar². Tais diretrizes são a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde devem se orientar, dentre outras, pelas diretrizes de Descentralização e Regionalização. Desde sua criação, o SUS estruturou uma

¹ “Modelo de atenção à saúde como contrato social” – texto apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000.

² TEIXEIRA, C. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

ampla e diversificada rede de serviços de saúde, sob responsabilidades municipais, estaduais e da união, com relações de complementaridade entre eles (NORONHA, 2012).

Embora a descentralização e a regionalização sejam diretrizes norteadoras da organização político-territorial do SUS, desde o início de sua instituição, a descentralização foi privilegiada, em um processo de natureza político-administrativa que transferiu o poder decisório, a gestão de prestadores de serviços públicos e privados e de recursos financeiros, antes concentrados nas esferas federal e estadual, para os estados e, principalmente, para os municípios (VIANA e LIMA, 2011).

A descentralização iniciou na década de 1980, foi fundamental para o momento político de transição de um regime autoritário para outro período mais democrático, e assumiu papel de destaque nos movimentos dos governos estaduais e municipais, que buscavam maior autonomia decisória e financeira (VIANA e LIMA, 2011). A descentralização está ligada ao processo de construção do Estado Moderno, aparecendo na consolidação dos regimes democráticos e desaparecendo durante as ditaduras, entretanto a descentralização, por si só, não é condição suficiente para promover a democracia, mas sim a existência de princípios democráticos nas instituições políticas descentralizadas, em cada nível de governo (ARRETCHE, 1996).

A descentralização manteve destacada expressão na década de 1990, ancorada em Normas Operacionais Básicas (NOB). Dentre as principais inovações concernentes à essas diretrizes, destacam as NOB 01/91 e 01/92 como os primeiros instrumentos a regulamentar os espaços abertos deixados pela Leis Orgânicas da Saúde, entretanto foram orientados pelos princípios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com enfoque ao financiamento, valorizando as atividades hospitalares e ambulatoriais, e a lógica da assistência médica (SCATENA E TANAKA, 2001). A NOB 01/93 permitiu maior impulso rumo à descentralização ao definir as condições de gestão para municípios e estados considerando os diferentes estágios em que se encontravam em relação à descentralização no SUS, incentivou a municipalização e, ao final de 1996, 62,9% dos municípios estavam habilitados em uma das três modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena – correspondentes a graus diferenciados de organização e autonomia de gestão no SUS (LAVRAS, 2011). A NOB 01/96 instituiu o processo redistributivo de transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde para municípios segundo critérios populacionais, per capita, por meio do Piso de Atenção Básica Fixo, e propôs incentivos para a adoção do Programa de Saúde da Família (VIANA e LIMA, 2011).

Ao final da década de 1990 a descentralização atingiu todo o território nacional, com crescente assunção pelos municípios da gestão da rede ambulatorial, viabilizada pela transferência automática de recursos federais para as instâncias subnacionais (fundo a fundo).

Houve redução de desigualdades inter-regionais e melhoria de indicadores básicos de saúde, na medida que favoreceu formas mais democráticas de decisões políticas, no entanto, mesmo com espaços favoráveis para o enfrentamento das questões intergovernamentais como as Comissões Intergestores, houve certa estagnação dos avanços da descentralização do SUS, tanto pela maior complexidade das dinâmicas dos territórios, quanto pelo alinhamento do país à economia mais globalizada e aumento das desigualdades sócio espaciais, agravados pelo contexto nacional com políticas neoliberais que incentivaram a competição entre os entes federados e a setorização política, dificultando uma compreensão integrada da dinâmica territorial nacional e das distintas regiões (LAVRAS, 2011; VIANA e LIMA, 2011). Como consequência, segundo SOUZA (2002), os resultados da descentralização da saúde são contraditórios e dependentes das condições prévias locais e das distintas disposições políticas de governadores e prefeitos.

Em face desse contexto, esse processo inicial priorizando a descentralização, trouxe algumas disputas com a regionalização, implementada posteriormente, e marcada por processo político que se traduz pela necessidade de conformar regiões e redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação. Desde o início da década de 2000 a regionalização do SUS gradativamente ganhou destaque, enquanto estratégia de avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. O marco normativo foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002 que destacou o processo de regionalização, com estímulo ao planejamento regional no âmbito estadual e instituição de instrumentos para tal, como o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento e fortalecimento dos mecanismos de programação pactuada e integrada. Entretanto, seu alcance foi limitado pelos poucos recursos federais disponíveis para incentivos, baixo empenho dos estados para iniciar o processo e pelo caráter burocrático dos instrumentos de regionalização (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a). Em adição, houve alguns limites, como a implantação racional dos recursos da saúde, que fortaleceu uma lógica endógena, e não considerou a dinâmica dos territórios e os condicionantes macroestruturais que cristalizavam e reproduziam as iniquidades nas regiões (VIANA e LIMA, 2011).

Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde, com novas diretrizes preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, embasada no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e revisão das regiões de saúde, considerando as diversidades econômica, cultural e social (BRASIL, 2006a). O Pacto pela Saúde expressou compromissos entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS, com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde, retomou a regionalização como eixo central ampliando-a para além da assistência à saúde e atualizou os instrumentos de planejamento da NOAS, com maior coerência e ampliação das inter-relações entre o conteúdo do território, o

sistema de saúde e a descentralização. Nesse sentido, a regionalização deve ser um processo político, para lidar com a diversidade do SUS em sua relação com o território, mais complexo do que aquele relacionado à descentralização política-administrativa do SUS, e associa-o a uma perspectiva mais ampla e integrada, de transformação sócio econômica e de redução das desigualdades regionais (VIANA e LIMA, 2011).

Os principais objetivos da regionalização no Pacto pela Saúde foram: garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal; garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses loco regionais se expressem nas regiões (e não fora delas); racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006b).

O Pacto trouxe nova definição de Região de Saúde (RS):

Regiões de Saúde - são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva” (BRASIL, 2006b, p.23).

O Pacto pela Saúde convidou a uma revisão das Regiões de Saúde e incentivou a institucionalização do espaço interfederativo de pactuação e cooperação regional, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), definido como instância de cogestão permanente nos espaços regionais, constituído por representantes regionais das Secretarias Estaduais de Saúde e dos

municípios componentes da região, possibilita preencher o vazio de governança regional no SUS. É espaço privilegiado para a identificação de problemas, definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial, a formalização de novos modelos de relacionamento e a regulação de prestadores públicos e privados (VIANA e LIMA, 2011).

Nesse sentido, o Pacto inovou ao introduzir a obrigatoriedade da criação das Regiões de Saúde e sua instância de negociação intergovernamental (ALBUQUERQUE, 2013). O Pacto pela Saúde representou uma inflexão na forma de atuação federal e nas relações federativas, e acentuou a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde, com maior protagonismo dos estados e municípios na condução regional (MACHADO et al, 2010).

Sob a égide do Pacto, em 2010, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito SUS. Esse documento, fruto de um acordo tripartite envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), apresentou a RAS como uma estratégia para a superação da fragmentação da atenção e da gestão, e para qualificação da gestão do cuidado, reconhecendo o modelo de atenção vigente no país como fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, e que se mostravam insuficiente para dar conta dos desafios sanitários da época e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2014). Essa portaria se distingue dentre o conjunto normativo do SUS ao trazer conceitos norteadores do debate da regionalização que seguirá a partir de então, considerando publicações dos principais autores e pesquisadores acerca do tema (BRASIL, 2010a).

Na sequência, a Portaria nº 1.473, de 2011, estabeleceu compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Segundo MAGALHÃES JUNIOR (2014), esse formato organizativo em redes temáticas pode facilitar e induzir a implantação inicial de determinados temas em distintas regiões, que expandirão ao longo do tempo para a integralidade da assistência.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a). Dentre seus objetivos, destacaram-se: estabelecer o padrão de oferta de ações e serviços de saúde no SUS, proporcionar maior transparência na gestão do sistema, integrar as políticas de saúde e os instrumentos de planejamento no nível regional, fortalecer o controle social e garantir a segurança jurídica nas relações intergovernamentais (VIANA e SILVA, 2012).

Por este Decreto, os entes federados regionais se organizam por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), em substituição aos CGR, para a delimitação da região de saúde; para discutirem o planejamento e pactuações necessários à construção e condução da gestão regional compartilhada; para organizarem as Redes de Atenção à Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; e prevê a formalização de documento contendo os acordos de colaboração e responsabilidade entre os entes federativos, para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2011a). No entanto, após o quarto ano de publicação, o COAP havia sido efetivado somente por 20, das 22 regiões de saúde do estado do Ceará e por todas as 4 regiões de saúde do Mato Grosso do Sul, dentre as 438 regiões de saúde existentes no Brasil (CONASS, 2015).

O Decreto nº 7.508/11 e seus dispositivos introduziram mudanças relacionadas à definição de região de saúde, consolidando-a como recorte privilegiado para a indução e integração das políticas, expansão do financiamento, estruturação das redes temáticas e garantia da integralidade no acesso ao sistema. Define Região de Saúde – “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011a; ALBUQUERQUE, 2013).

Outro avanço do Decreto nº 7.508 foi a proposta de elaboração do Mapa da Saúde, instrumento para o planejamento regional, integrando espacialmente um conjunto de informações estratégicas sobre a conformação do sistema de saúde e à compreensão das realidades locais (ALBUQUERQUE, 2013).

Considerando as definições de Região de Saúde, o Pacto pela Saúde representou um progresso em relação à NOAS, ao condicionar o recorte regional à existência de um colegiado gestor agregando todos os municípios e o representante estadual e enfatizando a necessidade de cooperação e coordenação intergovernamental para a organização regional do sistema. O Decreto nº 7.508 avançou em relação ao Pacto pela Saúde ao incorporar as redes de atenção à saúde e um rol mínimo de ações e serviços de saúde como elementos constitutivos das Regiões de Saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Em relação à regionalização, o Decreto nº 7.508 considerou critérios de acessibilidade, economia de escala e um rol mínimo de ações e serviços, que incluiu atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde; além das inovações do Pacto pela Saúde. A existência de Redes de Atenção à Saúde não foi um critério de regionalização, mas, sim, um de seus objetivos (ALBUQUERQUE, 2013).

Ainda, segundo ALBUQUERQUE (2013), desde o início da década de 2000, foram publicadas três diretrizes nacionais de regionalização do sistema: a Norma Operacional de Assistência à Saúde (2001/02); o Pacto pela Saúde (2006); e o Decreto nº 7.508 (2011). Neste período as mudanças nas diretrizes nacionais distinguiram três fases da proposta de regionalização do SUS: a primeira, caracterizada pela “regionalização normativa”, que deu início ao processo; a segunda, caracterizada pela “regionalização viva”, que conferiu uma nova institucionalidade ao processo e favoreceu a transição para a terceira fase; esta, denominada como “regionalização contratualizada”, que introduziu novas regras e definições, novos instrumentos e objetivos, conferindo maior complexidade técnica, informacional, normativa e política ao processo.

2.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

As redes de atenção à saúde, postas no artigo 198 da Constituição Federal, que dispõe “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes...” (BRASIL, 1988). Para o sistema ser “único” e “descentralizado”, é necessário um modelo em rede, que dê conta da unicidade e da descentralização. Em adição, o SUS deve prover a integralidade da atenção à saúde do indivíduo, garantida por uma rede de atenção à saúde e uma rede de serviços (SILVA, 2008). Nesse sentido, estudos apontam que estruturar sistemas em redes é o caminho mais eficiente para a concretização da integralidade como princípio fundante do SUS brasileiro (MAGALHÃES JUNIOR, 2014); e ainda reduzem custos dos serviços, ao permitirem maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA, 2011).

O conceito de rede é analisado de formas distintas dentro das ciências sociais e da comunicação, entretanto há ideias semelhantes e convergentes ao definir novas formas de socialização e de fluxo informacional (ACIOLI, 2007). Nesse sentido, as disciplinas que trabalham com as redes de políticas compartilham a ideia de serem um conjunto de relações estáveis, não hierárquicas e independentes, que vinculam diferentes atores e compartilham interesses comuns relacionados a uma política, e que trocam recursos entre si no intento desses interesses, e concordam que a melhor maneira para o alcance das metas comuns se dá pela cooperação (FLEURY e OUVENEY, 2007).

Segundo RIBEIRO (2015), as redes são pensadas como processos políticos de suporte e sustentação à produção de respostas regionais às demandas, e como sistema de interação social, nos contextos sociais contemporâneos, em que a articulação e a rearticulação entre indivíduos são permanentes. Compõe um campo de interações, de construção social de relações

com múltiplas possibilidades de arranjos e negociações, dependendo do potencial de contatos e fronteiras que os atores sociais envolvidos podem estabelecer. Qualquer que seja a abordagem, o conceito de redes supõe administração de fluxos de informação, que são materializados, tornados públicos e distribuídos de acordo com as demandas das interações.

Segundo MENDES (2010) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Segundo SILVA (2008) a rede de atenção à saúde é uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e para a promoção da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, as redes de atenção à saúde “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

Considerando essas definições, os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde são: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam seus recursos; estabelecem-se sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010).

Para dar conta do ideário da RAS e sua concretização, definiram estratégias de transição, como: fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), para a coordenação do cuidado e organização da rede de atenção; fortalecer o papel das instâncias de governança regional – CIR para o processo de governança da RAS; fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência, nos âmbitos individual e clínico, gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco

e de agravos à saúde; fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; implementar o Sistema de Planejamento da RAS; desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS; e financiar o Sistema na perspectiva da RAS (BRASIL, 2010a).

No momento inicial de implantação das RAS como política estruturante do SUS, da rede assistencial, e levando em conta a pouca prática institucional interfederativa, foi discutida com estados e municípios quais as redes a serem priorizadas. As prioridades foram epidemiológicas, assistencial e por compromissos públicos assumidos pelo novo governo da época. Assim, num fluxo contínuo de formulação, discussão, negociação e pactuação com a representação dos estados e municípios, foram estabelecidas as seguintes redes temáticas prioritárias entre 2011 e 2012: Rede Cegonha (RC); Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS); e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências - Viver Sem Limite (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A Rede Cegonha foi a primeira rede temática organizada e para sua implantação foram propostas as seguintes fases de operacionalização: I - Adesão e diagnóstico; II - Desenho Regional da Rede; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Qualificação dos componentes e V – Certificação. (BRASIL, 2011b; 2011c). Nas regiões de saúde foram constituídos grupos condutores com participação de gestores estaduais e municipais para a condução do processo, no sentido de qualificar regionalmente o acesso à atenção ao pré-natal, parto e impactar nos seus indicadores de resultados.

O planejamento da RC abarcou toda a atenção à gestante e foi organizada em quatro componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Os componentes I e III foram facultados a todos os municípios (MAGALHÃES JUNIOR, 2014); do componente IV houve revogação dos recursos financeiros inicialmente disponibilizado à gestante para esse transporte e a Regulação organizou-se a partir das estruturas já existentes.

O desenho regional da RC compreendeu na parte inicial, a caracterização das regiões de saúde nos aspectos demográficos, epidemiológicos, da capacidade instalada em todos os níveis de atenção, da capacidade de gestão e relações intergestores, além das principais dificuldades; a segunda parte descreveu as ações propostas, de ampliação de ações e serviços a serem implantados atendendo aos parâmetros de necessidades previstos pela RC, assim como a qualificação dos componentes da RC: o pré-natal, a atenção ao parto e nascimento, e a atenção ao puerpério e à criança nos primeiros anos de vida. Essa qualificação teve como fio condutor

a linha de cuidado materno e infantil, com a ampliação do acesso aos serviços, acolhimento, classificação de riscos, fortalecimento de vínculos, qualificação da gestão e dos sistemas de informações, implantação de protocolos assistenciais, apoio aos deslocamentos das gestantes, investimento em ambiências dos serviços, implantação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, garantia de acompanhante, dispositivos de cogerção, promoção ao aleitamento materno e da alimentação saudável, atividades de educação permanente em saúde, promoção da saúde e atenção à saúde reprodutiva.

Esses processos de elaboração dos Planos e de implantação transcorreram em tempos e velocidades diversas em cada região, inicialmente foram priorizadas as regiões com maiores necessidades: a Amazônia Legal, a Região Nordeste, as regiões metropolitanas e capitais, atingindo 80% das gestantes. A partir de 2015 para as demais regiões e 100% das gestantes (BRASIL, 2014). A elaboração dos Planos também foi afetada pela competência de gestores e técnicos regionais, pela capacidade de negociação com equipes e prestadores, pelo grau de articulação e coordenação dos representantes estaduais, dentre outros. Após a elaboração e pactuação regional, os Planos foram aprovados nas Comissões Intergestores Regional e Estadual, e encaminhados ao Ministério da Saúde os processos de qualificação ou ampliação de leitos e serviços, para as habilitações e contrapartidas financeiras.

Gradativamente as estratégias para implantação da RAS estão se instituindo, houve investimento na estruturação da Atenção Primária à Saúde e as Redes Temáticas estão em implantação nas regiões priorizadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). No entanto, essa implantação das redes, a pactuação dos dispositivos do Decreto 7.508 na CIT, a instituição de incentivo financeiro de custeio aos estados para a implementação e o fortalecimento das CIR e do planejamento do SUS foram efetuadas de forma desarticulada, de tal modo que esses processos chegaram aos estados e municípios dissociados, reproduzindo a tradicional fragmentação na organização dos serviços e no financiamento. Busca-se fazer o salto das Redes Temáticas às Redes de Atenção à Saúde, enfrentando a herança dos programas e projetos verticais e a lógica de portarias e incentivos específicos, buscando uma gestão regional orientada pela atenção básica e para o cuidado integral ao usuário em rede, não pela lógica da oferta de procedimentos, serviços e de redes específicas, superando a imposição de agenda a partir da lógica dos prestadores (REIS, 2017).

A RAS é um processo em construção, em meados de 2017 foram propostas diretrizes para os processos de Regionalização, para o Planejamento Regional Integrado ser elaborado de forma ascendente e para a Governança das Redes das RAS (BRASIL, 2017). Para sua efetiva e plena implantação será necessário a articulação de distintos entes federativos e da sociedade organizada, de gestores, trabalhadores e usuários, com vistas à superação da fragmentação da

atenção à saúde, das diversidades e iniquidades territoriais, dos vazios assistenciais e do subfinanciamento do SUS.

2.3. A REDE CEGONHA E O PAPEL DOS HOSPITAIS

O hospital é uma instituição antiga na história da humanidade e ao longo de sua história os estabelecimentos hospitalares passaram por transformações, associadas por um lado, às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais; e de outro, às descobertas científicas e avanços tecnológicos da área biomédica (BRAGA NETO et al, 2012).

Os primeiros registros dos hospitais remetem ao século IV d.C., os hospitais surgem e funcionam tutelados às ordens religiosas, num contexto em que vigorava a crença nos milagres de cura e na virtude redentora do ato de caridade. Chamados de “Casas de Deus” ou “Casas de Misericórdia”, a assistência prendia-se mais à salvação espiritual e um papel no processo de transição entre a vida e a morte. Ao longo da idade média esse modelo de hospital se difundiu pela Europa, contudo somente na segunda metade do século XVIII estabeleceram-se as bases fundacionais do hospital moderno. A passagem do hospital medieval para o hospital moderno derivou de alterações econômicas e sociais associadas à primeira Revolução Industrial e do surgimento de uma nova mentalidade e atitude social frente aos problemas comunitários, a assistência aos pobres torna-se responsabilidade dos Estados e das cidades. Esse novo arranjo social, mais distante dos preceitos religiosos, propiciou condições para que essa instituição gradualmente se constituísse um espaço de estudos, investigação, tratamento e formação médica (FOUCAULT, 1979; BRAGA NETO et al, 2012).

Ao longo dos séculos XIX e XX houve extraordinário progresso científico e tecnológico na área biomédica, incorporação de técnicas e instrumentos, novas concepções do processo saúde-doença. Esse conjunto de inovações alterou de forma significativa as condições de práticas e as possibilidades terapêuticas da medicina moderna, concentradas no hospital – o estabelecimento sede da medicina de ponta. Nos países ocidentais, o período pós-guerra até meados de 1970 constituiu a era de ouro na assistência hospitalar, ancorados em condições políticas, sociais e econômicas favoráveis, e em altas taxas de crescimento, época do chamado Estado do Bem Estar Social, com difusão e radicalização do padrão de assistência à saúde fundado no hospital moderno – o modelo hospitalocêntrico. Tal arranjo possibilitou à medicina alcançar resultados espetaculares, entretanto esse modelo acarretou crescimento incessante dos custos assistenciais (BRAGA NETO et al, 2012).

A partir da década de 1970, premidos pelo contexto econômico mais difícil e pelo elevado custo da assistência à saúde, as políticas de saúde foram redirecionadas pela contenção

de gastos e pela busca de maior eficiência e qualidade. Nesse sentido, as iniciativas buscaram novas formas de pagamento da assistência hospitalar, racionalização da oferta do serviço, novas soluções gerenciais dos hospitais otimizando a utilização de recursos. A crítica ao modelo hospitalocêntrico ganhou radicalidade com a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978, que reafirmou a saúde como um direito humano fundamental e que a universalização do acesso só seria possível caso os sistemas de saúde tomassem a atenção primária como porta de entrada e base dos sistemas de saúde, organizando novo modelo de atenção à saúde fundado na ideia de um sistema integrado de serviços de saúde, com centralidade na atenção básica, e não na assistência hospitalar (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001; BRAGA NETO et al, 2012).

Em adição, é necessário citar a influência de fatores demográficos, com o progressivo aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população; fatores epidemiológicos, com redução das doenças agudas de origem infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas degenerativas; além dos fatores relativos ao desenvolvimento científico e tecnológico. Esse cenário indica que deveria privilegiar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento ambulatorial (MENDES, 2011; BRAGA NETO et al, 2012).

Ao longo desse período, nova doutrina médica se consolidou, com redução dos tempos de hospitalização, de isolamento do indivíduo e de inatividade física. O ambiente hospitalar passa a ser considerado potencialmente iatrogênico. Paralelamente, os avanços científicos permitiram deslocar procedimentos para outros ambientes ou otimizar a assistência hospitalar; assim surgiram novas modalidades assistenciais, como o hospital-dia, a cirurgia ambulatorial, a assistência domiciliar, dentre outros. Dado esse novo padrão de utilização dos leitos hospitalares, a capacidade instalada se mostrou excessiva. Nos últimos 20 anos vários países colocaram em prática políticas de desospitalização, reduziram leitos, fecharam hospitais, promoveram fusões ou conversão destes estabelecimentos em outros equipamentos de saúde (BRAGA NETO et al, 2012).

No Brasil, a fundação do primeiro hospital data de 1543, o Hospital de Todos os Santos posteriormente renomeado Santa Casa de Misericórdia de Santos, na cidade de Santos – SP, em funcionamento e referência regional até os dias atuais. (CASTELAR, 1995; BRAGA NETO et al, 2012). Quase cinco séculos depois, o país instalou 6.097 hospitais até 2016³, sendo 38% públicos, 32% entidades privadas e 30% entidades sem fins lucrativos, com destaque para as Santas Casas. Na década de 1930 surgiram os sanatórios para tratamento de doenças como a

³ Ministério da Saúde, DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, estabelecimentos por tipo no Brasil, hospital especializado e hospital geral, em 2016.

tuberculose e a hanseníase, associando-se aos manicômios públicos já existentes, e que cumpriam também o papel de alienação e isolamento desses indivíduos doentes. Gradativamente esses hospitais assumiram mais a cura dos doentes exercendo papel no desenvolvimento da medicina e na vida das comunidades; em anos mais recentes o poder das irmandades religiosas nas Santas Casas foi transferido para lideranças médicas e políticas locais. Esse período coincidiu com a modernização da medicina, incorporação de tecnologias sofisticadas e influência do modelo médico americano do pós-guerra (CASTELAR, 1995; ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001; IBAÑEZ, 2011).

Os hospitais ditos modernos são recentes, com poucas décadas de existência, fundados no esteio tanto das universidades públicas quanto do modelo previdenciário vigente. No final de 1960 a rede hospitalar foi fortemente expandida, fruto da política unificada da assistência médico previdenciária atrelada à lógica do desenvolvimento econômico do regime militar (BRAGA NETO et al, 2012).

A distribuição regional dos hospitais obedeceu ao desenvolvimento econômico de cada região e seu volume populacional. Entretanto, o número de hospitais não reflete o número de leitos nem sua complexidade, os leitos tendem a se concentrar nas regiões mais ricas e nas capitais, os leitos de maior complexidade se concentram nos hospitais de maior porte, tende-se assim concluir que as ofertas de leitos e de maior complexidade são desiguais e se concentram nas áreas mais ricas e urbanizadas (CASTELAR, 1995). A evolução da rede hospitalar brasileira foi mais influenciada por políticas localizadas ou por interesses de grupos que em função de uma política de saúde nacional, resultando em um quadro de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços.

Concomitantemente à dinâmica hospitalar, o país operou nas últimas três décadas um processo de expansão da cobertura da atenção básica, não hospitalar, em decorrência de políticas públicas e em particular, do SUS. Houve redução das internações e incremento na complexidade da atenção prestada, em que pese ainda a prevalência de cerca de 30%⁴ das internações serem por condições sensíveis à atenção básica e, portanto, passíveis de resolução por meio da atenção ambulatorial (BRAGA NETO et al, 2012).

Segundo BRAGA NETO (2012), em décadas recentes os hospitais públicos e privados apresentam tendências distintas. A dinâmica hospitalar pública esteve sujeita a diversas políticas, não coordenadas e por vezes contraditórias; iniciativas municipais com abertura de pequenos e médios hospitais convivem com incentivos à implantação de leitos complexos em grandes hospitais, especialmente naqueles sob gestão federal ou estadual. O setor privado,

⁴ Ministério da Saúde, DATASUS, % de Internações por condições sensíveis à atenção básica nacional, em 2015.

mesmo o contratado pelo SUS, apresenta dinâmica própria e típica de mercado, orientando-se pela racionalidade econômica, fechando leitos e serviços, e concentrando-se em espaços com maiores possibilidades de retorno. Nas últimas décadas houve aumento do número de hospitais e de leitos públicos e redução dos privados, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Número e percentual de hospitais e leitos existentes no Brasil, e os respectivos incrementos, segundo a esfera administrativa, em 1976 e 2009.

		1976		2009		Incremento (nº)
		Nº	%	Nº	%	
Público	Hospital	960	18,10%	2.839	41,30%	1.879
	Leito	119.062	23,80%	152.892	35,40%	33.830
Privado	Hospital	4.351	81,90%	4.036	58,70%	-315
	Leito	324.826	76,20%	279.104	64,60%	-45.722

Fonte: Pesquisa Assistência Médica Sanitária (BRASIL, 2010b).

O incentivo a internações de maior complexidade contribui para subsegmentar o parque hospitalar a serviço do SUS, gerando um conjunto de hospitais que incorporam tecnologias e alcançam novas escalas de produção e sustentabilidade. Consagram-se duas tendências: no segmento superior e mais dinâmico os hospitais de médio e grande porte, com maior densidade tecnológica, potencialmente mais sustentáveis economicamente e respondendo por demandas crescentes; na base os pequenos hospitais, com tendência a terem sua função assistencial parcialmente substituída por serviços não hospitalares mais eficientes e eficazes.

A nova Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), publicada em 2013, propões reformular a gestão e a atenção hospitalar no SUS. Comporta 6 eixos: Assistência Hospitalar; Gestão Hospitalar; Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; Financiamento; Contratualização; e Responsabilidades das Esferas de Gestão. A política nacional define e classifica os estabelecimentos e propõe mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013d).

A PNHOSP propõe organizar a assistência hospitalar no SUS a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado e na regulação do acesso, que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, no entanto sua implementação foi incipiente.

No estado de São Paulo, cabe assinalar que no período de estudo, entre 2010 e 2016, houve aumento de 6,3% do número de hospitais, as custas principalmente dos Hospitais Dia,

que cresceram 91,5%, o número de Hospitais Gerais manteve-se estável e houve redução dos Hospitais Especializados em 12,5%.

Quanto aos leitos destes estabelecimentos houve redução no número total de leitos (5,7%), redução dos leitos SUS (9,6%) e aumento dos leitos Não SUS (0,7%). As principais reduções no segmento SUS foram, em ordem decrescente: psiquiatria - redução de 35,1% dos leitos existentes, pediatria - 18,1%, obstetrícia - 10,5% e cirurgia - 5,1%. Por outro lado, houve aumento de leitos SUS em hospitais dia - 28,2% dos leitos existentes, principalmente cirúrgicos e pós transplantes; de leitos clínicos - 1,3% em clínica geral, oncologia e saúde mental; de cuidados crônicos e de reabilitação. Esse movimento resultou na redução de 5.705 leitos SUS no período. Quanto aos leitos complementares, houve aumento em ambos os segmentos, de 12,7% nos leitos SUS e de 19,3% nos leitos Não SUS⁵. O SUS detém 59,7% dos leitos de internações e 47,8% dos leitos complementares do Estado, em dezembro de 2016.

