



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTADO DE SÃO PAULO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012 - 2015

VERSÃO REVISADA ATÉ 06/10/2011





Governador do Estado

Geraldo Alckmin

Secretário de Estado da Saúde

Giovanni Guido Cerri

Secretário Adjunto

José Manoel de CamargoTeixeira

Chefe de Gabinete

Maria Iracema Guillamon Leonardi

COORDENADORES

Silvany Lemes Cruvinel Portas - Coordenadoria de Planejamento de Saúde, CPS

Affonso Viviani Júnior - Coordenadoria de Regiões de Saúde, CRS

Marcos Boulos - Coordenadoria de Controle de Doenças, CCD

Sergio Swain Muller - Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos de Saúde, CCTIES

Regina Marta da Luz Pereira - Coordenadoria de Serviços de Saúde, CSS

Nilson Ferraz Paschoa - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de
Saúde, CGCSS

Haino Burmester - Coordenadoria de Recursos Humanos, CRH

Reinaldo Noboru Sato - Coordenadoria Geral de Administração, CGA

Presidente do Conselho Estadual de Saúde

José Manoel de Camargo Teixeira

COORDENAÇÃO

Coordenadoria de Planejamento de Saúde
Silvany Lemes Cruvinel Portas

ORGANIZAÇÃO

Silvany Lemes Cruvinel Portas - CPS
José Dínio Vaz Mendes- CPS
Monica Aparecida Marcondes Cecílio -CPS
Suely Vallim -CPS
Everton Lopes Rodrigues – CPS

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Cecília Itapura de Miranda - CPS
Elisa Maria Nunes Cabral Pinto de Azevedo – CPS
Everton Lopes Rodrigues - CPS
José Dínio Vaz Mendes – CPS
Monica Aparecida Marcondes Cecílio – CPS
Suely Vallim – CPS
Vanessa Sayuri Chaer Kishima – CPS
Vera Lopes Osiano – CPS

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Arnaldo Sala – CRH
Cláudia Correa – CRH
Claudia Valencia Montero - CCD
Dalva Regina Massuia – CPS/GTAE
Débora R. Santana - CSS
Eliana Ribas – Núcleo de Humanização
Fátima Palmeira Bombarda – CRS
Ivana F. Frattini – CRS
Lilian Helena B. Falcão - CGCSS
Márcia Zemella Marques - CRS
Maria Aparecida Novaes – CRH
Massahiro Miyamoto – Secretaria Executiva do CES
Marta Campagnoni Andrade - CRS
Regina Helena A. Nicoletti - CPS
Roberta Andrade Cestari – CGA
Rodrigo G. Ferrão – CSS
Rosângela Sartori - CCD
Rosana Marques Ferro Cruz – CRS
Sara Romera da Silva – CCD
Silvio Augusto Margarido - CRS
Sonia Aparecida Alves – CGCSS
Sonia Lucena Cipriano – CCTIES
Stela M. Pedreira – CPS/GTAE
Sueli G. Saes – CCTIES
Tanira Gomes Barros – CRS
Vera Fischer Pires de Campos – CRS
Vera Lopes Osiano – CPS

ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (CES-SP)
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP)

INDICE

INTRODUÇÃO	05
PROCESSO DE ELABORAÇÃO	10
ANALISE SITUACIONAL	11
EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS	115
EIXO I – APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS/SP	119
EIXO II - FORTALECIMENTO DO GESTOR ESTADUAL NA COORDENAÇÃO DO SUS SP.	123
EIXO III – GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS.	128
EIXO IV – COORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DE RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS NO ESTADO DE SÃO PAULO	130
EIXO V - DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS.	139
EIXO VI- FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS.	143
EIXO VII – CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES EM SAÚDE	145
VIABILIDADE- VINCULAÇÃO COM O PPA	147
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	150
CONSIDERAÇÕES	151
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	152

INTRODUÇÃO

O processo de planejamento é estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, sua importância e potencialidade vêm sendo crescentemente reconhecidas, em especial nos últimos anos. Os avanços na construção do SUS são inegáveis, sendo que os desafios atuais exigem a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades do Sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores. Tais esforços devem se traduzir, na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios, diretrizes e normativas que regem o SUS (PLANEJASUS, 2009).

O Pacto pela Saúde previa a constituição de um sistema de planejamento no SUS, “que deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão” e baseado nas necessidades de saúde da população (item 4 do anexo da Portaria nº. 399/GM/2006). Este Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS) foi regulamentado pela Portaria MS/GM 3.085 de 01/09/2006. As Portarias MS/GM 3.332/06 e MS/GM 3.176/08 aprovaram orientações gerais acerca da elaboração, aplicação e fluxos de seus instrumentos básicos: Plano de Saúde, Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão. Em 2009, publicou-se a Portaria MS/GM nº. 2.751, que regulamentou a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do PLANEJASUS, do Pacto pela Saúde e do planejamento de governo, expresso no Plano Plurianual (PPA), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

Desde 2007, a elaboração e a execução do Plano Estadual de Saúde vêm ocorrendo em sintonia com a implantação do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo, sendo que os processos são acordados na Comissão Intergestores Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde.

Segundo o componente Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde, na diretriz referente ao Planejamento e Programação, são responsabilidades sanitárias da esfera estadual:

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado

por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

- Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;
- Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;
- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

O Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, quanto à organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, em seu Capítulo III, DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE, estabelece que:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

*§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.*

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite – CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

O Plano Estadual de saúde, Quadriênio 2008 a 2011, estabeleceu como principais desafios da política de saúde:

- O aperfeiçoamento da universalidade da atenção à saúde, da integralidade e equidade;
- A criação de mecanismos de acesso a serviços e ações de saúde nas regiões e parcelas da população, mais carentes e com necessidade de ampliação da assistência de média e alta complexidade;
- O fortalecimento da SES/SP, em seu papel coordenador do sistema de saúde, no âmbito do Estado, desenvolvendo sua capacidade de planejamento e gestão. (Plano Estadual de Saúde, SES SP, 2008).

A cada ano, foram elaboradas as Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão (2008, 2009 e 2010), com vistas à execução do Plano. Esse processo proporcionou aprendizado organizacional, embora se reconheça que ainda há muito o que melhorar.

A elaboração do novo Plano Estadual 2012-2015 deve observar os marcos legais acima descritos e considerará preliminarmente:

- a análise situacional,
- uma avaliação preliminar sobre a execução do Plano 2008-2011,

- as prioridades nacionais pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite em reunião realizada em julho de 2011 e apresentadas ao Conselho Nacional de Saúde,
- as prioridades estaduais de governo para a saúde, divulgadas desde fevereiro de 2011, e,
- os Eixos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde 2011.

Deve-se considerar, ainda, a inter-relação entre os instrumentos de planejamento no SUS (que compreendem momentos específicos de cada uma das três esferas de gestão do sistema e também as intersecções, a exemplo do planejamento de base regional), o Plano Plurianual, (PPA) e projetos previstos na SES como o aprimoramento do planejamento estratégico/ operacional e a implantação de métodos de qualificação da gestão (MEG – Modelo de Excelência de Gestão).

CONCEITOS

Será adotado o referencial sugerido pelo PLANEJASUS, que define o Plano de Saúde como “um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada gestão, sendo a base para a execução, acompanhamento, avaliação e a gestão do sistema” (PLANEJASUS, 2006).

Importante referir que o Plano Estadual de Saúde deve ser compreendido como a síntese das propostas e ações estratégicas do Governo do Estado de São Paulo na área de saúde. O SUS é um sistema com responsabilidades e competências compartilhadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), porém deve ficar clara a distinção entre as ações estratégicas do Governo do Estado e o conjunto de ações de saúde do SUS.

Por se tratar de instrumento técnico-político, a elaboração do Plano deve ser feita de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde. Cabe ao Conselho Estadual de Saúde aprová-lo.

ESTRUTURA

Segundo o PLANEJASUS, O Plano compreende os momentos:

1. Análise situacional (identificação e priorização de problemas de saúde e de gestão);
2. Definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

Em conformidade com o Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006, os eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde são:

- As condições de saúde da população (concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde);
- Os determinantes e condicionantes de saúde (concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores além do setor saúde) e;
- A gestão em saúde (concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão da saúde, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, descentralização, regionalização, regulação).

Definição dos Eixos: nível estratégico - prioridades nacionais e responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde, prioridades de governo, eixos temáticos das Conferências Nacional e Estadual de Saúde.

Diretrizes: indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva sob a forma de um enunciado e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano.

Objetivos: expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. É importante destacar que a proposição de objetivos deve considerar as análises de viabilidade política, econômica e técnico-organizacional.

Metas: são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.

Indicadores: índices que refletem uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permitem medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

PROCESSO DE ELABORAÇÃO

Cronograma das atividades para elaboração do Plano Estadual da Saúde, 2012-2015								
ATIVIDADES	Abri	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Elaboração de versão preliminar dos Eixos, Diretrizes e Objetivos para a estruturação do Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015, a partir do Plano 2008/2011, por um GT articulado pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde								
Proposição da estrutura do plano e cronograma.								
Criação de um grupo de trabalho, composto por todas as Coordenadorias da SES- SP e assessores técnicos do GS para o desenvolvimento do plano. Realização de reunião em 27/06 com o grupo para análise do documento preliminar e definição dos passos seguintes.								
Elaboração de análise preliminar sobre a execução do PES 2008-2011 a partir dos RAG 2008 a 2010 como subsídio ao desenvolvimento do novo plano.								
Elaboração da Programação Anual 2011 (último ano de execução do Plano 08/11) considerando a execução nos 3 anos anteriores e as prioridades da nova gestão. Apoio da equipe técnica CPS.								
Adaptações no software de planejamento estratégico para comportar a estrutura do Plano. Capacitação para utilização do sistema para os responsáveis pelos Eixos e técnicos que farão a alimentação.								
Elaboração do diagnóstico do estado e disponibilização de base de dados para os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), por região de saúde e municípios.								
Apresentação ao CTA da versão do Plano (Eixos, diretrizes, objetivos, indicadores e metas) após revisões pelas Coordenadorias e consolidação pela CPS.								
Apresentação à Comissão Intergestores Bipartite e ao Conselho Estadual de Saúde da versão aprovada pelo CTA SES (Eixos, diretrizes, objetivos, indicadores e metas).								
Discussões regionais (Departamentos Regionais de Saúde - DRS e Colegiados de Gestão Regional – CGR), e contribuições para o Plano.								
Manutenção de um site no portal da SES, onde todos os gestores e conselheiros poderão acessar o Plano em elaboração.								
Realização da VI Conferência Estadual de Saúde (31/08 a 02/09), cujas resoluções, por deliberação do Conselho Estadual de Saúde devem embasar a versão final do Plano.					31/08	02/09		
Consolidação das contribuições (SES, regiões de saúde, DRS, CES - Conferência).								
Entrada de dados no sistema, com acompanhamento por equipe treinada.								
Submissão à aprovação pelo CES.								
Elaboração da Programação do Plano para 2012.								

ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional permite a identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade para orientar a definição de prioridades. Deve abordar as condições de saúde, seus determinantes e aspectos da gestão do sistema de saúde.

O processo de elaboração do Plano inclui etapas loco-regionais, ou seja, a análise aqui apresentada reflete a situação global do estado, necessitando ser particularizada segundo as diferentes realidades das regiões de saúde. Com o objetivo de apoiar as discussões regionais, estão disponíveis no portal SES informações e análises no endereço <http://www.saude.sp.gov.br>.

I- Aspectos Demográficos e Sócio-Econômicos

O Estado de São Paulo é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado no sudeste brasileiro, possui apenas 3% do território nacional, mas conta com 41,3 milhões de habitantes (Censo 2010) que representam cerca de 22% da população do país, constituindo-se na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul.

Responsável por mais de 31% do PIB do país, São Paulo abriga o maior parque industrial com a maior produção econômica do Brasil e figura entre os estados brasileiros com alto Índice de Desenvolvimento Humano, sendo superado apenas por Santa Catarina e pelo Distrito Federal, embora mantenha desigualdades sócio-econômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território.

Com relação aos aspectos demográficos, a **Taxa de Fecundidade Total** (o número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) no Estado de São Paulo é de 1,78 em 2009 (no Brasil é 1,94 no mesmo ano) e apresentou grande redução desde 1991 (Brasil – 2,73 e São Paulo - 2,22).

A **Taxa Bruta de Natalidade** (número de nascidos vivos por mil habitantes/ano) também decresceu, passando no Estado de São Paulo de 19,99 em 1991 para 13,32 em 2009 (no Brasil era 23,39 em 1991 e 15,77 em 2009).

Também se verificou o aumento da **Expectativa de Vida ao Nascer** no Estado de São Paulo, que em ambos os sexos, passou de 69,5 anos em 1991 para 74,8 anos em 2009

(Tabela 1), com diferença de cerca de 9 anos entre os sexos, que em grande parte ocorre pela alta mortalidade do sexo masculino em faixas etárias mais jovens, principalmente relacionada com as mortes violentas, como poderá ser observado no capítulo que trata das causas de mortalidade.

Tabela 1 - Esperança de Vida ao Nascer no Brasil e no Estado de São Paulo, 1991, 2000 e 2009

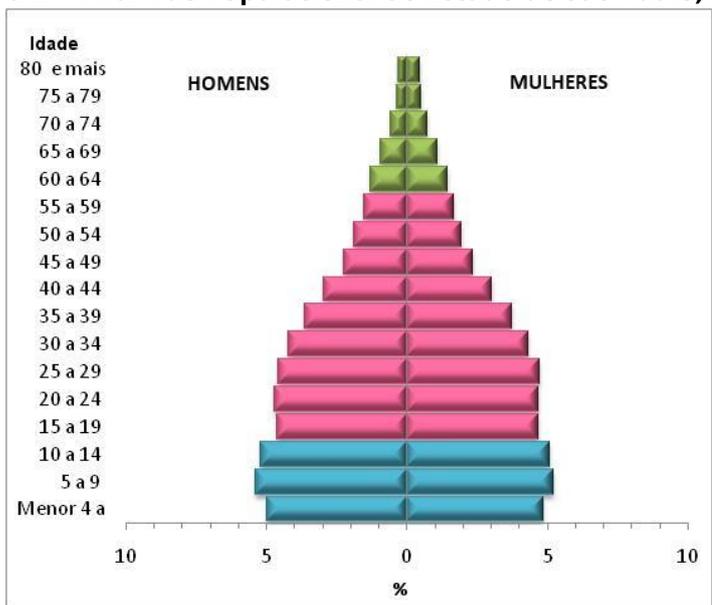
Anos	Brasil			Estado de São Paulo		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
1991	63,2	70,9	66,9	65,1	74,2	69,5
2000	66,7	74,4	70,4	67,9	76,7	72,2
2009	69,4	77,0	73,1	70,7	79,0	74,8

Fonte: IBGE

Estas mudanças, entre outras, ocasionaram gradativo envelhecimento do população paulista, com modificação expressiva na forma das pirâmides populacionais do Estado de São Paulo de 1991, 2000 e 2010 (Figuras 1, 2 e 3), com estreitamento das bases (redução das faixas etárias mais jovens e ampliação da largura no topo (faixas etárias mais idosas).

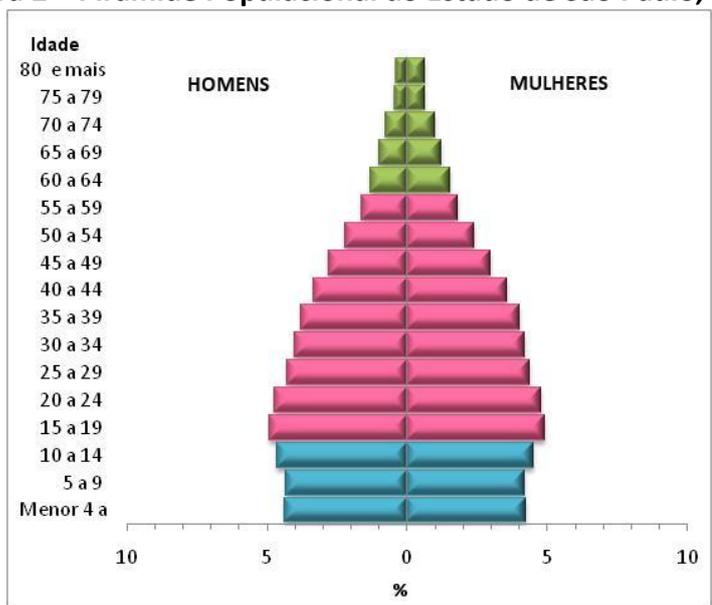
Enquanto no Estado em 1991, o grupo de crianças e adolescentes até 19 anos representava 40,1%, no ano 2010 representa apenas 29,5%. Por outro lado, o grupo de mais de 60 anos, que representava 7,7% em 1991, passou a ser 11,6% em 2010. O envelhecimento da população traz óbvias conseqüências para o setor saúde, como a modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas, atendimento geriátrico e saúde mental), cujo tratamento envolve medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos.

Figura 1 – Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 1991



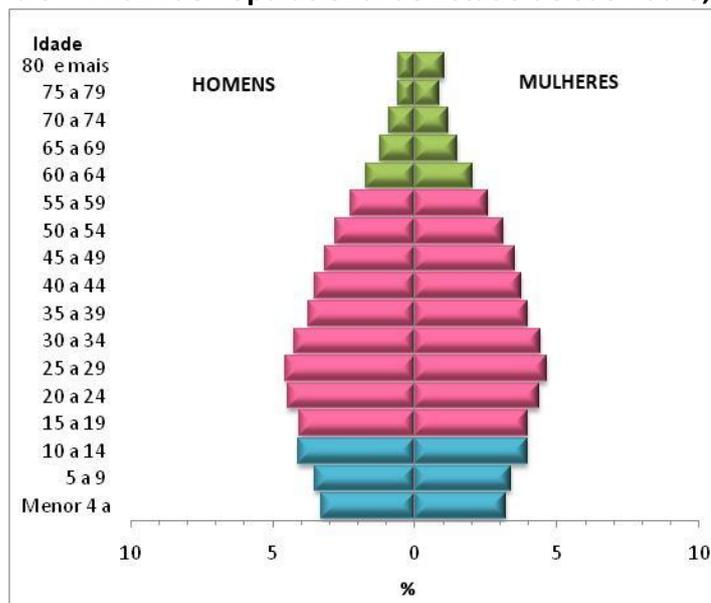
Fonte: IBGE (Censo 1991).

Figura 2 – Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2000



Fonte: IBGE (Censo 2000).

Figura 3 – Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2010



Fonte: IBGE (Censo 2010).

O Índice de Envelhecimento (Proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos) atinge 51% em 2011, conforme o **Quadro 1**, que também apresenta outros indicadores e informações que permitem a visão do Perfil Geral do Estado do ponto de vista socioeconômico.

Nota-se que 96% da população do Estado já vive em situação urbana, que quase 100% da população é atendida pela coleta de lixo e por abastecimento de água tratada e 92% pela coleta de esgotamento sanitário. A Taxa de Analfabetismo é baixa.

As médias dos indicadores sintéticos calculados pela Fundação SEADE para o Estado de São Paulo, o **Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS**, nas dimensões riqueza, longevidade e escolaridade, atingem valores que são classificados na categoria alta para cada uma das três dimensões.

Por outro lado, no que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída por 645 municípios, dos quais a maioria constitui-se de pequenos municípios, sendo que a maior parte da população se concentra em apenas 75 municípios com mais de 100 mil habitantes (Tabela 2).

Esta característica da divisão político-territorial do Estado, acrescida ao envelhecimento da população e a modificação dos padrões de morbimortalidade anteriormente referidos, tem óbvias conseqüências para o sistema público de saúde, trazendo novos desafios na estruturação adequada da rede de serviços, para o

desenvolvimento da assistência integral aos problemas de saúde da população, com eficiência e qualidade.

