

Estudo de avaliabilidade da Política de Regionalização da Saúde do Estado de São Paulo

Evaluability assessment of the Health Regionalization Policy of the State of São Paulo

Étude d'évaluabilité de la Politique de Régionalisation de la Santé de l'État de São Paulo

Marília Tristan Vicente¹ Autora correspondente / Corresponding author / Auteur correspondant: marilia.tristan@gmail.com, Aníara Corrêa¹, Aurea Clemente¹, Suely Vallim¹, Renilson Rehem¹, Cláudia Vieira Carnevalle¹ , Tania Rehem^{2,3}  e Isabel Craveiro¹ 

(1) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo - Brasil.

(2) Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Associate Laboratory in Translation and Innovation Towards Global Health, LA-REAL, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade NOVA de Lisboa, UNL - Portugal.

(3) Universidade de Brasília, Brasília - Brasil.

Resumo

A regionalização, diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde, desenvolveu-se por meio de marcos normativos desde 1996, tendo o estado de São Paulo estruturado esse processo em três ciclos principais, culminando na atual proposta de uma Política Estadual de Regionalização. Este estudo objetivou analisar a avaliabilidade desta Política, com foco nas diretrizes relacionadas com a governança regional e o fortalecimento das capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde. Trata-se de um estudo de avaliabilidade com abordagem qualitativa, que incluiu análise documental da Política, mapeamento de partes interessadas, desenvolvimento de modelo lógico, definição das perguntas avaliativas e elaboração de matriz de medidas. O modelo lógico estabelecido apresenta três componentes principais: capacidade de governança regional, capacidade organizacional e gestão do conhecimento, evidenciando a interrelação entre as atividades propostas e os resultados esperados. A matriz de medida elaborada conta com 22 perguntas avaliativas e respectivos indicadores, contemplando aspectos de governança regional, capacidade técnico-administrativa e desempenho assistencial. O estudo demonstrou que a Política apresenta condições para ser avaliada, especialmente nas diretrizes relacionadas com a governança regional e o fortalecimento dos Departamentos Regionais de Saúde, consideradas centrais para o alcance dos objetivos de melhoria do acesso e redução das desigualdades regionais em saúde. Recomenda-se a implantação de sistemas integrados de monitoramento das pactuações, além do fortalecimento das capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde para efetiva implementação da política.

Palavras-chave: Estudo de Avaliabilidade; Regionalização da Saúde; Sistema Único de Saúde; Governança em Saúde.

Abstract

Regionalization, a constitutional directive of the Brazilian Unified Health System (SUS), has developed through regulatory frameworks since 1996, with the state of São Paulo structuring this process in three main cycles, culminating in the current proposal for a State Regionalization Policy. This study aimed to analyze the evaluability of this Policy, focusing on guidelines related to regional governance and strengthening the institutional capacities of Regional Health Departments. This is an evaluability study with a qualitative approach, which included documentary analysis of the Policy, stakeholder mapping, development of a logical model, and elaboration of a measurement matrix. The established logical model presents three main components: regional governance capacity, organizational capacity, and knowledge management, highlighting the interrelationship between proposed activities and expected results. The measurement matrix developed contains 22 indicators, predominantly quantitative (21) and process-oriented (13), followed by structure (5) and outcome (2), covering aspects of regional governance, technical-administrative capacity, and healthcare performance. The study demonstrated that the Policy presents evaluability conditions, especially in guidelines related to regional governance and Regional Health Departments strengthening, considered central to achieving the objectives of improving access and reducing regional health inequalities. The implementation of integrated systems for monitoring agreements is recommended, in addition to strengthening Regional Health Departments institutional capacities for effective policy implementation.

Keywords: Evaluation Study; Regional Health Planning; Unified Health System; Health Governance.

Résumé

La régionalisation, directive constitutionnelle du Système de Santé Unifié brésilien (SUS), s'est développée à travers des cadres normatifs depuis 1996, l'État de São Paulo ayant structuré ce processus en trois cycles principaux, aboutissant à la proposition actuelle d'une Politique de Régionalisation de l'État. Cette étude visait à analyser l'évaluabilité de cette Politique, en se concentrant sur les directives liées à la gouvernance régionale et au renforcement des capacités institutionnelles des Départements Régionaux de Santé. Il s'agit d'une étude d'évaluabilité avec une approche qualitative, qui comprenait l'analyse documentaire de la Politique, la cartographie des parties prenantes, le développement d'un modèle logique et l'élaboration d'une matrice de mesures. Le modèle logique établi présente trois composantes principales: la capacité de gouvernance régionale, la capacité organisationnelle et la gestion des connaissances, mettant en évidence l'interrelation entre les activités proposées et les résultats attendus. La matrice de mesure élaborée contient 22 indicateurs, principalement quantitatifs (21) et de processus (13), suivis par la structure (5) et les résultats (2), couvrant les aspects de la gouvernance régionale, la capacité technico-administrative et la performance des soins. L'étude a démontré que la Politique présente des conditions d'évaluabilité, notamment dans les directives liées à la gouvernance régionale et au renforcement des Départements Régionaux de Santé, considérées comme centrales pour atteindre les objectifs d'amélioration de l'accès et de réduction des inégalités régionales en santé. La mise en place de systèmes intégrés de suivi des accords est recommandée, ainsi que le renforcement des capacités institutionnelles des Départements Régionaux de Santé pour une mise en œuvre efficace de la politique.

Mots-clés: Études d'évaluation; Planification régionale de la santé; Système de Santé Unifié; Gouvernance.

Introdução

A regionalização, diretriz constitucional do SUS, desenvolveu-se a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 1996, consolidando-se com o Pacto pela Saúde (2006) e o Decreto nº 7.508/2011. O Planejamento Regional Integrado (PRI), resultante desse decreto, foi regulamentado pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 01/2021, que unificou normativas sobre a organização regional do sistema [1].

O processo de municipalização, institucionalizado

pela NOB 93, trouxe avanços significativos na gestão do SUS e expansão da atenção primária à saúde (APS). Contudo, resultou em fragmentação do sistema, demandando novos arranjos organizacionais para maior escala e integração, materializados através das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002 e do Pacto pela Saúde de 2006 [2].