Esses movimentos na oferta de leitos no Estado estão relacionados às recentes transformações da atenção à saúde e da atenção hospitalar, introduzindo-se inovações no conteúdo das práticas assistenciais, preventivas ou promocionais, privilegiando cuidados ambulatoriais e domiciliares, qualificando a assistência hospitalar, com o hospital dia ou dotando-a de maior complexidade, como os leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) e leitos complementares de UTI e UCI, verificados nas últimas décadas também tanto em âmbito nacional quanto internacional (TEIXEIRA, 2006; BRAGA NETO et al, 2012).

Em São Paulo, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) adotou políticas de incentivo à qualidade da assistência prestada e complementariedade no financiamento de instituições hospitalares filantrópicas. Uma primeira medida, implantada há pouco mais de dez anos, foi o Programa Pró Santa Casa, deliberado em instância bipartite, contemplou todas as Regiões de Saúde segundo critérios populacionais, e definiu quantitativos financeiros destinados aos serviços hospitalares com responsabilidades compartilhadas entre estado e municípios, isto é, parte dos valores foi provida pela Secretaria de Estado da Saúde, e parte pelos municípios que utilizavam o serviço beneficiado pelos repasses. Este Programa apresentou contradições com determinações constitucionais e legais, que definem como um dos princípios organizacionais do SUS o comando único que impede a um prestador manter contratação de mesmo objeto com entes federativos diferentes. Outra disfunção evidenciada referiu-se ao fato do Programa Pró Santa Casa dispensar o mesmo tipo de tratamento para instituições de perfil assistencial e de complexidade de serviços muito diversos (SÃO PAULO, 2007b; COSEMS-SP, 2016).

⁵ Ministério da Saúde, DATASUS, CNES, estabelecimentos de saúde e leitos no período de 2010 a 2016

Em função desse tratamento homogêneo para situações heterogêneas, a SES SP elaborou um projeto de tipificação dos hospitais prestadores da rede pública no Estado, classificando os serviços conforme seu porte, sua complexidade de oferta de serviços e sua abrangência regional. Essa tipificação considerou os hospitais como estruturantes, estratégicos e de apoio, foi organizada na forma do Programa Santas Casas Sustentáveis, o qual previu substancial aporte financeiro para alguns hospitais filantrópicos, calculado como percentual da produção de média complexidade das instituições, distribuído com pesos diferentes, conforme a tipologia do hospital. O Programa, implantado em 2014, teve por objetivo contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência, no estado de São Paulo (ESP), capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivos, de média e de alta complexidade, que atendam às necessidades e demandas da população, em especial aquelas encaminhadas pelo setor de regulação do acesso e integrar as redes de atenção à saúde no estado. Foram definidos requisitos a serem atendidos pelos hospitais selecionados e aderidos ao Programa, os quais seriam periodicamente avaliados para a manutenção dos repasses financeiros (SÃO PAULO, 2014b; COSEMS-SP, 2016).

Esse Programa foi, sem dúvida, importante iniciativa por parte da gestão estadual, mas, como o anterior, violou o princípio da direção única no SUS; conectou essas instituições diretamente às centrais de regulação Estadual, mesmo naqueles serviços sob gestão municipal; foi formulado sem considerar as redes temáticas e a Política Nacional de Atenção Hospitalar; foi implantado de modo unilateral, sem pactuação com os gestores municipais ou Bipartite, ferindo os princípios interfederativos do SUS; e ainda manteve o Programa Pró-Santa Casa, contribuindo para a desorganização do sistema com a duplicidade de prioridades e critérios (COSEMS-SP, 2016).

O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde é ser um ponto de atenção e sempre será fundamental pois, por mais robusto que um sistema de atenção ambulatorial e domiciliar se apresentem, ainda assim existirão as condições que exigem atenção hospitalar. O grande desafio é repensar o hospital no contexto de redes regionalizadas, desconstruir o hospital como estabelecimento monolítico em sua representação sistêmica, para representá-lo como condomínio de serviços que se articulam em diferentes hierarquias da atenção, conforme a natureza da inserção dos seus serviços em termos de responsabilidades populacionais e territoriais, compondo redes de atenção e linhas de atenção e cuidados. Incluindo dessa maneira as diversas expressões do condômino hospitalar na rede de atenção às urgências, na atenção ambulatorial especializada, no apoio diagnóstico, na integração resolutiva junto à atenção básica e às redes de apoio psicossocial, compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente conforme as responsabilidades definidas (NEGRI FILHO e BARBOSA, 2014).

Historicamente, o cuidado com a gestação e o parto foi do domínio das mulheres; o parto era um evento vivenciado no espaço doméstico por mulheres e familiares responsáveis por acolher e cuidar da mulher e da criança recém-chegada, que assim era inserida na família e na comunidade. Mudanças sociais contribuíram para que a gestação e o parto passassem para o domínio da obstetrícia médica (CASTRO, 2015).

No início do século XX o hospital era local de parto destinado às mães solteiras e às mulheres desprovidas de recursos econômicos e apoio social. Neste mesmo período, a sociedade e o Estado brasileiros principiaram manifestar preocupação com o bem-estar das mães e das crianças, entendia-se que os cuidados com a saúde e a educação promoveriam proles saudáveis que contribuiriam para a riqueza e o progresso do país. Foram criadas leis para a proteção das mulheres e crianças; publicações destinadas ao público feminino buscavam levar conhecimento produzido por peritos, médicos e higienistas às mães, para que pudessem cuidar de seus filhos com base em preceitos considerados científicos, enquanto médicos alertavam as mulheres para afastarem-se das parteiras, curandeiros e buscarem o cuidado profissional qualificado no parto. Progressivamente, as mulheres das classes média e alta foram convencidas da importância da realização do parto em um hospital, e, a partir dos anos 1930, esse local passou a ser considerado ideal para o parto, acompanhado pela maior oferta de leitos obstétricos pelo país. O fenômeno de transferência do parto em domicílio para o parto no hospital também pode ser compreendido como um exemplo do alcance do biopoder sobre fenômenos da vida como o nascimento e o parto (MOTT, 2002; CASTRO, 2015).

Estudos recentes apontam que 98% dos partos no país são hospitalares, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 2006. No estado de São Paulo, entre 2010 e 2014, mais de 99% dos partos ocorreram em hospitais, segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)⁶. Esses dados demonstram a universalização do parto hospitalar (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a Atenção Hospitalar ocupa papel de destaque na Rede Cegonha e está disposta no Componente II, o qual dimensiona os seguintes serviços ou equipamentos, com incentivos para a implantação ou qualificação de leitos existentes e custeio: Centro de Parto Normal (CPN), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), Leitos Obstétricos para Gestantes de Alto Risco (GAR), Leitos de Unidade de Cuidados Intensivos para adultos (UTI adulto), Leitos de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UTI Neo), Leitos de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal (UCI Neo) e Leitos Canguru (LC). Os Leitos Obstétricos (LO) foram dimensionados, mas sem recursos de custeio federal para novos leitos, no entanto foram

⁶ Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Tabnet. DATASUS.

previstos novos recursos para implantação e custeio dos Centros de Parto Normal (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2015b).

O CPN é unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizado em suas dependências internas ou imediações, enquanto a CGBP é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco, que acolhe tanto a gestante quanto a puérpera, vinculada e preferencialmente próxima de um estabelecimento hospitalar de assistência à gestante de alto risco, e tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora sem necessidade de internação hospitalar. Todos os demais componentes – os diversos tipos de leitos – situam-se nos hospitais (BRASIL, 2013b; 2013c).

Segundo FEUERWERKER & CECÍLIO (2007), a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois a “linha de cuidado” pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. Os autores acrescentam que o hospital pode ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Nesse sentido, há o desafio de criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Ou seja, pensar a construção da integralidade desde o hospital, sem imaginar uma autossuficiência nessa produção ou sua desresponsabilização no momento da alta. Certamente os hospitais têm um importante papel a cumprir quando se propõe arranjos mais dinâmicos, em apoio matricial, em construção de linhas de cuidado que articulem diferentes equipamentos de saúde na produção das respostas às necessidades dos usuários, desde que superado o marco conceitual hegemônico que orienta sua concepção.

2.4. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A informação é um fenômeno social, também com dimensão política, econômica e histórica; é um bem público, tomada como fator de mudança; e não é um bem apropriável, ou seja, seu consumo não a reduz, também o prestador de informações não se separa da informação que ele faz circular. A informação é um recurso regenerativo, que cresce com o uso, podendo ser utilizada quantas vezes forem necessárias, em diferentes contextos, com valores distintos para cada interlocutor, segundo Branco, citado por TROCCOLI (2011).

A informação é o elemento chave para o uso da epidemiologia. O dado é a matéria prima e informação é o produto, uma representação da realidade; e, no percurso entre o dado e a

informação, existe um sujeito, individual ou coletivos, que dá sentido ao dado. Pode ser quantitativa ou qualitativa. É um recurso estratégico nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações realizadas; fortalece o processo de tomada de decisão, diminuindo o grau de incerteza desses processos. E, no caso de instituições, empresas e organizações, conhecer seus problemas, buscar soluções, atingir metas e cumprir objetivos requerem conhecimento e, portanto, informação. Por isso, há consenso de que não é possível exercer a gestão ou a gerência em qualquer setor se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação (DRUMOND JÚNIOR, 2012).

Da mesma forma, a informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, organização, execução e avaliação nos vários níveis que constituem o SUS (DRUMOND JÚNIOR, 2012).

Os sistemas de informação são mecanismos de coleta, processamento, análise e divulgação de dados e informações. Existem vários sistemas de informações disponíveis no SUS, alguns de base populacional como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Agravos sob Notificação (SINAN); os sistemas de cadastro, como o Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (CNS), e o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); os sistemas de informações de produção, como o hospitalar no SUS, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH); de produção ambulatorial no SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), e vários outros que abarcam grupos menores ou situações específicas, como as internações hospitalares não SUS, as imunizações, vigilância e controle do mosquito *Aedes aegypti*, agravos nutricionais, dentre outros (TROCCOLI, 2011; DRUMOND JÚNIOR, 2012).

Esses sistemas passam por transformações, acompanhando a implantação do SUS, o desenvolvimento de tecnologias e o uso da epidemiologia. Gradativamente o enfoque desses sistemas desloca do administrativo, da mera produção para gerar um pagamento, para ser informação e investigação epidemiológicas; deslocam de um lugar mais centralizado, para a descentralização, para serem operados por quem os produz e os usa.

Há avanços na disseminação da informação, tanto pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), quanto por alguns municípios maiores. Apesar das informações de saúde serem amplas, ainda há algumas lacunas de problemas de saúde não informados, como os relacionados à violência, acidentes e outros. Dados provenientes de outros setores também são utilizados, com destaque para os dados demográficos (DRUMOND JÚNIOR, 2012).

Esse estudo utilizará alguns dos Sistemas de Informação em Saúde existentes, especialmente o SIH e o CNES. O Sistema de Informação Hospitalar foi instituído em 1984 pelo Ministério da Saúde, inicialmente para operar o sistema de pagamento dos hospitais contratados, em 1986 foi estendido para os hospitais filantrópicos, em 1987 para os hospitais universitários e de ensino e em 1991 para os hospitais públicos. Gradativamente vem incorporando dados necessários às informações epidemiológicas e de gestão. O SIH coleta dados das internações ocorridas nos hospitais públicos e nos hospitais privados conveniados ao SUS, não registrando, portanto, a totalidade das internações ocorridas no país (TROCCOLI, 2011). A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS, que alimenta o SIH e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médicos e hospitalares, onde estão inseridos os materiais utilizados, os procedimentos realizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria, assim como a identificação do serviço de saúde de atendimento e dados do usuário.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde foi instituído em outubro de 2000, e a Portaria SAS 511/2000 normatizou o processo de cadastramento de estabelecimentos e de profissionais da saúde de todo o território nacional; seus dados subsidiam informações fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, com dados universais: da saúde pública, saúde complementar e saúde suplementar. Nesse sentido, todo e qualquer estabelecimento de saúde no país, de um consultório privado a um grande hospital deve estar cadastrado no CNES. Compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de localização, área física, recursos humanos, alguns equipamentos e os serviços ambulatoriais e hospitalares existentes (TROCCOLI, 2011).

2.5. O SISTEMA DE SAÚDE E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

A história dos serviços estaduais de saúde pública no Brasil iniciou com a primeira constituição republicana, em 1891, que atribuiu aos Estados competências para as ações de saúde pública (MASCARENHAS, 2006). No estado de São Paulo, os movimentos para a instituição e organização do sistema de saúde foram em sintonia com os movimentos nacionais. O histórico de descentralização no Estado também guarda relações com as reformas administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, com alguns períodos de maior protagonismo do Estado. Segundo VIANA et al (2009), o movimento histórico inicial no desenvolvimento

de estruturas regionais descentralizadas de gestão, ocorrido nas últimas décadas, foi a reforma administrativa que reorganizou os serviços da SES SP em quatro coordenadorias, conhecido como “reforma Leser”, aprovado em lei de janeiro de 1967, com descentralização da Coordenadoria de Saúde da Comunidade e criação dos Departamentos Regionais de Saúde e dos Distritos Sanitários.

Na década de 80, com o fim da ditadura militar e intensificação dos movimentos pela maior participação dos cidadãos nas decisões tomadas pelo estado, lideranças do setor da saúde questionaram o modelo predominante de atenção à saúde e buscaram meios para provocar mudanças. Neste contexto, ocorreu o segundo momento importante para a regionalização no Estado, na gestão João Yunes, que culminou na reforma administrativa de 1987 (VIANA et al, 2009). O processo iniciou em 1983, quando a SES SP implantou o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), propondo a universalização do atendimento em saúde, por meio da descentralização e hierarquização da rede de serviços na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), com a criação de módulos assistenciais de saúde para populações de 200 mil habitantes, composto por 1 hospital geral, 20 unidades de saúde e gerência única. O PMS foi a principal resposta à pressão exercida por movimentos populares ante à precária situação sanitária da RMSP (MELLO et al, 2011).

Os resultados positivos desse novo modelo de integração dos serviços impulsionaram uma ampla reforma administrativa na SES SP, conferindo nova concepção organizacional, mais adequada às diretrizes da regionalização, da descentralização e da hierarquização dos serviços. Resultante desse movimento, a mudança administrativa de 1986 extinguiu as estruturas de nível central e regional, e criou 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), 15 na grande São Paulo e 47 no interior do Estado. Eram órgãos regionalizados, que abarcavam os equipamentos ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais, para construir em cada região instâncias de coordenação descentralizadas. Cada ERSA contava com uma Comissão Regional Interinstitucional de Saúde enquanto estrutura política e de governança; priorizou-se o nível regional e local, que passou a ser a instância de coordenação, organização e execução dos programas de saúde, assim como de avaliação dos resultados e dos impactos alcançados (LANGBECKER & CASTANHEIRA, 2011; VIANA, 2014).

Deste momento importante para a regionalização no Estado, destacam-se as seguintes características: a descentralização radical da estrutura da SES SP, até o nível de departamento, com a gerência de todas as unidades da área de abrangência; a direção colegiada regional envolvendo outras esferas de governo e prestadores da assistência médica hospitalar; a criação de instâncias reguladoras regionais de avaliação, as Unidades de Avaliação e Controle (UAC); grande investimento na região metropolitana de São Paulo, com construção de unidades básicas

e hospitais gerais; controle de prestadores de serviços; o processo de transferência da rede básica estadual para os municípios e início da incorporação dos municípios na gestão regional (VIANA et al, 2009).

Desta forma, São Paulo adiantou-se às mudanças propostas pelo governo federal, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Em São Paulo, os ERSA assumiram a direção dos SUDS e passaram a absorver as antigas funções do INAMPS em suas respectivas áreas, incluindo o controle sobre os contratos e convênios com as instituições privadas de saúde, além da administração e gerência dos serviços próprios do INAMPS, e, portanto, a integração dos serviços estaduais de saúde com a rede própria e contratada do INAMPS (LANGBECKER & CASTANHEIRA, 2011; VIANA, 2014).

Em 1988, promulgada a Constituição Federal, a instituição do SUS reforçou a continuidade das reformas em curso no Estado, com destaque para a regulamentação do processo de descentralização da gestão para a esfera municipal, promovida pelas Normas Operacionais Básicas - NOB da década de 1990.

Sob as novas diretrizes, ocorreu outra reforma administrativa da SES SP em 1995, com a substituição dos ERSA pelo modelo das Direções Regionais (DIR); esse movimento expressou duas preocupações centrais: o enxugamento da máquina administrativa com a diminuição dos 62 ERSA para 24 DIR; e a proposta de reorientação do papel das regionais, tendo em vista a municipalização da rede básica e a necessidade de uma coordenação mais técnica do processo de gestão estadual (MELLO et al, 2011).

Segundo VIANA et al (2009) esse foi o terceiro período importante de mudanças, informado pela recentralização federal e descentralização de corte municipalista, amparados pelas políticas de corte neoliberal da esfera federal e pelo esvaziamento dos ERSA como estrutura regional de gestão. A estrutura administrativa proposta e a regulamentação das atribuições regionais revelaram o novo papel estadual na gestão do SUS, priorizando o planejamento regional, o apoio aos municípios e a regulação regional. Todavia, o movimento de reforma mais importante nesse período foi o crescente papel que a SES SP assumiu na provisão de serviços na área hospitalar, tanto pela administração de hospitais federais repassados à gestão estadual, quanto pela expansão de sua rede própria.

Com a implantação da NOB 96, os municípios aderiram às modalidades de gestão a partir de 1998 e, em 2001, perfizeram 482 municípios gestores da atenção básica, 161 plenos do sistema e apenas dois sem habilitação. A NOB 96 trouxe avanços no Estado, sobretudo pela agregação de recursos financeiros decorrentes da nova modalidade de repasse per capita com implantação do Piso de Atenção Básica e pela ampliação do teto financeiro de média e alta complexidade nos municípios que aderiram à gestão plena do sistema. A atenção básica foi a

principal responsável pelo avanço na descentralização no estado nesse período, mesmo sem aporte financeiro do ente estadual. A atenção em média e alta complexidade ficou em grande parte sob gestão do estado, principalmente nos municípios em que haviam equipamentos públicos próprios ou geridos pelo estado, independente da adesão municipal à Gestão Plena do Sistema Municipal (GUERRA, 2015).

À época, dentre os avanços da descentralização, destacaram-se a aproximação da gestão com o usuário, a ampliação da oferta e dos recursos financeiros; entretanto acentuou a fragmentação do sistema de saúde, sobretudo pela desarticulação e ausência de mecanismos de planejamento e pactuação entre a SES SP e os municípios, e entre os próprios municípios. Essa fragmentação foi potencializada pela vocação do estado na execução da assistência e por disputas políticas, ideológicas, partidárias e eleitorais (SOUZA, 2001).

Em 2001, com publicação da NOAS 01/2001, no intuito de avançar na implantação do SUS e superar as fragilidades do processo de regionalização, 399 municípios Gestores Plenos da Atenção Básica pela NOB foram habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e agregaram recursos financeiros federais para tal; e 6 municípios assumiram a Gestão Plena do Sistema Municipal. No âmbito da regionalização induzido pela NOAS, o estado de São Paulo foi organizado em 65 microrregiões, cujo desenho guardou similaridade com o desenho dos extintos ERSA, entretanto esse esboço de regionalização não foi efetivado na prática (GUERRA, 2015). As dificuldades para a implantação da NOAS no Estado foram de aspectos técnicos, operacionais, políticos e financeiros. Nesse sentido, cabe citar a inviabilidade de se organizar os módulos assistenciais e as microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização, tanto pela rigidez dos recortes assistenciais em média complexidade propostos pela NOAS dificultando as negociações intermunicipais e com o ente Estadual, quanto pela concentração de serviços e de poder em alguns municípios; a busca de autonomia por alguns municípios menores ignorando a economia de escala e mesmo a qualidade; e principalmente pela fragilidade técnica e política da SES SP e DIR para a condução estadual e regional do processo (FERREIRA et al, 2011).

Poucos anos após, em 2006, a edição do Pacto pela Saúde colocou a regionalização no centro da organização sanitária e se propôs menos normativo e mais negociado que a NOAS (BRASIL, 2006a). No mesmo ano, a administração regional em São Paulo foi reformulada, com a transformação das 24 DIR em dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS), em nova tentativa de arranjos institucionais apropriados à ação regional da SES SP: planejamento regional; coordenação e articulação dos sistemas municipais; além de apoio aos municípios na organização de sua rede básica. Essa reformulação acompanhou-se de alguns elementos de tensão: a separação das vigilâncias em 28 grupos com coordenações distintas e a gerência dos

hospitais próprios e dos hospitais de ensino também em coordenações diferentes e centralizadas. Esse foi o quarto momento de mudanças na gestão estadual da SES SP, que perdura até o momento atual (VIANA et al, 2009; FERREIRA et al, 2011; MELLO et al, 2011).

No ano de 2007, o governo estadual e os municípios desencadearam movimento de pactuação política, com vistas a avançar no processo de regionalização proposto no Pacto de Gestão. Pactuou-se bipartite iniciar a implantação do Pacto pela Saúde pela revisão do processo de regionalização, à luz dos novos conceitos e diretrizes, considerando o recorte da Região de Saúde para além da produção assistencial, mas também a dinâmica de cada território relacionados à comunicação, transporte, fluxo de pessoas, identidade sociocultural, e todo o mais que contribuísse para o desenho de regiões de saúde vivas, dinâmicas e unitárias (COSEMS-SP, 2009). Esse processo resultou na conformação de 64 regiões de saúde no Estado, com seus respectivos Colegiados de Gestão Regional, entendidos como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para cada território, mas também o local de disputas e tensionamentos técnico e político entre os entes participantes (SÃO PAULO, 2007a; COSEMS-SP, 2009; MELLO et al, 2011).

Três anos após, em 2010, tendo em vista o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde proposto pelo Ministério da Saúde, iniciou-se debate bipartite com vistas a organizar as ações e serviços em todos os níveis de complexidade, procurando garantir a integralidade do cuidado, num determinado território, resultando na elaboração de documento técnico para a construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no estado de São Paulo. Estabeleceu-se os critérios para o desenho preliminar da RRAS e realizou-se oficinas e discussões bipartite com participação dos gestores municipais e estaduais em todas regiões do Estado e o desenho final das 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde foi publicado em 2011 (BOMBARDA et al, 2011). Esse desenho final foi diferente daquele inicialmente proposto pela SES e COSEMS, em que territórios do município de São Paulo se integrariam com as RS de seu entorno para conformar as RRAS da Região Metropolitana de São Paulo, no entanto, no desenho aprovado o Município configurou isoladamente uma RRAS. Em que pese a coincidência numérica, as 17 RRAS tiveram desenhos distintos das também 17 regiões administrativas da SES SP.

Considerando que a RRAS poderia ser conformada por mais de uma Região de Saúde, foi necessário a criação de um espaço bipartite para exercer a gestão regional desta rede, não deliberativo, o qual foi denominado Comitê Gestor da Rede – CG-Rede, composto por representantes municipais e estaduais de cada região de saúde participante da RRAS e coordenado pelo DRS (SÃO PAULO, 2011).

À época, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 2011, de regulamentação da Lei nº 8080/90 que, dentre outros, redefiniu as Regiões de Saúde e conceituou as Redes de Atenção à Saúde na organização do SUS, compostas por uma ou mais regiões de saúde. Isso posto, desencadearam-se movimentos de reavaliações do desenho das RS, advindo algumas alterações: 5 municípios migraram de uma região para outra; houve uma fusão da RS Alto do Tietê com a RS de Guarulhos; reorganização na região do Departamento Regional de Campinas, com fusão e divisão de Regiões de Saúde resultando, desde 2012, em 63 RS. O estudo considera o desenho atual. Cada Região de Saúde comporta 1 (RS São Paulo) a 20 municípios, com média de 10 municípios por região; há também grande variabilidade populacional, de 47.097 habitantes na RS de Santa Fé do Sul (RRAS 12) a 12.038.175 na RS de São Paulo (RRAS 6), com média em torno de 710 mil e mediana de 306 mil habitantes por RS (SÃO PAULO, 2012; 2016).

As 17 Macrorregiões de Saúde – ou RRAS são constituídas por 1 a 12 Regiões de Saúde, com média de 4 RS e 38 municípios por RRAS. Há grande variabilidade de habitantes com média em torno de 2,6 milhões de moradores em cada RRAS, com variação mínima de 581 mil na RRAS 3 e máxima de 12 milhões na RRAS 6, conforme a Tabela 2 (SÃO PAULO, 2016).

A Região Metropolitana de São Paulo é composta por 39 municípios, que conformam 6 Regiões de Saúde, sendo que cada RS é também uma RRAS – as RRAS de 1 a 6. Esta região metropolitana comporta 47,5% da população do ESP. Os demais 606 municípios estão no Interior e Litoral, compõem 57 Regiões de Saúde, organizadas em 11 RRAS – RRAS 7 a 17, com 52,5% da população estadual.

Desde a conformação das RRAS, apontou-se que, para a continuidade do estabelecimento das redes e a obtenção da integralidade do cuidado seria necessário estabelecer uma pauta bipartite que contemplasse a estruturação e definição de fluxos assistenciais, constituísse processos eficazes para a regulação da oferta, pactuasse mecanismos de recursos de custeio e investimentos, e implantasse sistemas logísticos, tais como sistemas de informação integrados, centrais de regulação e sistemas de transporte sanitário (BOMBARDA et al, 2011).

Em São Paulo, o Pacto pela Saúde e a construção de Colegiados Gestores Regionais mobilizaram as regiões de saúde e ampliaram a discussão política da regionalização. Em 2012 iniciou-se no Estado o processo de discussão do Contrato Organizativo de Ação Pública pelos gestores municipais e estadual, por meio de oficinas regionais, no entanto a proposta da realização de um COAP em cada RS ainda não se realizou (MENDES e LOUVISON, 2015).

Segundo VIANA & LIMA (2011), a regionalização no estado de São Paulo tem uma institucionalidade avançada e apresenta uma governança coordenada e cooperativa, comparada a outros estados; entretanto ainda apresenta vazios assistenciais com desigualdades em relação

à capacidade instalada em áreas de menor densidade populacional e baixo dinamismo econômico. Alguns municípios têm grande dependência em relação aos polos regionais. Apontam ainda outro aspecto desfavorável ao processo de reorganização da distribuição de serviços e investimentos em saúde: a consolidação de um mix público-privado na constituição do sistema dando ao setor privado alto poder na organização do sistema.

Tabela 2 – Quantidade de Regiões de Saúde, de Municípios e População segundo a RRAS e a Região de Saúde, no ESP, em 2016.

RRAS	Região de Saúde	Nº de Regiões de Saúde	Nº de Municípios	População
RRAS 01	Grande Abc		7	2.736.683
	Subtotal	1	7	2.736.683
RRAS 02	Alto Do Tietê		11	2.930.311
	Subtotal	1	11	2.930.311
RRAS 03	Franco Da Rocha		5	581.464
	Subtotal	1	5	581.464
RRAS 04	Mananciais		8	1.106.685
	Subtotal	1	8	1.106.685
RRAS 05	Rota Dos Bandeirantes		7	1.849.621
	Subtotal	1	7	1.849.621
RRAS 06	São Paulo		1	12.038.175
	Subtotal	1	1	12.038.175
RRAS 07	Baixada Santista		9	1.813.033
	Vale Do Ribeira		15	284.469
	Subtotal	2	24	2.097.502
RRAS 08	Itapetininga		13	494.487
	Itapeva		15	282.564
	Sorocaba		20	1.678.843
	Subtotal	3	48	2.455.894
RRAS 09	Vale Do Jurumirim		17	297.870
	Bauru		18	639.711
	Polo Cuesta		13	306.608
	Jau		12	346.732
	Lins		8	166.589
	Subtotal	5	68	1.757.510
RRAS 10	Adamantina		10	136.470
	Assis		12	244.023
	Marília		19	384.836
	Ourinhos		13	240.084
	Tupã		8	128.861
	Subtotal	5	62	1.134.274
RRAS 11	Alta Paulista		12	133.908
	Alta Sorocabana		19	406.383
	Alto Capivari		5	59.123
	Extremo Oeste Paulista		5	98.032
	Pontal Do Paranapanema		4	68.575
	Subtotal	5	45	766.021

RRAS 12	Central Do DRS II	11	298.845
	Dos Lagos Do DRS II	12	202.568
	Dos Consórcios Do DRS II	17	273.038
	Catanduva	19	313.844
	Santa Fé Do Sul	6	47.097
	Jales	16	104.181
	Fernandópolis	13	116.411
	São José Do Rio Preto	20	710.663
	José Bonifácio	11	101.636
	Votuporanga	17	197.582
	Subtotal	10	142
RRAS 13	Central Do DRS III	8	312.568
	Centro Oeste Do DRS III	5	143.036
	Norte Do DRS III	5	155.776
	Coração Do DRS III	6	387.803
	Norte-Barretos	10	287.444
	Sul-Barretos	8	147.495
	Três Colinas	10	417.802
	Alta Anhanguera	6	160.031
	Alta Mogiana	6	123.853
	Horizonte Verde	9	432.635
	Aquífero Guarani	10	897.735
	Vale Das Cachoeiras	7	137.953
	Subtotal	12	90
RRAS 14	Araras	5	337.149
	Limeira	4	364.191
	Piracicaba	11	579.630
	Rio Claro	6	259.923
	Subtotal	4	26
RRAS 15	Metropolitana De Campinas	19	3.112.469
	Circuito Das Aguas	5	133.083
	Baixa Mogiana	4	324.637
	Mantiqueira	8	281.303
	Rio Pardo	8	217.156
	Subtotal	6	44
RRAS 16	Bragança	11	459.216
	Jundiaí	7	780.927
	Subtotal	2	18
RRAS 17	Alto V. Do Paraíba	8	1.068.962
	Circ. Fé – V. Histórico	17	479.297
	Litoral Norte	4	319.511
	V. Paraíba-Reg. Serrana	10	608.109
	Subtotal	4	39

Fonte: Deliberação CIB nº 3/ 2016 e IBGE – estimativa populacional para o TCU 2016.