Quadro 1 – Perfil Geral do Estado

Dados populacionais	Ano	Estado
População residente (Censo IBGE)	2010	41.262.199
Área (em Km ²)	2011	248.209,43
Densidade demográfica (hab/Km ²)	2011	167,90
Urbanização (%)	2010	95,88
População com menos de 15 anos (%)	2011	22,51
População com 60 anos e mais (%)	2011	11,53
Índice de envelhecimento (%)	2011	51,24
Habitação e infraestrutura urbana	Ano	Estado
Nível de atendimento de abastecimento de água (%)	2009	99,28
Nível de atendimento de esgoto sanitário (%)	2009	91,78
Nível de atendimento de coleta de lixo (%)	2009	99,87
Educação	Ano	Estado
Taxa de analfabetismo população de 15 anos e mais	2009	4,75
Média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos	2009	9,02
População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo (%)	2009	40,09
População de 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2009	68,65
Economia	Ano	Estado
PIB (em milhões de reais correntes)	2008	1.003.015,76
PIB per Capita (em reais de correntes)	2008	24.457,00
Condições de Vida	Ano	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	2008	58
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	2008	73
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade	2008	68
Renda Domiciliar per Capita Média (Em reais de setembro de 2009)	2009	942,29
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2009	3,77
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2009	12,43

Fonte: Fundação SEADE, exceto quando apontado outra fonte.

Tabela 2 - Municípios do Estado de São Paulo segundo faixas populacionais - 2010

Faixa da população	Nº de Municípios	% Municípios	População Total	% Pop
< 10 mil	279	43,3	1.373.955	3,3
10 - 49 mil	242	37,5	5.662.010	13,7
50 - 99 mil	49	7,6	3.402.226	8,2
> 100 mil	75	11,6	30.824.008	74,7
Total	645	100	41.262.199	100,0

Fonte: IBGE.

Embora o valor médio do Estado nos indicadores sintéticos do **Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS** seja classificado em categorias altas, quando se observam os municípios, grande quantidade deles (318 ou 49%) possui baixo desenvolvimento econômico segundo a classificação do IPRS, de 2008. Na Tabela 3 apresentam-se estes municípios divididos de acordo com a região dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde – SES/SP e algumas regiões possuem alto percentual da população vivendo em municípios mais pobres (96% na região de Registro e 68% em São João da Boa Vista), indicando as desigualdades regionais que persistem no Estado, apesar de seu desenvolvimento econômico.

Tabela 3 - População residente e número de municípios com IPRS nos grupos 4 e 5 (*), segundo DRS da SES/SP, Estado de São Paulo, 2008

DRS	Total de municípios	Nº de municípios - IPRS 4 e 5	% municípios IPRS 4 e 5	População Total 2008	População municípios IPRS 4 e 5	% população municípios IPRS 4 e 5
Grande São Paulo	39	9	23,08	19.616.060	1.302.222	6,64
Aracatuba	40	21	52,50	718.858	262.719	36,55
Araraquara	24	12	50,00	906.261	239.933	26,48
Baixada Santista	9	-	-	1.651.906	-	-
Barretos	19	5	26,32	417.479	43.333	10,38
Bauru	68	49	72,06	1.657.801	714.121	43,08
Campinas	42	16	38,10	3.920.022	329.796	8,41
Franca	22	15	68,18	653.370	174.867	26,76
Marília	62	31	50,00	1.089.058	408.402	37,50
Piracicaba	26	8	30,77	1.401.210	159.960	11,42
Presidente Prudente	45	22	48,89	727.879	289.434	39,76
Registro	15	14	93,33	281.646	271.864	96,53
Ribeirão Preto	26	17	65,38	1.271.440	432.792	34,04
S.João Boa Vista	20	15	75,00	786.201	532.024	67,67
S.José do Rio Preto	101	27	26,73	1.467.391	177.624	12,10
Sorocaba	48	32	66,67	2.209.159	847.294	38,35
Taubaté	39	25	64,10	2.235.894	397.148	17,76
Total	645	318	49,30	41.011.635	6.583.533	16,05

Fonte: Fundação Seade. Estimativa Populacional/IBGE/DATASUS.

Nota (*): Grupo 4 - Baixo Desenvolvimento econômico e em transição social e Grupo 5 - Baixo desenvolvimento

II. Perfil da MorbiMortalidade no Estado de São Paulo

As tendências na morbidade e na mortalidade da população do Estado de São Paulo estão apresentadas com análises e evidenciando as transformações epidemiológicas ocorridas nas última décadas. Foram utilizados dados dos sistemas nacionais e estaduais de informação sobre mortalidade e internações hospitalares, de notificação de doenças transmissíveis e de diversos programas de controle do Ministério da Saúde e ainda a análise das tendências na morbidade. Dessa forma, identificaremos os desafios que se colocam na agenda da saúde pública deste Estado.

1. Características gerais da mortalidade no Estado de São Paulo

No período de 2000 a 2009, as doenças do aparelho circulatório mantêm-se como a primeira causa de mortalidade entre os paulistas, sendo responsáveis por cerca de 30% dos óbitos, seguidas pelas neoplasias, que aumentaram sua participação relativa, passando de 15% para 18% dos óbitos no Estado. As causas externas (lesões e violências) se reduziram de 14% do total de óbitos em 2000 para 10% em 2009, caindo da terceira para a quarta posição entre os principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID – 10. As doenças do aparelho respiratório passaram a ser o terceiro grupo em frequência de óbitos com 12% e o grupo de causas mal definidas (capítulo XVIII) tem 6,4% dos óbitos em 2009 (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4: Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo – 2000

Causa(Cap CID10)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
IX. Doenças do aparelho circulatório	38.139	26,9	210,3	34.232	35,6	181,2	72.371	30,4	195,4
II. Neoplasias (tumores)	19.516	13,8	107,6	15.867	16,5	84,0	35.383	14,9	95,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	28.759	20,3	158,5	4.742	4,9	25,1	33.501	14,1	90,5
X. Doenças do aparelho respiratório	14.054	9,9	77,5	10.922	11,4	57,8	24.976	10,5	67,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9.432	6,7	52,0	6.210	6,5	32,9	15.642	6,6	42,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	8.634	6,1	47,6	4.397	4,6	23,3	13.031	5,5	35,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.977	3,5	27,4	6.251	6,5	33,1	11.228	4,7	30,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.077	5,0	39,0	4.000	4,2	21,2	11.077	4,7	29,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3.849	2,7	21,2	2.927	3,0	15,5	6.776	2,9	18,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.984	1,4	10,9	1.815	1,9	9,6	3.799	1,6	10,3
VI. Doenças do sistema nervoso	1.840	1,3	10,1	1.573	1,6	8,3	3.413	1,4	9,2
Todos os demais	3.434	2,4	18,9	3.093	3,2	16,4	6.529	2,7	17,6
Total	141.695	100,0	781,1	96.029	100,0	508,3	237.726	100,0	641,9

Fonte: Fundação SEADE – SES/SP. Obs. Não considerados os óbitos com sexo ignorado.

Tabela 5: Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo – 2009

Causa(Cap CID10)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
IX. Doenças do aparelho circulatório	39.584	27,6	196,5	35.862	32,1	168,8	75.447	29,6	182,3
II. Neoplasias (tumores)	24.275	16,9	120,5	20.380	18,2	96,0	44.655	17,5	107,9
X. Doenças do aparelho respiratório	15.582	10,9	77,3	14.207	12,7	66,9	29.790	11,7	72,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	20.191	14,1	100,2	5.276	4,7	24,8	25.486	10,0	61,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9.508	6,6	47,2	6.904	6,2	32,5	16.420	6,4	39,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	9.913	6,9	49,2	5.619	5,0	26,5	15.533	6,1	37,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5.569	3,9	27,6	6.461	5,8	30,4	12.030	4,7	29,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.138	4,3	30,5	4.327	3,9	20,4	10.466	4,1	25,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.378	2,4	16,8	3.924	3,5	18,5	7.302	2,9	17,6
VI. Doenças do sistema nervoso	3.003	2,1	14,9	3.243	2,9	15,3	6.247	2,4	15,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.379	1,7	11,8	1.845	1,6	8,7	4.226	1,7	10,2
Todos os demais	3.901	2,7	19,4	3.787	3,4	17,8	7.695	3,0	18,6
Total	143.421	100,0	711,9	111.835	100,0	526,6	255.297	100,0	616,9

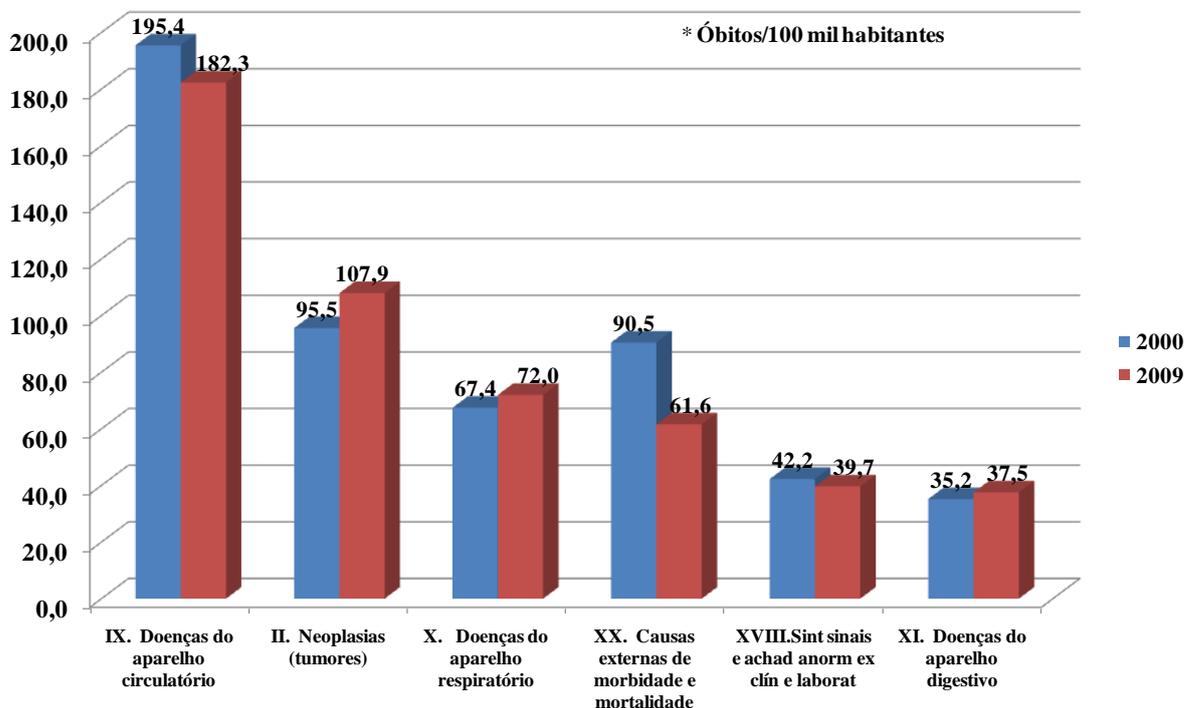
Fonte: Fundação SEADE – SES/SP. Obs. Não considerados os óbitos com sexo ignorado.