Em São Paulo, o processo de regionalização ocorreu em três ciclos, com destaque para os espaços de governança vigentes: (I) 2007–2009, criação das regiões de saúde e implantação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), depois Comissão Intergestores Regionais (CIR) (2011) [3]; (II) 2011–2012, implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e Comitês Gestores das Redes (CG-Redes) (Deliberação Comissão Intergestores Bipartite - CIB nº 36/2011) [4]; (III) 2018–2019, implementação das macrorregiões no contexto do PRI, impactada pela pandemia e retomada em 2023 com diagnósticos e planos de ação. Os CG-Redes foram substituídos pelos Comitês Executivos de Governança da Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS), conforme Resolução CIT nº 01/21 [5], incluindo, desde setembro de 2023, representação do controle externo indicada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

A governança territorial em São Paulo está estruturada em três níveis integrados: regional, macrorregional e estadual. As CIR são instâncias de pactuação regional, reunindo gestores municipais e representantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para definir prioridades e organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. Em nível macrorregional, os CEGRAS [6] de natureza técnica e operacional, monitoram, avaliam e propõem soluções para o funcionamento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), identificando situações que extrapolam o nível regional. Não substituem as CIR [7], mas agregam valor ao tratar questões inter-regionais, submetendo as suas propostas às CIR. No âmbito estadual, a CIB é a instância máxima de pactuação entre estado e municípios, deliberando sobre temas estaduais, inclusive os não consensuados nas esferas regionais e macrorregionais, fortalecendo a integração do sistema de saúde nos diferentes níveis.

O estado de São Paulo apresenta significativas disparidades regionais. Segundo Seixas et al. [8], enquanto a Região Metropolitana de Campinas tem alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 67% de cobertura por planos de saúde e ampla oferta médica, regiões como Itapeva, Vale do Ribeira e Vale do Juruimir enfrentam

baixa cobertura (12,7%) e escassez de especialistas.

Estas desigualdades também se verificam quando analisado o grau de suficiência na atenção em média e alta complexidade. Guerra [9] analisou o índice de dependência das regiões e macrorregiões de saúde em relação à capacidade de atender as necessidades da população para média e alta complexidade e evidenciou desigualdades regionais, na medida em que existem macrorregiões com baixa suficiência para este tipo de atendimento e dependência de outras regiões para atendimento à população.

Para enfrentar desigualdades regionais e distorções na oferta e nos fluxos de referência, estruturou-se a Política de Regionalização do SUS Paulista (PERS-SP) [10] que contempla diretrizes e tem como objetivo “ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde para a população do estado de São Paulo, por meio da integração e articulação permanente das Redes Regionais de Atenção à Saúde do SUS Paulista”. O presente trabalho tem como objetivo descrever o estudo de avaliabilidade da PERS-SP desenvolvido no âmbito do Curso Internacional de Avaliação em Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa, promovido pela SES-SP por meio de Termo de Cooperação com a OPAS.

Materiais e métodos

Foi elaborado um estudo de avaliabilidade da Política de Regionalização do SUS Paulista (PERS-SP), aprovada pela Deliberação CIB nº 41/2025 [10], com abordagem qualitativa, cujo objetivo principal é verificar se a Política está em condições de ser avaliada, antecedendo a avaliação propriamente dita. Adotou-se o referencial de Leviton et al. [11], com as etapas: (I) delimitação da Política e identificação dos envolvidos; (II) descrição e modelo lógico; (III) exploração da realidade do programa; (IV) definição da matriz de medidas; e (V) análise das conclusões e recomendações, com síntese dos achados, propostas de aprimoramento e questões avaliativas futuras.

Os dados foram coletados através de análise documental e consultas com atores-chave. A análise documental incluiu: a Deliberação CIB nº 41/2025 [10] que aprova a PERS-SP, deliberações CIB relacionadas à governança regional, a nº 36/2011 [4], a nº 87/2023 [6], a nº 64/2024 [7], documentos técnicos do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) que fundamentaram a política e relatórios das oficinas macrorregionais realizadas em 2023.

O mapeamento das partes interessadas foi realizado através de análise documental para identificação dos atores envolvidos na formulação, implementação e operacionalização da PERS-SP, categorizando-os segundo níveis de atuação (estratégico, intermediário e operacional) e papel na política.

As consultas com atores-chave foram realizadas através de reuniões institucionais com o Coordenador da Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES-SP e o responsável técnico do Projeto de Regionalização da Saúde da SES-SP, visando validar a seleção das diretrizes para análise e verificar a conformidade entre os objetivos propostos na política e sua operacionalização. A análise dos dados foi realizada através de análise de conteúdo temática, organizando as informações segundo as cinco etapas do referencial de Leviton et al. Para o desenvolvimento do modelo lógico, utilizou-se o referencial da W.K. Kellogg Foundation [12], estruturando-se componentes, atividades e resultados esperados.

A PERS-SP contempla sete diretrizes (Quadro 1), sendo que este estudo focou duas diretrizes consideradas estruturantes: Diretriz C (garantir a participação dos gestores e atores estratégicos na governança da rede macrorregional) e Diretriz D (fortalecer as capacidades institucionais dos Departamentos Regionais de Saúde). A seleção dessas diretrizes baseou-se em critérios de natureza estruturante para a política. A Diretriz C foi escolhida porque a governança regional e macrorregional, via CEGRAS, constitui o mecanismo central para desenvolver e monitorar as pactuações da gestão regional integrada. A Diretriz D foi selecionada por reconhecer os DRS como elementos-chave na coordenação da RAS, dos municípios e prestadores, assumindo papel central no processo de regionalização e planejamento integrado.

Nesse sentido, uma governança efetiva e o bom desempenho dos DRS são pré-requisitos estruturais para o funcionamento da PERS-SP, criando a base institucional e interfederativa para implementação das demais diretrizes. Assim, as diretrizes A, B, E, F e G dependem funcionalmente das diretrizes C e D, pois a governança macrorregional e a capacidade dos DRS condicionam a integração do SUS, o direcionamento de recursos, a redefinição de perfis assistenciais, a eficiência dos serviços e a integração da regulação assistencial.

A conformidade entre o planejado e o executado foi verificada através da análise comparativa entre os objetivos e estratégias estabelecidos na PERS-SP e os componentes identificados no modelo lógico desenvolvido. Esta verificação envolveu a validação pelos

atores-chave de que os três componentes do modelo lógico (capacidade de governança regional, capacidade organizacional e gestão do conhecimento) refletiam adequadamente as diretrizes selecionadas e seus mecanismos de operacionalização previstos na política. A conformidade foi confirmada quando houve alinhamento entre as atividades propostas no modelo lógico e as estratégias de implementação descritas nas diretrizes C e D da PERS-SP.