Contribuindo decisivamente nesse avanço da regionalização, é preciso destacar as associações de secretários municipais de saúde, criados em um cenário político de intensa mobilização a partir dos anos 1980, e que mais tarde originaram os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e sua representação nacional, o Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Inicialmente, essas entidades possuíam estruturas precárias e contavam apenas com o engajamento das diretorias, constituídas por gestores municipais, imbuídos em garantir a consolidação e regulamentação do SUS e defender a participação dos municípios no processo de construção do novo modelo de saúde pública para o país (COSEMS, 2008). O COSEMS-SP teve presença política crescente no movimento pela descentralização e municipalização da saúde, possibilitou a troca de experiência e a comunicação entre centenas de municípios paulistas. Com a institucionalização das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartites (CIT), por meio da NOB 93, os papéis dos COSEMS e CONASEMS tiveram um salto de qualidade e a voz dos municípios passou a ser ouvida. A partir de 2007, o COSEMS – SP contratou os primeiros assessores e iniciou a Estratégia Apoiadores para as 64 Regiões de Saúde da época, para apoio efetivo aos gestores municipais no processo de regionalização proposto pelo Pacto da Saúde. Esse apoio promoveu a capilaridade do COSEMS-SP em todas as regiões de saúde e a atuação do apoiador como facilitador no desenvolvimento de vários processos, desde a produção do cuidado em saúde até aos afetos à gestão do cuidado (COSEMS, 2013). A Estratégia Apoiadores perdura até a atualidade, gradativamente foi implantada em outros estados e, desde 2017, foi institucionalizada pelo CONASEMS para todo o território nacional.

No processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde, o COSEMS-SP teve atuação relevante, por meio de seus assessores centrais e apoiadores descentralizados. A Rede Cegonha foi a primeira Rede Temática organizada no Estado, após a indução do nível federal, com a constituição do Grupo Condutor Estadual, para apoio e acompanhamento dos grupos regionais; pactuação do Termo de Referência, documento que expressa estratégias e compromissos para a implantação da rede temática; constituição de Grupos Condutores Municipais, Regionais e Macrorregionais, com participação de gestores e técnicos bipartites para a elaboração dos Planos Regionais, ascendentes, no sentido de qualificar regionalmente o acesso e atenção à gestação, parto e início da vida da criança, e impactar nos seus indicadores de resultados (SÃO PAULO, 2011; TOFANI, 2016).

Nesse estudo será analisado o quanto as políticas de regionalização, que orientam a conformação e a governança das regiões de saúde; o quanto a implantação das redes temáticas, com ênfase na Rede Cegonha; e o quanto os incentivos para a rede hospitalar, qualificaram o acesso à atenção hospitalar, no estado de São Paulo. Nesse sentido, a pesquisa utilizará a atenção hospitalar ao parto enquanto marcador do acesso à atenção hospitalar. Justifica-se esse estudo em função da importância das políticas de saúde no processo de regionalização e na melhoria da atenção hospitalar em cada região de saúde do estado de São Paulo e seus impactos.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso à atenção ao parto no SUS nas regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a tendência da oferta de leitos hospitalares de atenção ao parto nas regiões de saúde do estado de São Paulo.

Identificar os fluxos regionais de partos do SUS, segundo risco, no estado de São Paulo.

Calcular o Índice de Dependência para os partos de risco habitual nas Regiões de Saúde e para os partos de alto risco nas Macrorregiões de Saúde

Analisar os incentivos financeiros para a organização de redes regionais de atenção ao parto.

4. METODOLOGIA

O estudo foi realizado de forma descritiva e avaliativa, embasado em informações e dados quantitativos. Foi analisada a atenção aos partos e os fluxos regionais de acesso hospitalar, realizados pelo SUS no estado de São Paulo, no período de 2010 a 2016. Todas as fontes de consultas e sistemas de informação utilizados são de acesso público. O período definido foi o mais amplo e recente possível, de implantação da Rede Cegonha e excluídos os dois primeiros anos da nova tabela de procedimentos do SUS por possíveis falhas nos registros.

A escolha dos partos enquanto marcador do acesso hospitalar se deu pela alta prevalência e homogeneidade dessa ocorrência, é uma das principais ou até a primeira causa de internação nas distintas regiões de saúde, e pela baixa taxa de recusa ao procedimento. Em adição, a Rede Cegonha foi a primeira rede organizada em todo o Estado, e o parto é um evento pontual e espera-se que ocorra o mais perto possível da residência das pessoas.

Foi estabelecida uma matriz analítica baseada na tríade de DONABEDIAN (1980), dimensionando indicadores de estrutura, processo e resultado relacionados à atenção ao parto e disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS. O componente "estrutura" abrange os recursos físicos, humanos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, envolvem a interação de profissionais de saúde e a população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN, 1980; TANAKA e MELO, 2001). Com relação à estrutura utilizou-se dados de capacidade instalada de leitos do SUS e recursos financeiros dos incentivos estudados e com relação ao processo assistencial utilizou-se internações para partos e seus fluxos de origem e destino. No sentido de possibilitar uma análise ampliada, identificou-se indicadores de processos e resultados utilizados no cuidado materno e infantil, como a taxa de cesárea e consultas de pré-natal e as taxas de mortalidade infantil, fetal e materna, conforme apontados no Quadro 1, que identifica também as fontes desses dados e informações.

Os dados de capacidade instalada - leitos obstétricos e os leitos complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA) existentes, foram identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em recursos físicos, leitos de internações hospitalares, considerando os estabelecimentos hospital

geral e hospital especializado, considerando os leitos totais e de atendimento SUS, nos meses de dezembro, dos anos de 2010 a 2016.

Quadro 1 – Matriz analítica, segundo as dimensões de análise, os indicadores selecionados e as fontes de dados.

Dimensão	Indicadores	Fonte
Estrutura		CNES
		ANS
	Recursos financeiros de custeio e incentivos	IBGE
	Cobertura de Leitos obstétricos (LO e GAR)	SINASC
	Cobertura de Leitos complementares (UTI Neo e UCI Neo)	SISMAC
		CIB/SP
		CGOF /SES
Processo	Tendência de Partos de risco habitual e alto risco	SIH
	Índice de Dependência	
	Fluxos de origem e destino	
	Taxa de cesárea	
	Porcentagem de NV com 7 ou + consultas pré-natal	
Resultados	Mortalidade Infantil	SIM
	Mortalidade Fetal	
	Mortalidade Materna	

Fonte: Elaboração própria.

O estudo dimensionou a necessidade de leitos em um determinado território, segundo os parâmetros propostos no Estado. Parâmetros são padrões de referências desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados (PICCHIAI, 2009). São dados necessários para analisar ou valorizar uma situação; a partir do parâmetro, consegue-se entender uma determinada circunstância ou ter uma perspectiva da mesma.

Os parâmetros de necessidade de leitos adotados pela SES-SP são oriundos da Portaria nº 1.631 (BRASIL, 2015b) e da Deliberação CIB nº 72 (SÃO PAULO, 2014), por vezes mesclados de ambas as publicações e foram fornecidos por técnicos da SES SP.

Calculou-se o parâmetro de necessidade de Leitos Obstétricos de cada município, esses foram agregados por Região de Saúde, e estas agregadas por RRAS. O cálculo direto, por RS

ou por RRAS, resulta um parâmetro menor, visto que os municípios menores em população e em cobertura de Saúde Suplementar não são corretamente captados quando seus dados são somados aos municípios com maiores populações e ampla cobertura de Saúde Suplementar. A análise dos Leitos Obstétricos - LO considerou o território da Região de Saúde – RS.

Os parâmetros de LO foram calculados pelas formulações abaixo:

$$\text{Leitos Obstétricos} - \text{LO} = \left[\frac{\text{Nº estimado de gestantes} \times 2,5}{0,70 \times 365} \right] \times 1,21$$

Onde:

- Número estimado de gestantes - calculado multiplicando-se o número de Nascidos Vivos (NV) no Município, no ano (SINASC última atualização ou ano anterior) por 1,1 (representa 10% de margem de segurança para estimativa do número de gestantes) e pela Taxa de cobertura SUS no município (= nº NV X 1,1 X % usuário SUS);
- 2,5 dias é o tempo médio de permanência esperado para partos em gestantes;
- 0,70 corresponde à taxa de ocupação esperada para leitos obstétricos (70%);
- 365 é o número de dias do ano;
- 1,21 é o ajuste para outros procedimentos obstétricos

$$\text{Leitos Obstétricos de Risco Habitual} - \text{LORH} = \text{LO} \times 0,85$$

Onde:

- 0,85 - representa a proporção de 85% esperada de gestante de risco habitual

$$\text{Leitos Obstétricos de Gestação Alto Risco} - \text{GAR} = \text{LO} \times 0,15$$

Onde:

- 0,15 - representa a proporção de 15% esperada de gestante de alto risco.

A taxa de cobertura de LO foi obtida considerando os leitos obstétricos existentes em relação ao parâmetro de necessidade. Como os registros de leitos existentes no CNES não os identifica segundo o risco, a análise de cobertura considerou a totalidade dos leitos necessários, dada pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Cobertura de LO} = \frac{\text{Nº LO existente} \times 100}{\text{Nº LO necessários}}$$

As análises de Leitos de Alto Risco ou de Gestação de Alto Risco (GAR), de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

Convencional (UCINCO), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA) foram realizadas por Macrorregião de Saúde –RRAS - por ser este o território de assistência deste nível de complexidade.

Esses leitos, para comporem a capacidade instalada no SUS, são submetidos ao processo de habilitação pelo Ministério da Saúde, que consiste no cumprimento de critérios legais e sanitários necessários para cada tipo específico de equipamento. A Rede Cegonha também propôs qualificação dos leitos e serviços existentes e anteriormente habilitados, esses dispuseram de prazos para se qualificarem e atenderem aos novos critérios. Essa qualificação resultou em maiores aportes financeiros aos serviços. Nesse sentido, os equipamentos podem ser habilitados, referindo-se ao serviço novo ou ampliado; ou qualificado quando se tratar de equipamento já existente e readequado.

Os LO/AR ou de Gestação de Alto Risco (GAR) referem-se a leitos especiais, disponíveis nos hospitais habilitados para o atendimento à gestação de alto risco, com financiamento diferenciado para atendimentos mais complexos. O gestor recebe um valor fixo pré-pago no teto financeiro por leito GAR habilitado ou qualificado e o prestador registra a produção mensalmente, utilizando os códigos dos procedimentos de gestação de alto risco, que são possíveis nos estabelecimentos habilitados para tal. O número de leitos GAR existentes não é apontado no CNES como leitos complementares, na seleção de leitos existentes, em capacidade física instalada e estão contidos nos Leitos Obstétricos existentes; esse fato impossibilitou dimensionar os leitos por esse sistema.

Até maio de 2013 havia 2 tipos de habilitações em gestação de alto risco: (1) Referência hospitalar em atendimento secundário a gestante de alto risco – com 26 maternidades habilitadas no Estado; e (2) Referência hospitalar em atendimento terciário a gestante de alto risco, com 30 maternidades habilitadas. Essas habilitações ocorreram entre março de 1999 até abril de 2013 no estado de São Paulo, e no registro de habilitação no CNES não constou o número de leitos habilitados.

A partir de maio de 2013 houve alterações nas habilitações dos serviços de Atenção à Gestação de Alto Risco, então classificadas em (1) Atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo I e (2) Atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II, sendo que o segundo agrega maior estrutura de serviço, porém sem diferenças hierárquicas entre eles. As habilitações nos novos serviços ocorreram a partir de novembro de 2013 e os hospitais habilitados anteriormente tiveram prazos pré-estabelecidos para as adequações às novas exigências até dezembro de 2017. Esse estudo deu em período de transição, com ambas as habilitações válidas.

No apontamento dessas novas habilitações no CNES consta o número de leitos GAR, no entanto, nas publicações iniciais constou apenas um leito em cada hospital, em desacordo com os documentos que habilitaram ou qualificaram esses hospitais, impossibilitando a utilização desse Sistema de Informação para quantificar os leitos GAR. A partir de dezembro de 2016 esses leitos estão apontados corretamente. Até dezembro de 2016 constavam habilitados no CNES 66 serviços hospitalares e 79 leitos no Estado.

Em face do exposto, os LO/GAR existentes foram identificados por meio das portarias que habilitaram ou qualificaram esses leitos, publicadas pelo Ministério da Saúde e selecionadas no Sistema de Controle de Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade - SISMAC, durante os anos 2011 a 2016, referentes à Rede Cegonha e acessível no endereço www.sismac.saude.gov.br. Os Estabelecimentos de Saúde habilitados foram identificados no CNES, nas 4 classificações vigentes em 2016.

Os leitos complementares da assistência neonatal são de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) e de Cuidados Intermediários. Os leitos de UTI Neo são classificados em tipos I, II e III, sendo a UTI Neo tipo I de menor complexidade e a tipo III de maior complexidade, em relação aos profissionais, equipamentos, insumos e ambiência necessários. Os leitos de UTI Neo referem-se à somatória dos três tipos de leitos.

Em relação aos leitos de Cuidados Intermediários Neonatal, até 2011 havia a Unidade Intermediária Neonatal, a partir de 2012 a nova classificação denomina Unidade de Cuidado Intermediários Neonatal (UCI Neo) e agrega novos recursos. A UCI Neo é composta por duas modalidades de leitos: de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO), leitos destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade que na UTI Neo; e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA), leitos destinados ao acolhimento da mãe e do recém-nascido para prática do método Canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente 24 horas por dia, até a alta hospitalar. As novas unidades ou as antigas qualificadas deverão pertencer a essa nova classificação. No período de estudo coexistiram as três modalidades de leitos.

No ESP foram estabelecidas as seguintes necessidades para os leitos complementares:

$$\text{Nº de leitos UTI Neonatal} = \frac{2 \times \text{nº nascidos vivos SUS dependente no ano anterior}}{1000}$$

$$\text{Nº de leitos UCI Neonatal Convencional} = \frac{2 \times \text{nº nascidos vivos SUS dependente no ano anterior}}{1000}$$

Nº de leitos UCI Neonatal Canguru =
$$\frac{1 \times \text{nº nascidos vivos SUS dependente no ano anterior}}{1000}$$

Onde:
- nascidos vivos SUS dependente =
nº de nascidos vivos no ano anterior (SINASC) X taxa de cobertura SUS no município.

O cálculo das Taxas de Cobertura de Leitos foi realizado, utilizando a fórmula:

Taxa de Cobertura de Leitos =
$$\frac{\text{Nº Leitos existente} \times 100}{\text{Nº Leitos necessário}}$$

Os fluxos regionais de partos SUS no estado de São Paulo foram identificados pelas internações hospitalares para realização de partos. Essas internações foram obtidas da produção hospitalar, de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). As informações da AIH contemplam os dados de análise desse estudo, como a identificação e localização do serviço de saúde executante, município e região de residência do usuário, procedimentos realizados, período, dias de permanência e desfecho do evento.

Os procedimentos do estudo estão especificados na Tabela 3, e foram agrupados segundo o risco gestacional. Para a tabulação de dados foram definidos o ano de internação, de 2010 a 2016; o tipo de AIH – tipo 1 inicial; os leitos/especialidade utilizados são os leitos obstétricos, os leitos cirúrgicos e os leitos clínicos porque há um percentual de partos que ocorrem nesses outros leitos; das internações especificadas de residentes no estado de São Paulo e ocorridas no Estado.

Tabela 3 – Procedimentos hospitalares de parto.

Códigos	Procedimentos
0310010039	Parto Normal
0310010047	Parto Normal em Gestação de Alto Risco
0411010026	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco
0411010034	Parto Cesariano
0411010042	Parto Cesariano com Laqueadura Tubária

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.

Os leitos dos Centro de Parto Normal foram quantificados separadamente e foi dimensionada a frequência do procedimento Parto Normal em Centro de Parto Normal (código 0310010055) no período.

O estudo pode ter algum viés de informação por utilizar dados secundários e banco de dados que inicialmente teve características contábeis. Em que pese a crescente importância atribuída à informação produzida pelos serviços de saúde, há ainda negligências relativas à produção e à gestão de registros qualificados.

Os fluxos consideram a origem, região de residência do usuário, e o destino enquanto a região de saúde de ocorrência da internação para a realização do parto. O acesso regionalizado ao parto de risco habitual considerou a Região de Saúde, de residência e de ocorrência, enquanto para o parto de alto risco considerou os desenhos das RRAS para as mesmas variáveis

A taxa de ocupação média dos leitos foi obtida por região, relacionando os dias de ocupação dos leitos e o número de leitos dias da região, durante o ano.

Foi utilizado o conceito e análise do Índice de Dependência (ID) para dimensionar o percentual de atendimentos realizados fora do território para seus municípios, em relação ao total de atendimentos realizados, para os Partos de Risco Habitual (PRH) e Partos de Alto Risco (PAR). O ID foi obtido pela seguinte fórmula:

$$ID = \frac{\text{nº de partos de risco "x" de residentes, realizados fora da região}}{\text{nº de partos de risco "x" total dos residentes}}$$

Onde "x" = partos de risco habitual (PRH) ou alto risco (PAR).

A obtenção dos dados utilizou a ferramenta Tabwin e Tabnet, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), dos anos de 2009 a março de 2017; e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de dezembro de 2010 e de 2016. O tabulador Tabwin dispõe de ferramenta de geoprocessamento e foi utilizado para a construção de mapas cartográficos de cobertura de leitos, do índice de dependência e de fluxos entre o local de residência da usuária e o local de ocorrência da internação para o parto. As distâncias entre o local de residência e de ocorrência dos partos referem-se ao centro geográfico das respectivas regiões.

Os dados foram trabalhados no programa Excel para organização, construção de tabelas, gráficos e análises exploratória, análises de tendências lineares e análises de correlações. A análise exploratória, por meio da análise descritiva, forneceu médias, medianas e desvios padrões, com nível de confiabilidade para as médias de 95%. Para a análise de tendências

lineares foram construídas linhas de tendência, utilizando o método de quadrados mínimos, e verificado o valor de R², que varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 0 menor a tendência e quanto mais próxima de 1, maior.

A função de correlação calcula o coeficiente de associação entre duas variáveis, mede até que ponto as duas variáveis de medida “variam juntas”. O valor de qualquer coeficiente de correlação deve estar entre -1 e +1 inclusive, para examinar cada par de variáveis de medida a fim de determinar se as duas variáveis de medida tendem a se mover juntas, isto é, se os valores altos de uma variável tendem a ser associados aos valores altos da outra (correlação positiva), se os valores baixos de uma variável tendem a ser associados aos valores altos da outra (correlação negativa) ou se os valores das duas variáveis tendem a não estar relacionados (correlação próxima de zero). No estudo foram destacadas as correlações com alto nível de associação, positivas se o valor de Pearson $\geq 0,70$ e negativas de o valor de Pearson $\leq -0,70$.

Os dados populacionais foram provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os nascidos vivos do Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos (SINASC), de mortalidade do Sistema Nacional sobre Mortalidade (SIM), obtidos no DATASUS, do Ministério da Saúde; e de cobertura da saúde suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), obtido nos Indicadores de Saúde, Informações de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde/ SP.

Os dados do SIM e SINASC apresentam maiores defasagens que os demais, seus bancos atualizados e validados são disponibilizados anualmente, em média dois anos após a ocorrência, período necessário para a consolidação dos dados de cada estado e algumas avaliações críticas. Em face dessa defasagem, os indicadores que utilizaram esses bancos foram atualizados até 2015, enquanto os demais, de capacidade instalada e de produção, foram até 2016.

Os Planos de Ações da Rede Cegonha foram elaborados por Macrorregião de Saúde, suas aprovações foram pesquisadas nas atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartites do estado de São Paulo (CIB), nos anos de 2011 a 2014.

As transferências financeiras fundo a fundo do Estado para os Municípios, referente ao Programa Santa Casa Sustentáveis, foram obtidas no sítio eletrônico da Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira da SES SP, no Portal Financeiro do Gestor, de acesso público, selecionando os anos de 2014 a 2016, e o programa “sustentáveis”, acessível em <http://www.gps.saude.sp.gov.br/>. Cabe destacar que esta informação se refere aos convênios firmados nesse período e aos recursos transferidos embasados nesses convênios, podendo ocorrer atrasos nas transferências e quanto realizada irá se somar ao montante do ano/convênio que a originou.

As análises de suficiência, adequação e tendências dos fluxos assistenciais, e desfechos da atenção hospitalar foram realizadas considerando os desenhos regionais estabelecidos nas políticas para o estado de São Paulo. Foram identificadas as lógicas regionais do ponto de vista da definição de regiões de base territorial (regiões de saúde) e também da lógica macrorregional da suficiência da rede de serviços (RRAS).

Os dados e suas tendências foram comparados e analisados estatisticamente para delinear o acesso da atenção ao parto no estado de São Paulo, frente às principais políticas implementadas nos últimos anos, como as políticas federais da Rede Cegonha e de Atenção Hospitalar; as políticas estaduais das Redes Regionais de Atenção à Saúde, de Regulação e do Programa Santas Casas Sustentáveis, para a melhoria da atenção hospitalar regionalizada. Essa análise considerou prioritariamente as alterações na própria região, visto que as diferenças estruturais dos serviços de saúde assim como as condições de saúde das distintas regiões não foram dimensionadas, impossibilitando a comparação entre distintas regiões. Esse estudo poderá apontar necessidades de aprofundamento, mais localizados e propor outras ferramentas e desenhos de pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. OS RECURSOS FINANCEIROS

A Rede Cegonha foi planejada e pactuada em todas as RRAS do estado de São Paulo. O Componente Pré-natal, que abarcou o processo de trabalho na Atenção Básica, e os insumos e recursos para novos exames foram disponibilizados a todos, mesmo antes de seus Planos de Ação Regional (PAReg) serem elaborados e aprovados. Do Componente Parto e Nascimento, foram planejados as referências e fluxos no PAReg, aprovados em CIR e na CIB, e após, gradativamente, publicados pelo Ministério da Saúde. A partir de então, a medida que os serviços foram se adequando aos novos critérios para habilitação de serviços e leitos, os leitos GAR, de UTI Neo, de UCI Neo - UCINCO, e UTI adultos foram sendo qualificados ou implantados, com custeio diferenciado. Os leitos de UCI Neo - UCINCA, os Centros de Parto Normal e as Casas da Gestante, Puérperas e Bebês foram serviços novos habilitados.

O intervalo entre a aprovação CIB e o início de repasses pelo Ministério da Saúde (MS) variou de 30 dias para as primeiras RRAS com seus PAReg. aprovados (RRAS 1 e 15), até mais de 3 anos para alguns dos últimos aprovados em CIB (RRAS 12 e 14), conforme a Tabela 4. Cada novo PAReg. aprovado pelo MS, constituiu uma etapa da RC no Estado, no entanto, a partir da Etapa X não houve aprovação dos Planos em sua totalidade, mas sim de alguns serviços por avaliação técnica, das RRAS 3, 11, 12 e 14. Não consta publicação do MS relacionada à RRAS 8 no período pesquisado.

As Etapas de I a V corresponderam às regiões prioritárias para a RC: Região Metropolitana (RM) de São Paulo (RRAS 1, 2, 4, e 5), RM de Campinas (RRAS 15), RM da Baixada Santista (RRAS 7) e região Macro Metropolitana de São Paulo (RRAS 16). A partir de junho de 2012, iniciou a aprovação também de Planos de outras regiões, não prioritárias, e antecedendo ao planejamento do MS, que previu inserir essas regiões em 2015 e 2016.

O maior impacto financeiro da Rede Cegonha deu-se no componente hospitalar. No ESP a transferência de recursos foi desigual e relacionada à data de aprovação do PAReg. Entre 2011 e 2016 houve repasses de R\$ 658.173.816,50 aos gestores municipais e estadual de São Paulo, relacionados ao custeio da RC. Em 2016 foram repassados R\$ 186.340.077,43. As RRAS 3, 12 e 14 receberam recursos a partir de 2016, em outubro (RRAS 12 e 14) e dezembro (RRAS 3). A RRAS 8 não foi contemplada com recursos federais para a RC, enquanto a RRAS 11 recebeu recursos federais antes da aprovação CIB de seu PAReg, após avaliação técnica. Esse financiamento desigual das macrorregiões de saúde é evidenciado quando se correlaciona

os recursos financeiros com os nascidos vivos da região. O recurso médio transferido em 2016, por nascido vivo, foi R\$ 293,90, com variação de R\$ 0,0/NV (RRAS 8) a R\$ 535,00/NV (RRAS 4), conforme a Tabela 5. Há também variação quando comparamos a Região Metropolitana de São Paulo com o interior e litoral, respectivamente os valores médios transferidos foram R\$ 360,00/NV e R\$ 228,00/NV, em parte devido à priorização das Regiões Metropolitanas.

Os recursos federais repassados foram crescentes até 2015, nesse ano não houve aprovação de novas habilitações ou qualificações de serviços, resultando crescimento de 2,4% dos valores repassados em 2016, interrompendo o processo de implantação pactuado e agravando o subfinanciamento do SUS, que se acentuou nos anos recentes e apontam retrocessos para os anos vindouros se mantidas as agendas políticas e econômicas, com impactos nos princípios basilares do SUS (REIS et al, 2016).

Houve forte associação negativa entre o ano de aprovação do PAREg. e os recursos financeiros da Rede Cegonha repassados em 2016, segundo a correlação de Pearson em todo o Estado (-0,79), na RMSP (-0,89) e no interior e litoral (-0,81) – quanto mais precoce a elaboração e aprovação, maiores os valores repassados em 2016.

Tabela 4 - Aprovação do Plano de Ação da Rede Cegonha, pela CIB e pelo Ministérios da Saúde, com alocação inicial de recursos financeiros, segundo a RRAS e a etapa estadual da RC, no ESP, até dezembro de 2016.

RRAS	Del CIB	Data	Portaria GM/MS	Data	Etapa RC
RRAS 1	CIB 59	23/11/2011	3017	21/12/2011	Etapa I
RRAS 15	CIB 59	23/11/2011	3059	21/12/2011	Etapa I
RRAS 2	CIB 10	14/02/2012	1996	12/09/2012	Etapa III
RRAS 4	CIB 18	26/03/2012	1500	12/07/2012	Etapa II
RRAS 7	CIB 29	19/04/2012	3160	28/12/2012	Etapa IV
RRAS 16	CIB 30	26/04/2012	1996	12/09/2012	Etapa III
RRAS 5	CIB 39	28/05/2012	1594	02/08/2013	Etapa V
RRAS 9	CIB 46	28/06/2012	1632	06/08/2013	Etapa VI
RRAS 17	CIB 65	20/09/2012	1593	02/08/2013	Etapa VII
RRAS 10	CIB 85	30/11/2012	3030	11/12/2013	Etapa IX
RRAS 13	CIB 85	30/11/2012	2785	19/11/2013	Etapa VIII
RRAS 6	CIB 39	23/09/2013	1668	05/08/2014	Etapa X
RRAS 11	CIB 57	19/11/2013	1024/ 2302	24/09/2012	Avaliação técnica
RRAS 12	CIB 57	19/11/2013	2150/ 2162	24/10/2016	Avaliação técnica
RRAS 14	CIB 57	19/11/2013	1336/2082	24/10/2016	Avaliação técnica
RRAS 3	CIB 65	11/12/2014	2902/2383	26/12/2016	Avaliação técnica
RRAS 8	CIB 65	11/12/2014	Nada consta		

Fonte: Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União

Tabela 5 - Recursos financeiros transferidos para o componente hospitalar da Rede Cegonha, segundo o ano, e repasses financeiros em 2016 por nascido vivo de 2015, segundo a RRAS, no ESP.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total 2011 a 2016	R\$ 2016 /NV 2015
RRAS 1	1.228.753,03	15.688.999,60	16.003.654,00	16.738.967,92	17.106.624,88	17.213.262,80	83.980.262,23	467,79
RRAS 2	-	9.211.179,70	22.533.178,84	23.456.628,84	23.978.788,84	23.633.188,84	102.812.965,06	493,14
RRAS 3	-	-	-	-	-	96.173,12	96.173,12	10,25
RRAS 4	-	5.244.260,14	8.990.160,24	9.486.560,24	10.181.520,24	10.193.838,99	44.096.339,85	535,39
RRAS 5	-	-	3.508.008,92	10.576.371,40	12.541.896,40	12.591.171,40	39.217.448,12	383,60
RRAS 6	-	353.566,08	471.421,44	19.803.041,48	46.847.469,90	47.909.684,46	115.385.183,36	271,73
RRAS 7	-	1.318.248,60	7.909.491,60	7.909.491,60	8.074.822,00	8.691.004,05	33.903.057,85	294,72
RRAS 8	-	-	-	-	-	-	-	-
RRAS 9	-	-	1.920.563,54	5.443.304,50	5.443.304,50	6.557.193,25	19.364.365,77	290,37
RRAS 10	-	-	515.439,28	5.346.899,57	6.357.674,12	6.357.674,12	18.577.687,10	461,50
RRAS 11	-	275.742,72	827.228,16	-	827.228,16	827.228,16	3.584.655,36	86,21
RRAS 12	-	-	-	-	-	308.790,00	308.790,00	10,79
RRAS 13	-	-	2.356.282,08	14.433.342,46	15.648.792,46	16.086.784,13	48.525.201,12	345,77
RRAS 14	-	-	-	-	-	452.228,43	452.228,43	22,91
RRAS 15	1.191.896,37	14.434.682,01	15.202.577,85	15.787.932,52	16.228.035,77	16.292.914,52	79.138.039,03	301,15
RRAS 16	-	1.621.819,10	3.951.222,09	4.771.440,84	4.857.840,84	4.949.820,84	20.152.143,71	274,41
RRAS 17	-	930.631,68	6.348.945,46	13.500.289,96	13.620.289,96	14.179.119,33	48.579.276,39	414,75
Total	2.420.649,40	49.079.129,63	90.538.173,49	148.089.985,74	181.714.288,06	186.340.076,43	658.173.816,50	293,90

Fonte: SIS MAC – Portarias de alteração do Teto MAC e SINASC.