Os coeficientes de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) dos principais capítulos da CID – 10 se modificaram entre 2000 e 2010, com a redução das doenças do aparelho circulatório e a significativa queda do coeficiente de causas externas, que passou de 90,5 para 61,6 óbitos/100 mil hab. Por outro lado, ocorre ligeiro aumento no coeficiente das doenças dos aparelhos respiratório e digestivo e uma elevação mais significativa das neoplasias. (Gráfico 1).

O coeficiente de mortalidade geral bruto se reduziu no Estado entre os anos considerados passando de 6,42 (óbitos/mil hab) em 2000 a 6,17 em 2009.

De acordo com os dados brasileiros de mortalidade disponibilizados pelo Ministério da Saúde até 2008, os valores nacionais são ligeiramente diferentes dos paulistas: as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de óbito (29,5%) seguidas das neoplasias (15,6%), das causas externas (12,5%), das doenças respiratórias (9,8%) e de causas mal definidas (7,4%) no Brasil.

Gráfico 1: Coeficiente* de Mortalidade nos principais grupos da CID-10 – Estado de São Paulo – 2000 e 2009

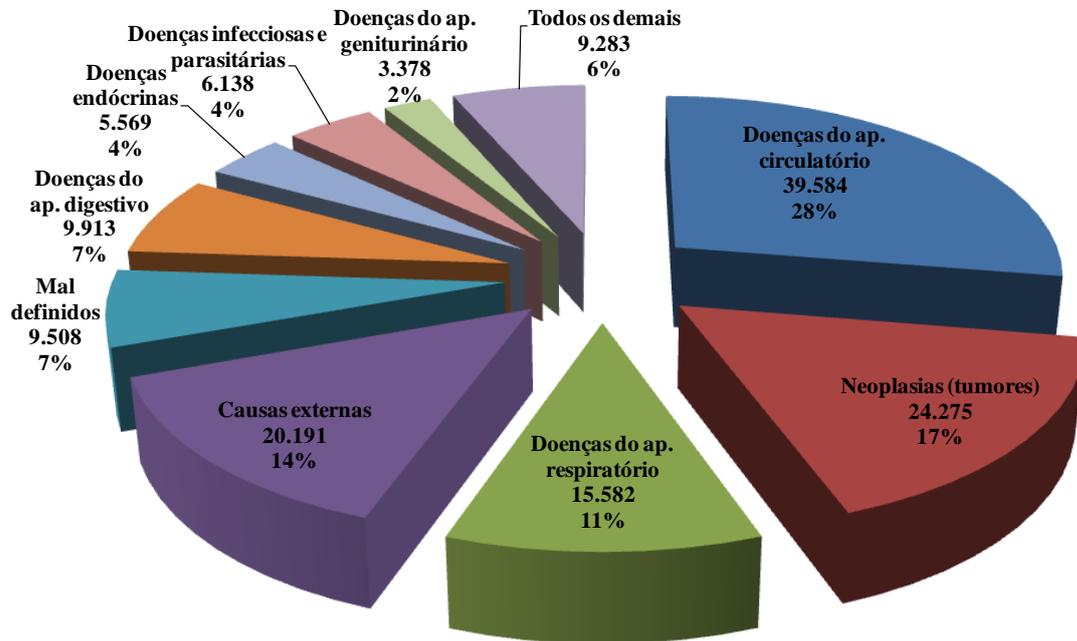


Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

2. Mortalidade por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo

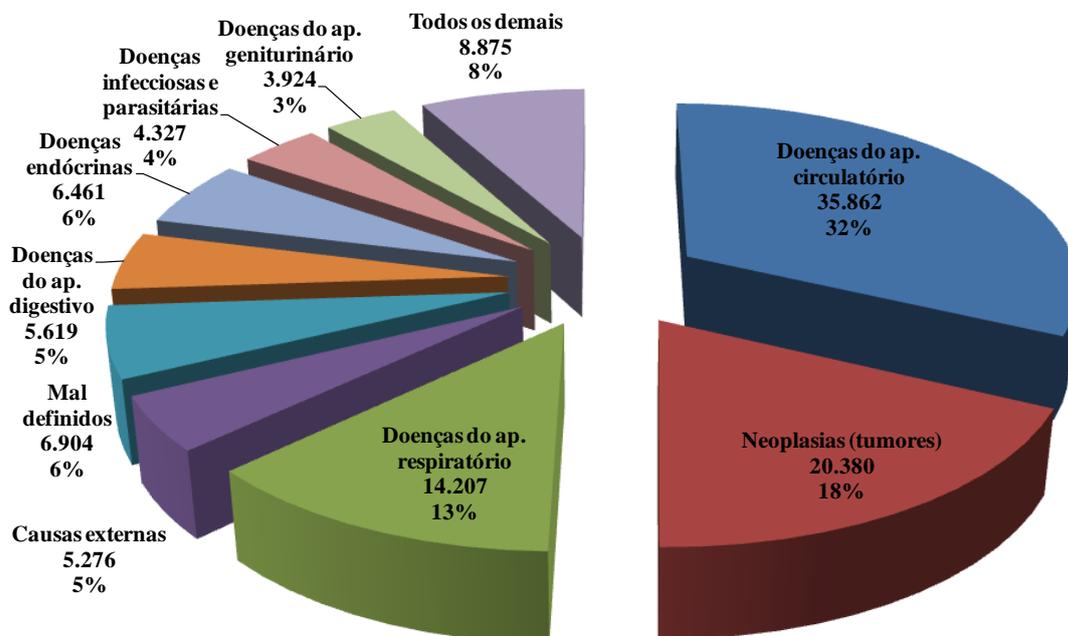
Com relação aos sexos, no que se refere à proporção de óbitos por capítulo da CID – 10, o sexo masculino tem predomínio significativo das mortes por causas externas, que apesar da queda verificada entre 2000 e 2009, ainda representa 14% dos óbitos masculinos em 2009, contra apenas 6% dos óbitos femininos. Por outro lado, neste último ano, as mulheres têm proporções ligeiramente maiores nas doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias (Gráficos 2 e 3).

Gráfico 2: Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo masculino no Estado de São Paulo – 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Gráfico 3: Os Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo feminino no Estado de São Paulo - 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Mesmo assim, quando se analisam os coeficientes de mortalidade por sexo, pode-se verificar que os coeficientes femininos são menores que os masculinos, para todos estes grupos de doenças, com especial destaque para a diferença nas causas externas que é quatro vezes maior nos homens (100,2 para 24,8) e do aparelho digestivo, em que o coeficiente masculino é quase o dobro do feminino (49,2 a 26,5).

Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares (derrames) representam mais de 50% dos óbitos em ambos os sexos. Pode-se observar, contudo, que os coeficientes de mortalidade masculinos são bem superiores aos femininos nas doenças isquêmicas do coração e apenas ligeiramente maior nas doenças cerebrovasculares (Tabela 6).

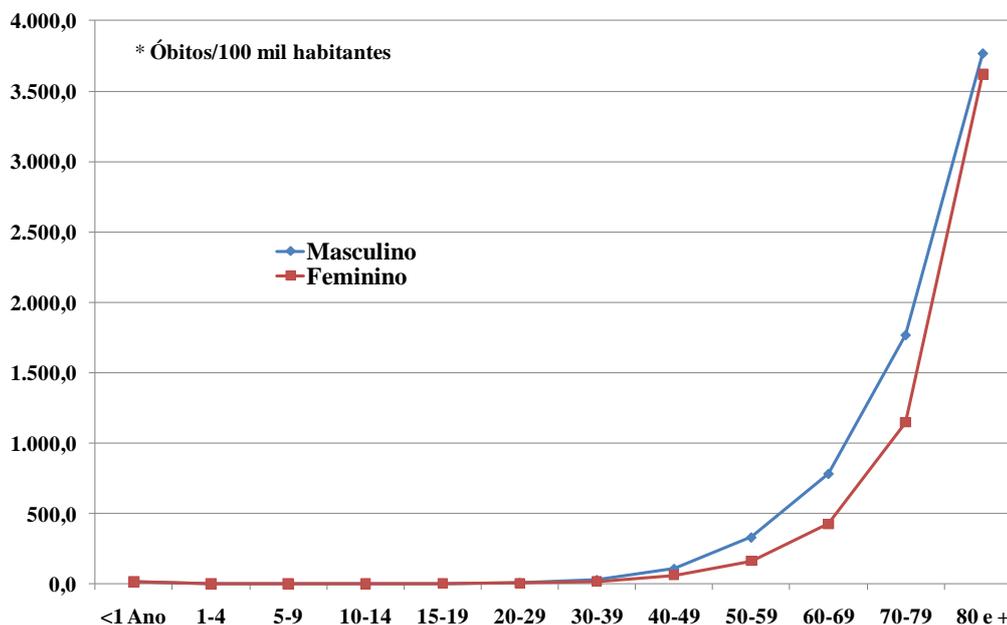
Tabela 6 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Circulatório e Sexo – Estado de São Paulo - 2009

Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Doenças isquêmicas do coração	15.292	38,6	75,9	11.020	30,7	51,9	26.312	34,9	63,6
Doenças cerebrovasculares	10.235	25,9	50,8	10.057	28,0	47,4	20.293	26,9	49,0
Doenças hipertensivas	3.460	8,7	17,2	3.991	11,1	18,8	7.451	9,9	18,0
Subtotal	28.987	73,2	143,9	25.068	69,9	118,0	54.056	71,6	130,6
Todas as demais circulatórias	10.597	26,8	52,6	10.794	30,1	50,8	21.391	28,4	51,7
Total de doenças do aparelho circulatório	39.584	100,0	196,5	35.862	100,0	168,8	75.447	100,0	182,3

Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Com relação à idade, os homens adoecem mais cedo das doenças do aparelho circulatório, com coeficientes maiores a partir da faixa etária de 40 a 49 anos, ampliando-se o diferencial até os 70 anos, com diminuição progressiva da diferença entre os sexos apenas com mais de 80 anos (Gráfico 4).