A construção das perguntas avaliativas foi realizada após a elaboração do modelo lógico, culminando em uma lista inicial com mais de 28 perguntas. Após triagem pelos critérios de prioridade, utilidade, viabilidade e geração de informações importantes, conforme metodologia adaptada de Worthen, Sanders e Fitzpatrick [13], foram selecionadas 22 questões para composição da matriz de medidas. A matriz foi estruturada contemplando dimensões quantitativas e qualitativas, com indicadores de estrutura, processo e resultado, em alinhamento ao referencial de Donabedian [14]. Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de análise documental de políticas públicas oficiais e consultas institucionais com gestores no exercício de suas funções técnicas, não envolvendo seres humanos como sujeitos de pesquisa. Os documentos analisados são de domínio público ou de acesso institucional autorizado, e as consultas realizadas com os atores-chave constituíram atividades de validação técnica no âmbito das atribuições profissionais dos envolvidos, sem coleta de dados pessoais ou informações sigilosas que pudessem caracterizar pesquisa com seres humanos.

Resultados

Os resultados são apresentados seguindo as cinco etapas do referencial de Leviton et al. [11]:

Etapa I - Delimitação da Política e identificação dos envolvidos

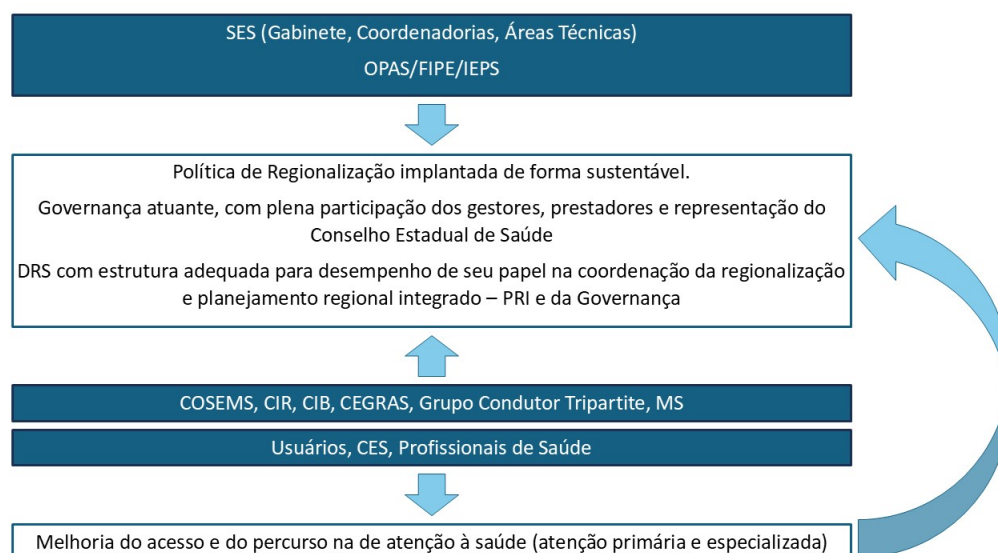
A PERS-SP foi delimitada como objeto de análise deste estudo de avaliação. A política tem

como objetivo geral “ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde para a população do estado de São Paulo, por meio da integração e articulação permanente das RRAS” [10]. Para este estudo, foram selecionadas as diretrizes C e D por seu caráter estruturante.

No nível estratégico superior, situam-se a Secretaria Estadual de Saúde (incluindo Gabinete, Coordenadorias e Áreas Técnicas) e instituições de apoio técnico como a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) e o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, responsáveis pela formulação e direcionamento estratégico da política.

O nível intermediário compreende instâncias de governança regional: Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Comissões Intergestores Regionais, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comitês Executivos de Governança da Rede de Atenção à Saúde, Grupo Condutor Tripartite e representantes do Ministério da Saúde. Estes atores mediam a formulação estratégica e a implementação local.

No nível operacional, posicionam-se usuários, Conselho Estadual de Saúde, profissionais de saúde e prestadores de serviços, constituindo o público-alvo e os executores finais das ações. Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) ocupam posição central na estrutura, desempenhando papel coordenador na regionalização e no planejamento regional integrado, conectando os diferentes níveis e facilitando a governança interfederativa.



Fonte: Elaboração própria

Siglas: SES = Secretaria de Estado da Saúde; OPAS = Organização Pan-Americana da Saúde; FIPE = Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas; IEPS = Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; DRS = Departamento Regional de Saúde; PRI = Planejamento Regional Integrado; COSEMS = Conselho de Secretários Municipais de Saúde; CIR = Comissão Intergestores Regional; CIB = Comissão Intergestores Bipartite; CEGRAS = Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde; MS = Ministério da Saúde; CES = Conselho Estadual de Saúde.

Figura 1: Mapeamento de partes interessadas da Política Estadual de Regionalização do Estado de São Paulo

Etapa II - Descrição da Política de Regionalização do SUS Paulista

A PERS-SP tem como objetivo geral “ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde para a população do estado de São Paulo, por meio da integração e articulação permanente das Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS do SUS Paulista” [10]. Essa política estabelece seis objetivos específicos que delineiam estratégias operacionais para a integração das Redes de Atenção à Saúde no estado: (I) reforçar o entendimento de Região e Rede para induzir a integração das RAS com suficiência em média complexidade; (II) superar a fragmentação sistêmica mediante gestão compartilhada entre SES e municípios com ênfase macrorregional; (III) adequar perfis assistenciais das unidades de saúde conforme necessidades populacionais, assegurando suficiência e integralidade em cada macrorregião; (IV) integrar todos os prestadores da rede SUS regional ao processo de cogestão, preservando o comando único e aprimorando a regulação assistencial nas RRAS; (V) modelar a RAS existente identificando necessidades de investimentos para cobrir vazios assistenciais e reduzir desigualdades de acesso; e (VI) instituir monitoramento contínuo da capacidade instalada e fluxos de referência para detectar lacunas na oferta de serviços e garantir atenção equitativa à população paulista.