Segundo DUARTE et al (2018), em recente estudo acerca dos efeitos do financiamento público vinculado às redes temáticas de atenção à saúde sobre as transferências de recursos federais para os entes municipais do estado de São Paulo, foi identificada a ampliação de transferências na forma de incentivos, ou melhor, recursos “carimbados”; identificado redução do teto do limite financeiro dos municípios, mais coerente com a lógica de repasse global que permitem aos atores locais maior autonomia no planejamento e programação das ações de saúde a partir do reconhecimento das necessidades locais; além da fragmentação das transferências desses recursos para uma grande variedade de componentes em cada uma das redes, em vez da transferência global de recursos. Essas constatações sugerem que o financiamento das redes temáticas reforça os modelos de atenção hegemônicos no país, ao invés de promover transformações na organização assistencial de caráter local regional.

O programa estadual Santas Casas Sustentáveis, instituído em 2014, foi outra nova fonte de recursos financeiros de custeio, para a qualificação dos serviços hospitalares do Estado. Não está vinculado a produção assistencial específica, mas sim para a qualificação geral dos hospitais. Nos anos de 2014 a 2016 foram repassados R\$ 719.251.088,00 aos serviços hospitalares, sendo quase 50% no primeiro ano do programa e redução nos anos seguintes, pelo não cumprimento das metas pactuadas pelos hospitais participantes e/ou por contingenciamento de repasses de recursos pelo governo Estadual, conforme a Tabela 6.

Esse programa repassou mais recursos financeiros para as regiões do interior e litoral (95,3%) que para a RMSP (4,7%). Essa desigualdade pode ser justificada, em parte, pela existência de maior número de leitos SUS em entidades sem fins lucrativos no interior e litoral (75,3%) que na RMSP (24,7%), dos 28.478 leitos SUS dessa categoria, existentes em 2016. Os leitos da RMSP concentraram-se nas RRAS 2 e 6. No período não houve qualquer repasse para as RRAS 1, 3, 4 e 5, assim como não houve transferências de recursos financeiros para a RRAS 6 em 2014 e para a RRAS 16 em 2016, conforme a Tabela 6. Por outro lado, as RRAS 7, 12, 13 e 14 receberam os maiores repasses, 65% dos recursos, quando representaram 21,5% da população e detêm 32,1% dos leitos SUS em entidades sem fins lucrativos do Estado, em 2016.

A correlação do repasse financeiro em 2016 com o número total de leitos SUS existentes em instituições sem fins lucrativos na RRAS foi desigual, os maiores valores repassados, por leito, foram para as RRAS 7, 8 e 14, entretanto, cabe destacar que apenas alguns hospitais de cada RRAS, e não todos, receberam esses recursos, aumentando ainda mais essa correlação e ampliando as desigualdades. Outro ponto relevante foi que destes 28.478 leitos SUS em entidades sem fins lucrativos, 2.801 (9,8%) eram Leitos Obstétricos e, as RRAS 4 e 5 não apresentavam LO sem fins lucrativos em dezembro de 2016.

Tabela 6 - Recursos financeiros transferidos pelo Programa Santa Casa Sustentáveis, segundo o ano e total, frequência de leitos SUS existentes em entidades sem fins lucrativos em dezembro de 2016 e transferências de recursos financeiros por leito SUS sem fins lucrativos, segundo a RRAS, no ESP, em 2016

RRAS	Transferências financeiras (R\$)				Leitos SUS s/ fins lucrativos (nº)	Transfe- rências 2016/ leito SUS (R\$)
	2014	2015	2016	Total		
1	0,00	0,00	0,00	0,00	97	-
2	13.430.014,00	10.928.456,00	1.789.517,00	26.147.987,00	1.175	1.522,99
3	0,00	0,00	0,00	0,00	82	-
4	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
5	0,00	0,00	0,00	0,00	13	-
6	0,00	6.412.632,00	933.994,00	7.346.626,00	5.675	164,58
7	44.736.878,00	26.800.588,00	15.256.784,00	86.794.250,00	653	23.364,14
8	22.886.068,00	13.257.304,00	11.242.998,00	47.386.370,00	1.202	9.353,58
9	11.301.560,00	9.429.098,00	1.538.098,00	22.268.756,00	2.083	738,41
10	18.826.140,00	20.311.586,00	7.054.992,00	46.192.718,00	2.253	3.131,38
11	8.794.197,00	6.966.552,00	2.058.766,00	17.819.515,00	919	2.240,22
12	53.531.305,00	29.375.133,00	24.936.978,00	107.843.416,00	3.128	7.972,18
13	88.013.676,00	63.511.925,00	28.688.677,00	180.214.278,00	3.965	7.235,48
14	43.580.396,00	37.426.151,00	11.586.937,00	92.593.484,00	1.379	8.402,42
15	21.375.827,00	14.095.682,00	5.159.122,00	40.630.631,00	3.216	1.604,20
16	3.025.706,00	2.330.424,00	0,00	5.356.130,00	605	-
17	20.895.323,00	11.963.513,00	5.798.091,00	38.656.927,00	2.033	2.851,99
Total	350.397.090,00	252.809.044,00	116.044.954,00	719.251.088,00	28.478	4.074,90

Fonte: Portal Financeiro do Gestor, acesso em 23/08/2017. CNES.

O estudo considerou o Santa Casa Sustentáveis por ser o único programa de incentivo à assistência hospitalar implantado entre 2010 e 2016 e por não existir outras formas de contrapartidas do ente estadual às redes planejadas e implantadas no Estado. Esse programa Estadual não foi pactuado nas Comissões Intergestores Regionais ou Estadual, não se articulou com outras políticas existentes e acarretou iniquidades ao financiamento da atenção hospitalar (COSEMS-SP, 2016).

Nesse sentido, cabe resgatar as relações entre os gestores das três esferas do SUS, os avanços e os mecanismos de negociação. As Comissões Intergestores configuram-se como espaço de disputa e negociação, constituindo-se como os principais fóruns de pactuação das políticas de saúde no país. São esses mecanismos de pactuação que tornam possível o funcionamento descentralizado e articulado do SUS, bem como a existência de políticas nacionais de saúde (FEUERWERKER, 2005).

O papel do gestor estadual do SUS, em todo o processo de descentralização, tem indicado dificuldades no sentido de articular efetivamente o processo de construção de redes regionais quando assume fortemente a gestão de serviços de saúde, em particular, como no caso de São Paulo, dos hospitais filantrópicos e universitários sob gestão do Estado. Soma-se a isso o pagamento de incentivos diretamente do Estado aos prestadores de serviços, sem articulação permanente nos espaços e com os pactos interfederativos, fragilizando as relações de contratualização e a efetividade desses serviços. Segundo MENDES e LOUVISON (2015) há uma lacuna que persiste no Estado, na medida em que o gestor estadual não tem se apresentado como um coordenador eficiente do processo de regionalização estadual, desde a criação do SUS.

5.2. OS PARÂMETROS DA REDE CEGONHA

A análise dos leitos existentes da Rede Cegonha e suas correlações com os parâmetros adotados pelo Estado merecem destaques. Embora os parâmetros não sejam objeto desse estudo, cabem algumas considerações dadas as implicações desses valores de base.

No período inicial de construção dos Planos de Ações Regionais da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde propôs parâmetros de necessidades por meio da Portaria nº 605 (BRASIL, 2011c), conforme o Quadro 2, no entanto os entes federados puderam revisá-los, mediante embasamentos técnicos e suas distintas realidades locais.

Em relação aos leitos obstétricos necessários na Rede Cegonha, o parâmetro federal utilizou a população geral como base e excluiu a parcela da população com acesso à saúde suplementar, considerando a cobertura média de 75% para a população SUS dependente, conforme o Quadro 2. A utilização da população geral como base não distingue as diferentes estruturas etárias regionais; as distintas taxas de fecundidade, que em 2010 foi de 2,34 filhos/mulher na Região Norte e de 1,66 na Região Sul⁷ do país; os hábitos e práticas regionais de partos hospitalares ou domiciliares, posto que nos últimos 10 anos 4,6% dos partos da Região Norte ocorreram no domicílio, enquanto na Região Sul apenas 0,2% dos partos foram domiciliares, segundo dados do SINASC⁸.

Há ainda as variáveis relacionadas aos serviços, como média de dias de permanência no hospital e taxa de ocupação dos leitos, as quais foram propostos valores iguais para todos e referem-se ao observado em 1999, ano de base para a construção desse parâmetro, cuja origem foram os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, da Portaria nº 1.101 (BRASIL,

⁷ Fonte: Ministério da Saúde, 2014

⁸ Fonte: SINASC, nascimento por local de ocorrência e região de saúde de residência da mãe, entre 2006 e 2015.

2002b). Quanto à cobertura da saúde suplementar, existem amplas variações no país, em 2010 foi de 9,9% na Região Norte a 35,9% na região Sudeste⁹.

Em face disso, o estado de São Paulo, assim como alguns outros, pactuou parâmetros diferentes daqueles propostos, por conta da taxa de fecundidade observada ser inferior à média nacional, a maior porcentagem de famílias com acesso ao Sistema de Saúde Suplementar, as taxas de ocupação de leitos obstétricos do SUS e estudos do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, que resultou na Deliberação CIB nº 56 (SÃO PAULO, 2011), conforme o Quadro 2.

Essa norma estadual considerou os Nascidos Vivos (NV) do ano anterior como base para o dimensionamento de leitos obstétricos. Ao número de NV foi acrescido 10% como margem de segurança, para acomodar o crescimento desse fator ou variações inesperadas; verificou-se tendência de aumento do número de nascimentos no Estado, em 2006 foram 603.368 NV e 634.026 em 2015, com incremento de 5,08% desses registros em uma década¹⁰, entretanto, esse percentual de acréscimo (10%) superestima os nascimentos. De um modo geral, os nascidos vivos de gestações duplas ou triplas, em que um parto dá origem a mais de um NV, compensariam os partos realizados em óbitos fetais, nos quais não há registro de NV; no entanto, os NV de gestações múltiplas foram 2,57 vezes maiores que os óbitos fetais nos últimos 10 anos - ocorreram 135.564 NV de gestações duplas¹¹, 4.333 de gestações triplas ou mais¹² e 54.389 óbitos fetais¹³ no estado de São Paulo, outro fator que superestima o parâmetro leito.

Utilizou-se o percentual de 75% da população usuária do SUS para todos, no entanto essa porcentagem poderia ser elevada até o percentual da população usuária do SUS nos casos de valores superiores a 75%. No ESP a cobertura de Saúde Suplementar é elevada, com valor médio Estadual de 37,7% em 2006 e 41,4% em 2015, entretanto não há homogeneidade, em 2006 a cobertura foi de 15,3% na RRAS 10 até 55,3% na RRAS 6, e em 2015 foram respectivamente de 20,6% até 54,1%, nas mesmas RRAS¹⁴.

Foi considerado a permanência média de 2,6 dias e 80% de taxa de ocupação dos leitos obstétricos SUS no Estado. Os valores encontrados indicaram permanência média de 2,68 dias em 2010 e 2,74 dias em 2016, com ampla variação entre as RRAS, segundo a Tabela 7. Há diferenças entre a média de permanência dos Partos de Risco Habitual, com valores médios de 2,61 dias em 2010 e 2,64 dias em 2016; e dos Partos de Alto Risco, respectivamente 3,52 e 3,31 dias nos mesmos anos, justificando parâmetros diferenciados segundo o risco. Quanto a taxa de

⁹ Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010.

¹⁰ Fonte: SINASC, nascidos vivos de 2006 a 2015, no estado de São Paulo.

¹¹ Fonte: SINASC, nascidos vivos segundo o tipo de gestação, de 2006 a 2015, no estado de São Paulo.

¹² Fonte: SINASC, nascidos vivos segundo o tipo de gestação, de 2006 a 2015, no estado de São Paulo.

¹³ Fonte: SIM, óbitos fetais de 2006 a 2015, no estado de São Paulo.

¹⁴ Fonte: ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, cobertura segundo a macrorregião de residência, no ESP em 2010 e 2016.

ocupação dos leitos obstétricos SUS, os valores são menores que o valor considerado, com tendência crescente entre 2010 e 2016, conforme a Tabela 7.

Outro fator não considerado pelo parâmetro estadual foram as internações obstétricas não relacionadas ao parto, que em 2010 representaram 13,7% das internações obstétricas e 14,0% em 2016, valores esses superiores aos 10% de acréscimo aos nascidos vivos, considerado no parâmetro (Tabela 7).

Tabela 7. Internações obstétricas (IO): frequência (Freq.), dias médios de permanência (MP), taxa de ocupação dos leitos (TO), percentual de IO por outras causas que não o parto, segundo a Macrorregião de Saúde de ocorrência, no ESP, em 2010 e 2016.

RRAS	2010					2016				
	Freq.	MP (dias)	TO (%)	outras	IO	Freq.	MP	TO (%)	outras	IO
				(não parto)			(dias)		(não parto)	
				(%)					(%)	
1	19.632	2,96	56,6%	10,3		18.641	2,93	68,0%	6,9	
2	26.881	2,77	57,6%	11,9		30.114	2,83	78,1%	10,8	
3	5.750	2,90	67,2%	11,9		6.580	2,60	49,2%	16,4	
4	14.485	2,86	59,8%	14,5		14.464	2,74	70,9%	13,4	
5	19.856	3,07	64,3%	11,9		20.916	3,02	76,0%	11,0	
6	108.67	3,01	55,6%	9,4		112.516	3,08	70,3%	12,3	
7	23.076	2,93	52,9%	17,3		22.610	3,01	62,4%	14,2	
8	22.599	2,30	39,2%	13,4		24.205	2,46	48,8%	12,8	
9	16.654	2,17	26,5%	18,4		17.558	2,36	37,9%	21,5	
10	10.083	2,19	23,0%	12,6		10.432	2,34	29,1%	18,1	
11	6.895	2,80	43,1%	16,9		6.672	2,73	34,6%	13,3	
12	16.213	2,20	31,2%	19,4		18.905	2,14	40,5%	22,4	
13	26.744	2,19	30,3%	21,7		30.802	2,33	37,4%	19,7	
14	12.781	2,19	44,6%	17,0		11.579	2,45	41,1%	13,9	
15	32.628	2,52	44,1%	15,6		33.013	2,54	47,9%	14,5	
16	9.063	2,47	41,4%	7,3		9.752	2,44	46,0%	6,6	
17	23.815	2,48	43,1%	17,2		23.327	2,72	47,8%	16,8	
Total	395.83	2,68	46,3%	13,7		412.086	2,74	55,0%	14,0	

Fonte: DATASUS – Tabwin - SIH, internações em leitos obstétricos. DATASUS – Tabnet – Leito por especialidade.

Cabe destacar as diferenças desses indicadores entre as Regiões Metropolitana de São Paulo e do interior e litoral. As taxas de ocupação dos leitos obstétricos foram maiores na RMSP, e cresceram em ambas as regiões. A média de permanência nas internações obstétricas foram maiores na RMSP que no Interior e Litoral, com pequena variação no período, enquanto as internações obstétricas por outras causas, que não o parto, foram significativamente maiores

no Interior e Litoral, conforme a Tabela 8. Em que pese essas diferenças, os parâmetros propostos são idênticos.

Tabela 8 - Percentual da Taxa de Ocupação média dos leitos obstétricos (TO), dias de Média de Permanência nas internações obstétricas (MP) e percentual de Internações Obstétricas por outras causas que não o parto, segundo as RRAS da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), do Interior e Litoral, e no Estado (ESP), nos anos de 2010 e 2016.

	TO		MP (dias)		% IO outras causas	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016
RMSP	60,18%	68,74%	2,93	2,86	11,63%	11,78%
Interior e Litoral	38,11%	43,04%	2,40	2,50	16,08%	15,78%
ESP	46,26%	55,00%	2,68	2,74	13,65%	14,00%

Fonte: DATASUS – Tabwin - SIH, internações em leitos obstétricos. DATASUS – Tabnet – Leito por especialidade.

Em 2012 foi apontado pelo Ministério da Saúde, por meio de uma Nota Técnica, que a estimativa de leitos obstétricos adotada, utilizando parâmetros populacionais, superestimaram as necessidades desses leitos em aproximadamente 50% quando comparado com outra proposta de parâmetro, que considerava os nascidos vivos para estimar as gestantes, consideravam as médias de permanência diferenciadas segundo o risco da gestação e taxas de ocupação dos leitos (BRASIL, 2012).

Foram então propostos novos parâmetros, os quais apresentavam maior correspondência com a prática dos gestores locais e com os dados existentes no CNES, e foram adotados pelo Estado de São Paulo a partir da Deliberação CIB nº 72 (SÃO PAULO, 2014a). No âmbito do Ministério da Saúde esses parâmetros foram apontados, com algumas alterações, em documento de consolidação dos parâmetros assistenciais, na Portaria nº 1.631 (BRASIL, 2015b), mas esse documento também manteve os parâmetros anteriores, da PT 605/2011, sugerindo que Estados e Municípios adotassem os melhores valores, considerando sua realidade.

A partir de 2015, o Estado adotou um misto de parâmetros, não publicados pela CIB ou pelo Grupo Técnico e apontado no Quadro 2, o qual sintetiza a sequência de parâmetros propostos, alguns com grande variabilidade, indicando a necessidade de maiores estudos e revisões. Em relação aos leitos obstétricos há divergências na base do cálculo, na média de permanência e na taxa de ocupação. Ao considerar os NV enquanto base, é proposto uma margem de segurança, que variou de 5 a 10%. Os leitos para gestantes de alto risco variaram de 10 a 15% do total de leitos obstétricos, há consenso que 15% das gestações são de alto risco, e um dos parâmetros aponta que 10% das gestantes necessitarão de atenção hospitalar de alto risco. A média de dias de permanência de acordo com o risco gestacional, variou de 2,5 a 3 dias para os partos de risco habitual a 5 dias para os partos de alto risco, mas essa maior média de permanência não foi considerada por todos.

Observou-se no SUS, entre 2008 e 2012, diferentes médias de permanência segundo o tipo de parto e o risco gestacional, para as gestações de risco habitual as médias de permanências foram 2,0 dias para partos normais e 2,6 dias para partos cesáreos; para as gestações de alto risco encontrou-se respectivamente 3,2 e 4,2 dias. O tempo médio de permanência considerando ambos os partos, em gestações de baixo e alto risco, foram de 2,3 dias nesse período. Na saúde suplementar, os valores foram semelhantes ou superiores (medianas de 2,3 a 2,8 dias) e recomendam, como meta, 2,3 dias de permanência para as internações obstétricas (BRASIL, 2013a).

Quadro 2 – Parâmetros para a programação de leitos necessários à Rede Cegonha, segundo normas federais ou estaduais de São Paulo, de 2011 a 2015.

	PT MS/ SAS 605/ 2011	Del CIB/ SP nº 56/2011	Nota técnica – Memorando 118 DAPES /SAS/MS Del CIB/ SP nº 72/2014	PT MS/ GM nº 1631/2015	Adotado SES SP a partir de 2015
Leitos obstétricos necessários LO	0,28 leitos /1000 hab. SUS dependentes (média de 75% da pop. total)	(75% (1) dos NV/120 (2))+10%	[85% do Nº de gestantes usuárias SUS (4) X 3 dias (média de perm.)] / [0,85 (Tx ocupação) X365]	{Gestantes Estimadas (5) X 2,5 dias (média de perm.) / [365 dias X 0,70 (taxa ocupação 70%)] } X 1,21 (ajuste p/ outros procedimentos obstétricos)	{Gestantes Estimadas (4) X 2,5 dias (média de perm.) / [365 dias X 0,70 (taxa ocupação 70%)] } X 1,21 (ajuste p/ outros procedimentos obstétricos)
Leitos GAR	15% do total LO necessários	15% do total LO necessários	[15% do Nº de gestantes usuárias SUS (4) X 5 dias (média de perm.)] / [0,85	10% do total LO necessários	15% do total LO necessários

			(Tx ocupação) X365]		
UTI adulto	6% dos leitos obstétricos	6% dos leitos obstétricos	6% dos leitos obstétricos de risco habitual	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários	6% dos leitos obstétricos de risco habitual
UTI neonatal	02 leitos / 1.000 NV	02 leitos / 1.000 NV	02 leitos / 1.000 NV	02 leitos / 1.000 NV	02 leitos / 1.000 NV usuários SUS
UCI neonatal:	03 leitos / 1.000 NV	03 leitos / 1.000 NV (3)	2 leitos para 1.000 nascidos vivos	02 a 03 leitos / 1.000 NV	02 leitos / 1.000 NV usuários SUS
Leito Canguru	01 leitos / 1.000 NV		1 leitos para 1.000 nascidos vivos	01 leitos / 1.000 NV	01 leitos / 1.000 NV usuários SUS

Fonte: Elaboração própria.

- (1) O percentual de 75% de NV deverá ser elevado até a porcentagem da população usuária do SUS no município.
- (2) Considerando 2,6 dias como média de permanência e 80% de taxa de ocupação, 1 leito obstétrico faz 10 internações/mês.
- (3) Considerar o universo de nascidos vivos registrados no SINASC nos últimos 12 meses.
- (4) (Total de Nascidos Vivos X (%) de cobertura da pop. SUS dependente) + 10%
- (5) (Nascidos vivos do ano anterior X (%) de cobertura da pop. SUS dependente) + 5%

As recomendações para as taxas de ocupação (TO) de leitos variaram de 70% a 85%. A TO varia de acordo com o número de leitos obstétricos existentes e com a taxa de recusa que se admite na solicitação de uma vaga. No caso de parto, a taxa de recusa deve ser insignificante, no máximo 1%, o que determinaria TO de 52% em um hospital com 10 a 20 leitos obstétricos, até TO de 92% em serviço com mais de 300 LO, como apontado na Tabela 9 (JONES, 2011) e adotado no parâmetro ministerial. Taxas de ocupação altas, de 85% ou mais, implicariam em altos percentuais de recusa das internações, efeito este que poderia ser minimizado com a implantação de centrais de regulação regionais, otimizando a ocupação dos leitos.

No parâmetro atual de LO proposto pelo Estado houve acréscimo em 21% dos leitos, para as internações obstétricas não relacionadas ao parto, no entanto, manteve-se o fator margem de segurança de 10%, o que superestima esses leitos, e calculou-se 15% desses leitos como a necessidade de leitos GAR, enquanto os parâmetros nacionais propõem respectivamente 5% de margem de segurança e 10% de leitos GAR. Não houve diferenciação entre as médias

de permanência, segundo o risco da gestação e tipo de parto, já posto que são diferentes e deveriam ser consideradas.

Tabela 9 – Taxas médias de ocupação, de acordo com o número de leitos obstétricos e taxa de recusa (%).

Número de Leitos	Taxa de Recusa					
	0,10%	1%	3%	5%	10%	20%
10 a 20	39,50	52,00	61,00	65,50	71,08	82,25
21 a 30	52,00	63,50	71,25	75,25	79,58	88,25
31 a 40	58,50	69,50	76,50	80,25	83,83	91,00
41 a 50	63,00	73,50	79,75	83,25	86,42	92,75
51 a 60	66,50	76,25	82,25	85,25	88,17	94,00
61 a 70	69,00	78,50	84,25	86,75	89,42	94,75
71 a 80	71,00	80,25	85,50	88,25	90,58	95,25
81 a 90	73,00	81,50	86,50	89,50	91,58	95,75
91 a 100	74,50	82,50	87,50	90,25	92,25	96,25
101 a 200	79,00	86,00	90,25	92,25	93,92	97,25
201 a 300	84,50	90,50	93,50	95,00	96,17	98,50
acima de 300	86,00	92,00	94,50	96,00	97,00	99,00
Média ponderada	61,98	71,90	78,22	81,50	84,82	91,45

Fonte: Jones (2011)

Houve grande variabilidade no parâmetro de UTI adulto, de 1 a 6% dos leitos obstétricos, o ESP adotou o maior valor. Os parâmetros propostos para UTI e UCI neonatal foram os de maior concordância e menor variabilidade no período, no entanto, o ESP propôs o menor parâmetro de leitos de UCI propostos pela norma federal. As escolhas ou intencionalidades desprivilegiaram as tecnologias mais leves e as inovações e tiveram a lógica do possível e não do necessário.

Os parâmetros adotados consideraram apenas a população com cobertura SUS, sem qualquer ajuste para variações ou acomodações. Ainda há debates em relação ao planejamento considerar toda a população, haja vista a universalidade do SUS, ou apenas o percentual da população efetivamente “usuária do SUS”. Aliás essa denominação deveria abranger todos os residentes no país. A população coberta pela Saúde Suplementar utiliza, em grande medida, esses serviços suplementares para a atenção ao pré-natal e parto. No entanto, há algumas restrições e carências para essa utilização, que não foram consideradas. Por outro lado, há também, em algumas regiões, o pagamento direto ao médico e hospital, de valores previamente acordados entre as partes, com alta precariedade contratual e vulnerabilidade para as usuárias, e sem registro dessa prática, que se transforma em internação SUS caso haja intercorrências.

A análise da relação entre a taxa de cobertura da saúde suplementar e taxa de partos SUS, considerando os Nascidos Vivos, pode evidenciar um alto percentual de evasões ou de partos não realizados no SUS de pessoas sem cobertura de saúde suplementar, maior no Interior

que na RMSP, principalmente nas RRAS 10, 11 e 12, conforme a Tabela 10, onde somou-se as duas taxas e espera-se encontrar valores próximos de 100, valores maiores indicariam invasões e valores menores evasões ou partos integralmente custeados pelo usuário. As três RRAS com os menores valores abaixo de 100 estão entre aquelas de menores coberturas em saúde suplementar do Estado, sugerindo que acessam os serviços por meios próprios e precarizados.

Tabela 10. Valores da soma das taxas de cobertura pela saúde suplementar e taxa de partos SUS, segundo a Macrorregião de Saúde de residência, no ESP, nos anos de 2010 a 2015.

RRAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RRAS 01	101,8	99,5	99,3	101,1	100,5	100,6
RRAS 02	93,8	94,8	95,5	96,8	95,1	92,9
RRAS 03	93,3	89,0	85,2	87,1	92,6	88,7
RRAS 04	98,1	99,2	98,9	99,5	100,2	99,4
RRAS 05	103,1	104,1	102,7	104,6	106,7	104,0
RRAS 06	109,8	111,5	112,5	112,7	111,9	111,1
RRAS 07	103,2	102,6	101,4	102,2	103,0	103,4
RRAS 08	89,8	88,7	90,6	92,1	92,6	92,0
RRAS 09	88,3	86,4	79,2	71,4	83,8	88,1
RRAS 10	86,2	83,7	84,4	83,8	84,1	83,9
RRAS 11	85,2	84,2	83,8	82,7	81,2	80,9
RRAS 12	79,1	78,3	78,4	78,7	80,1	82,7
RRAS 13	85,9	83,9	84,4	87,7	91,5	92,8
RRAS 14	101,0	99,3	100,1	101,6	100,3	99,7
RRAS 15	98,2	97,2	97,0	96,5	98,4	96,3
RRAS 16	100,6	94,8	96,7	98,7	98,2	96,9
RRAS 17	96,5	96,0	93,8	95,1	93,6	94,6

Fonte: SINASC. ANS - Agência Nacional de Saúde (dezembro de cada ano): competência novembro/2016. População: 2000 - 2013 - Estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa; 2014 - 2015 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE. DATASUS – Tabwin - SIH, internações para partos.