Gráfico 4: Coeficiente* de mortalidade por Doença do Ap. Circulatório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

As 20 primeiras causas específicas de óbitos no Estado de São Paulo (CID – 10 – 3 dígitos) são responsáveis por cerca de 50% dos óbitos e entre elas se encontra com destaque o infarto agudo do miocárdio e as doenças vasculares cerebrais em ambos os sexos⁽⁴⁾. Além disso, pode-se supor que as doenças circulatórias ocasionem mortalidade mais precoce no sexo masculino que no feminino, tendo em vista que os homens buscam atendimento em serviços de saúde com menor freqüência que as mulheres, comportamento que atrasa os diagnósticos de doenças crônicas prevalentes e as medidas terapêuticas e preventivas necessárias:

Com relação às neoplasias ocorre contínuo aumento da mortalidade proporcional deste grupo de doenças no Estado desde 1970 (9%) até 1998 (14%): A mortalidade proporcional por neoplasias dobrou de 1970 a 2009, atingindo 18% dos óbitos neste último ano (Tabela 5). Em 2009, no total, o sexo masculino tem coeficiente de mortalidade por neoplasias superior ao feminino (120,5 a 96,0). Apenas 8 tipos de neoplasias são responsáveis por quase 60% do total de óbitos deste grupo de doenças (Tabela 7).

O câncer de pulmão é a principal causa de morte deste grupo no Estado representando 12% do total. Contudo, esta preponderância ocorre pela maior proporção deste tipo de tumor entre os homens, com coeficiente bem superior ao feminino (17,7 a 9,4). O hábito de fumar, ainda mais preponderante entre os homens que entre as mulheres,

pode ser apontado como uma das justificativas para esta diferença significativa. Contudo, os coeficientes masculinos para câncer de pulmão são estáveis, enquanto se observa crescimento do coeficiente no sexo feminino, provavelmente um efeito tardio da ampliação do tabagismo entre as mulheres

Tabela 7 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Neoplasia e Sexo – Estado de São Paulo - 2009

Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Neopl malig da traquéia, brônquios e pulmões	3.567	14,7	17,7	1.995	9,8	9,4	5.562	12,5	13,4
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	2.050	8,4	10,2	2.221	10,9	10,5	4.271	9,6	10,3
Neoplasia maligna do estômago	2.304	9,5	11,4	1.156	5,7	5,4	3.460	7,7	8,4
Neoplasia maligna da mama	13	0,1	0,1	3.372	16,5	15,9	3.385	7,6	8,2
Neoplasia maligna da próstata	2.807	11,6	13,9	-	-	-	2.807	6,3	6,8
Neoplasia maligna do pâncreas	998	4,1	5,0	1.067	5,2	5,0	2.065	4,6	5,0
Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	1.144	4,7	5,7	791	3,9	3,7	1.935	4,3	4,7
Neoplasia maligna do colo do útero	-	-	-	821	4,0	3,9	821	1,8	2,0
Subtotal	12.883	53,1	64,0	11.423	56,1	53,8	24.306	54,4	58,7
Todas as demais neoplasias	11.392	46,9	56,5	8.957	43,9	42,2	20.349	45,6	49,2
Total de neoplasias	24.275	100,0	120,5	20.380	100,0	96,0	44.655	100,0	107,9

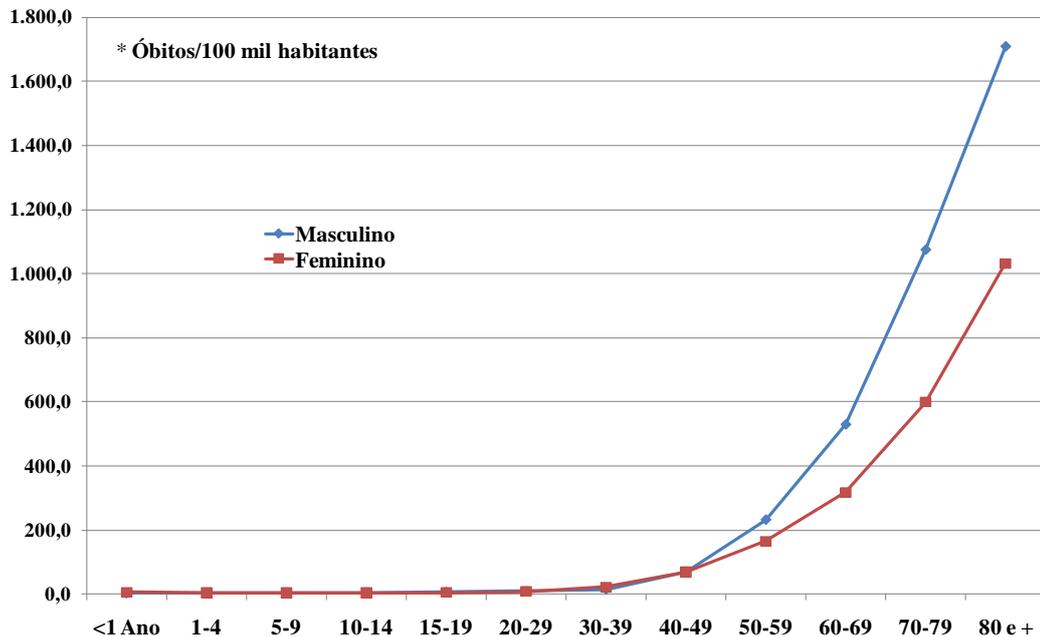
Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Entre as mulheres no Estado de São Paulo, o câncer de mama é o mais freqüente, seguido do câncer de cólon e o de pulmão ocupa a terceira posição. Este quadro já era apontado no decênio de 87/98 com crescimento nos coeficientes destes 3 tipos de câncer e redução do câncer de colo de útero, doença evitável, por meio da realização do exame de Papanicolaou (colpocitologia oncótica).

Entre os homens, a segunda posição é do câncer de próstata, seguido do câncer de estômago e de cólon. Finalmente nota-se que o câncer de fígado e vias biliares também é superior no sexo masculino.

Os coeficientes de mortalidade por neoplasias por faixas etárias são progressivamente maiores nos homens a partir dos 50 anos, atingindo valores que são quase o dobro dos valores femininos na faixa etária de 70-79 anos (Gráfico 5). Tal fato pode indicar atraso na busca de atendimento médico entre os homens, ocasionando falhas na detecção precoce e tratamento do câncer de próstata, e de outros tumores como os de cólon, prejudicando a sobrevivência masculina

Gráfico 5: Coeficiente* de mortalidade por Neoplasia, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

As doenças do aparelho respiratório que representam o terceiro maior grupo de causas de mortalidade no Estado de São Paulo tiveram as pneumonias como causa predominante, com mais de 50% dos diagnósticos deste grupo. Os coeficientes de mortalidade por pneumonia são semelhantes entre homens e mulheres (Tabela 8).

Tabela 8 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Respiratório e Sexo – Estado de São Paulo - 2009

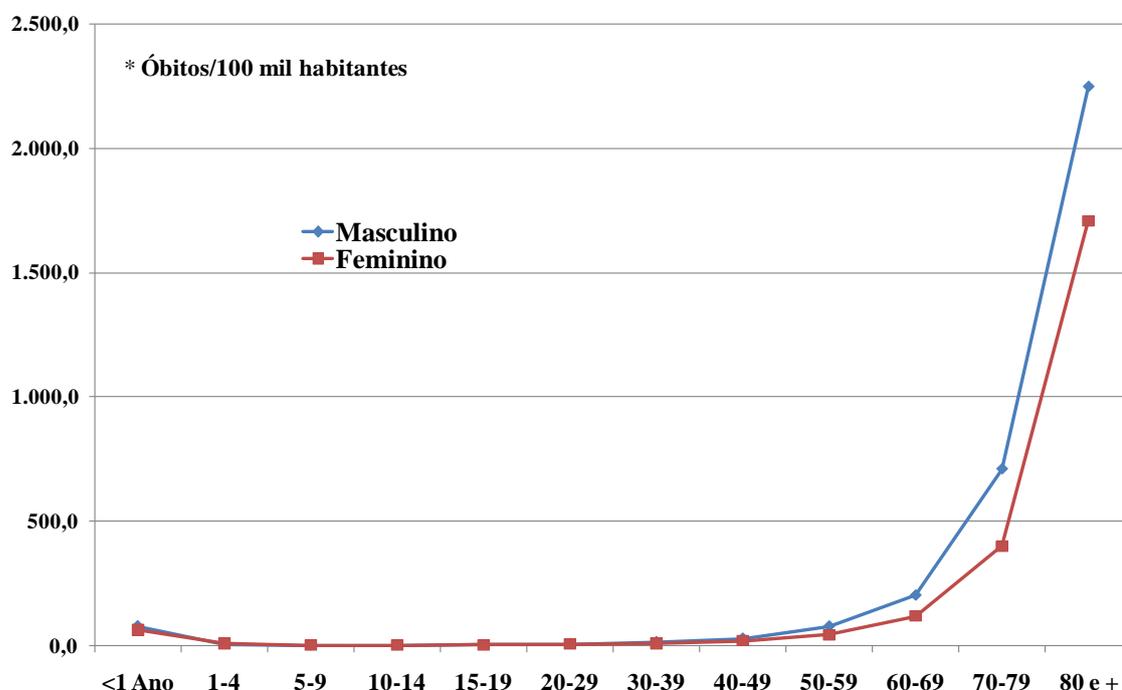
Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Pneumonia	7.623	48,9	37,8	7.972	56,1	37,5	15.595	52,3	37,7
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5.485	35,2	27,2	3.848	27,1	18,1	9.333	31,3	22,6
Subtotal	13.108	84,1	65,1	11.820	83,2	55,7	24.928	83,7	60,2
Todas as demais respiratórias	2.474	15,9	12,3	2.387	16,8	11,2	4.862	16,3	11,7
Total de doenças do aparelho respiratório	15.582	100,0	77,3	14.207	100,0	66,9	29.790	100,0	72,0

Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Contudo, nas doenças crônicas das vias aéreas inferiores, que são a segunda maior causa deste grupo e que representam cerca de 30% dos óbitos, os homens têm coeficiente superior às mulheres, fato que pode ser explicado em parte pelo tabagismo mais frequente no sexo masculino, uma vez que, conforme estudos referidos pelo Ministério da Saúde o consumo de tabaco relaciona-se com até 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema). Também para este grupo de doenças, os coeficientes masculinos são

superiores aos femininos, a partir dos 50 anos, mantendo-se mais altos até o último grupo etário (Gráfico 6)

Gráfico 6 - Coeficiente* de mortalidade por Doença do Ap. Respiratório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

A redução observada na mortalidade por causas externas se deu principalmente pela grande diminuição de 67% dos óbitos por homicídios verificada no Estado de São Paulo entre 1999 e 2008 razão pela qual os homicídios deixaram de ser a primeira causa deste grupo, que passou a ser os acidentes de transportes (Tabela 9).

Tabela 9 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Causa Externa (lesões) e Sexo – Estado de São Paulo - 2009

Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Acidentes de transporte	4.866	24,1	24,2	1.055	20,0	5,0	5.924	23,2	14,3
Agressões (Homicídios)	4.913	24,3	24,4	568	10,8	2,7	5.487	21,5	13,3
Suicídios	1.490	7,4	7,4	323	6,1	1,5	1.814	7,1	4,4
Quedas	1.047	5,2	5,2	402	7,6	1,9	1.449	5,7	3,5
Subtotal	12.316	61,0	61,1	2.348	44,5	11,1	14.674	57,6	35,5
Todas as demais lesões	7.875	39,0	39,1	2.928	55,5	13,8	10.812	42,4	26,1
Total de causas externas	20.191	100,0	100,2	5.276	100,0	24,8	25.486	100,0	61,6

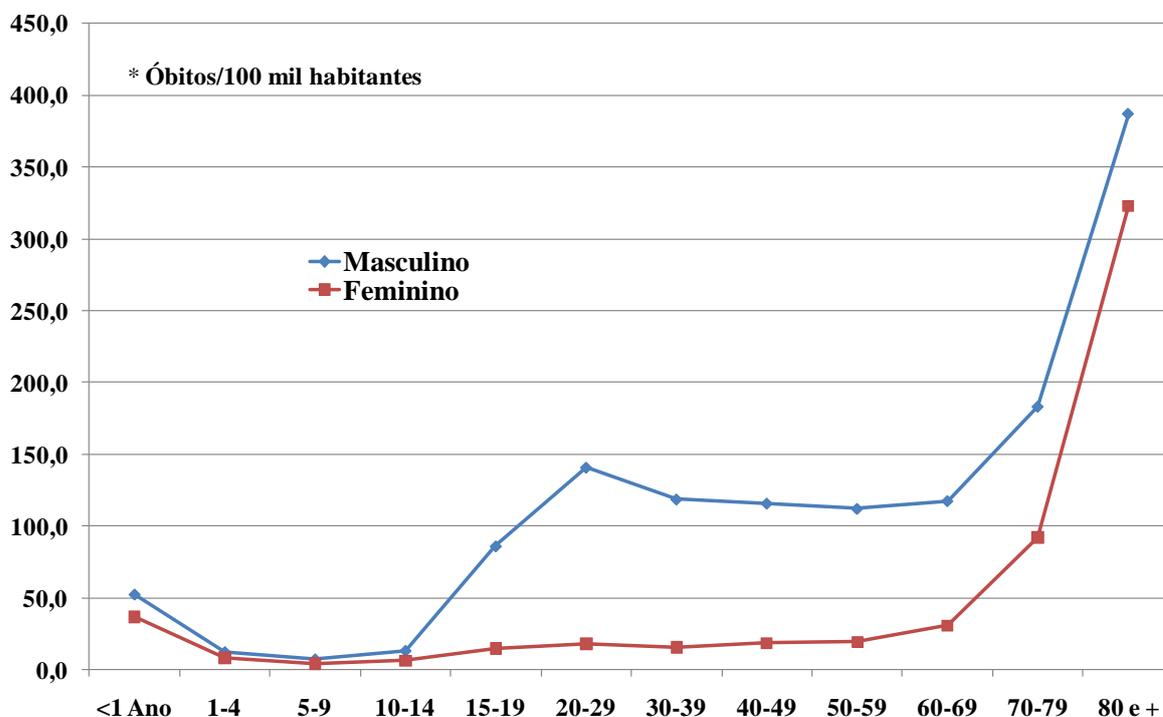
Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Os acidentes de transporte também se reduziram entre 1999 e 2008, mas em menor proporção (12%): É importante lembrar que grande parte dos óbitos por acidentes de transporte está relacionado com o uso de álcool pelos condutores. Nos EUA, 78% dos indivíduos que morreram em acidentes de carro eram homens, sendo que 46% das mortes estavam relacionadas com o consumo de álcool. Estudo retrospectivo do Instituto Médico Legal de São Paulo nos casos de morte por acidentes de trânsito em 1999, 50% tiveram relação com o uso de álcool (CISA/2008).

Note-se que apesar desta redução, ainda ocorre grande predominância em 2009 dos coeficientes masculinos de mortalidade para estas causas, que são muito maiores que os femininos.

Quando se observam os coeficientes por faixas etárias, nota-se que de 10 a 14 anos já é possível observar diferenças entre os sexos, com acentuação importante dessa diferença a partir dos 15 anos de idade, atingindo o ápice na faixa de 20 a 29 anos, com coeficiente cerca de oito vezes maior e se mantendo bem mais elevado que o feminino em todas as demais faixas etárias (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Coeficiente* de mortalidade por Causas Externas, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

O sexto grupo de mortalidade mais importante é o de doenças do aparelho digestivo. As doenças hepáticas representam quase metade das causas de morte deste grupo e nos homens, atingem 57% dos óbitos (Tabela 10).

Os coeficientes de mortalidade entre os homens são significativamente maiores que entre as mulheres.

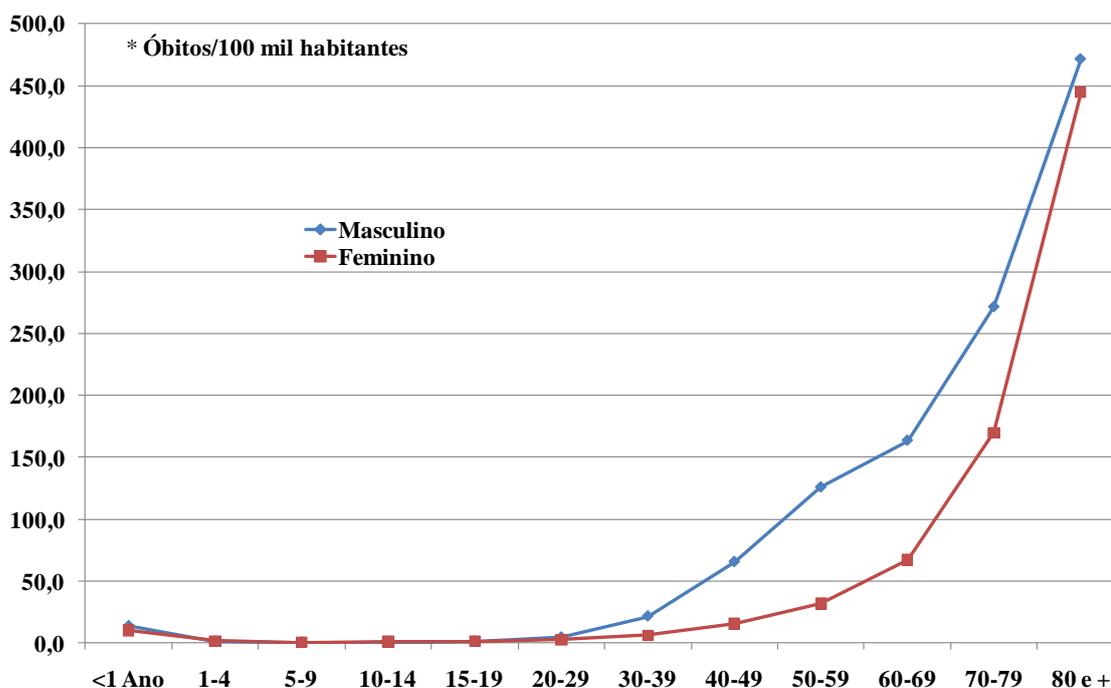
Por faixas etárias, pode-se notar que a partir dos 30 anos, os coeficientes masculinos tornam-se bem superiores e somente aos 80 anos os coeficientes entre os sexos voltam a se aproximar (Gráfico 8). Estes dados apontam certamente para o maior consumo de álcool do sexo masculino, que provoca a longo prazo as doenças hepáticas como a cirrose.