Para operacionalizar os objetivos estabelecidos, a PERS-SP estrutura sete diretrizes estratégicas que constituem o arcabouço operacional da política, descritas no Quadro 1, fundamentadas em três pilares conceituais: governança sólida, financiamento indutor e burocracia efetiva. Cada diretriz apresenta estratégias específicas e instrumentos de implementação que visam efetivar a integração e o aprimoramento das RAS no território paulista, configurando-se como elementos centrais para a análise de avaliabilidade da Política.

Considerando que a intencionalidade do estudo de avaliabilidade passa por verificar a possibilidade de avaliação da intervenção, e que este processo deve levar em conta a

percepção de atores que representam as partes interessadas [15], e o seu mapeamento se constitui elemento essencial da primeira etapa para identificar a relevância, a viabilidade e a utilidade das informações para tomada de decisão e aprimoramento da política. De acordo com Carlos Matus [16], em qualquer processo de planejamento, que, no caso, trata-se da análise prévia da avaliação da intervenção, existem múltiplos atores com interesses distintos e, muitas vezes, conflitantes. O planejamento, portanto, é um espaço de negociação em que os atores disputam recursos, poder e influência.

A partir da análise inicial, formulou-se o modelo lógico da intervenção (Figura 2), centrado nas duas diretrizes (C e D) com foco no problema da fragmentação do sistema e das desigualdades entre RRAS, cuja superação exige gestão compartilhada entre SES-SP e municípios, com ênfase macrorregional e fortalecimento dos DRS. Assim, com base nas diretrizes C e D, foram definidos três componentes: capacidade de governança regional, capacidade organizacional e gestão do conhecimento. A gestão do conhecimento se destaca como componente transversal, sustentando ações de fortalecimento da governança e das capacidades institucionais da SES-SP. Considerando que modelo lógico é “uma forma sistemática e visual de apresentar e compartilhar sua compreensão das relações entre os recursos e as mudanças ou resultados que espera obter” (tradução nossa) (14), sua formulação foi relevante para explicitar a racionalidade e a coerência entre recursos, atividades e objetivos a serem alcançados na avaliação da PERS-SP.

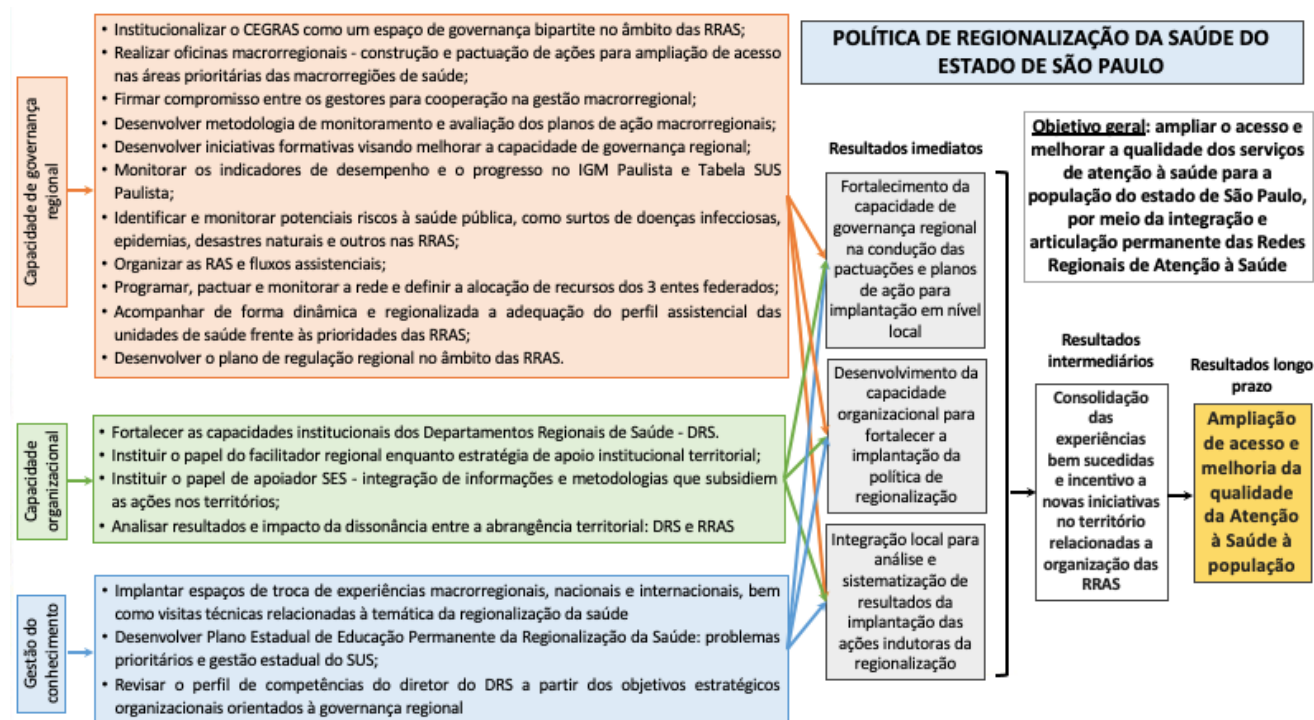
O componente capacidade de governança regional compreende atividades normativas para consolidar

Quadro 1: Diretrizes da Política Estadual de Regionalização do Estado de São Paulo

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

Fonte: Deliberação CIB nº 41/2025 [10]

Figura 2: Modelo Lógico da Política Estadual de Regionalização do Estado de São Paulo



Fonte: Elaboração própria

Siglas: CEGRAS = Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde; IGM = Incentivo à Gestão Municipal; RRAS = Rede Regional de Atenção à Saúde

o PRI como estratégia de descentralização e fortalecimento dos CEGRAS. Inclui também ações indutoras de financiamento, como o IGM/SUS Paulista e a Tabela SUS Paulista, visando estimular arranjos pactuados na lógica das RRAS, além de ações relacionadas com a revisão do perfil assistencial da rede, organização da RAS e aprimoramento dos percursos regionalizados. O componente capacidade organizacional reúne atividades voltadas à sustentabilidade da pactuação local, como liderança, negociação, parcerias e resiliência, articuladas ao componente de Gestão do Conhecimento, que transversaliza os demais componentes.

Etapa III – Exploração da realidade do programa

A exploração da realidade evidenciou que a PERS-SP está em fase inicial de implementação, com diferentes graus de maturidade entre as RRAS. As oficinas macrorregionais realizadas em 2023 identificaram como principais problemas de saúde as doenças crônicas não transmissíveis (oncológicas e cardiovasculares) e transtornos mentais, convergindo em 60 das 63 regiões de saúde.