Em relação à saúde suplementar, inicialmente propôs-se considerar na programação, pelo menos, a cobertura de 75% de usuário SUS, ou mais. Isso posto, gera uma folga da programação nas regiões de maior cobertura em saúde suplementar, que também concentra populações de maior poder aquisitivo, mas não nas regiões economicamente menos favorecidas, com menores coberturas em saúde suplementar e maior utilização dos serviços públicos. Ou seja, por exemplo, em uma região com 60% de usuários SUS, a programação foi realizada para 75% da população, enquanto, em outra região com 80% de usuários SUS a programação foi justa para esses 80%. A partir da revisão dos parâmetros, foi proposto considerar exatamente o percentual de usuário SUS, o que pode acarretar programações aquém da necessidade, principalmente em momentos de crise financeira e perda de poder aquisitivo como vivenciamos nos últimos anos, em que a cobertura de saúde suplementar foi de 42,73%

em 2014 para 39,86% em 2016 no ESP, significando aproximadamente 1.118.000 pessoas migrando da saúde suplementar para o SUS, em curto espaço de tempo¹⁵.

Nesse sentido, SANTOS (2004) questionou há mais de uma década se a construção do SUS vinha efetivamente substituindo o velho modelo ou, por conta da escassez de recursos financeiros, não estivessem utilizando estratégias com a maximização da Universalidade precária e da Municipalização, e minimização da Integralidade, Equidade e Regionalização. O autor debateu a Universalidade enquanto acesso de todos, e a interdependência e complementaridade obrigatórias entre os princípios e diretrizes do SUS, levando a uma única resposta coerente: o que deveria ser universalizada era somente a atenção integral e equitativa às ações e serviços de saúde. Sob esta reflexão, a construção da Integralidade e da Equidade constituiriam o eixo orientador para a construção da Universalidade. Na atualidade, até essa Universalidade precária está em jogo, e ainda sem os avanços da imagem objetivo da oferta de serviços norteadas pelas necessidades e princípios do SUS.

No ESP, os Planos de Ações Regionais foram construídos utilizando os parâmetros da deliberação CIB 56/2011, as revisões e atualizações utilizam a Deliberação CIB 72/2014 e, a partir de 2015, o misto de parâmetros.

5.3. OS LEITOS OBSTÉTRICOS E LEITOS COMPLEMENTARES

A análise dos leitos obstétricos SUS agrupados por Regiões de Saúde (RS), em 2010, demonstrou que 52 (82,5%) das RS apresentaram cobertura igual ou superior ao parâmetro recomendado, com taxa de cobertura média de 145,1% (Tabela 11). As onze RS abaixo da recomendação foram: a RS Alto do Tietê da RRAS 2, Franco da Rocha da RRAS 3, Vale do Ribeira da RRAS 7, Alta Sorocabana da RRAS 11, José Bonifácio, Catanduva, Jales e Votuporanga da RRAS 12, Central do DRS III e RS Três Colinas da RRAS 13 e Limeira da RRAS 14; destas, as duas primeiras situam-se na RMSP, conforme a Figura 1.

Esse parâmetro é composto pela soma dos leitos necessários para partos de risco habitual e de alto risco. Considera-se que 15% dos partos são de gestações de alto risco e serão realizados nos serviços de referência, pode-se inferir que as RS que não atendem partos de alto risco possam apresentar taxas de cobertura de LO mínima de 85%, para o atendimento das gestações de risco habitual. Desta forma, as RS Centro Oeste do DRS III (RRAS 13) e as RS de Fernandópolis e Santa Fé do Sul (RRAS 12) apresentaram coberturas suficientes.

¹⁵ Fonte ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, cobertura segundo a macrorregião de residência, no ESP em 2010 e 2016.

Tabela 11 – Taxa de cobertura de Leitos Obstétricos SUS por Região de Saúde e a RRAS a que pertence, no ESP, no período de 2010 a 2016.

Região de Saúde	RRAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alto do Tietê	2	97,8	89,6	89,5	87,1	81,0	74,6	70,7
Franco da Rocha	3	88,6	95,5	85,3	87,3	125,9	84,9	107,6
Mananciais	4	118,6	117,0	107,4	99,8	100,2	90,2	86,0
Rota dos								
Bandeirantes	5	119,6	114,9	113,3	114,5	114,9	109,7	93,3
Grande ABC	1	125,7	105,9	105,4	110,9	111,8	100,7	94,9
São Paulo	6	151,2	143,4	137,9	140,9	143,9	135,3	121,4
Central do DRS II	12	186,7	180,2	183,6	153,1	155,9	141,0	143,0
Lagos do DRS II	12	181,2	161,2	193,0	198,0	196,2	198,2	205,7
Consórcios do DRS								
II	12	111,7	137,4	126,8	124,6	124,7	125,9	120,9
Central do DRS III	13	94,1	93,9	224,2	208,9	150,6	117,5	116,8
Centro Oeste do								
DRS III	13	98,0	102,7	102,4	96,1	99,5	95,8	95,1
Norte do DRS III	13	162,1	171,2	207,8	201,9	199,5	191,9	185,8
Coração do DRS III	13	131,1	111,6	122,4	121,3	121,3	126,5	123,7
Baixada Santista	7	160,7	136,0	125,1	129,1	134,3	126,3	125,8
Norte - Barretos	13	129,3	135,9	129,8	129,3	132,0	166,8	159,7
Sul - Barretos	13	241,9	222,9	202,6	233,4	251,2	233,6	232,5
Vale do Jurumirim	09	193,0	189,0	185,2	189,8	149,9	153,1	156,7
Bauru	09	195,8	194,4	187,7	135,0	184,9	141,6	134,6
Polo Cuesta	09	172,0	112,4	122,1	141,7	147,7	110,7	109,0
Jaú	09	141,1	136,6	136,1	139,4	143,6	148,7	127,6
Lins	09	218,0	207,2	204,8	230,9	236,8	180,6	170,4
Bragança	16	154,2	149,1	152,5	151,0	124,8	125,0	124,6
Reg. Metro								
Campinas	15	134,6	137,7	138,3	130,8	129,4	120,4	114,2
Jundiaí	16	130,0	116,0	130,0	130,4	128,4	115,6	104,6
Circuito das Águas	15	190,7	192,3	183,5	183,1	158,6	157,9	148,9
Três Colinas	13	89,1	91,8	96,2	97,2	95,0	91,3	86,1
Alta Anhanguera	13	266,1	226,3	222,9	236,4	230,3	241,4	226,8
Alta Mogiana	13	171,1	170,1	218,8	230,6	232,6	215,6	204,7
Adamantina	10	340,8	326,7	339,5	228,4	230,4	184,1	201,8
Assis	10	179,7	182,2	189,6	204,9	205,4	224,6	196,5
Marília	10	150,7	125,9	125,1	158,1	160,0	153,3	148,7
Ourinhos	10	112,1	115,4	117,9	168,2	173,6	165,9	149,2
Tupã	10	291,9	258,2	259,6	242,3	265,8	146,3	126,8
Araras	14	120,4	131,9	140,4	148,2	183,1	175,0	159,2
Limeira	14	94,0	86,1	99,0	99,3	99,7	93,4	95,5
Piracicaba	14	152,2	164,9	168,3	174,2	165,4	155,1	144,1
Rio Claro	14	104,3	111,4	108,8	107,0	96,8	85,9	93,2
Alta Paulista	11	142,1	144,4	126,7	127,2	145,7	133,2	139,1
Alta Sorocabana	11	99,3	97,8	98,9	97,8	135,8	144,9	141,9
Alto Capivari	11	171,0	174,6	175,8	176,1	178,4	174,9	170,4
Extremo Oeste								
Paulista	11	168,5	180,5	177,9	191,1	189,0	184,6	183,6

Pontal do								
Paranapanema	11	189,2	207,8	174,3	172,5	167,8	157,0	150,9
Vale do Ribeira	07	75,4	78,8	76,8	78,5	79,9	76,9	75,0
Horizonte Verde	13	188,0	190,5	197,6	200,3	156,3	144,4	143,5
Aquífero Guarani	13	145,4	145,6	124,2	117,3	124,5	125,1	120,8
Vale das Cachoeiras	13	148,9	149,7	142,2	135,9	144,4	141,2	133,9
Baixa Mogiana	15	127,4	126,7	118,9	126,2	125,5	122,2	113,8
Mantiqueira	15	145,7	145,6	155,5	109,5	112,0	109,8	107,3
Rio Pardo	15	178,0	182,0	187,3	163,1	167,5	152,3	144,0
Catanduva	12	74,0	77,2	69,7	66,5	55,4	50,5	53,2
Santa Fé do Sul	12	89,6	93,6	85,4	88,0	94,4	77,7	76,0
Jales	12	76,1	74,3	75,8	69,5	90,9	87,1	83,6
Fernandópolis	12	86,7	85,2	84,9	82,0	75,2	70,5	81,6
São José do Rio								
Preto	12	143,9	146,6	149,0	150,0	106,1	123,4	95,9
José Bonifácio	12	71,1	74,3	17,8	17,1	58,0	51,1	52,8
Votuporanga	12	80,5	80,6	77,4	77,6	58,7	74,5	72,3
Itapetininga	08	110,5	103,0	99,0	116,3	101,2	98,8	97,3
Itapeva	08	136,9	140,0	126,4	132,9	152,6	135,9	124,8
Sorocaba	08	123,4	123,2	131,3	120,6	117,5	111,9	101,9
Alto Vale do								
Paraíba	17	137,4	108,7	106,9	113,3	117,5	114,1	111,5
Circ. da Fé/V.								
Histórico	17	137,3	142,7	139,4	149,5	149,9	107,3	107,2
Litoral Norte	17	163,6	156,8	141,3	154,1	161,5	147,5	137,1
V. Paraíba-Reg.								
Serrana	17	132,9	146,0	139,4	134,8	130,3	123,4	140,5

Fontes: CNES, SINASC, ANS. Elaboração própria, considerando parâmetros SES/SP 2015.

Analisando por RRAS, em 2010 a taxa de cobertura média de LO SUS foi de 134,1%; apenas as RRAS 2 e RRAS 3 apresentaram baixas coberturas, indicando que as taxas menores de algumas RS são compensadas por outras, com taxas maiores, vizinhas e na mesma RRAS. Entretanto, isso pode acarretar evasão dessas gestantes de sua região de saúde, para os desfechos dos partos de risco habitual.

No período de 2010 a 2016 houve redução de 10,5% do número de leitos obstétricos SUS, de 6.287 leitos em 2010 para 5.627 leitos em 2016, ampliando de 11 para 15 (24%) as RS com baixa cobertura em LO, no período de implantação da Rede Cegonha. Em face disso, a cobertura média dos parâmetros de LO passou de 145% para 128%, conforme Tabela 11, com cobertura mínima de 52,8% na RS de José Bonifácio (RRAS 12) e máxima de 232,5% na RS Sul Barretos (RRAS 13).

Das 11 RS com baixas taxas em 2010, três melhoraram e atingiram taxas adequadas: Franco da Rocha (RRAS 3), Central do DRS III (RRAS 13) e Alta Sorocabana (RRAS 11). A RS Franco da Rocha melhorou mesmo sendo uma das últimas RS/RRAS com o PAReg/ RC aprovado no ESP, com baixa transferências de recursos financeiros federal e não contemplada

no programa Santa Casa Sustentável estadual. As duas outras pertencem a RRAS que receberam recursos federal e estadual, menores que a média na RS Alta Sorocabana e acima da média na RS Central do DRS III. As outras 8 mantiveram seus indicadores baixos e destas, 6 apresentaram piora: a RS Alto do Tietê da RRAS 2, a RS Vale do Ribeira da RRAS 7, as RS de Catanduva, José Bonifácio e Votuporanga da RRAS 12, e RS Três Colinas da RRAS 13. As RS Jales (RRAS 12) e Limeira (RRAS 14) melhoraram discretamente, mas mantiveram abaixo de 100%.

A essas 8 regiões, somaram-se outras 7 RS, com taxas adequadas em 2010 e reduziram a abaixo de 100% em 2016: RS Grande ABC (RRAS 1), Mananciais (RRAS 4), Rota dos Bandeirantes (RRAS 5), Rio Claro (RRAS 14) e Rio Preto (RRAS 12); e também as RS Santa Fé do Sul e Fernandópolis, ambas da RRAS 12, que atingiram taxas de cobertura menores que 85%, conforme a Figura 2. Em 2016, 48 RS (76,2%) apresentaram taxas de cobertura de LO SUS adequadas, incluindo as RS Centro Oeste do DRS III (RRAS 13) e Itapetininga (RRAS 8), de atendimento aos partos de risco habitual e com taxa entre 85 e 100%.

Cabe destacar que a RRAS 12 apresentou seu PAREg/RC tardiamente, recebeu baixas transferências de recursos financeiros federais, no entanto, teve altas transferências de recursos Estaduais para a qualificação da atenção hospitalar. Por outro lado, as RS Grande ABC, Alto do Tietê, Mananciais, Vale do Ribeira e Três Colinas aprovaram seus PAREg/RC oportunamente, receberam recursos federais acima da média das demais RRAS, e ainda Alto do Tietê, Vale do Ribeira e Três Colinas receberam recursos Estaduais e não ampliaram seus LO.

Considerando as RRAS, no período analisado, houve redução dos LO SUS em 14 (82%) das 17 RRAS, redução da taxa de cobertura média de 134% para 116%, cobertura mínima de 71% na RRAS 2 e máxima de 163% na RRAS 10. Além da RRAS 2, as RRAS 1, 4 e 5 apresentaram baixas taxas de cobertura, todas na RMSP, enquanto todas as RRAS do Interior e Litoral apresentaram taxas adequadas. As RRAS 3, 11 e 14 aumentaram o número de leitos, dessas apenas a RRAS 3 apresentava déficit em 2010, que foi sanado.

Nessa redução de LO SUS deve ser considerado possível viés de análise como o simples ajuste do cadastro desses leitos, readequação do cadastro ao número de leitos real existente ou às normas da Vigilância Sanitária, ambas situações induzidas pela organização da atenção materna e infantil convocada pelo planejamento da Rede Cegonha.

No período de análise, ocorreu redução dos Leitos Obstétricos não SUS, de 14,9%, proporcionalmente maior que no SUS, de 4.257 em 2010 para 3.622 leitos em 2016. Houve redução do número de leitos em 38 RS (60%), manutenção em 5 (8%) e acréscimo em 20 RS (32%). As maiores reduções proporcionais foram na RS Central do DRS III (redução de 100%),

com todos os seus leitos obstétricos disponíveis ao SUS desde 2014, RS Pontal do Paranapanema (redução de 83%) e RS Mantiqueira (redução de 55%); os principais acréscimos proporcionais foram nas RS de Ourinhos, Vale do Ribeira e Extremo Oeste Paulista, respectivamente 163%, 133% e 100%. Considerando as RRAS, conforme a Tabela 12, houve redução de LO Não SUS em 14 RRAS (82%); as maiores reduções proporcionais foram respectivamente na RRAS 1 (-55%), RRAS 5 (-39%) e RRAS 11 (-19%); enquanto as RRAS 7, 9 e 16 apresentaram aumento dos leitos obstétricos Não SUS.

Em 11 RRAS ocorreram redução dos LO SUS e Não SUS, em 3 RRAS houve aumento dos leitos SUS e redução dos LO Não SUS (RRAS 3, 11 e 14) e em outras 3 RRAS houve redução dos leitos SUS e aumento dos LO Não SUS (RRAS 7, 9 e 16), conforme a Tabela 12.

Tabela 12 – Frequência de Leitos Obstétricos (LO) totais, SUS e Não SUS; frequência de Hospitais com LO, totais, SUS e Não SUS, segundo a Macrorregião de Saúde, no ESP, nos anos de 2010 e 2016.

RRAS	LO Totais		Hospitais c/ LO		LO SUS		Hospitais c/ LO SUS		LO Não SUS		Hospitais c/ LO Não SUS	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016
01	618	389	30	19	281	220	11	9	337	169	20	11
02	483	404	22	15	354	299	13	10	129	105	14	8
03	123	148	7	7	68	95	5	5	55	53	3	3
04	211	173	11	10	190	153	9	7	21	20	2	3
05	379	308	16	13	260	228	8	7	119	80	8	6
06	2934	2426	96	74	1611	1352	43	37	1323	1074	59	40
07	436	409	20	19	350	299	15	14	86	110	9	10
08	550	507	34	35	363	334	26	26	187	173	27	24
09	557	488	43	39	373	299	38	32	184	189	30	31
10	431	358	38	33	263	230	32	28	168	128	30	26
11	186	201	20	20	123	144	17	17	63	57	13	11
12	676	588	67	64	314	274	53	36	362	314	57	52
13	850	844	72	71	539	526	61	58	321	318	57	58
14	311	326	24	23	172	189	15	14	139	137	21	21
15	923	853	55	53	509	480	37	34	414	373	46	42
16	264	263	20	20	151	142	14	13	113	121	11	14
17	612	564	59	37	376	363	42	25	236	201	46	28
Total	10544	9249	634	552	6287	5627	439	372	4257	3622	453	388

Fontes: CNES; Leitos por especialidade médica; Estabelecimentos de saúde. Dezembro de 2010 e dezembro de 2016.

A análise da quantidade de hospitais com LO também mostrou redução, na mesma proporção da redução de LO totais e de LO Não SUS, no entanto a redução de hospitais com LO SUS (15,3%) foi maior que a redução dos leitos SUS (10,5), conforme a Tabela 12. Houve maiores reduções do número de hospitais com LO SUS nas RRAS 17 (40,5%), RRAS 12

(32,1%) e RRAS 2 (23,1%), e houve maior redução de hospitais com LO Não SUS nas RRAS 1 (45,0%), RRAS 2 (42,9%) e RRAS 17 (39,1%).

Cabe ressaltar que um mesmo hospital pode apresentar leitos SUS e Não SUS, no entanto há diferenças nessa prática, em 2010, apenas 7,8% dos hospitais com LO da RMSP possuíam ambos os leitos, e nas RRAS 4 e 5 não havia hospitais com ambas clientelas em obstetrícia, enquanto nas macrorregiões do interior e litoral, 50,0% dos hospitais mantinham leitos SUS e Não SUS. Este fato se manteve em 2016, pode indicar predomínio do perfil público dos hospitais com atendimento SUS na RMSP e preponderância do perfil filantrópico dos hospitais que atendem SUS no interior e litoral.

Outro dado interessante, refere-se ao número médio de leitos obstétricos por hospital, é maior na RMSP que no Interior e Litoral, e maior nos hospitais com leitos SUS que naqueles com leitos Não SUS, conforme a Tabela 13. A qualidade técnica da assistência pode ser diretamente relacionada à frequência de sua prática, o que pode propiciar maior habilidade aos profissionais e estabelecimentos SUS, principalmente na RMSP em que há maior dicotomia da clientela entre os serviços.

Tabela 13 – Número médio de Leitos Obstétricos por Hospital, segundo a região e clientela atendida, no ESP, nos anos de 2010 e 2016.

Região	Ano	
	2010	2016
RMSP/ SUS	26,2	27,4
RMSP/ Não SUS	15,4	15,5
Interior e Litoral / SUS	11,1	11,8
Interior e Litoral /Não SUS	6,9	7,0

Fontes: CNES e elaboração própria.

A avaliação dos 66 hospitais que atendiam o SUS, realizavam mais que 12 partos anuais e encerraram o atendimento ao parto no período mostrou que 62.1% realizaram até 200 partos/ano em 2010, no entanto, 7 grandes hospitais, situados nas RRAS 2, 3, 6 (2 estabelecimentos), 7, 9 e 13, realizavam mais de 1000 partos/ano e fecharam seus LO. Por outro lado, dos 14 novos hospitais com serviços de partos ao SUS implantados entre 2010 e 2016, 8 deles (57,1%) realizaram mais que 1000 partos em 2016, situados nas RRAS 2, 6 (2 estabelecimentos), 7, 9 e 13 (3 estabelecimentos)¹⁶.

¹⁶ Fonte: SIH. Procedimentos hospitalares selecionados, por local de ocorrência, no ESP, em 2010 e 2016.

Figura 01 – Taxa de cobertura de leitos obstétricos SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2010.

Fonte: CNES. SINASC. ANS. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015

Figura 02 – Taxa de cobertura de leitos obstétricos SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: CNES. SINASC. ANS. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

No período analisado foi implantado apenas 1 Centro de Parto Normal, com 3 leitos, na RS Alto Vale do Paraíba, RRAS 17, não compensando a redução de LO hospitalares ocorrida no Estado. Outros países com bons indicadores de saúde materna e neonatal desenvolveram

modelos de atenção contando com Centros de Parto Normal e a atuação de obstetrizas, *midwives*, *sage-femmes* no cuidado às mulheres na gravidez, parto e puerpério. Esta estrutura, situada dentro ou próxima da maternidade e atendendo exclusivamente a gestantes de baixo risco, insere outros profissionais no processo do cuidar rompendo com a lógica hospitalocêntrica, focada no profissional médico e permite que as mulheres saudáveis planejem seus partos nesses centros e experimentem menos intervenções, sem riscos aos resultados perinatais (PASCHE et al 2014).

Segundo o parâmetro proposto para Leitos de Alto Risco ou de Gestação de Alto Risco – GAR, havia necessidade de 742 leitos no Estado, em 2016. No período de 2011 a 2016 foram habilitados 35 novos leitos e qualificados 363 leitos, correspondendo a 53,7% da necessidade. Considerando as publicações do período como os leitos existentes, a taxa de cobertura média das necessidades em LO/GAR em 2016 foi de 38,6%, com variação mínima de 0% nas RRAS 3, 8, 11, 12 e 14 e máxima de 112,5% na RRAS 6, conforme a Tabela 14 e a Figura 3. Houve atendimento aos parâmetros nas RRAS 1 e 6; 69,3% dos leitos novos ou qualificados foram na Região Metropolitana de São Paulo (RRAS 1,2,4,5, e 6) e apenas 30,6% no interior e litoral do Estado, enquanto as necessidades são semelhantes. Das 11 RRAS que aprovaram seus PAReg entre 2011 e 2012, apenas 4 conseguiram cobertura GAR acima de 50% em 2016 (RRAS 1, 4, 9 e 10). Em 2016 havia a necessidade de 368 leitos GAR novos ou qualificados para o atingimento do parâmetro, 24,5% na RMSP e 75,5% nas demais regiões do Estado. As taxas de coberturas de leitos GAR no interior e litoral em 2016 se associaram fortemente com os valores federais repassados para a RC (Pearson +0,87).

Cabe considerar que essa “cobertura” de leitos GAR está subdimensionada, foi construída apenas com os leitos habilitados ou qualificados pela Rede Cegonha. Os leitos GAR anteriores à RC estavam ainda habilitados no período do estudo, no entanto não puderam ser quantificados nos sistemas de informações. Disso resultou que serviços sem leitos GAR “novos ou qualificados” tiveram produção de partos de alto risco.

Em que pese não ser possível comparar a evolução dos leitos GAR no período, houve aumento de 28% no número de hospitais que registraram atendimentos às gestantes de alto risco SUS, e de 15% no número de municípios com esses serviços, ampliando e facilitando o acesso. Em dezembro de 2016 haviam 66 estabelecimentos hospitalares habilitados para o atendimento à Gestação de Alto Risco, nas 2 modalidades vigentes, em todas as RRAS, entretanto 6 estabelecimentos não registraram produção, sendo 2 pertencentes à RRAS 1 e um em cada uma das RRAS 3, 9, 16 e 17.

Tabela 14- Leitos de Gestação de Alto Risco – GAR, segundo a Macrorregião de Saúde - RRAS. Parâmetro de necessidades em 2016; leitos habilitados, leitos qualificados e total de leitos habilitados/qualificados entre 2011 e 2016; taxa de cobertura do parâmetro (*) e necessidade para o atingimento do parâmetro(*), no ESP, em 2016.

RRAS	Parâmetro necessidade s 2016 (Nº)	GAR habilitados de 2011 a 2016 (Nº)	GAR qualificados de 2011 a 2016 (Nº)	Total GAR Habilitados/quali- ficados de 2011 a 2016 (Nº)	Cobertura GAR 2016 (%)	Necessidade p/ atingir parâmetro (Nº)
01	35	0	38	38	109,2	0
02	63	8	11	19	30,0	44
03	13	0	0	0	0,0	13
04	27	8	6	14	52,5	13
05	37	12	5	17	46,4	20
06	167	0	188	188	112,5	0
07	39	0	18	18	46,6	21
08	48	0	0	0	0,0	48
09	33	7	10	17	51,5	16
10	21	0	11	11	51,9	10
11	14	0	0	0	0,0	14
12	39	0	0	0	0,0	39
13	58	0	29	29	49,9	29
14	22	0	0	0	0,0	22
15	62	0	30	30	48,6	32
16	19	0	6	6	31,7	13
17	44	0	11	11	24,8	33
Total	742	35	363	398		368

Fontes: CNES, SINASC, ANS. Publicações SISMAC. Considerado parâmetros SES/SP 2015..DATASUS.

(*) considerando apenas os leitos habilitados ou qualificados entre 2011 e 2016.

Figura 03 – Taxa de cobertura de leitos de gestação de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: CNES, SINASC, ANS. Publicações SISMAC. Considerado parâmetros SES/SP 2015.DATASUS.

No período de estudo foi implantado o atendimento à gestante de alto risco na RRAS 16, a única que não o realizava em 2010; e interrompido esse atendimento na RRAS 3, uma das últimas a elaborar seu PAReg.

A implantação da política de atenção à gestante, ao parto e puérpera foi ambígua na capacidade instalada em obstetrícia no Estado, houve redução dos leitos e hospitais que atendem às gestantes de risco habitual, principalmente na RMSP; enquanto no interior e litoral não teve impacto nas regiões com maiores necessidades, como as regiões noroeste e litoral sul, que também reduziram seus Leitos Obstétricos. Por outro lado, houve ampliação de leitos GAR, de hospitais e municípios que atendem gestantes de alto risco, melhorando o acesso a esse serviço, mas com algumas contradições como a RRAS 1, sem cobertura ideal para PRH e com cobertura acima do recomendado para PAR, quando o ideal seria primeiro a suficiência em LO e só então a ampliação dos leitos de maior complexidade.

Outro fator importante a ser considerado, refere-se ao aumento da proporção de leitos GAR qualificados, o que implica na redução de LO para partos de risco habitual visto que compõem um único conjunto de leitos.

No período avaliado houve aumento do número de leitos e da cobertura de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), em dezembro de 2010 constam 2.034 leitos complementares de UTINeo, destes 950 para atendimento ao SUS (46,7%) e 1.084 para atendimentos Não SUS (53,3%). Entre 2010 e 2016 houve aumento do número de leitos de UTI Neo de 10,52%, em ambos os segmentos, no entanto foi maior no segmento SUS, que em 2016 registrou 1.129 leitos, com incremento de 18,8% e representando 50,2% do total de leitos UTINeo, enquanto o segmento não SUS registrou 1.119 leito, com aumento de 3,2% no período e representando 49,8% dos leitos de UTI Neo em dezembro de 2016.

Outro dado relevante acerca desse aumento de leitos, refere-se ao tipo de UTI Neo, em 2016 apenas 0,3% dos leitos UTI Neo SUS são tipo I, 73,7% tipo II e 26,0% tipo III; enquanto os leitos de UTI Neo Não SUS se apresentavam menos qualificados: 58,6% tipo I, 28,1% tipo II e 13,3% tipo III.

A análise da taxa de cobertura de leitos complementares de UTI Neo SUS evidenciou que, em 2010, 10 RRAS (58,8%) apresentavam taxas acima de 100%; a taxa média foi 116,2%, a menor taxa de cobertura foi na RRAS 11 (56,4%) e a maior na RRAS 6 (206,0%), como mostra a Figura 4. O aumento de 18,8% do número de leitos no Estado (179 leitos), foi em todas as RRAS, com variação de acréscimo de 1 leito (RRAS 3) a 29 leitos (RRAS 1). Disso resultou aumento da taxa de cobertura em 2016 em 13 RRAS; no entanto houve discreta redução em 4 RRAS, pelo aumento do número de nascidos vivos e ou pela redução da cobertura da saúde suplementar terem sido superiores aos leitos necessários, no entanto, 3 dessas RRAS

apresentavam taxas maiores que 100%, apenas a RRAS 16 apresentava baixa cobertura em 2010 e reduziu sua taxa. Em 2016 a taxa de cobertura média foi de 134,6%, a menor cobertura foi na RRAS 16 (87,8%) e a maior na RRAS 1 (275,2%). Das 7 RRAS com taxas baixas em 2010, 3 atingiram o parâmetro proposto: RRAS 5, 7 e 10, conforme a Figura 5.

Figura 04 – Taxa de cobertura de leitos de UTI Neonatal SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2010.