Tabela 10 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Digestivo e Sexo – Estado de São Paulo - 2009

Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Doença alcoólica do fígado	2.061	20,8	10,2	244	4,3	1,1	2.305	14,8	5,6
Fibrose e cirrose do fígado	2.214	22,3	11,0	636	11,3	3,0	2.850	18,3	6,9
Outras doenças do fígado	1.389	14,0	6,9	624	11,1	2,9	2.013	13,0	4,9
Total de doenças do fígado	5.664	57,1	28,1	1.504	26,8	7,1	7.168	46,1	17,3
Todas as demais do ap. digestivo	4.249	42,9	21,1	4.115	73,2	19,4	8.365	53,9	20,2
Total de doenças do aparelho digestivo	9.913	100,0	49,2	5.619	100,0	26,5	15.533	100,0	37,5

Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Gráfico 8 - Coeficiente* de mortalidade por Doença do Ap. Digestivo, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

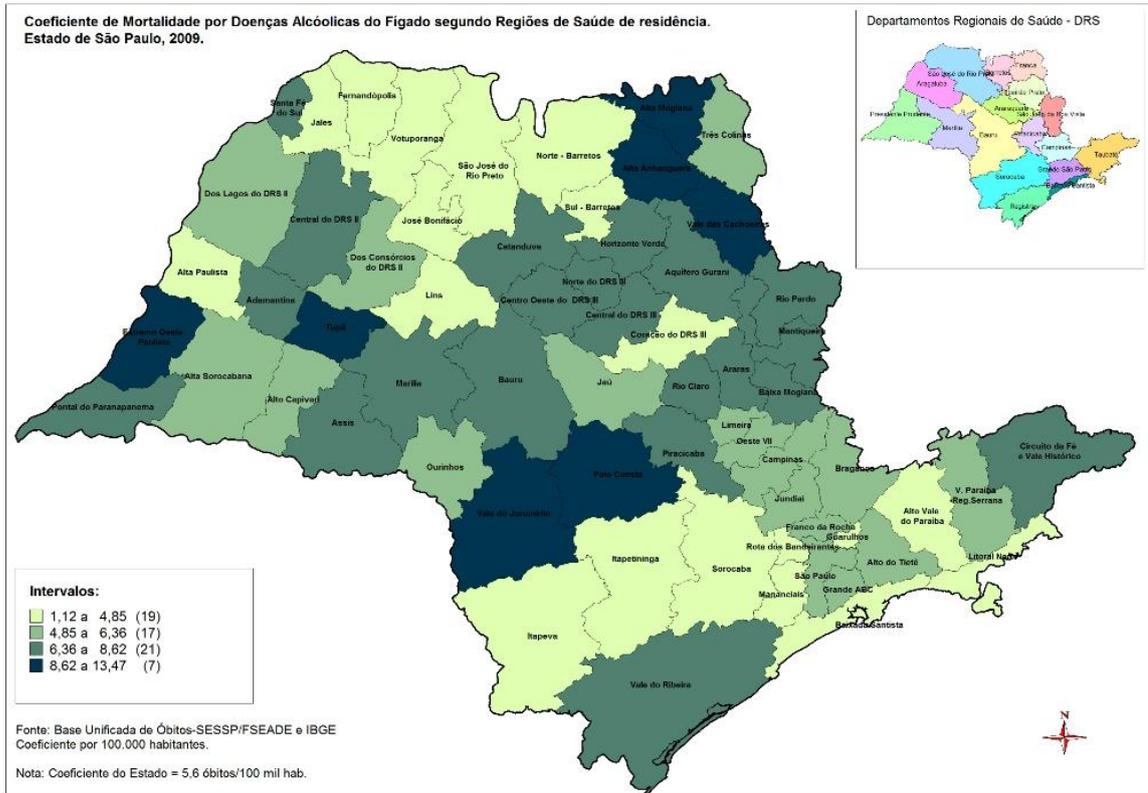
Além das causas específicas mencionadas anteriormente, pertencentes aos cinco principais grupos da CID – 10, a diabetes mellitus se destaca como causa de morte, com 8.117 óbitos em 2009, representando 72% do capítulo de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 3% do total de óbitos do Estado.

O perfil de mortalidade apresentado neste trabalho, aponta um conjunto de doenças e fatores importantes que ocasionam mortes no Estado, muitas vezes em idades precoces. Certamente, os fatores responsáveis por parte destas mortes não são de governabilidade do setor saúde, se tomado isoladamente, como é o caso da violência e dos acidentes de trânsito. Mas mesmo nestes casos, o sistema de saúde precisa estar preparado, não somente para oferecer o tratamento mais adequado (por exemplo, os atendimentos de urgência e emergência), como também para agir preventivamente, em conjunto com outros setores sociais. No caso do alcoolismo, por exemplo, torna-se imprescindível a atuação conjunta de diversos atores do governo e também da sociedade civil.

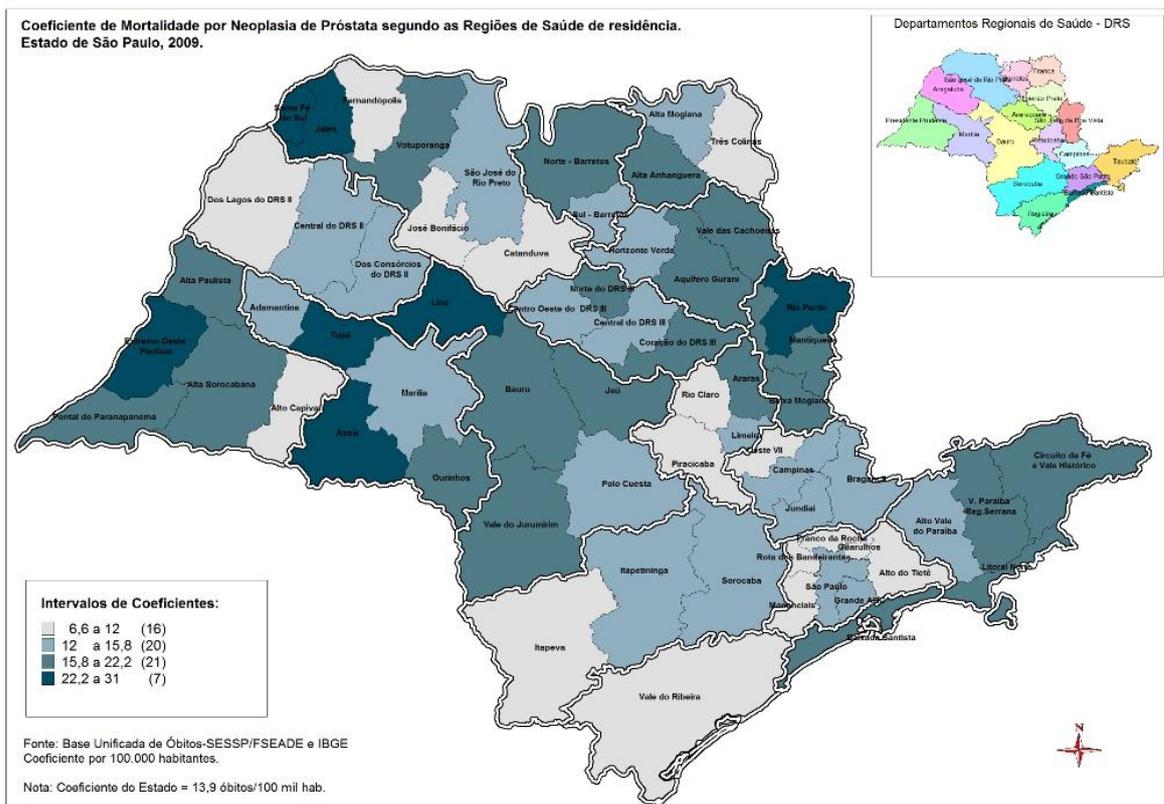
Por outro lado, perfis regionais precisam ser conhecidos. Como exemplo, são apresentados os Mapas 1 – 8 com a distribuição do coeficiente de mortalidade em 2009, por doenças alcoólicas do fígado, câncer de próstata, câncer de mama, homicídios, acidentes de transporte, doenças do aparelho circulatório, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, segundo as regiões dos colegiados de gestão regional – CGR (a tabela com os coeficientes específicos de cada região está no quadro 2 que se segue aos Mapas) .

Podem-se observar as grandes diferenças entre as regiões dos CGR e por este motivo, torna-se fundamental que o diagnóstico de saúde seja detalhado em cada região, com análise pormenorizada das principais causas de mortes e estratégias diferenciadas para atuação do setor saúde.