Etapa IV - Matriz de medidas

A matriz de medidas resultante do processo de seleção e refinamento das perguntas avaliativas está apresentada no Quadro 2, contemplando 22 indicadores organizados segundo os três componentes do modelo lógico.

A Matriz de Medidas está organizada segundo os três componentes do modelo lógico na forma descrita a seguir: indicadores 1 a 12: Capacidade de Governança Regional, os indicadores 13 a 20: Capacidade Organizacional e os indicadores 21 e 22: Gestão do Conhecimento. Com 22 indicadores, a matriz representa um esforço sistemático de consolidação de métricas para futura avaliação da PERS-SP. Predominam indicadores quantitativos (n=21), com ênfase nos de processo (n=13), seguidos por estrutura (n=5) e resultado (n=2), sugerindo foco no monitoramento da implementação da PERS-SP e nos mecanismos de governança regional.

Os indicadores incluem métricas sobre os CEGRAS, pactuações, planos de ação e Termos de Acordo e Compromisso. Na dimensão técnico-administrativa, consideram-se estrutura e perfil dos DRS, sistemas de monitoramento e capacitações.

Quadro 2: Matriz de Medidas

Nr.	Perguntas avaliativas	Abordagem	Tipo	Indicadores	Método de cálculo	Parâmetro	Fontes
1	Qual o percentual de CEGRAS que apresentam composição de acordo com os critérios de indicação de representantes previstos nas bases normativas vigentes?	Quantitativa	Estrutura	Percentual de conformidade na composição dos CEGRAS	Nº CEGRAS com membros indicados de acordo com as normativas x 100 / Nº CEGRAS	100%	Deliberações CIB
2	Qual o percentual de reuniões de CEGRAS tem 100% de participação dos membros?	Quantitativa	Processo	Percentual de CEGRAS com execução adequada do cronograma de reuniões	Nº CEGRAS com execução de cronograma de reuniões adequado x 100 / Nº CEGRAS	100%	Atas
3	Qual o percentual de reuniões de CEGRAS com registro das discussões e pactuações?	Quantitativa	Processo	Percentual de reuniões de CEGRAS com registro em atas	Nº reuniões CEGRAS com atas registradas x100 / Nº reuniões CEGRAS realizadas	100%	Atas
4	Qual o percentual de pactuações dos CEGRAS com plano de ação?	Quantitativa	Processo	Percentual entre pactuações e planos de ação estabelecidos nos CEGRAS	Nº pactuações na CEGRAS com plano de ação x 100 / Nº pactuações realizadas	100%	Planos de Ação Macrorregionais
5	Qual o percentual de pactuações dos CEGRAS que ocorreram no prazo previsto?	Quantitativa	Processo	Percentual entre pactuações e planos de ação implementados nos prazos estabelecidos dos CEGRAS	Nº pactuações CEGRAS implementadas dentro do prazo estabelecido x 100 / Nº pactuações implementadas	100%	Planos de Ação Macrorregionais
6	Qual o percentual de pactuações ou encaminhamentos realizados pelo CEGRAS que estão em alinhamento com as prioridades sanitárias pactuadas regionalmente?	Quantitativa	Processo	Percentual de adequação entre pactuações e prioridades sanitárias definidas nas oficinas macrorregionais	Nº encaminhamentos realizados pelo CEGRAS alinhadas com as prioridades x 100 / Nº encaminhamentos realizados	100%	Planos de Ação Macrorregionais
7	Qual o percentual de execução dos planos de ação macrorregionais?	Quantitativa	Resultado	Percentual de metas concluídas nos planos de ação macrorregionais	Nº ações concluídas dos planos de ação macrorregionais / Nº ações definidas nos planos de ação macrorregionais	100%	Planos de Ação Macrorregionais
8	Qual o percentual de adesão ao Termo de Acordo e Gestão Regional?	Quantitativa	Processo	Percentual de Termos de Compromisso de Gestão Regional firmados	Nº Termos de Acordo e Compromisso de Gestão Regional assinados / Nº Termos de Acordo e Compromisso necessários	100%	CRS
9	Qual o percentual de municípios que atingiram as metas de prevenção e promoção à saúde?	Quantitativa	Resultado	Percentual de municípios que atingiram metas considerando os indicadores do IGM SUS Paulista	Nº municípios que atingiram metas do IGM SUS Paulista / Nº municípios	100%	NIRA

Nr.	Perguntas avaliativas	Abordagem	Tipo	Indicadores	Método de cálculo	Parâmetro	Fontes
10	Qual o percentual de ações programadas para uso dos recursos da Tabela SUS Paulista que estão em alinhamento às prioridades sanitárias pactuadas regionalmente?	Quantitativa	Processo	Percentual de ações programadas para utilização de recursos de expansão da tabela SUS Paulista relacionadas aos problemas de saúde prioritários	Nº ações programadas para utilizar recursos de expansão da Tabela SUS Paulista relacionadas aos problemas de saúde prioritários / Nº ações programadas para utilização de recursos da Tabela SUS Paulista	100%	Deliberações CIB e Planos de Ação Macrorregionais
11	Como realizar o monitoramento de riscos potenciais por RRAS, com vistas a subsidiar as ações do CEGRAS?	Qualitativa	Processo	Lista de indicadores para compor sistema de monitoramento de riscos potenciais por RRAS	Painel Delphi	-	Peritos, CCD
12	Qual o percentual de unidades de saúde de atenção ambulatorial e hospitalar especializadas possuem plano assistencial validado macrorregionalmente?	Quantitativa	Processo	Percentual de unidades de saúde de atenção especializada ambulatorial e hospitalar com plano assistencial validado pelo CEGRAS?	Nº unidades de saúde de atenção especializada ambulatorial e hospitalar com plano assistencial validado no CEGRAS / Nº unidades de saúde de atenção especializada ambulatorial e especializada no território	100%	Atas
13	Qual a taxa de autonomia das RRAS para a realização de procedimentos ambulatoriais marcadores?	Quantitativa	Processo	Taxa de autonomia da RRAS para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade marcadores	Nº procedimentos marcadores ambulatoriais de habitantes da RRAS realizados na RRAS x 100 / Nº procedimentos marcadores ambulatoriais realizados para habitantes da RRAS	100%	SIA/ DATASUS
14	Qual a taxa de autonomia da RRAS para a realização de procedimentos hospitalares marcadores?	Quantitativa	Processo	Taxa de autonomia da RRAS para procedimentos hospitalares prioritários	Nº procedimentos marcadores hospitalares de habitantes da RRAS realizados na RRAS x100 / Nº procedimentos marcadores hospitalares realizados para habitantes da RRAS	100%	SIH/ DATASUS
15	Qual a taxa de autonomia da RRAS para diárias de UTI?	Quantitativa	Processo	Taxa de autonomia na RRAS para diárias de UTI	Nº diárias de UTI realizadas para habitantes na RRAS x 100 / Nº diárias de UTI realizadas para habitantes da RRAS	100%	SIH/ DATASUS
16	Qual taxa de adequação da estrutura organizativa do DRS para atender às competências de necessárias tendo em vista o porte e complexidade dos territórios?	Quantitativa	Estrutura	Taxa de adequação da estrutura organizativa do DRS para atender às competências de necessárias tendo em vista o porte e complexidade dos territórios	Quantidade de profissionais dos DRS disponíveis em quantidade adequada considerando o número de serviços de saúde, regiões de saúde e número de municípios x 100 / profissionais dimensionados	100%	Gabinete, CRH, CRS