Fonte: CNES. SINASC. ANS. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Figura 05 – Taxa de cobertura de leitos de UTI Neonatal SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: CNES. SINASC. ANS. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

No período de 2011 a 2016 foram qualificados ou habilitados 961 leitos de UTI Neo em 15 RRAS, exceto as RRAS 8 e 12. Correlacionando esses leitos qualificados ou habilitados com os leitos existentes e os implantados, em dezembro de 2016 havia 24 leitos habilitados em publicações do MS e não implantados e 192 leitos existentes e não qualificados. Esses 24 leitos não implantados são todos em RRAS com coberturas adequadas, que poderiam ter suas necessidades reavaliadas, para possíveis remanejamentos.

Considerando o número total de leitos e o parâmetro por RRAS, o déficit em dezembro de 2016 era 9 leitos, nas RRAS 4. 8. 11 e 16, as demais apresentavam taxas maiores que 100%, conforme a Tabela 15. Duas dessas RRAS (8 e 11) tiveram seus PAReg. aprovados tardiamente, a RRAS 8 não contou com transferências de recursos novos de custeio e as RRAS 11 e 16 receberam abaixo da média das demais regiões.

Tabela 15 - Número de leitos de UTI Neonatal SUS existentes em dezembro de 2010 e de 2016; parâmetro de necessidades, taxa de cobertura do parâmetro, e necessidade para o atingimento do parâmetro em dezembro de 2016; leitos habilitados ou qualificados entre 2011 e 2016; leitos habilitados ou qualificados e não implantados e leitos existente não habilitados em dezembro de 2016, segundo a Macrorregião de Saúde -RRAS, no estado de São Paulo.

RRAS	UTI Neo 2010 (Nº)	UTI Neo 2016 (Nº)	Parâmetro de neces- sidades 2016 (Nº)	Taxa de Cober- tura 2016 (%)	Necessi- dade para atingir parâmetro (Nº)	Leitos UTI Neo Habilitados/ Qualificados 2011 a 2016 (Nº)	Leitos UTI Neo Habi- litados e não im- plantados 2016 (Nº)	Leitos UTI Neo existentes e não qua- lificados 2016 (Nº)
01	69	98	36	275,2	0	99	1	0
02	61	87	65	134,0	0	91	4	0
03	16	17	14	125,4	0	6	0	11
04	22	26	27	95,2	1	23	0	3
05	32	46	38	122,6	0	46	0	0
06	337	351	171	205,2	0	311	0	40
07	31	42	40	106,2	0	37	0	5
08	34	44	49	89,7	5	0	0	44
09	34	36	34	106,6	0	38	2	0
10	21	34	22	156,6	0	30	0	4
11	8	14	15	95,0	1	10	0	4
12	46	55	40	136,8	0	0	0	55
13	70	77	59	129,5	0	79	2	0
14	25	31	23	136,7	0	5	0	26
15	71	86	63	136,0	0	89	3	0
16	15	17	19	87,8	2	17	0	0
17	58	68	45	149,6	0	80	12	0
Total	950	1129	759		9	961	24	192

Fontes CNES. SINASC. ANS. Publicações SISMAC. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015

O planejamento inicial da Rede Cegonha utilizou parâmetros de UTI Neo para toda a população residente, sem excluir a população coberta pela Saúde Suplementar. A partir da

alteração desse parâmetro, a cobertura da Saúde Suplementar foi considerada e houve redução de aproximadamente 40,1% (509) no número de leitos necessários em UTINeo, em 2016. Regiões com déficits passaram a ter suficiência e, por esse novo parâmetros, foram qualificados ou habilitados número maior que o necessário, no entanto 4 das 7 macrorregiões com taxas baixas em 2010 não alcançaram suficiência em 2016. Esses leitos de UTI Neo também atendem recém-nascidos submetidos a procedimentos cirúrgicos no período neonatal, em especial cirurgias cardíacas e neurológicas, demandando parâmetros diferenciados para esses centros regionais de referência, que não são considerados.

Outro fator importante é a complexidade dos leitos de UTI Neo Não SUS, apenas 41,4% são UTI tipo II ou III, expondo esses recém-nascidos a assistência menos qualificada ou concorrendo por um leito SUS.

No período de estudo, houve aumento de 57,2% dos leitos de Cuidado Intermediário Neonatal, de 980 em 2010 para 1541 leitos em 2016. O aumento foi predominantemente nos leitos Não SUS (300,4%), de 253 em 2010 para 760 em 2016; houve acentuada redução dos leitos Unidade Intermediária (classificação antiga) – apenas 1 em 2016, e transformação e implantação de 665 leitos UCINCO (87,5%) e 94 leitos UCINCA (12,4%) pela Saúde Suplementar.

Os leitos UCI Neonatal SUS aumentaram 7,4%, totalizando 781 leitos em 2016. A análise da taxa de cobertura desses leitos mostrou pequena variação, em 2010 a taxa média foi 58,9%, e em 2016 foi 63,2%, com taxa mínima de 9,0% nas RRAS 11, e máxima de 133,0% na RRAS 1, considerando todas as modalidades de leitos e os parâmetros de necessidade de UCINCO e UCINCA, conforme a Figura 6. A partir de 2012 os leitos da Unidade Intermediária Neonatal começaram a ser reclassificados e qualificados em UCINCO, em dezembro de 2016 coexistiam as 3 modalidades: 322 leitos de Unidade Intermediária Neonatal (41,2%), 375 leitos UCINCO (48,0%) e 84 leitos UCINCA (10,8%). No período de 2011 a 2016 foram habilitados ou qualificados pelo Ministério da Saúde 785 leitos, desses 682 UCINCO (86,9%) e 103 UCINCA (13,1%), entretanto em dezembro de 2016 estavam cadastrados no CNES apenas 459 desses leitos (58,5% dos habilitados ou qualificados), correspondendo a 55,0% dos leitos UCINCO qualificados ou habilitado e a 81,6% dos leitos UCINCA habilitados, conforme a Tabela 16.

Tabela 16 - Leitos de UCI Neonatal SUS segundo a Macrorregião de Saúde. Número de leitos existentes; parâmetro de necessidades, taxa de cobertura do parâmetro, segundo o tipo de leito Unidade Intermediária – UI, UCINCO – UCO e UCINCA – UCA, em dezembro de 2016; leitos habilitados ou qualificados entre 2011 e 2016; leitos habilitados ou qualificados e não implantados e necessidade de leitos para atingimento do parâmetro em dezembro de 2016, no ESP.

Macror-região de Saúde	Leitos existentes dez/2016			Parâmetro de necessidades 2016 (Nº)		Taxa de Cobertura do parâmetro 2016 (%)		Leitos UCINCO (Nº)		Leitos UCINCA (Nº)		Necessidade para atingimento do parâmetro UCINCO e UCINCA (Nº)
	UI	UCO	UCA	UCO	UCA	UCO	UCA	Habilitados/ Qualificados 2011 a 2016	Habilitados/ Qualificados não implantados 2016	Habilitados/ 2011 a 2016	Habilitados não implantados 2016	
RRAS 01	63	0	8	36	18	0,0	44,9	0	0	16	8	46
RRAS 02	17	25	0	65	32	38,5	0,0	57	32	0	0	72
RRAS 03	11	6	0	14	7	44,3	0,0	6	0	0	0	15
RRAS 04	8	13	3	27	14	47,6	22,0	21	8	3	0	25
RRAS 05	7	44	2	38	19	117,3	10,7	41	0	2	0	11
RRAS 06	178	80	20	171	86	46,8	23,4	292	212	26	6	157
RRAS 07	0	18	9	40	20	45,5	45,5	27	9	9	0	33
RRAS 08	9	0	0	49	25	0,0	0,0	0	0	0	0	74
RRAS 09	2	11	2	34	17	32,6	11,8	26	15	7	5	38
RRAS 10	0	23	8	22	11	105,9	73,7	22	0	8	0	2
RRAS 11	2	0	0	15	7	0,0	0,0	0	0	0	0	22
RRAS 12	2	16	8	40	20	39,8	39,8	16	0	8	0	36
RRAS 13	0	37	4	59	30	62,2	13,5	47	10	4	0	48
RRAS 14	0	20	9	23	11	88,2	79,4	18	0	9	0	5
RRAS 15	23	35	3	63	32	55,4	9,5	57	22	3	0	57
RRAS 16	0	17	5	19	10	87,8	51,6	22	5	5	0	7
RRAS 17	0	30	3	45	23	66,0	13,2	30	0	3	0	35
Total	322	375	84	759	380			682	313	103	19	683

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. SINASC. ANS. Publicações SISMAC. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015

Figura 06 – Taxa de cobertura de leitos de UCI Neonatal SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: CNES, SINASC, ANS. Publicações SISMAC. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015.

Houve grande hiato entre a habilitação ou qualificação e a implantação do leito e seu cadastro no CNES, conforme a Tabela 17, principalmente para os leitos UCINCO. As Figuras 7 e 8 mostram as taxas de coberturas de UCINCO e UCINCA em dezembro de 2016, com coberturas médias de 51,6% e 25,8% respectivamente, baixas e sem homogeneidade em todo o Estado. Esse déficit em leitos de Cuidado Neonatal Intermediário resulta, provavelmente, em maior ocupação dos leitos de UTI Neo por recém-nascidos que poderiam estar em leitos de menor complexidade, com menor custo e, de certa forma, explicam os elevados parâmetros de cobertura de UTI Neo e suas taxas de ocupação.

Em que pese o déficit, cabe destacar a melhor resposta do Interior e Litoral na implantação de leitos UCINCA, atingindo cobertura média de 30,7%, enquanto a RMSPP atingiu 16,8%, mesmo com prioridade em seus Planos e maiores recursos financeiros transferidos.

Tabela 17 - Quantitativo acumulado de leitos complementares de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal do SUS, habilitados ou qualificados e leitos existentes no CNES em dezembro, segundo o ano, no ESP.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Habilitados ou qualificados até dezembro	38	127	252	517	519	785
Existentes em dezembro			25	124	221	459

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Publicações SISMAC.

Figura 07 – Taxa de cobertura de leitos de UCINCO SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: CNES. SINASC. ANS. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Figura 08 – Taxa de cobertura de leitos de UCINCA SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: CNES. SINASC. ANS. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Para o pleno atingimento do parâmetro de cobertura, havia necessidade de 683 leitos em 2016, entretanto também havia 322 leitos Unidade Intermediária para serem qualificados e 332 já qualificados ou habilitados e não implantados.

A UCI neonatal, assim como a UTI Neo, foi inicialmente planejada para toda a população e no transcorrer do processo foi retirada a população coberta pela Saúde Suplementar, sem, entretanto, resultar excesso de leitos. Cabe destacar o rápido movimento dos prestadores privados em se apropriarem e implantarem equipamentos propostos por uma política pública, como os leitos de UCINCO e UCINCA, em velocidade superior aos prestadores SUS que, mesmo qualificados ou habilitados, apresentaram grande hiato entre a disponibilização dos recursos financeiros e o efetivo cadastro desses leitos no CNES.

Para melhores respostas da Rede Cegonha, a capacidade instalada em leitos de maior complexidade deve estar equilibrada no território. Houve moderada correlação entre as coberturas de leitos GAR e leitos UTI Neo / UCI Neo no Estado, forte correlação na RMSP, e forte associação entre UTI Neo e UCI Neo no Estado e na RMSP, mas essas associações não se repetem no interior e litoral.

O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro e consiste em colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe. Surgiu, na Colômbia, na busca de uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais, no entanto, estudos subsequentes mostraram que a presença contínua da mãe junto do bebê, além de garantir calor e leite materno, trazia inúmeras outras vantagens dentre as quais a promoção do vínculo mãe-bebê, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta hospitalar. O Método é recomendado como alternativa para países pobres que não dispõem de uma boa organização neonatal, mas vem sendo utilizado, também, por países desenvolvidos, que contam com todos os recursos necessários para a assistência neonatal. Ao longo das três últimas décadas o Método Canguru vem despertando interesse dentre os profissionais envolvidos na assistência neonatal em todo o mundo, sendo cada vez mais utilizado. No Brasil foi adotado como uma Política Nacional de Saúde, inserido no contexto da humanização da assistência neonatal desde 1999 e compõe a Rede Cegonha enquanto uma de suas apostas inovadoras (OMS, 2004; VENANCIO e ALMEIDA, 2004; LAMY et al, 2005).

Segundo PASCHE et al (2014), entre os grandes desafios apontados para a RC estão a necessidade de mudanças no modelo tecnoassistencial da atenção ao parto e ao nascimento vigente no país, com excesso de medicalização; banalização da cesárea; desrespeito aos direitos da mulher e da criança, principalmente na garantia de contarem com acompanhante na internação para o parto e do recém-nascido internado em unidade neonatal; e o cuidado diferenciado aos adolescentes e jovens.

A Tabela 18 sintetiza as alterações de Leitos Obstétricos, Leitos GAR, Leitos de UTI Neo e UCI Neo ocorridas no período de estudo, no Estado, na Região Metropolitana de São Paulo e no interior e litoral.

Em relação aos LO, no interior e litoral ainda existe capacidade instalada acima da necessidade, em alguma medida por reflexo de décadas atrás com maiores taxas de natalidade, a qual foi parcialmente equacionada pela própria organização induzida pela Rede Cegonha. No entanto, na RMSP essa redução trouxe déficit desses leitos. Há importante déficit de leitos GAR em quase todo o Estado, mais acentuado no Interior e Litoral, e não há dados para informar esses leitos em 2010. Os leitos de UTI Neo estavam superdimensionados em 2010 e aumentaram no período, em todo o Estado. E finalmente, os leitos de UCI Neo, já subdimensionados em 2010, foram mantidos em 2016; cabe destacar que a cobertura de 2016 apontada na Tabela 18 considerou todos os leitos - os 322 leitos de UIN antigos, não qualificados, mas ainda utilizados, somados aos leitos UCINCO e UCINCA ^(c) e apenas a somatória dos leitos UCINCO e UCINCA ^(d).

Tabela 18 – Síntese do número de leitos e média da cobertura do parâmetro assistencial, se-gundo os tipos de leitos e as RRAS da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), Interior e Litoral, e do estado de São Paulo (ESP), e os respectivos incrementos, em 2010 e 2016.

Tipo de Leito	RRAS	2010		2016		Incremento (nº)
		Nº	Cobertura	Nº	Cobertura	
Leitos Obstétricos	RMSP	2.764	117%	2.347	96%	-417
	Interior e Litoral	3.523	143%	3.280	126%	-243
	ESP	6.287	134%	5.627	116%	-660
Leitos GAR	RMSP			276	58%	
	Interior e Litoral			122	28%	
	ESP			398	39%	
Leitos UTI Neo	RMSP	537	140%	625	160%	88
	Interior e Litoral	413	103%	504	121%	91
	ESP	950	116%	1.129	135%	179
Leitos UCI Neo	RMSP	494 ^a	ni	284 ^a / 201 ^b	87% ^c / 38% ^d	-9
	Interior e Litoral	233 ^a	ni	38 ^a / 258 ^b	50% ^c / 46% ^d	63
	ESP	727 ^a	ni	322 ^a / 459 ^b	63% ^c / 43% ^d	54

Fonte: CNES. SINASC. ANS. Publicações SISMAC. DATASUS. Considerado parâmetros SES/SP 2015.

^a Leitos de Unidade Intermediária Neonatal (UIN)

^b Leitos UCINCO e UCINCA somados

^c Cobertura de leitos considerando a somatória de todos os leitos (UIN, UCINCO, UCINCA)

^d Cobertura de leitos UCINCO e UCINCA

ni – Não informado, por não haver parâmetros para os leitos de Unidade Intermediária Neonatal

Segundo CHAVES et al (2017) o desafio da organização regional está na identificação das singularidades, na avaliação das potencialidades e fragilidades regionais, de modo a cooperar e apoiar a gestão contribuindo para que atendam às reais necessidades de saúde da população.

5.4. OS PARTOS DE RISCO HABITUAL E PARTOS DE ALTO RISCO

No período analisado ocorreram 2.473.676 partos SUS, nos hospitais do ESP, de mulheres residentes no Estado, com média de 353.382 partos anuais e discreta tendência crescente, conforme a Tabela 19. Destes, 2.188.322 (88,5%) foram Partos de Risco Habitual (PRH), com tendência decrescente, enquanto 285.354 (11,5%) foram Partos de Alto Risco (PAR), com expressiva tendência ascendente; em 2010 os PAR representaram 8,85% e em 2016 foram 15,57% do total de partos.

Tabela 19 - Frequência de partos SUS segundo o risco, habitual (PRH) ou de alto risco (PAR), percentual de partos de alto risco (%PAR), e total de partos, segundo o ano de ocorrência, de mulheres residentes e realizados no ESP.

Ano	PRH	PAR	% PAR	TOTAL
2010	316.528	30.714	8,85	347.242
2011	315.742	33.485	9,59	349.227
2012	315.676	33.533	9,60	349.209
2013	307.122	36.777	10,69	343.899
2014	311.765	44.743	12,55	356.508
2015	316.994	49.965	13,62	366.959
2016	304.495	56.137	15,57	360.632

Fontes: SIH. DATASUS

Deste montante de PRH, 3.218 (0,15%) foram realizados em 2 Centros de Partos Normais, um situado na RS São Paulo (RRAS 6), existente desde 2006 e anterior à Rede Cegonha, e outro situado na RS Alto Vale do Paraíba (RRAS 17) e habilitado em 2015.

Neste período, houve aumento do número total de partos em 14 RRAS (82,4%), exceto nas RRAS 1, 10 e 17, que reduziram respectivamente 0,4%, 4,6% e 0,8% seus partos. Dessas, apenas a RRAS 1 apresentava também baixa cobertura de leitos obstétricos em 2016.

A frequência de PRH apresentou tendência decrescente no Estado e em 10 RRAS (58,8%), no entanto as RRAS 3, 5, 8, 9, 12, 13 e 15 apresentaram tendência ascendente, duas estão localizadas na RMSP e 5 no interior, e nessas há pelo menos um serviço hospitalar de maior porte e referência regional, as quais são as regiões que abarcam os municípios de Sorocaba (RRAS 8), Botucatu (RRAS 9), São José do Rio Preto (RRAS 12), Ribeirão Preto (RRAS 13) e Campinas (RRAS 15). A análise por Regiões de Saúde evidenciou tendência ascendente dos PRH em 28 Regiões (44,4%), 24 destas pertencentes às RRAS em que houve

frequência de partos ascendentes. As 15 RS com taxas de cobertura de LO abaixo da necessidade em 2016, 8 reduziram seus PRH (Grande ABC (RRAS 1), Alto do Tietê (RRAS 2), Mananciais (RRAS 4), Vale do Ribeira (RRAS 7), Catanduva (RRAS 12), Três Colinas (RRAS 13), Limeira e Rio Claro (RRAS 14)), enquanto as outras 7 aumentaram seus PRH, mesmo com déficit de leitos pelos parâmetros acordados (Rota dos Bandeirantes (RRAS 5); Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, São José do Rio Preto, José Bonifácio e Votuporanga (RRAS 12)).

Em relação aos partos de alto risco houve aumento da frequência no Estado (83%), durante o período analisado, de 30.714 PAR em 2010 para 56.137 em 2016, indicando importante aumento do acesso a partos mais qualificados. No entanto, esse aumento não foi homogêneo, em 2 RRAS (11,8%) houve tendência a decréscimo dos PAR, nas RRAS 3 e 9.

Na RRAS 3 apenas 2,24% de seus partos, no período de estudo, foram de Alto Risco, evidenciando dificuldade de acesso. A região referencia todas suas gestantes de PAR para outras RRAS desde 2015, não teve leitos GAR habilitados ou qualificados, embora haja registro de 1 serviço habilitado no território. A RRAS 9 também apresentou redução do acesso ao PAR, no entanto apresenta serviços habilitados (2), teve leitos novos habilitados (7) e leitos antigos qualificados (10), com taxa de cobertura de leitos GAR de 30,3%, abaixo da média estadual (38,6%). Ambas apresentaram aumento da frequência de PRH, indicando que um percentual de suas gestantes de alto risco pode ter seus partos em serviços não qualificados para tal. Por outro lado, outras RRAS que não tiveram leitos GAR qualificados ou habilitados, com taxa de cobertura 0,0% como as RRAS 8, 11, 12 e 14 ou abaixo da média estadual, como as RRAS 4, 5, 16 e 17, ampliaram o acesso aos PAR.

Houve ganhos no acesso à assistência aos partos de alto risco, com maior incorporação de tecnologias, mas foi insignificante a incorporação de centros de parto normal, de menor densidade tecnológica. Para que os serviços se organizem em função das reais necessidades, interessa também a mudança do modelo técnico assistencial, no sentido de romper com práticas onde as mulheres brasileiras e seus bebês, de qualquer grupo social, estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento. As de nível social diferenciado sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas perdendo assim as vantagens advindas da sua situação social. As mais pobres são submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos e demonstram baixa satisfação com a atenção recebida, segundo LEAL e GAMA (2014), dentre as conclusões do estudo “Nascer no Brasil”.

5.5. O ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA E OS FLUXOS DE ACESSO

O Índice de Dependência (ID) dos Partos de Risco Habitual (ID/PRH) apresentou discreta tendência crescente. Em 2010, o valor médio foi 3,13%, com máximo de 35,17% na Região de José Bonifácio. Em 2016, o valor médio do ID/PRH foi de 3,25%, e valor máximo de 25,0% na mesma região de José Bonifácio. O estudo avaliou o ID/PRH das 63 Regiões de Saúde e identificou que 37 (58,7%) apresentaram valores até 3,0% enquanto 26 (41,3%) apresentaram valores maiores que 3,0% em pelo menos 1 período (ano) (Tabela 20). Dessas 26 RS com maiores ID/PRH, a tendência dos valores anuais foi ascendente em 15 delas.

Tabela 20- Índice de Dependência para PRH, segundo a região de saúde, a RRAS, o ano e tendências ascendentes (A) ou decrescente (D), das RS com valores maiores que 3,0 em pelo menos uma medição, no ESP, nos anos de 2010 a 2016.

Região de Saúde	RRAS	Ano							TENDÊNCIA
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
José Bonifácio	12	35,2	33,2	88,5	99,1	50,0	28,1	25,0	D
Pontal do Paranapanema	11	22,2	21,1	23,8	21,9	24,4	16,4	15,3	D
Alto Capivari	11	10,1	6,6	6,5	6,2	2,9	5,1	2,3	D
Franco da Rocha	3	9,7	7,0	8,7	7,0	6,4	4,5	3,2	D
Vale do Ribeira	7	7,1	8,1	9,4	8,1	7,8	8,2	9,3	A
Fernandópolis	12	7,1	6,0	6,3	6,4	9,7	5,6	7,0	A
Alta Paulista	11	6,0	5,1	4,7	3,6	3,2	4,8	2,7	D
Tupã	10	5,7	5,6	4,8	3,9	2,8	2,6	3,4	D
Alto do Tietê	2	5,4	4,3	4,6	4,8	9,4	5,0	6,4	A
Santa Fé do Sul	12	5,4	2,0	6,4	4,8	6,8	7,4	2,2	A
Jales	12	5,3	2,1	5,7	3,5	3,5	6,1	5,8	A
Extremo Oeste Paulista	11	4,9	6,3	5,0	4,6	3,9	2,1	2,0	D
Vale das Cachoeiras	13	4,9	4,9	3,9	11,1	16,8	18,5	23,8	A
Adamantina	10	4,6	4,9	3,7	5,0	2,9	2,2	3,3	D
Central do DRS II	12	4,2	3,8	4,2	6,3	5,1	4,8	5,9	A
Mananciais	4	4,1	3,7	3,9	4,3	4,3	4,5	4,8	A
Sul - Barretos	13	4,0	2,7	3,1	2,4	1,6	3,4	2,6	D
Consórcios do DRS II	12	3,7	2,3	2,6	2,4	2,2	1,5	0,9	D
Rota dos Bandeirantes	5	3,5	2,1	2,4	2,2	2,3	2,8	2,5	D
Horizonte Verde	13	2,9	2,8	2,2	4,5	8,6	7,1	6,1	A
Circuito das Águas	15	2,9	4,3	2,6	3,7	4,8	4,9	5,7	A
Vale do Jurumirim	9	1,4	1,2	2,3	2,9	4,2	3,2	3,9	A
Centro Oeste do DRS III	13	1,3	3,2	3,7	4,0	10,4	14,1	13,5	A
Itapetininga	8	1,1	1,1	0,9	1,3	1,4	1,4	4,5	A
Circ. da Fé/V.Histórico	17	0,9	1,2	1,5	1,5	2,9	3,3	3,1	A
Itapeva	8	0,9	1,7	2,4	1,8	1,6	4,2	1,6	A

Fontes: SIH. DATASUS

Em 2010, 19 RS (30,2%) apresentaram ID/ PRH maior que 3%, e destas 11 apresentaram tendência decrescente no período. Em 2016, 18 RS (28,6%) apresentaram valores maiores que 3%, dessas 13 com tendência ascendente do ID/PRH. Doze RS mantiveram valores maiores que 3,0% em 2010 e em 2016, conforme as Figuras 09 e 10.

Figura 09 – Índice de dependência dos partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2010.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS

Figura 10 – Índice de dependência dos partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS

As RS com altos valores de ID/ PRH situavam-se em 4 (66,7%) das 6 RRAS da Região Metropolitana de São Paulo e em 5 (45,5%) das 11 RRAS do interior e litoral em 2010. Em 2016 mantiveram elevados em 3 RRAS da RMSP (50,0%) e em 9 RRAS do interior e litoral (81,8%). Houve ampliação do número de RRAS com regiões que referenciaram seus PRH em 2016, no interior e litoral. As RS das RRAS 1, 6, 14 e 16 não apresentaram valores elevados desse indicador nos anos estudados, conforme a Tabela 21.

Das 15 RS com taxa de cobertura de Leitos Obstétricos abaixo de 100% em 2016, 8 RS – Alto do Tietê (RRAS 2); Mananciais (RRAS 4); Rota dos Bandeirantes (RRAS 5), Vale do Ribeira (RRAS 7), e José Bonifácio, Jales, Fernandópolis e Santa Fé do Sul (RRAS 12) - apresentaram pelo menos um valor de ID/ PRH maior que 3,0% no período. As demais sete – Grande ABC (RRAS 1); Catanduva, São José do Rio Preto e Votuporanga (RRAS 12); Três Colinas (RRAS 13); Limeira e Rio Claro (RRAS 14) - apresentaram valores baixos em todo o período, mesmo não dispondo dos leitos obstétricos necessários segundo os parâmetros propostos.

Tabela 21- Número de Regiões de Saúde com Índice de Dependência para PRH maior que 3%, segundo a Macrorregião de Saúde e o ano, de 2010 a 2016, no ESP.

Macrorregião de Saúde	Nº de RS na RRAS	Ano						
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 01	1	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 02	1	1	1	1	1	1	1	1
RRAS 03	1	1	1	1	1	1	1	1
RRAS 04	1	1	1	1	1	1	1	1
RRAS 05	1	1	0	0	0	0	0	0
RRAS 06	1	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 07	2	1	1	1	1	1	1	1
RRAS 08	3	0	0	0	0	0	1	1
RRAS 09	5	0	0	0	0	1	1	1
RRAS 10	5	2	2	2	2	0	0	2
RRAS 11	5	4	4	4	4	3	3	1
RRAS 12	10	6	3	5	5	5	5	4
RRAS 13	12	2	2	3	3	3	4	3
RRAS 14	4	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 15	5	0	1	0	1	1	1	1
RRAS 16	2	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 17	4	0	0	0	0	0	1	1
Total	63	19	16	18	19	17	20	18

Fontes: SIH. DATASUS

Não houve associação entre taxa de cobertura de Leito Obstétrico e o ID/ PRH em 2010 e 2016 quando avaliadas as Regiões de Saúde, no entanto, quando agrupadas em RRAS, houve

forte associação negativa na RMSP em 2016 (Pearson -0,79), ou seja, quanto menor a cobertura de LO, maior o referenciamento de PRH.

O estudo captou todos os partos realizados, não apenas os que ocorreram em leitos obstétricos. Em 2010, 1,45% dos PRH foram realizados em leitos cirúrgicos ou clínicos, e em 2016 foram 1,41%, entretanto, esses valores apresentaram tendência crescente. Em 2010 as RRAS 12, 13 e 2 realizaram respectivamente 5,7%, 3,2% e 2,5% de seus partos em outros leitos; em 2016 houve aumento desse percentual em 9 RRAS, os maiores valores foram na RRAS 14 (7,3%), RRAS 1 (2,6%) e RRAS 6 (2,3%). A RRAS 14 recebeu poucos recursos federais para a RC e ainda aumentou seus LO, a RRAS 6 foi a que mais recebeu referenciamentos e a RRAS 1 recebeu recursos acima da média das demais, adequou sua estrutura mais complexa, no entanto reduziu os LO.