Nr.	Perguntas avaliativas	Abordagem		Indicadores	Método de cálculo	Parâmetro	Fontes
		Quantitativa	Tipo				
17	Qual a taxa de conformidade do perfil dos diretores dos DRS para exercer seu papel de articulador do planejamento regional integrado/ regionalização e coordenador dos espaços de governança (CIR e CEGRAS)?	Quantitativa	Estrutura	Taxa de conformidade do perfil dos diretores dos DRS	Quantidade de diretores dos DRS com perfil adequado x 100/ profissionais disponíveis	100%	Gabinete, CRH, CRS
18	Qual a taxa de DRS que utilizam as ferramentas e sistemas para análises técnicas e monitoramento?	Quantitativa	Processo	Taxa de DRS que utilizam a ferramentas e sistemas para análises técnicas e monitoramento	Nº profissionais dos DRS que utilizam a ferramentas e sistemas para análises técnicas e monitoramento x 100 / Nº profissionais do DRS com acesso às ferramentas	100%	SIRESP
19	Qual a taxa de análises realizadas no prazo planejado no CEGRAS?	Quantitativa	Processo	Taxa de análises realizadas no prazo planejado no CEGRAS	Nº análises realizadas no prazo planejado x 100 / Nº análises pactuadas no CEGRAS	100%	Atas
20	Qual a taxa de RRAS com atuação de facilitador regional dedicado?	Quantitativa	Estrutura	Taxa de RRAS com atuação de facilitador regional dedicado	Nº facilitadores regionais x 100 / Número de RRAS	100%	Relatórios
21	Qual a taxa de competências descritas no perfil do diretor que estão diretamente alinhadas com os objetivos estratégicos da organização visando o protagonismo para condução da governança regional do SUS?	Quantitativa	Processo	Taxa de competências descritas no perfil do diretor que estão diretamente alinhadas com os objetivos estratégicos da organização visando o protagonismo para condução da governança regional do SUS	Nº de competências desejadas para atuação diretor de DRS x 100 / Nº de competências atuais	100%	Análise documental, entrevistas, grupo focal e visita técnica - Gabinete, CRH e CRS
22	Quantas capacitações estão sendo ofertadas considerando os problemas de saúde prioritizados nas RRAS?	Quantitativa	Processo	Número de capacitações ofertadas por problema prioritário por RRAS	Nº de capacitações ofertadas por problema prioritário por RRAS	1 capacitação o por problema por RRAS	Gabinete e CRH

Fonte: Elaboração própria

Siglas: CEGRAS = Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde; CCD = Coordenadoria de Controle de Doenças, CRH = Coordenadoria de Recursos Humanos, CRS = Coordenadoria de Regiões de Saúde, DATASUS = Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde, NIRA = Núcleo de Inteligência da Rede Assistencial, SIA = Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH = Sistema de Informações Hospitalares, SIRESP = Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo, SUS = Sistema Único de Saúde, UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Quanto ao desempenho assistencial, destacam-se autonomia regional em procedimentos marcadores, IGM/SUS Paulista, Tabela SUS Paulista e planos assistenciais. Na gestão e planejamento, abordam-se o alinhamento com prioridades sanitárias, execução dos planos de ação e monitoramento de riscos.

Discussão

O estudo de avaliabilidade da PERS-SP evidenciou que a intervenção possui elementos estruturados que permitem a sua avaliação sistemática, especialmente nas diretrizes relacionadas com a governança regional e o fortalecimento das capacidades institucionais dos DRS. A análise do modelo lógico revelou uma articulação coerente entre os três componentes principais - capacidade de governança regional, capacidade organizacional e gestão do conhecimento - demonstrando uma abordagem que contempla aspectos operacionais, políticos e técnicos da intervenção.

A governança regional, destacada pelo mapeamento de interessados e pela matriz de medidas, reforça o papel dos DRS na regionalização do SUS em São Paulo e a relevância estratégica das diretrizes C e D para a implementação da PERS-SP.

A governança do SUS, particularmente em sua dimensão regional, constitui elemento fundamental para a efetivação do processo de regionalização e a constituição das RAS. Este processo requer mecanismos robustos de pactuação interfederativa, compartilhamento de responsabilidades e tomada de decisão conjunta entre os entes federados [1,2]. A governança regional emerge como elemento estratégico ao proporcionar espaços institucionais de negociação, cooperação e decisão entre gestores, favorecendo o planejamento regional integrado e a gestão compartilhada dos recursos em saúde [3].

O fortalecimento do papel dos gestores regionais, evidenciado nos indicadores relacionados ao perfil e competências das diretorias regionais, emerge como componente estratégico para a efetivação da PERS-SP. A matriz apresenta indicadores que mensuram tanto aspectos estruturais, como a adequação do quadro funcional às necessidades do território, quanto processuais, relacionados ao desenvolvimento de competências específicas alinhadas aos objetivos estratégicos da regionalização. O protagonismo destes atores na condução da governança regional do SUS requer um processo contínuo de capacitação e qualificação, considerando as complexidades inerentes à gestão regio-

nal e às especificidades territoriais.