Destas 18 RS com Índice de Dependência maior que 3% para partos de risco habitual em 2016, 16 apresentaram alto Índice de Dependência em internações de média complexidade, em estudo de 2013 (GUERRA, 2015), indicando também dificuldades de acesso hospitalar em outras especialidades básicas. Segundo a autora, regiões de saúde com índices de dependência elevado precisariam ter seus desenhos revisados ou receber investimentos em capacidade instalada, de modo a garantir o acesso mais equânime no território, evitando deslocamentos desnecessários, que acarretam custos financeiros e sociais à população e à gestão.

Em 2010, ocorreram 316.528 partos de risco habitual no Estado, de residentes. Destes, 6.246 (1,97%) não foram realizados na Região de Saúde de residência, gerando 402 diferentes fluxos entre RS para a realização desses partos. O estudo considerou as 19 RS que referenciaram mais que 3,0% de seus partos, o que correspondeu a 3.016 procedimentos e 28 fluxos predominantes entre Regiões de Saúde, com as gestantes percorrendo 197.545 km para o acesso (ida), considerando os pontos médios das regiões de residência e ocorrência. O maior percurso foi da RS de Tupã a São Paulo (447 km) e a maior frequência de fluxo foi da RS Alto do Tietê para São Paulo, 1.201 referenciamentos perfazendo aproximadamente 62.071 km. Destas 19 RS, as 4 situadas na RMSP referenciaram para a RRAS 6, da RS e município de São Paulo. Das 15 RS do Interior e Litoral, em 12 os fluxos foram para outras RS da própria RRAS, predominantemente para as regiões de maiores referenciamentos na RRAS. Em 3 houve fluxos entre RRAS: na Região dos Consórcios do DRS II (RRAS 12) ocorreu fluxo para a RS Lins (RRAS 9), de 1,7% do total de partos; na RS Sul Barretos (RRAS 13) houve fluxos para a RS Catanduva (RRAS 12), de 2,3%; e na Região de Tupã (RRAS 10) ocorreram fluxos para a RRAS 6 (1,4%) e para a RS Consórcios do DRS II (RRAS 12), de 1,2%, conforme a Figura 11, em que as setas vermelhas identificam os fluxos existentes. A espessura das setas de fluxos é proporcional à sua intensidade. Dentre as RS receptoras, as RS Alta Sorocabana (RRAS 11),

Catanduva e Votuporanga (RRAS 12) tinham insuficiência em capacidade instalada de LO para o atendimento de suas RS e ainda receberam referenciamentos de outras.

Em 2016 houve redução dos partos de risco habitual (304.495) e aumento para 2,48% daqueles não realizados na região de residência (7.544), com 433 trajetos de fluxos. Considerando as 18 RS que referenciaram mais de 3% dos PRH, foram 3.476 partos referenciados (aumento de 15,3%), em 21 fluxos distintos (redução de 25,0%), perfazendo 214.700 km percorridos (ida). O maior percurso foi da RS Vale do Ribeira para a Baixada Santista (176 km) e o maior volume manteve-se da RS Alto do Tietê para São Paulo (1.326 referenciamentos, percorrendo 68.531 km), conforme a Figura 12.

Na RMSP, os fluxos entre RS e RRAS se mantiveram altos em 3, todos para a RRAS 6 (São Paulo) - foram altos e com tendências crescentes as evasões das RS de Alto do Tietê (RRAS 2) e Mananciais (RRAS 4); e alto, mas tendência decrescente em Franco da Rocha (RRAS 3). A RS Rota dos Bandeirantes (RRAS 5) reduziu seu indicador. Das 15 RS do Interior e Litoral com ID/ PRH maiores que 3,0%, todas referenciaram para outras RS situadas na própria RRAS. Nove RS mantiveram altos ID/ PRH nos dois períodos estudados, 6 RS com baixos indicadores em 2010 atingiram valores acima de 3,0% em 2016, enquanto outras 6 RS reduziram seu indicador. Os fluxos se mantiveram prioritariamente para as principais referências das próprias RRAS em todas as RS do Interior e Litoral que não atenderam integralmente seus partos de risco habitual, houve melhor competência dentro da macrorregião e apenas 3 RS referenciaram para mais de uma RS, como mostra a Figura 12. Dentre as RS receptoras, São José do Rio Preto e Votuporanga (RRAS 12) apresentavam insuficiência em LO para seus municípios e ainda receberam referenciamentos. No período de implantação da RC houve aumento da frequência e do percentual de referenciamentos de PRH, redução dos fluxos predominantes e redução das distâncias médias percorridas, de 66 Km para 62 Km.

A análise do Índice de Dependência dos Partos de Alto Risco (ID/ PAR) em 2010 e 2016 evidenciou queda de valores, com valor médio de 15,9% em 2010, reduzindo para 9,4% em 2016. Em 2010, 6 RRAS (35,3%) apresentaram valores maiores que 3,0% – RRAS 1, 2, 3, 4, 5 e 16, cinco na RMSP e uma no interior. Em 2016, as 5 RRAS da RMSP mantiveram o indicador ID/ PAR elevado, enquanto todas as RRAS do interior e litoral apresentaram valores menores que 3,0%, conforme as Figuras 13 e 14 e a Tabela 22.

Figura 11 – Frequência de partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, e fluxos entre RS e entre RRAS, em 2010.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Figura 12 – Frequência de partos de risco habitual SUS, segundo a Região de Saúde do estado de São Paulo, e fluxos entre RS e entre RRAS, em 2016.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Identificou-se todas as RRAS que apresentaram resultado ID/ PAR superior a 3,0% em pelo menos um período do estudo, e dessas calculou-se a tendência do indicador. Foram identificados 8 RRAS, 5 na RMSP e 3 no interior. Dessas 8, as RRAS 9 e 10 apresentaram

apenas 2 valores levemente elevados, em anos intermediários, não mantidos, a RRAS 3 apresentou tendência ascendente e as demais (RRAS 1, 2, 4, 5, e 16) apresentaram tendência decrescente (Tabela 22).

Figura 13 – Índice de dependência dos partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2010.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Figura 14 – Índice de dependência dos partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo, 2016.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Tabela 22- Índice de Dependência para PAR, segundo a macrorregião de saúde - RRAS, o ano e tendências ascendentes (A) ou decrescente (D) das RRAS com valores maiores que 3,0 em pelo menos uma medição, nos anos de 2010 a 2016, no ESP.

Macrorregião de Saúde	Ano							Tendência
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
RRAS 01	9,1	36,5	17,4	12,7	12,8	12,9	17,2	D
RRAS 02	9,7	12,1	14,5	11,6	10,0	3,7	4,7	D
RRAS 03	23,0	30,5	63,0	93,8	95,5	100,0	100,0	A
RRAS 04	15,0	22,0	22,0	13,5	9,3	9,1	7,5	D
RRAS 05	99,4	48,6	100,0	100,0	54,2	24,5	16,6	D
RRAS 06	0,7	0,5	0,3	0,4	0,7	0,9	1,0	
RRAS 07	0,8	0,5	0,8	0,7	0,5	0,5	0,6	
RRAS 08	0,8	1,6	1,2	0,9	1,2	1,1	1,3	
RRAS 09	0,8	0,9	1,1	3,3	3,3	2,1	1,6	
RRAS 10	2,5	3,0	3,6	1,7	2,3	2,8	2,7	
RRAS 11	1,8	0,9	1,1	0,4	0,8	0,3	0,1	
RRAS 12	1,7	1,7	1,1	2,4	0,9	0,7	0,5	
RRAS 13	0,4	0,7	0,3	0,2	0,5	0,3	0,6	
RRAS 14	1,7	1,4	1,2	1,0	0,6	0,3	0,4	
RRAS 15	1,3	1,1	1,8	1,6	1,9	1,0	1,4	
RRAS 16	100,0	89,7	4,6	1,9	1,2	1,5	2,4	D
RRAS 17	0,8	2,1	2,1	1,1	1,5	1,0	0,9	

Fontes: SIH. DATASUS

Em 2010, ocorreram 30.714 partos de alto risco SUS no Estado, desses 866 (2,82%) não foram realizados na RRAS de residência da parturiente, ocasionando 62 rotas de fluxos para o acesso. As 6 RRAS com ID/ PAR maior que 3,0% referenciaram 614 partos, em 8 trajetos de fluxos preferenciais, percorrendo 24.659 km para o acesso. A maior distância percorrida foi da RRAS 16 para a RRAS 15 (88,95 km) e o maior volume de deslocamentos foi da RRAS 2 para a RRAS 6 (158 referenciamentos, percorrendo 8.166 km). Nas cinco RRAS da RMSP, os fluxos foram para a RRAS 6 – o município de São Paulo - enquanto da RRAS 16, a totalidade dos partos de alto risco de suas residentes foram realizados nas RRAS 15 (97,0%) e na RRAS 6 (3,0%) conforme a Figura 15, que mostra a frequência e os fluxos de PAR entre RRAS, com a espessura das setas correlacionada à frequência de fluxos, em 2010. As RRAS encaminhadoras têm menor produção de PAR, exceto a RRAS 2, com alta produção, mas insuficiente para sua população.

Em 2016, foram realizados 56.137 partos de alto risco no Estado, destes 1.422 (2,63%) não foram realizados na RRAS de residência, gerando 85 diferentes trajetos de fluxos. Selecionando apenas as 5 RRAS que referenciaram mais que 3%, foram 941 PAR e 10 rotas de fluxos prioritárias, que totalizaram 36.165 km percorridos para o acesso ao PAR em RRAS distinta daquela de residência. Essas 5 RRAS que mantiveram o indicador ID/ PAR elevado são todas da RMSP, conforme a Tabela 23. Os fluxos mantiveram para a RRS 6 (São Paulo); mas

também, da RRAS 3, houve movimentos para a RRAS 2 (8,2%), RRAS 8 (1,2%), RRAS 15 (2,4%) e RRAS 16 (9,4%); e da RRAS 5 movimentos para a RRAS 4 (1,6%), conforme a Figura 16 que evidencia a frequência de partos e os movimentos entre RRAS para a realização de PAR, em 2016.

De certa forma, em 2010 a RMSP contingenciou seus partos de alto risco na grande região, entretanto em 2016 a RRAS 3 rompeu as fronteiras e 13% de suas gestantes de alto risco foram atendidas em outras RRAS vizinhas e não pertencentes à RMSP. Tanto a RRAS 2 quanto a RRAS 4 receberam de outras RRAS e referenciaram para a RRAS 6. A RRAS 16, que referenciava todas as suas gestantes de alto risco em 2010, implantou serviços e ampliou seu acesso reduzindo seu indicador a menos de 3,0% desde 2013, e em 2016, além das suas gestantes, recebeu referenciamento da RRAS 3, conforme a Tabela 23 e Figura 16.

Houve redução dos PAR ocorridos em leitos não obstétricos, de 2,8% em 2010 para 1,5% em 2016. Em 2010, os maiores percentuais de PAR em outros leitos foram na RRAS 13 (9,7%), RRAS 6 (4,1%) e RRAS 12 (3,0%). Em 2016 houve aumento desse percentual em 5 RRAS, e os maiores percentuais foram verificados na RRAS 14 (9,0%), RRAS 12 (2,9%) e RRAS 6 (2,0%). Reiterando que as RRAS 14 e 12 receberam poucos investimentos federais e a RRAS 6 recebeu o maior volume de referenciamentos.

A análise comparativa do ID/ PAR com as taxas de coberturas de leitos de gestação de alto risco (GAR) implantados ou qualificados, e de leitos de UTI Neo existentes em 2016, evidencia situações distintas (Tabela 23). Na RMSP, as RRAS 1 e 6 possuem taxas de coberturas de Leitos GAR acima de 100% e todas possuem taxas de coberturas de Leitos UTI Neo acima de 95%, no entanto, apenas a RRAS 6 tem baixo ID/ PAR. A RRAS 3 detém 125% dos leitos de UTI Neo necessários, entretanto não possui leitos GAR implantados ou qualificados e desde 2013, mais de 90% dos partos de alto risco são realizados em outra RRAS. As RRAS 2, 4 e 5 detêm baixas coberturas de leitos GAR e referenciam mais de 3,0% de seus PAR.

A RMSP dispõe de cerca de 81% dos leitos GAR e de 179% dos Leitos de UTI Neo necessários para a atenção aos partos de alto risco e, em 2016, 5 RRAS (83,3%) apresentaram ID/PAR superior a 3,0%, com média de 24,5% e mediana 12,1%. Em que pese a tendência decrescente em referenciar os PAR, as repostas aos investimentos da Rede Cegonha na RMSP foram frágeis nas RRAS 1, 2, 4 e 5. Por outro lado, as RRAS do interior e litoral possuíam 31% dos leitos GAR e 123% dos leitos de UTI Neo necessários em 2016, e todas apresentaram baixo ID/ PAR.

A Tabela 23 também evidenciou desequilíbrio na capacidade instalada de algumas RRAS, entre as coberturas de leitos GAR e de leitos de UTI Neonatal, posto que ambos são

necessários para a integralidade do atendimento às gestantes de alto risco. Essa situação pode acarretar ociosidade de leitos e/ou maiores riscos assistenciais pelo transporte de pacientes críticos, além de aumentar os valores de custos do sistema.

Figura 15 – Frequência de partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo de ocorrência, e fluxos de residência e ocorrência entre RRAS, em 2010.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Figura 16 – Frequência de partos de alto risco SUS, segundo a Macrorregião de Saúde do estado de São Paulo de ocorrência, e fluxos de residência e ocorrência entre RRAS, em 2016.

Fonte: Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS
Elaboração Própria: Perinazzo, T.F.

Tabela 23 - Índice de Dependência para PAR, taxas de cobertura de leitos GAR e de UTI Neonatal, segundo a macrorregião de saúde - RRAS, em 2016, no ESP.

Macrorregião de Saúde	ID PAR 2016	Cobertura Leitos GAR 2016	Cobertura Leitos UTI Neo 2016
RRAS 01	17,2	109,2	275,2
RRAS 02	4,7	30,0	134,0
RRAS 03	100,0	0,0	125,4
RRAS 04	7,5	52,5	95,2
RRAS 05	16,6	46,4	122,6
RRAS 06	1,0	112,5	205,2
RRAS 07	0,6	46,6	106,2
RRAS 08	1,3	0,0	89,7
RRAS 09	1,6	51,5	106,6
RRAS 10	2,7	51,9	156,6
RRAS 11	0,1	0,0	95,0
RRAS 12	0,5	0,0	136,8
RRAS 13	0,6	49,9	129,5
RRAS 14	0,4	0,0	136,7
RRAS 15	1,4	48,6	136,0
RRAS 16	2,4	31,7	87,8
RRAS 17	0,9	24,8	149,6

Fontes: SIH. DATASUS. CNES, DATASUS. ANS, SES/SP e SINASC, DATASUS.

A análise de correlações do ID /PAR na RMSP mostrou forte associação positiva com o ano de aprovação do Plano RC – quanto mais antiga, menor o ID/ PAR - (índice de Pearson +0,70); forte associação negativa com os valores transferidos em 2016/ Nascido Vivo – quanto maior o valor, menor o ID/PAR (índice de Pearson-0,84); e moderada associação negativa com a taxa de cobertura de leitos GAR – quanto maior a cobertura, menor o ID/ PAR (índice de Pearson -0,63). No interior e litoral essas correlações não foram observadas.

Em recente pesquisa nacional “Nascer no Brasil” os autores identificaram a heterogeneidade da rede hospitalar de atenção ao parto, e a desigualdade geográfica na oferta de serviços hospitalares do SUS foi mais acentuada entre os hospitais com UTI Neonatal e UTI de adultos, indicando vazios assistenciais que impõem deslocamento geográfico na internação para o parto (LEAL e GAMA, 2014). Mesmo considerando os deslocamentos serem relativamente curtos na RMSP, podem demandar um longo período pela morosidade dos fluxos nessa região, interferindo negativamente no tempo resposta da assistência.

A RMSP apresentou fluxos entre as macrorregiões, tanto nos encaminhamentos de PRH como nos PAR, prioritariamente para a capital, que tem contiguidade com as demais 5 RRAS. Muitos desses fluxos são de longa data e não são interrompidos apenas porque os gestores construíram planos diferentes das práticas dos usuários, é o agir leigo desses usuários que

constroem e mantem seus mapas do cuidado, num regime de “regulação leiga”, e leiga como a expressão dos usuários na busca de soluções para seus problemas de saúde (CECÍLIO, 2014).

Esta região metropolitana deve ser analisada considerando suas peculiaridades. De acordo com o IBGE, uma região metropolitana é caracterizada por ter uma grande área urbana, de alta complexidade interna, formada pela conurbação de vários municípios que, no passado, compunham centros urbanos isolados. Tem alta capacidade polarizadora, atrai a população dispersa no território para si, abriga sedes de companhias, de instituições públicas e uma ampla gama de oferta de bens e serviços. Segundo BOUSQUAT e NASCIMENTO (2001), que estudaram os fluxos da população da RMSP em busca de atenção à saúde, as viagens por motivos de saúde correspondiam a 4% dos deslocamentos e tinham como destino predominantemente o próprio município de origem e a capital, já nas décadas de 1980 e 1990. Estudo recente que avalia origem e destino dos deslocamentos na RMSP, as viagens por motivos de saúde mantiveram em 3,66% do total, mesmo com os investimentos e avanços trazidos pelas políticas de regionalização na área da saúde (METRAN et al, 2017).

O município de São Paulo é uma metrópole global e impõe novos desafios na implementação de políticas de saúde que, na concepção de saúde como um direito social, buscam a equidade. Depara-se com um quadro urbano bastante complexo, onde aumentam as desigualdades socioespaciais e as distâncias percorridas, em que as lógicas do fluxo da população, do capital e das informações não respeitam os limites administrativos municipal (BOUSQUAT e NASCIMENTO, 2001).

5.6. INDICADORES RELACIONADOS À REDE CEGONHA

A análise dos principais indicadores relacionados à Rede Cegonha no período, indicam manutenção do percentual de RN de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; aumento do percentual de partos cesáreos; manutenção da tendência de queda da mortalidade infantil; aumento da taxa de óbitos fetais e aumento da razão de mortalidade materna. Esses indicadores referem-se a toda população, de atendimento SUS e Não SUS.

Não houve homogeneidade no desempenho desses indicadores pelas RRAS. O percentual de recém-nascidos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal apresentava série histórica ascendente, interrompida em 2011 quando houve queda de mais de 2%. Nesse ano houve alteração da captação desse indicador, que passou de valor agregado em faixas para número absoluto, o que pode ter provocado essa queda, recuperada a partir de 2014, conforme a Figura 17. Cabe também destacar a implantação do Programa Mais Médicos, por meio de seu

provimento emergencial, que acrescentou 2468 médicos em unidades básicas de saúde, em 60% dos municípios do Estado, entre 2013 e 2016, contribuindo para o melhor acesso a consultas de pré-natal (BRASIL, 2015c; GONÇALVES JÚNIOR et al, 2017).

A análise no período indica aumento de recém-nascidos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal em 10 RRAS (58,8%); a meta estadual em 2015, último ano de pactuação do indicador, foi de 77,75% dos NV de mães com 7 ou mais consultas no pré-natal. Em 2010, 9 RRAS (52,9%) superavam essa meta, uma na RMSP e as outras 8 no interior e litoral, enquanto em 2016 foram 13 RRAS (76,5%), todas as 11 do interior e litoral e 2 da RMSP, conforme a Figura 18. Verificou-se maiores aumentos de taxas nas RRAS 16, 7 e 4. Ambas, a RMSP e interior, aumentaram discretamente esse indicador e o interior manteve valor médio superior que a RMSP, respectivamente 80,9% e 73,4% em 2016.

Figura 17 – Percentual e tendência de mães com 7 ou mais consultas durante o pré-natal, no ESP, de 2010 a 2016

Fonte: 2010 SESSP/F.SEADE. A partir de 2011 SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo

No Estado, houve correlação positiva e associação de forte intensidade entre o número de consultas no pré-natal e o percentual de cesáreas (Pearson +0,71). Segundo pesquisa de DOMINGUES et al (2014) a preferência das mulheres pelo parto vaginal, no início da gestação, não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais de saúde e muitas foram submetidas a cesariana, ao contrário daquelas que inicialmente desejavam o parto cirúrgico e tiveram esse desfecho atendido em maior proporção.

Na RMSP houve forte associação entre o maior número de consultas de pré-natal com a cobertura de leitos GAR (+0,81), cobertura de leitos UTI Neo (+0,86) e cobertura de leitos UCI Neo (+0,73), o que pode ser reflexo de serviços mais estruturados e melhor organização da atenção. No interior, houve associação negativa de grau intenso com a taxa de óbitos fetais (-0,71), associação esperada do acesso ao pré-natal qualificado reduzindo os óbitos fetais.

Figura 18 – Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, segundo a RRAS, e meta estadual 2015 (77,75%), no ESP, em 2010 e 2016.

Fonte: 2010 SESSP/F.SEADE. A partir de 2011 SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo.

Em que pese ser importante aumentar o número de consultas de pré-natal e o atingimento de valores ideais, é relevante a qualidade dessas consultas e o funcionamento em rede dos diferentes serviços, das distintas densidades tecnológicas. Em recente artigo de revisão da qualidade do pré-natal no país, NUNES et al (2016) encontraram níveis quantitativos adequados, entretanto verificou-se diminuição nessa adequação quando os estudos comparam variáveis qualitativas da assistência, tais como a realização de exames complementares, os procedimentos básicos e as orientações técnicas durante as consultas de pré-natal, indicando que a atenção pré-natal do Brasil da última década não pode ser considerada adequada, carecendo melhorar em vários aspectos da assistência, principalmente de forma qualitativa.

O percentual de partos cesáreos manteve-se crescente, no entanto, a partir de 2014 houve inflexão da curva que se tornou descendente, conforme a Figura 19. Nesse ano o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar anunciaram novas medidas para incentivar o parto normal e reduzir o número de cesáreas desnecessárias, efetivadas no ano seguinte (BRASIL, 2015a). Apesar do curto período de observação, foi uma política pública inicialmente exitosa, que deverá ser mantida e monitorada, principalmente por sua característica contra hegemônica em relação a grupos médicos, de serviços hospitalares e valores sociais que influenciam a utilização de serviços de saúde. Um exemplo disso é o fato de em São Paulo a grande maioria dos partos serem hospitalares e a cesariana, adotado pelas mulheres, como mais adequado que o parto normal. Para além da morbimortalidade associada, o custo financeiro das cesarianas desnecessárias realizadas no serviço público do Brasil foi estimado em cerca de US\$ 60 milhões anuais na década de 1980, quando representavam 31% dos partos no Brasil. Em SP,

na década de 1990 representavam 47% dos partos e em 2015 representavam 59% dos partos no Estado (ZUCCHI et al, 2000).

Figura 19 – Percentual de partos cesarianos e tendência, no ESP, de 2010 a 2015.

Fonte: 2010 SESSP/FSEADE. A partir de 2011 SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo

No período de estudo houve redução da taxa de cesárea em 7 RRAS, as maiores reduções foram nas RRAS 5, 7 e 17. Em 2015 as menores taxas de cesárea foram verificadas nas RRAS 4, 5 e 2, e além dessas, as RRAS 3, 6 e 7 apresentaram valores abaixo da meta estadual proposta, de 57%, conforme a Figura 20.

Figura 20 – Percentual de partos cesáreos, segundo a RRAS, e meta estadual 2015 (57%), no ESP, em 2010 e 2015.

Fonte: 2010 SESSP/FSEADE. A partir de 2011 SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo.

Em todo o período de estudo as taxas médias de cesáreas foram maiores no interior que na RMSP, respectivamente 65,9% e 52,1% em 2016, e com tendências divergentes, no interior houve aumento de 3,1% e na RMSP houve redução de 0,8%.

Considerando todas as macrorregiões, houve associação positiva forte entre os partos cesáreas e mães com 7 ou mais consultas (+0,71). A RMSP apresentou alta associação com as taxas de cobertura de UTI Neo (+0,92) e UCI Neo (+0,75), compatível com maior ocorrência nos serviços de atendimento à gestante de alto risco. No interior, a taxa de cesárea não se correlacionou com as variáveis analisadas.

Estudos confirmam que a taxa de cesárea medicamente justificada é de até 15%, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde. No Brasil observam-se elevadas e crescentes taxas, mesmo com grande número de estudos associando-a ao aumento da morbimortalidade materna e infantil (PARIS et al, 2014). Vários outros fatores influenciam a incidência de cesárea, como a remuneração do parto, aspectos culturais, falta de tempo dos obstetras, estrutura dos serviços hospitalares de saúde pública e a conveniada, formação dos profissionais, grau de instrução e renda da mulher, poucos esclarecimentos durante o pré-natal, preferência da mulher, experiência prévia, dentre outras (CARDOSO, et al, 2010). No entanto, estudo recente indica que menos de 5% das mulheres utilizaram práticas benéficas, recomendadas pela OMS, para a assistência ao parto vaginal, indicando necessidades de mudanças do modelo de atenção ao parto, tornando-o uma experiência menos dolorosa e gratificante para as mulheres (DOMINGUES, et al, 2014).

As taxas de mortalidade infantil mantiveram-se em queda, conforme a Figura 21.

Figura 21 - Taxa de Mortalidade Infantil e tendência no ESP, de 2010 a 2016.

Fonte: 2010 SESSP/FSEADE. A partir de 2011 SIM e SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo

A queda da mortalidade infantil (MI) aconteceu em 12 RRAS (70,6%), dessas 9 atingiram valores menores que a meta estadual em 2016, de 11,41 óbitos em menores de 1 ano/mil NV, e 3 mantiveram acima da meta, apesar de reduzirem seus índices. Outras 5 RRAS

aumentaram seus indicadores, destas 2 mantiveram abaixo da meta (RRAS 5 e 13) e as outras 3 acima (RRAS 2, 4 e 10). Em 2010, 11 RRAS (64,7%) apresentaram taxa de mortalidade infantil acima dessa meta, enquanto em 2016 foram apenas 6 RRAS (35,3%), conforme a Figura 22. As maiores reduções foram nas RRAS 16, 1 e 14.

Figura 22 – Taxa de mortalidade infantil, segundo a RRAS, e meta estadual 2016 (11,41), no ESP, em 2010 e 2016.

Fonte: 2010 SESSP/F.SEADE. A partir de 2011 SIM e SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo.

A análise da MI de todas as macrorregiões do Estado não evidenciou correlações entre os eventos analisados, no entanto as análises da RMSP e interior e litoral agrupadas separadamente apontaram associações. Na RMSP houve forte associação negativa entre a MI e a taxa de cobertura de UCI neonatal (Pearson -0,80) – quanto maior a cobertura de leitos, menor a taxa de MI. No interior, houve forte associação com os óbitos fetais (+0,72), essa associação demanda maiores estudos, poderia acontecer por baixa capacidade instalada de equipamento necessários à atenção neonatal, baixa qualidade da assistência, dentre outros. Ambas as regiões reduziram as taxas de Mortalidade Infantil, a queda foi de 6,9% na RMSP e 9,7% no interior e litoral e valores médios em 2016, respectivamente, 11,15 e 10,93 óbitos de menores de 1 ano/1000 NV.

Em recente estudo multicêntrico “Nascer no Brasil”, a mortalidade neonatal esteve associada ao baixo peso ao nascer, ao risco gestacional e à inadequação da atenção ao pré-natal e ao parto. Lacunas na organização da rede de atenção obstétrica e neonatal também contribuíram para a ocorrência de óbitos, que foram mais frequentes em filhos de gestantes que

peregrinaram para acesso à atenção ao parto, e em crianças nascidas com peso inferior a 1.500g. em hospitais sem UTI neonatal (LEAL e GAMA, 2014).

A taxa de óbitos fetais apresentava tendência decrescente nas duas últimas décadas, no entanto, no período de estudo, houve tendência ao aumento desse indicador, conforme a Figura 23 e verificado em 12 RRAS (70,6%).

Figura 23 – Taxa de óbitos fetais e tendência, no ESP, de 2010 a 2015.

Fonte: SIM e SINASC. MS/SVS/DASIS.

Em 2010, 9 RRAS apresentaram taxas menores que a taxa estadual (8,54 natimortos/ 1000 nascidos); em 2015 foram 8 RRAS e ainda houve aumento da taxa estadual, para 8,95 natimortos/ 1000 nascidos. Dentre as 5 RRAS que diminuíram suas taxas, as maiores reduções foram nas RRAS 14, 12 e 2; as menores taxas em 2015 foram nas RRAS 12, 14 e 16, conforme a Figura 24. As maiores taxas foram nas RRAS 3, 7 e 13, destas a RRAS 3 teve dificuldade no acesso ao PAR, referenciou todos os seus PAR desde 2015 e apresentou a maior taxa de óbitos fetais em 2015, bem superior às demais RRAS; as RRAS 7 e 13 apresentavam estrutura razoavelmente adequadas e receberam recursos federais e estaduais acima da média.

Figura 24 – Taxa de óbitos fetais, segundo a RRAS, no ESP, em 2010 e 2015.

Fonte: SIM e SINASC. MS/SVS/DASIS.

A RMSP apresentou piores indicadores em 2010 e 2016, teve maior percentual de aumento médio no período, 7,3% na RMSP e 2,2% no interior e litoral, resultando valores médios, em 2016, respectivamente 9,48 e 8,81 óbitos fetais/ 1000 nascidos.