A adequação dos quadros funcionais dos territórios, por sua vez, precisa considerar não apenas aspectos quantitativos, mas também qualitativos, garantindo que as estruturas regionais disponham de profissionais com perfil de competência adequado para apoiar tecnicamente os processos de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, bem como para assumir a liderança [17] da articulação entre os diferentes atores que compõem a rede regional.

Um resultado esperado do aprimoramento da governança regional, é a adequação do perfil assistencial das unidades de saúde às necessidades regionais, o que representa elemento crucial para efetivação da regionalização e organização das Redes de Atenção à Saúde [18]. O alinhamento dos perfis assistenciais em rede fortalece os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS, uma vez que considera as especificidades territoriais e epidemiológicas de cada região, ao mesmo tempo em que estabelece percursos assistenciais coordenados entre os diferentes pontos de atenção, possibilitando a continuidade do cuidado e a atenção integral à saúde [19]. O diferencial deste estudo de avaliabilidade está na articulação entre governança e capacidade organizacional como componentes interdependentes para o sucesso da política, incluindo a adequação dos perfis assistenciais às necessidades regionais, vinculada à governança e à atuação dos DRS. Destaca-se a necessidade de novo perfil de competências das lideranças da SES-SP, especialmente dos diretores dos DRS, alinhando a estratégia de gestão estadual com a capacidade interna para protagonizar esse processo. Esse movimento é reforçado pela atuação dos facilitadores regionais da SES-SP, que apoiam os espaços de governança macrorregionais na construção, operacionalização e monitoramento dos planos de ação, promovendo o diálogo local. Estudos apontam desafios a serem superados na governança regional, como a necessidade de qualificação contínua das equipes dos Departamentos Regionais de Saúde, estruturas descentralizadas da SES-SP; o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de monitoramento e avaliação; e o aprimoramento dos mecanismos de financiamento regional — aspectos essenciais para consolidar uma regionalização mais equitativa e resolutiva [20].

A PERS-SP também aponta a dissonância territorial entre as macrorregiões de saúde e os DRS, o que pode gerar sobreposição organizativa e dificultar a coordenação entre múltiplos atores e interesses locais para

atingir objetivos comuns. Guerra [9] menciona precisamente que “as escalas espaciais definidas nos territórios sanitários trazem acordos técnicopolíticos nem sempre institucionalizados e convergentes, e capacidades governativas desiguais entre os atores implicados”. Também Pires [21] no âmbito da análise da governança territorial no estado de São Paulo, refere que a descentralização atual gerou arranjos institucionais frágeis, sem resolver disputas territoriais e que dificultam a coordenação eficiente.

Para atender às eventuais dificuldades de coordenação entre atores locais, Ribeiro [22] destaca a necessidade de um planejamento participativo e adaptado ao território. Ou seja, a regionalização no SUS exige uma abordagem territorial refinada, pois as divisões atuais muitas vezes sobrepõem-se e não correspondem à organização real das redes, comprometendo a integração.

A gestão do conhecimento, como componente transversal, valoriza a educação permanente na qualificação dos processos de gestão, especialmente relevante no contexto da regionalização, que exige habilidades específicas dos gestores para coordenar as RAS e articular instâncias federativas. Segundo Ceccim [23], a Educação Permanente em Saúde deve ser orientada pela porosidade à realidade mutável dos serviços de saúde, promovendo autoanálise, autogestão e mudança institucional através da problematização do cotidiano do trabalho. Esta abordagem pedagógica, que vai além da simples capacitação técnica, é fundamental para desenvolver nos gestores regionais a capacidade de enfrentar os desafios complexos da regionalização, incorporando aprendizagem significativa e construção coletiva de soluções adaptadas às especificidades de cada território. A aplicação desses princípios no fortalecimento dos DRS e na governança regional representa uma estratégia essencial para superar a fragmentação do sistema e promover a integração efetiva das RAS.

Ribeiro e Friedrich [22] analisaram as práticas de Gestão do Conhecimento e Educação Permanente em Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Minas Gerais (estado da região Sudeste do Brasil, mesma região de São Paulo), estado limítrofe a São Paulo que apresenta características socioeconômicas e organizacionais similares, embora com menor complexidade demográfica e territorial. Os autores consideraram estas práticas como fundamentais para compartilhar saberes formais e informais entre gestores, bem como para o fortalecimento da qualificação dos processos de gestão, impactando diretamente a operacionalização

das RAS. Esta experiência mineira oferece insights relevantes para São Paulo, especialmente considerando as semelhanças na estrutura federativa e nos desafios de coordenação regional.

Ferla et al. [24] analisaram a regionalização na Bahia (estado da região Nordeste), estado que, embora apresente características socioeconômicas distintas de São Paulo, compartilha desafios similares de coordenação macrorregional. Os autores enfatizaram a intersecção entre educação permanente em saúde e política de saúde, demonstrando que a estratégia para educação permanente foi efetiva na formação de gestores para a condução das nove macrorregiões. Realçaram ainda que a articulação entre ensino-aprendizagem e atuação regional foi crucial para fortalecer redes e qualificar processos de gestão, experiência que pode ser adaptada ao contexto paulista, considerando as diferenças de escala e complexidade do sistema de saúde.

Apesar dos avanços, permanecem desafios para a efetiva implementação e avaliação da PERS-SP, em consonância com a literatura que aponta a implementação como fase mais crítica das políticas públicas. Destaca-se a ausência de mecanismos estruturados de monitoramento contínuo, o que compromete a capacidade de adaptação da política às mudanças do contexto [25].

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. As consultas informais foram realizadas predominantemente com representantes estaduais, o que pode ter resultado em uma visão unilateral, não capturando as perspectivas dos gestores municipais, prestadores de serviços e usuários do sistema. A ausência de validação, nomeadamente do modelo lógico, pode ter impacto na compreensão mais profunda da racionalidade da Política.

Uma limitação importante refere-se ao escopo restrito do estudo, que analisou apenas duas das sete diretrizes da PERS-SP (C e D), focando especificamente na governança regional e no fortalecimento das capacidades institucionais dos DRS. Embora estas diretrizes tenham sido selecionadas por seu caráter estruturante, a exclusão das demais cinco diretrizes (A, B, E, F e G) limita a compreensão abrangente da Política e pode comprometer a avaliação integral de sua implementação e resultados. Esta delimitação metodológica pode

resultar em lacunas na identificação de interrelações entre todas as diretrizes e na compreensão dos efeitos sinérgicos esperados da política como um todo.