Não se observou fortes associações desse indicador no Estado como um todo, mas houve nas duas grandes regiões separadamente. Na RMSP, houve forte associação positiva com o ano de elaboração do Plano de Ação da Rede (+0,83), com o índice de dependência para PAR (+0,95), e associações negativas forte com os recursos de transferências federais de 2016 (-0,84), ou seja, os óbitos fetais foram maiores nas regiões que realizaram seus Planos tardiamente , que receberam menos recursos e que referenciaram mais suas gestantes de alto risco. No interior houve associações fortes, positivas com a Mortalidade Infantil (+0,72) e razão de mortalidade materna (+0,70), reiterando a necessidade de maiores estudos dessas associações, e negativa com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (-0,71) como já apontado.

Esse foi o indicador com maior número e intensidade de correlações. Nos últimos anos, os óbitos fetais ganham notoriedade por meio de sucessivas publicações sobre sua magnitude e invisibilidade, no entanto, as pesquisas ainda são escassas no Brasil, principalmente aquelas que se propõem a analisar dimensões do processo investigativo e sua contribuição para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (MARIA e ARAUJO, 2017).

A razão de mortalidade materna foi o indicador com maior amplitude de variação; por ser construído com poucos eventos, cada ocorrência amplia sua significância. Apresenta série histórica com tendência ascendente discreta nos últimos 20 anos, no Estado, mantida no período de estudo, conforme a Figura 25.

Figura 25 – Razão de mortalidade materna e tendência, no ESP, de 2010 a 2015.

Fonte: SIM e SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo.

As maiores reduções foram nas RRAS 3, 5 e 14. Os menores indicadores em 2015 foram verificados nas RRAS 5, 3 e 12, e os maiores nas RRAS 7, 11 e 1, conforme a Figura 26. Esse

indicador apresentou apenas uma forte associação com a taxa de óbitos fetais (+0,70) no interior e litoral, também demandaria maiores estudos, para identificar outras variáveis de influência.

Figura 26– Razão de mortalidade materna, segundo a RRAS, no ESP, em 2010 e 2015.

Fonte: SIM e SINASC. Matriz de Indicadores de Saúde. SES. São Paulo.

As elevadas estimativas de mortalidade materna encontram-se em desacordo com os avanços do sistema de saúde, como o aumento da cobertura do pré-natal e da atenção ao parto hospitalar, em relação às transformações sociais e a acentuada queda da fecundidade (LEAL e GAMA, 2014). Segundo VICTORA et al (2011), a qualidade precária dos serviços de saúde existentes, a falta de integração entre os cuidados de pré-natal e a assistência ao parto, bem como o aumento de cesarianas desnecessárias têm sido as principais hipóteses explicativas para as elevadas taxas de mortalidade materna no Brasil, em descompasso com a evolução temporal nitidamente favorável do acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar.

Diferentemente do comportamento temporal da mortalidade infantil pós-neonatal, cuja redução foi maior do que a prevista pela meta do milênio, a tendência de lenta diminuição da mortalidade neonatal e os valores persistentemente altos da Razão de Mortalidade Materna chamam a atenção para problemas no desempenho do sistema nacional de saúde, o qual deve estar preparado para prover assistência às mulheres na hora do parto e ter a capacidade de oferecer assistência de qualidade no momento certo, no lugar adequado, com o profissional apropriado, cumprindo os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e da regionalização (SZWARCOWALD et al, 2014).

O Quadro 3 sintetiza os principais resultados observados, correlacionados com as dimensões de análise de estrutura, processo e resultados.

Quadro 3 – Síntese dos resultados de maior relevância, relacionados às dimensões de análise.

Dimensão	Resultados
Estrutura	<p>Redução de leitos obstétricos e hospitais com atendimento PRH.</p> <p>Baixa cobertura de Leitos GAR, mas com aumento de hospitais e municípios de atendimentos ao parto de alto risco.</p> <p>Aumento de cobertura UTI Neo, mas com heterogeneidade e sem revisões.</p> <p>Baixa cobertura CPN, UCI e Método Canguru, com pouca inovação no modelo tecnoassistencial.</p> <p>Rede fragmentada, com coordenação frágil</p> <p>Maiores investimentos em serviços complexos, em detrimento daqueles de maior prevalência.</p> <p>Fragmentação das políticas de incentivo financeiro.</p>
Processo	<p>Aumento, em frequência e proporção, dos partos de risco habitual realizados fora da Região de Saúde de residência, não contribuindo com a regionalização, embora tenham se restringido à Macrorregião de Saúde de residência no interior e litoral.</p> <p>Redução da proporção, dos partos de alto risco realizados fora da Macrorregião de Saúde de residência no interior e litoral, com ampliação do acesso favorecido pela implantação da RC.</p> <p>Manutenção dos partos de alto risco da RMSP realizados na capital, fora das macrorregiões, em função da divisão territorial que não considera a região como um todo e suas históricas relação e valores.</p> <p>Taxa de cesárea reduziu na RMSP e aumentou no interior e litoral.</p> <p>Porcentagem de NV com 7 ou + consultas pré-natal aumentou em todo o ESP.</p>
Resultados	<p>Tendência decrescente da Mortalidade Infantil, mas associada a maiores refenciamentos de PRH na RMSP.</p> <p>Tendência crescente da Mortalidade Fetal e associada a maiores refenciamentos de PAR na RMSP</p> <p>Tendência crescente da Mortalidade Materna, em desacordo com queda da natalidade e ampliação de serviços, associada a maiores Taxas de Óbitos Fetais no Interior e Litoral.</p>

Fonte: Elaboração própria.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estado de São Paulo, a conformação da Rede Cegonha se deu entre 2011 e 2014, inicialmente priorizadas as regiões metropolitanas, que tiveram acesso antecipado ao financiamento de serviços proposto pelo ente Federal. A construção ascendente dos Planos de Ações retardou sua consecução em algumas regiões, com equipes menos ágeis e que demandaram maior tempo na execução, iniciada após as oficinas macrorregionais que desencadearam o processo no Estado. A velocidade e o ritmo das construções e pactuações dos Planos ficaram a cargo dos gestores, municipais e estaduais, de cada Região de Saúde e RRAS e, nesse sentido, houve forte dependência da capacidade dos gestores locais.

A partir de 2014, dadas as dificuldades econômicas gerais no país, houve morosidade na aprovação dos projetos pelo ente federal e redução dos recursos transferidos, referentes aos serviços novos ou às qualificações das Redes de Atenção à Saúde, à mesma época em que muitos gestores solicitavam novos recursos constantes dos Planos aprovados. A política nacional de atenção hospitalar, também implementada nessa mesma época, foi afetada pelas restrições financeiras.

O montante de recursos federais transferidos ao Estado e municípios se associou a menores referenciamentos de partos de alto risco (PAR) e maiores coberturas de leitos de gestação de alto risco no interior e litoral, contribuindo para o processo de regionalização na atenção ao PAR.

Inserido na política de atenção hospitalar do Estado – o Programa Santas Casas Sustentáveis - propôs incentivos financeiros a alguns hospitais, no entanto, foram desvinculados das redes temáticas propostas pelo ente Federal, em construção ou em andamento, e com critérios de inclusões não pactuados entre os entes envolvidos. Os montantes transferidos pelo Estado, na RMSP, se associaram a aumento de referenciamento de PRH e aumento da Mortalidade Infantil, ratificando algumas das avaliações críticas ao Programa.

O financiamento federal para a RC e o estadual para a atenção hospitalar foram desiguais e mantiveram muitas das desigualdades estruturais. Em que pese o financiamento estadual não ser direcionado a nenhuma rede específica, ele poderia auxiliar no saneamento de déficits ou dificuldades dos serviços aderidos.

O estudo não avaliou o destino das transferências financeiras quanto à gestão dos serviços contemplados, se municipal ou estadual, entendendo que o processo de regionalização compete a ambos os gestores presentes nos territórios, no entanto essa variável poderia

contribuir para melhor entendimento do processo e da capacidade de gestão. O ente estadual é também um grande prestador de serviços, cabe questionar o quanto essa dupla atuação, prestador e indutor/coordenador do planejamento regional disputaram suas posições. Ainda se considera que parcela dos recursos transferidos pode ter sido utilizada para minimizar o crônico sub financiamento do SUS e ser responsável pela morosidade na implantação de novos leitos habilitados.

Os parâmetros de necessidades adotados na Rede Cegonha, no Estado, sofreram alterações resultando alguns serviços superdimensionados, com excesso de oferta, enquanto outros não acessaram recursos suficientes para o atendimento das necessidades. Esse fato, associado à fragmentação dos incentivos federais para ações específicas e não para a atenção global da Rede contribuíram para certo desequilíbrio na oferta de ações e serviços, há regiões que detém parte dos serviços necessários para determinada assistência, mas não sua totalidade, tornando-os ociosos ou precarizando o cuidado. Os critérios adotados não consideraram singularidades regionais e a exclusão integral dos usuários com acesso a saúde suplementar é questionável na medida em que parte dessa população poderá ser atendida pelo SUS, caso necessite.

Durante a implantação da Rede Cegonha houve redução dos leitos obstétricos e dos hospitais com atendimento obstétrico. Em algumas regiões esses leitos estavam superdimensionados, justificando as reduções, no entanto, outras com déficits, os reduziram ainda mais, e mesmo assim tiveram seus Planos aprovados, sem solucionar algo básico para o funcionamento da Rede. A maior taxa de cobertura de LO se associou a menores referenciamentos para os PRH nas RRAS da RMSP. Os leitos GAR apresentavam-se deficitários, de um modo geral em todo o Estado, com suficiência em apenas duas regiões.

Os leitos de UTI Neonatal resultaram superdimensionados, após a alteração do parâmetro, enquanto os leitos de UCI Neonatal apresentavam-se aquém da necessidade, levando a provável maior permanência no primeiro, daqueles casos menos complexos e que poderiam ocupar um leito de menor complexidade.

No período estudado houve aumento, em frequência e proporção, dos partos de risco habitual realizados fora da região de saúde de residência; embora no interior e litoral tenham se restringido à própria RRAS de residência, percorrem grandes distâncias, visto que essas RRAS têm vastas extensões territoriais. Na RMSP, os fluxos entre as RRAS foram mantidos considerando que, para além dos limites territoriais estabelecidos pelo planejamento das regiões de saúde, as características das regiões metropolitanas pressupõem intensa mobilidade interna. Esses referenciamentos da RMSP se associaram a maiores taxas de Mortalidade Infantil, merecendo estudos, de caráter qualitativo para maior acurácia dessa associação.

No Estado como um todo, houve associação desses referenciamentos com a menor cobertura em leitos obstétricos. Nesse sentido, a implantação da Rede Cegonha não favoreceu que os partos de risco habitual ocorressem mais próximos das residências das usuárias, em suas Regiões de Saúde, não contribuindo com a regionalização.

Em relação aos partos de alto risco, houve melhora do acesso a leitos qualificados, com redução do percentual desses partos realizados fora da RRAS de residência e redução das distâncias médias percorridas para o acesso, no entanto o aumento do número desses partos foi de tal monta, que resultou aumento das distâncias totais percorridas. A implantação da Rede Cegonha favoreceu que os PAR ocorram mais próximo das residências, principalmente no interior e litoral. Na RMSP, houve aumento das rotas de fluxos, continuaram referenciando para a Capital, ampliaram referenciamentos para outras RRAS contíguas à RMSP e houve forte associação desses referenciamentos com a taxa de óbitos fetais. Em que pese a melhor estruturação da RC na RMSP, algumas respostas foram frágeis.

Cabe um aprofundamento nos estudos e processos da gestão que considere a região metropolitana em suas especificidades bem como a histórica relação da cidade de São Paulo com suas regiões limítrofes, a grande capacidade instalada no município e os fluxos já estabelecidos pela população. Tendo em vista essas características singulares, poderia ser benéfico a conformação de territórios regionais relacionando partes da cidade de São Paulo com suas regiões limítrofes e, acima de tudo, considerar a RMSP, apesar de sua densidade populacional, também como uma região única em alguns processos.

O uso do parto enquanto marcador para a análise do acesso à atenção hospitalar regional mostrou-se adequado e os resultados das análises de fluxos e dependências reforçam estudos já realizados sendo importante a realização de avaliações periódicas. Nesse estudo, a Rede Cegonha apresentou maior impacto na melhoria do acesso, considerando sua dimensão estrutural, para os partos de alto risco, que representam 10 a 15% do total de partos. Apesar do avanço nesse sentido, a maior prevalência e menores custos dos partos de risco habitual indica uma necessidade de prioriza-los, o que não aconteceu na implementação da RC. A intencionalidade na ampliação dos Centros de Parto Normal não se refletiu como uma inovação incorporada nas redes de atenção, não impactando no acesso do parto de risco habitual.

Em que pese o tempo de observação ter sido exíguo para avaliar efetividade dos principais indicadores de saúde materno e infantil, as RRAS com melhores resultados foram as RRAS 6 e 14, ambas com melhoria em 4 dos 5 indicadores avaliados. A RRAS 6, em que pese toda sua complexidade enquanto Região de Saúde singular, tem a melhor estrutura de todo o Estado, elaborou seu Plano mais tardiamente, recebeu recursos federais de custeio em 2016 um pouco abaixo da média das demais RRAS, recebeu poucos recursos Estaduais e ainda recebeu

referenciamentos de outras RRAS. Por outro lado, a RRAS 14 também construiu seu Plano tardiamente, recebeu menos recursos federais e mais recursos estaduais que as demais RRAS e apresentou estrutura inadequada (ausência de leitos GAR).

Em oposição, as RRAS que tiveram resultados frágeis, com apenas 1 dos 5 indicadores melhorado, foram as RRAS 10, 13 e 15. Cabe salientar que essas RRAS apresentam alguns indicadores melhores que a média estadual, no entanto os seus desempenhos no período foram desfavoráveis, comparados com elas próprias. Todas construíram seus Planos rapidamente, receberam recursos federais acima da média das demais, a RRAS 13 também recebeu recursos estaduais relevantes e apresentavam infraestruturas semelhantes, contando com capacidade instalada mediana.

Em relação a esses indicadores e os resultados nas diferentes RRAS, cabem alguns questionamentos: como considerar a avaliação, na medida em que os tempos de planejamento e de acesso aos recursos federais foram tão distintos? Aquelas macrorregiões que receberam há mais tempo ou mais recursos deveriam ter tido melhores resultados? Foram priorizadas as macrorregiões de maiores necessidades?

A avaliação das redes de atenção à saúde contribui com a análise da integralidade no SUS e possibilita verificar a ampliação do acesso e o avanço do processo de regionalização. Em que pese a importância do contexto na determinação da saúde, os resultados produzidos sobre a saúde da população têm forte relação com os processos assistenciais. A Rede Cegonha propõe a organização regional da atenção materna e infantil, implantando ou implementando estruturas e processos, para melhores resultados da atenção à saúde da mulher e da criança no início da vida, e cabe questionar: o quanto esses processos não teriam que ser singulares e não gerais?

Acrescenta-se ainda que não houve homogeneidade e continuidade nos processos de estruturação da RC. As respostas do ente federal, inicialmente ágeis, não foram mantidas, e caminham com morosidade nos investimentos e implantações de novos serviços assim como nas implementações dos serviços a serem qualificados.

Os investimentos do ente estadual foram desarticulados das Redes de Atenção à Saúde; a indução e coordenação dos processos das redes foi frágil, especialmente naquelas regiões de maiores necessidades assistenciais ou de gestão; e houve fragilidades na coordenação dos processos de monitoramento e avaliação das ações e serviços implantados, além de pouca publicização desses resultados.

A fragmentação na organização da Rede e dos respectivos incentivos, somados à fragilidades de coordenação e dos processos de monitoramento e avaliação, favoreceram que os prestadores públicos e privados escolhessem quais os serviços mais interessantes, disputando

a oferta que, mais uma vez, se impôs às necessidades dos usuários, mais uma vez priorizou-se investimentos em serviços mais complexos, em detrimento daqueles de maior prevalência e menor custo. Reproduziu-se mais do mesmo?

E ainda, o investimento de alguns entes municipais denotam fragilidade no processo de planejamento e pactuação, produzindo morosidade na construção dos planos regionais, na implantação dos serviços habilitados e no monitoramento e avaliação de seus prestadores, muito frequentemente associados à baixa capacidade de governança regional dos vários atores envolvidos.

Na avaliação das ações e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população. No entanto, deve existir um vínculo causal entre os componentes estrutura, processo e resultados.

O processo, na Rede Cegonha, abarca desde o planejamento familiar, a qualidade do pré-natal, a atenção ao parto e a atenção ao binômio mãe e bebê; abarca a atenção básica, de média e alta complexidade, de vigilância em saúde, da regulação de sistemas, da atenção à saúde e do acesso assistencial, o transporte sanitário, os meios de informação e o planejamento loco regional, mas é principalmente atrelada aos processos micro políticos do trabalho das equipes e aos processos instintivos de novidades, que, de certa forma, não foram priorizados, haja visto ter sido habilitado um único Centro de Parto Normal, apenas duas Casa da Gestante, Bebê e Puérpera em dezembro de 2016, além da baixa cobertura dos leitos canguru. Como os trabalhadores se envolveram e se articularam nesse processo? O quanto foi uma regionalização viva ou a mera reprodução de mais um processo normativo que vislumbrou a possibilidade de captar recursos financeiros?

Em relação às equipes, ainda há vazios assistenciais em algumas regiões do estado, que aliada à baixa governança, pode levar à subutilização da capacidade instalada. Considerando a limitada capacidade de investimentos e o subfinanciamento crônico da saúde, esses recursos deveriam ser cuidadosamente alocados.

A cultura avaliativa, tão importante para a tomada de decisão, ainda é pouco praticada por gestores e técnicos. Esse é um dos papéis das Comissões Intergestores Regionais, auxiliadas pelos Grupos Condutores e essencial para a regionalização viva, que dê conta de cuidar de sua população, que organiza os fluxos assistenciais e melhora as condições de vida e saúde de seus municípios.

A construção de redes vivas de cuidado, que coloquem em conexão os vários serviços existentes nos territórios, produzindo o encontro de trabalhadores e usuários, com potência para elaborar e executar projetos singulares, é um dos maiores desafios da construção regional;

requerendo ir além da estruturação da rede física e de regras de acesso, e considerando a dinâmica micropolítica da rede de cuidados, que desafia os espaços de gestão do SUS e pede um olhar singular regionalizado. Para tanto o debate sobre necessidades em saúde deve ser central na agenda dos espaços de gestão regional.

A atenção ao parto e o cuidado ao nascer pressupõe um atendimento as necessidades básicas de uma sociedade que um sistema universal precisa garantir como direito fundamental a todos. A regionalização, mais do que um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, visando assegurar a integralidade da atenção, é uma construção política que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos dos conceitos. **Informação & Informação**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 8-19, 2007.
- ALBUQUERQUE, M.V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. 2013. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2013.
- ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Org.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/ Municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-49.
- ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.11, n. 31, p. 44-66, 1996.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.
- BRAGA NETO, F. C. et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, 2º ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 577-608.
- BOMBARDA, F. et al. A construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo em 2011. In BITTAR, O. J. N. V. (Org.). **Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde. 2011. p. 51-56.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jan. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos

critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3).

BRASIL. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – **PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Assistência Médica Sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 26 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 605, de 05 de outubro de 2011: Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ação Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Memorando nº 118**, de janeiro/2012. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-damulher/legislacao/memorando_118-fev_2012_nota_tecnica.pdf. Acesso em 23/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência Maternidade. Brasília, DF, jan. 2013a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-06.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2013b

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2013c

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa MS/ANS nº 368, de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jan. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. (Série Parâmetros SUS –Vol. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ago. 2017.

BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. B. A metrópole paulista e a saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 15, n. 1, 2001.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 427-435, 2010

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão Hospitalar um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes (França): Calligraphy, 1995. p.38-49.

CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Os Mapas do Cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CHAVES, L. D. P. et al. Considerações sobre a condição traçadora. In: TANAKA, O. Y. et al. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**, 1º ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 151-160.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP**. Nota técnica 03. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2015/01/NT-03-2015-COAP.pdf>. Acesso em 23/09/2016.

COSEMS-SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **20 anos SUS e COSEMS -SP da Constituinte 88 ao Pacto pela Saúde**. São Paulo, 2008

COSEMS-SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **Cadernos da regionalização: o olhar municipal**. Desafios da implantação do pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo. São Paulo, 2009.

COSEMS-SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **Caderno COSEMS SP Estratégia Apoiadores**. Volume 3. São Paulo, 2013.

COSEMS-SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **Atenção hospitalar no estado de São Paulo e programas Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis**. Mai. 2016. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cenario-Hospitais-SP.pdf>

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, p. S101-S116, 2014.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I. 1980.

DRUMOND JÚNIOR, M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 443-479.

DUARTE, L. S.; MENDES, A. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009 - 2014). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 25-37, 2018.

FERREIRA, J. B. B. F. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no Estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 731-761.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, L. A. F. **O desafio da construção do comum nas máquinas de governo: o estado em disputa**. Tese (Doutorado em Ciências). Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2016.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GONÇALVES JÚNIOR, O. et al. Programa mais médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p. 872-887, 2017.

GUERRA, D. M. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2015.

IBAÑEZ, N. Políticas públicas e a assistência hospitalar no estado de São Paulo: conformação histórica, instituições e atores. In: _____; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D, (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 689 -730.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D, (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 317 -332.

LANGBECKER, A.; CASTANHEIRA, E. R. L. Características históricas da construção do SUS em São Paulo. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D, (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 649 -662.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N. **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático da pesquisa. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, D. L.; BAPTISTA, T. W. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, n. 52, p. 15-37, 2014.

MARIA, L. F. B. S; ARAUJO, T. V. B. Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, em 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3415-3428, 2017.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 3-13, 2006.

MELLO, G.A.; IBÁÑEZ, N.; VIANA, A.L.D. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p. 853-866, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, A.; LOUVISON, M. C. P. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

METRAN, J. et al. Os 50 anos da Pesquisa Origem e Destino na Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Engenharia**. São Paulo, n. 632, 2017.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital: 1830 – 1960. **Rev. Pro História**. v.25, p. 197-219, 2002.

NEGRI FILHO. A.; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à Saúde. **CONSENSUS**. Brasília, v. IV, n. 11, p. 42-49, 2014.

NORONHA, J. C. et al. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, 2º ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Método Madre Canguro: Guia Práctica. Genebra. 2004

PARIS, G. F. et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v.36, n.12, p.548-554, 2014.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, n. 52, p. 58-71, 2014.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. Pesquisa acadêmica. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2009.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. ESPECIAL, p. 122-135, 2016.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

SANTOS, N. R. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do " Modelo SUS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 279-288, 2004.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 153, de 20 de setembro de 2007. Referenda o reconhecimento das Regiões de Saúde com respectivos Colegiados de Gestão Regionais. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, dez. 2007a

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 232, de 11 de dezembro de 2007. Aprova o Programa Pró-Santa Casa - 2008. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, dez. 2007b.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 36, de 21 de setembro de 2011. Constitui e aprova o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, set. 2011.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 64, de 20 de setembro de 2012. Atualiza e aprova o desenho regional do estado, passando a ter 63 Regiões de Saúde e respectivos Colegiados de Gestão Regional - CGR ou Comissões Intergestores Regionais - CIR, conforme Decreto Federal 7.508/11 e 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS e respectivos Comitês Gestor da Rede – CG-Rede, constituídos por representação dos CGR/CIR. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, set. 2012.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 72, de 24 de dezembro de 2014. Aprova e recomenda a utilização dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde – MS. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, dez. 2014a.

SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. Resolução SS nº 13, de 05 de fevereiro de 2014. Determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUSTentáveis e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, fev. 2014b.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB nº 3, de 19 de fevereiro de 2016. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, fev. 2016.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 7, p. 431-442, 2002.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, p. S71-S83, 2014.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Saladeaula series, nº3. p. 19-59.

TOFANI, L. F. N. **Análise da pactuação das redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba. 2016.

TROCCOLI, F.T. Sistemas de informação. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D, (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 407-445.

VASCONCELOS JÚNIOR, M. O. O Federalismo e a posição do Município no Estado federal brasileiro. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 17, n. 3107, 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/20774>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro. v.80, n. 5 S, 2004.

VIANA, A. L. D.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo:Hucitec, 2009.

VIANA, A. L. D; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D; SILVA, H. P. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: MACHADO, C. V.; LIMA, D. L.; BAPTISTA, T. W. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 31 -60.

VIANA, A. L. D. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização**. 2ª. Ed. São Paulo:Hucitec, 2014.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1863-76, 2011.

ZUCCHI, P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 127-150, 2000.

8. APÊNDICES

Tania de Freitas Perinazzo

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1678880500791842>
Última atualização do currículo em 06/03/2018

Médica graduada pela Universidade de São Paulo (1982). Fez Residência Médica em Pediatria e Especializações em Saúde Pública, Gerência de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, Gestão Pública em Saúde e Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde. Atualmente é mestranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública/USP, desde 2016; apoiadora em gestão de saúde pública para 21 municípios, das Regiões de Saúde Norte Barretos e Bonifácio, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS/SP; e médica pediatra do Banco de Leite Humano de São José do Rio Preto. Experiência como médico pediatra em Atenção Básica e na gestão em saúde como gerente de Unidade Básica de Saúde; diretora de Auditoria, Avaliação, Regulação e Controle; e como apoio técnico na Vigilância Epidemiológica. Foi consultora do Ministério da Saúde, no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas na área de Programação da Assistência; preceptora na rede SUS do Programa de Educação pelo Trabalho na área de amamentação; e tutora do Curso de Aprimoramento em Apoio Institucional em Saúde do município de São Paulo. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Saúde da Criança; e área de gestão em saúde, com ênfase na Regulação, Avaliação e Controle da Atenção à Saúde, Vigilância Epidemiológica e Regionalização.
(Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Tania de Freitas Perinazzo
Nome em citações bibliográficas	PERINAZZO, T. F.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado em andamento em Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP USP, Brasil. Orientador: Marília Cristina Prado Louvison. Grande área: Ciências da Saúde Especialização - Residência médica. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, HCFMRP - USP, Brasil. Residência médica em: Pediatria Número do registro: 007117.
1983 - 1985	
2009 - 2010	Especialização em Gestão Pública em Saúde. (Carga Horária: 360h). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil. Título: Internação hospitalar por doenças respiratórias em menores de um ano, observadas em 2008, e suas correlações com a oferta de serviços de saúde.. Orientador: Paulo Roberto do Nascimento.
2009 - 2010	Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde. (Carga Horária: 360h). Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, ISLEP, Brasil. Título: Desafios do ensino aprendizagem em gestão da clínica nas redes de atenção à saúde.. Orientador: Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay.
2003 - 2004	Especialização em Gerência de Unidade Básica - SUS. (Carga Horária: 450h). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil. Título: Proposta de Gerenciamento para a Unidade Básica de Saúde Vila Mayor - São José do Rio Preto - SP. Orientador: Ligia Maria Machado Pereira dos Santos.
2001 - 2002	Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 480h). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil. Título: Relação entre o tipo de aleitamento e o ganho ponderoestatural nos primeiros 6 meses de vida de lactentes em duas Unidades Básicas de Saúde do município de São José do Rio Preto, entre 2000 e 2001..

Marília Cristina Prado Louvison

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4532645395293280>
Última atualização do currículo em 10/08/2017

Possui graduação em Medicina (1985) e residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina (1987), mestrado (2006) e doutorado (2011) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e presidente da Associação Paulista de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas e envelhecimento; avaliação e epidemiologia de serviços; regionalização e regulação das redes de atenção.
(Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marília Cristina Prado Louvison
Nome em citações bibliográficas	LOUVISON, M. C. P.; Louvison, Marília Cristina Prado; LOUVISON, MARILIA; LOUVISON, MARÍLIA C. P.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática em Saúde Pública. Av Dr Arnaldo 715 Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617718 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2006 - 2011	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil. Título: Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras, Ano de obtenção: 2012. Orientador: Maria Lúcia Lebrão.
2004 - 2006	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde pela população idosa do município de São Paulo, Ano de Obtenção: 2006. Orientador: Maria Lúcia Lebrão. Palavras-chave: epidemiologia de serviços de saúde; desigualdades em saúde; modelo de atenção em saúde do idoso.
1986 - 1987	Especialização - Residência médica. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil. Residência médica em: Medicina Preventiva e Social Número do registro: .
1980 - 1985	Graduação em Medicina. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil.
1977 - 1979	Ensino Médio (2º grau). Escola Estadual de Segundo Grau de São Paulo, EESGSP, Brasil.
1969 - 1976	Ensino Fundamental (1º grau). Externato Nossa Senhora Menina, ENSM, Brasil.

Formação Complementar

2011 - 2012	Especialização em Processos Educacionais. (Carga horária: 440h). Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sirio Libanes, IEP/HSL, Brasil.
2011 - 2012	Gerencia em Salud para Personas Mayores. (Carga horária: 312h). Organización Panamericana de Saúde, OPAS, Estados Unidos.