Conclusões

O desenvolvimento do estudo de avaliabilidade demonstra que a PERS-SP é passível de ser avaliada, tendo permitido um aprofundamento sobre a temática e a compreensão das relações entre seus componentes. A complexidade inerente à proposta reflete os desafios de articulação entre os diferentes níveis de gestão e a necessidade de alinhamento entre os objetivos estratégicos e as capacidades operacionais das instâncias envolvidas. A ausência de mecanismos estruturados para monitoramento e avaliação contínua representa um obstáculo significativo para a efetiva implementação e acompanhamento das ações pactuadas.

Recomenda-se a implantação de um sistema de monitoramento das pactuações que integre informações sobre a natureza dos acordos, os planos de ação correspondentes, o status de progresso e os resultados. Também se recomenda a atualização de plano de desenvolvimento gerencial, com foco no perfil de competências exigidas para cargos de liderança, como diretores dos DRS, em função de seu papel estratégico na implementação da PERS-SP.

No contexto da avaliabilidade, a matriz apresenta elementos que favorecem a avaliação sistemática da política, como indicadores claramente definidos, métodos de cálculo específicos, fontes de dados identificadas e parâmetros estabelecidos. Esta matriz representa um importante instrumento para o monitoramento e avaliação, permitindo o acompanhamento sistemático de sua implementação e resultados. Dessa forma, recomenda-se a avaliação da PERS-SP, especialmente das diretrizes relacionadas à governança regional e ao fortalecimento das capacidades institucionais dos DRS, elementos estruturantes desta Política.

Para uma compreensão mais abrangente da PERS-SP, recomenda-se a realização de futuros estudos de avaliabilidade que contemplem as demais diretrizes (A, B, E, F e G), permitindo uma análise integral da política e a identificação das inter-relações entre todos os seus componentes. Esta abordagem ampliada possibilitará o desenvolvimento de instrumentos de avaliação mais robustos e uma compreensão sistêmica dos efeitos da política de regionalização no estado de São Paulo.

Agradecimentos

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, à Universidade Nova Lisboa e à OPAS - Organização Panamericana da Saúde. Dedicamos este trabalho à memória da Cláudia Vieira Carnevalle (*in memoriam*), monitora do Curso Internacional de Avaliação em Saúde, cuja orientação e dedicação foram essenciais para a realização desta pesquisa.

Declaração de conflitos de interesses

Os autores declaram ausência de conflitos de interesses. Alguns autores são servidores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mas essa vinculação institucional não comprometeu a objetividade científica da análise e das conclusões apresentadas.

Bibliografia

1. Fernandes FMB. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Cien Saude Colet*. 2017;22:1311–20.
2. Mello GA, Pereira APCDM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017;22:1291–310.
3. Viana AL d'Ávila, Lima LDD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet*. 2010;15:2317–26.
4. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 36, de 21 de setembro de 2011. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado*. Sec. 1:53 set 21, 2011 p. 51.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Dispõe sobre as diretrizes gerais para a gestão regional em saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. Sec. 1:120 abr 5, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html
6. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 87, de 06 de setembro de 2023. Aprova a instituição dos Comitês Executivos de Governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nas macrorregiões (RRAS) do estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado* set 6, 2023 p. 39.
7. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 64, de 09 de maio de 2025. Aprova a Nota Técnica CIB – Orientações sobre as competências dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as relações com as demais instâncias de governança: Comissões Intergestores Regionais – CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB [Internet]. *Diário Oficial do Estado*. Sec. 1:80 mai 9, 2025. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2025/05/E_DL-CIB-41_090525.pdf
8. Seixas PHD, Ibañez N, Silva JAD, Bueno ACV, Lima S. A circularidade dos médicos em cinco regiões de São Paulo, Brasil: padrões e fatores intervenientes. *Cad Saude Publica*. 2019;35:e00135018.
9. Guerra DM. Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência [Internet] [Doutorado em Serviços de Saúde Pública]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016 [citado 10 de dezembro de 2024]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/>
10. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB nº 41, de 09 de maio de 2025. Aprova a Política Estadual de Regionalização do Estado de São Paulo [Internet]. *Diário Oficial do Estado*. Sec. 1 mai 9, 2025 p. 55. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2025/05/E_DL-CIB-41_090525.pdf
11. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:213–33.
12. W.K. Kellogg Foundation. Guia de Desarrollo de Modelos Lógicos [Internet]. [citado 10 de dezembro de 2024]. Obtido de: https://ejecafeterorap.gov.co/wp-content/uploads/2021/03/Gui%C3%A9n_de_desarrollo_de_modelos_lo%C3%81gicos.pdf

13. Worthen B, Sanders J, Fitzpatrick J. Identificação e seleção de perguntas e critérios. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo, Brasil: Editora Gente; 2024. p. 341–71.
14. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1980.
15. Hartz Z. *A Análise Estratégica. A avaliação: conceitos e métodos*. 1.^a ed. Fiocruz Editora; 2011. p. 95–104.
16. Matus C. O plano como aposta. Coletânea planejamento e orçamento governamental [Internet]. Brasília-DF: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP); 2007 [citado 10 de dezembro de 2024]. p. 115–44. Obtido de: <http://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/805>
17. Singh P, Singh S, Kumari V, Tiwari M. Navigating healthcare leadership: Theories, challenges, and practical insights for the future. *J Postgrad Med*. 2024;70:232–41.
18. Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2012;17:2507–21.
19. Binsfeld L, Rivera FJU, Artmann E. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017;22:209–20.
20. Paschoalotto MAC, Passador JL, Oliveira LRD, Lopes JEF, Dantas MK, Passador CS. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saude Soc*. 2018;27:80–93.
21. Pires ELS. A governança territorial no estado de São Paulo: modalidades, formas de coordenação e princípios reguladores. *Estudos Geograficos*. 2016;14:143–64.
22. Ribeiro PT. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saude Soc*. 2015;24:403–12.
23. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9:161–8.
24. Ferla AA, Ceccim RB, Schaedler LI, Daron VLP, Bilibio LFS, Santos L, et al. Educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. *Rev baiana de saúde pública*. 2012;33:7.
25. Santos LLD, Lago IC. Desafios e perspectivas na implementação de políticas públicas no Brasil: uma análise teórica. *Rev Pol Pub & Cid*. 2025;14:e1723.