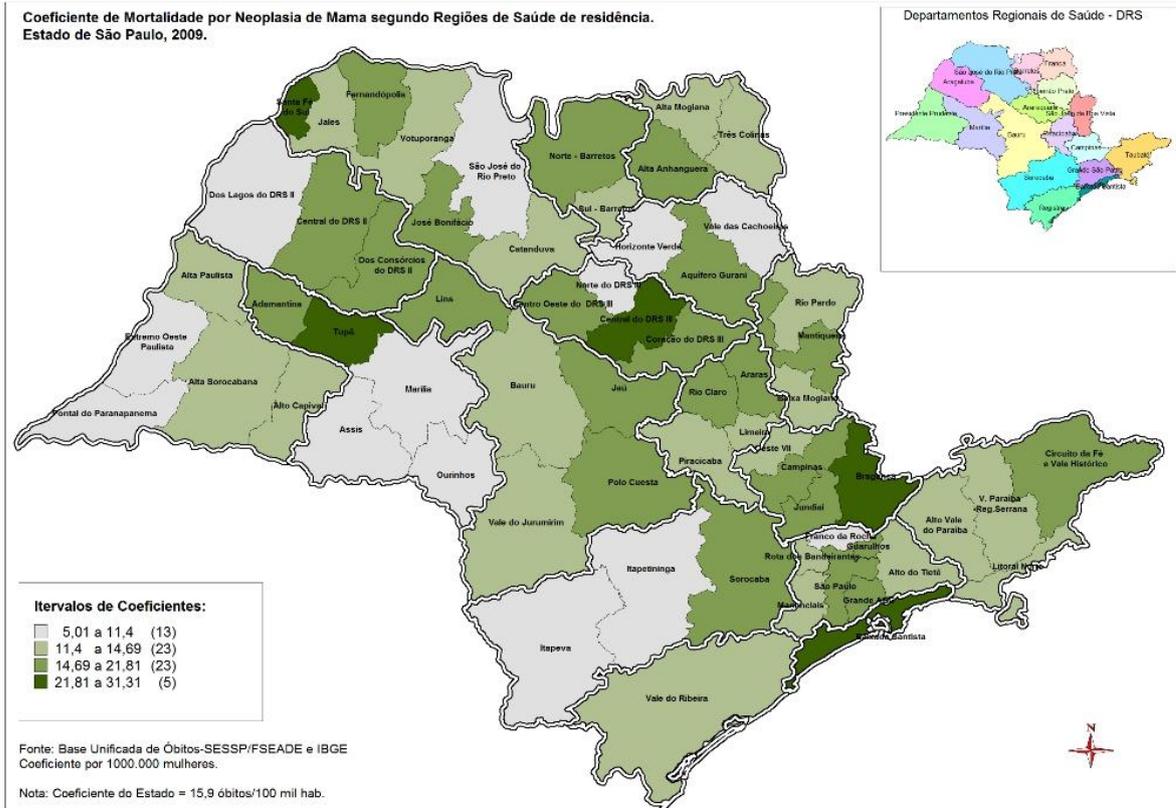
Mapa 1



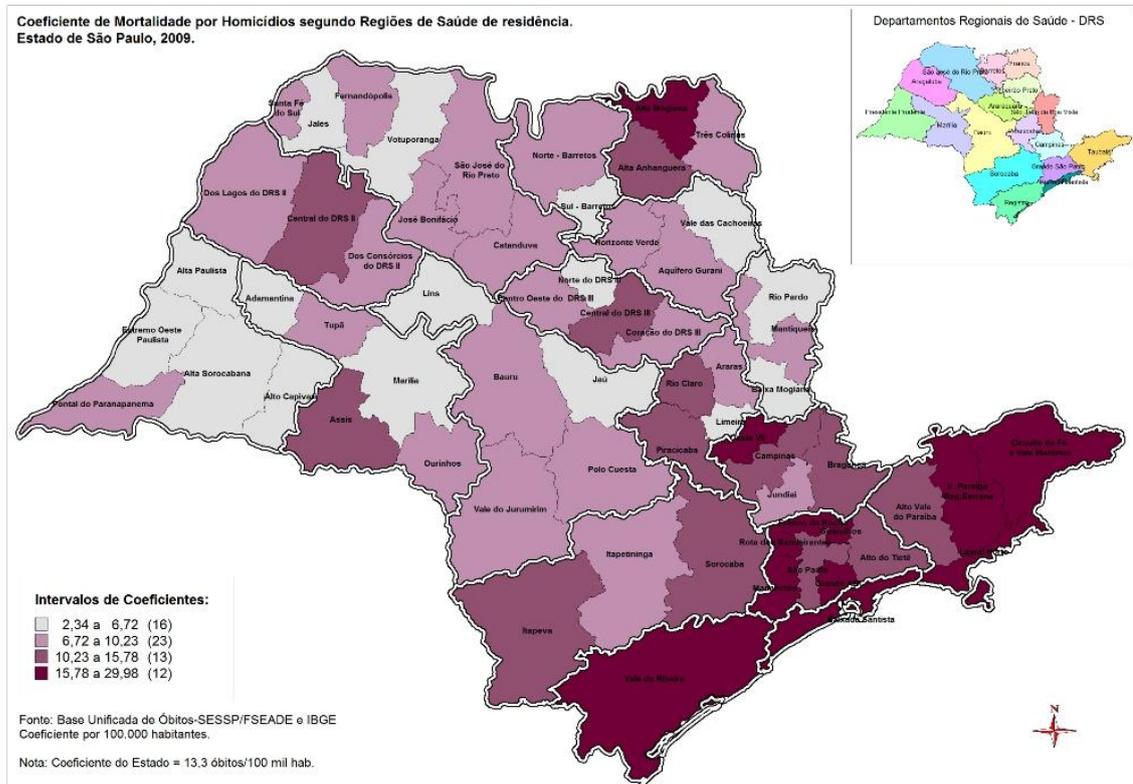
Mapa 2



Mapa 3

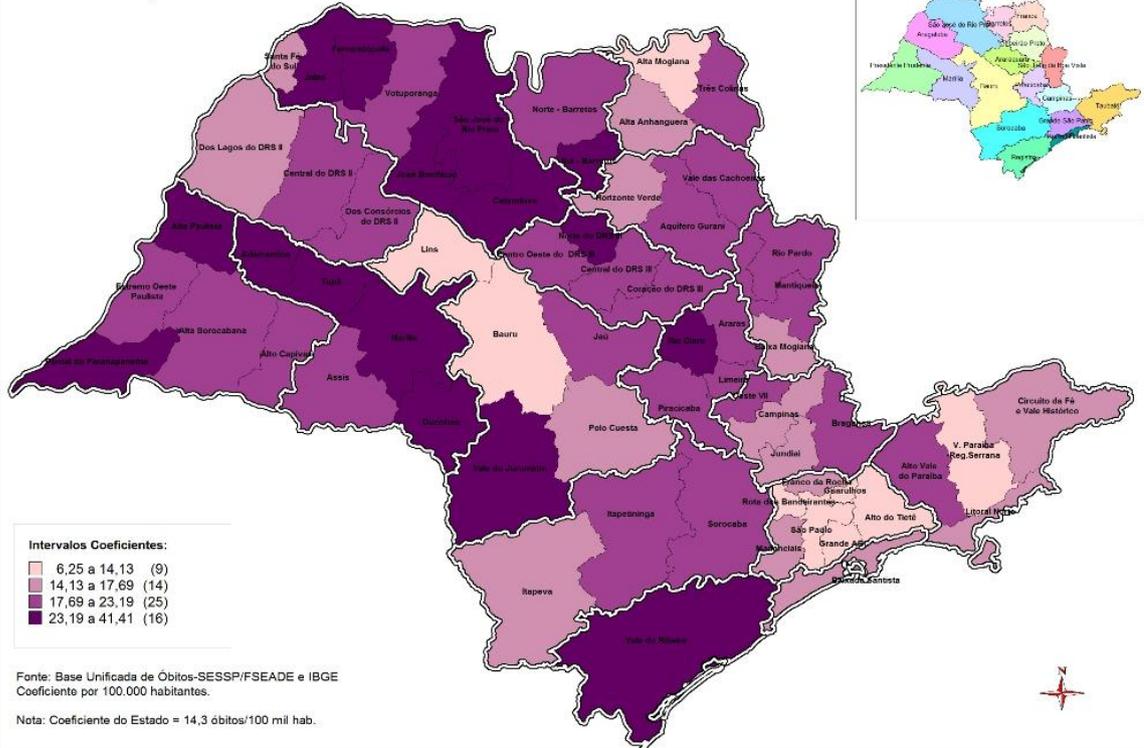


Mapa 4



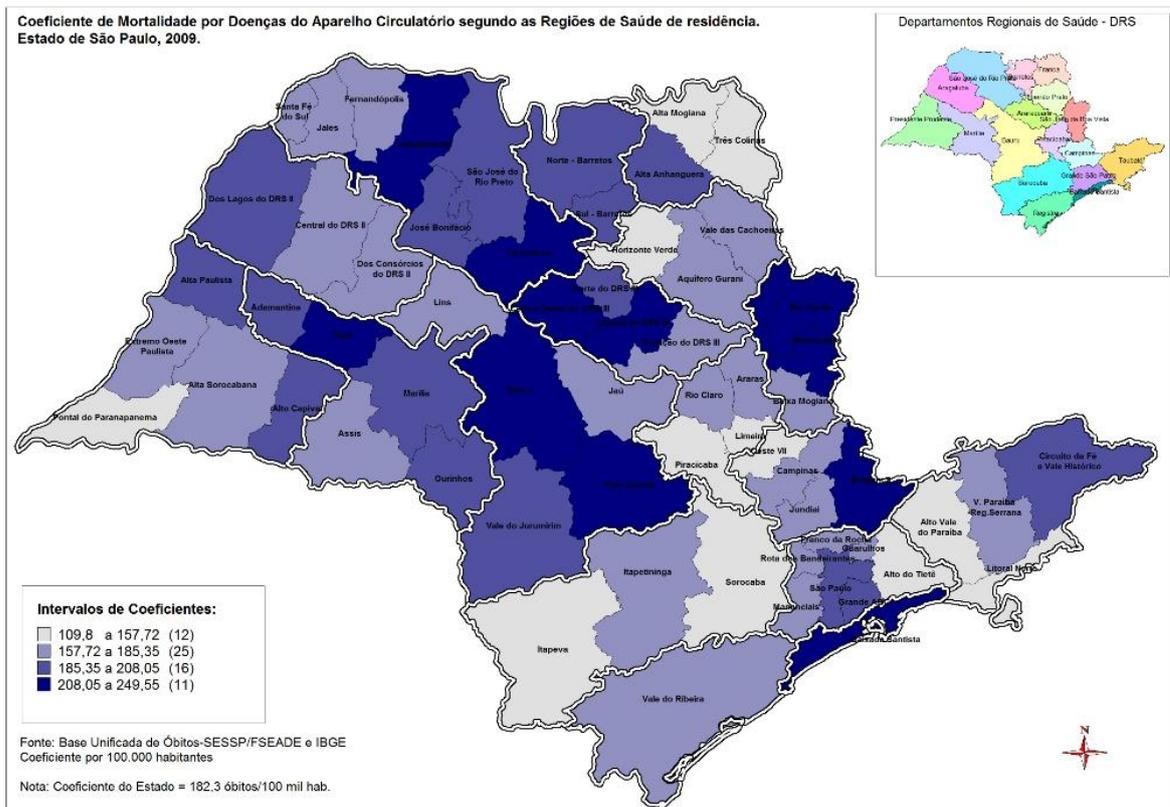
Mapa 5

Coefficiente de Mortalidade por Acidentes de Transportes segundo Regiões de Saúde de residência.
Estado de São Paulo, 2009.



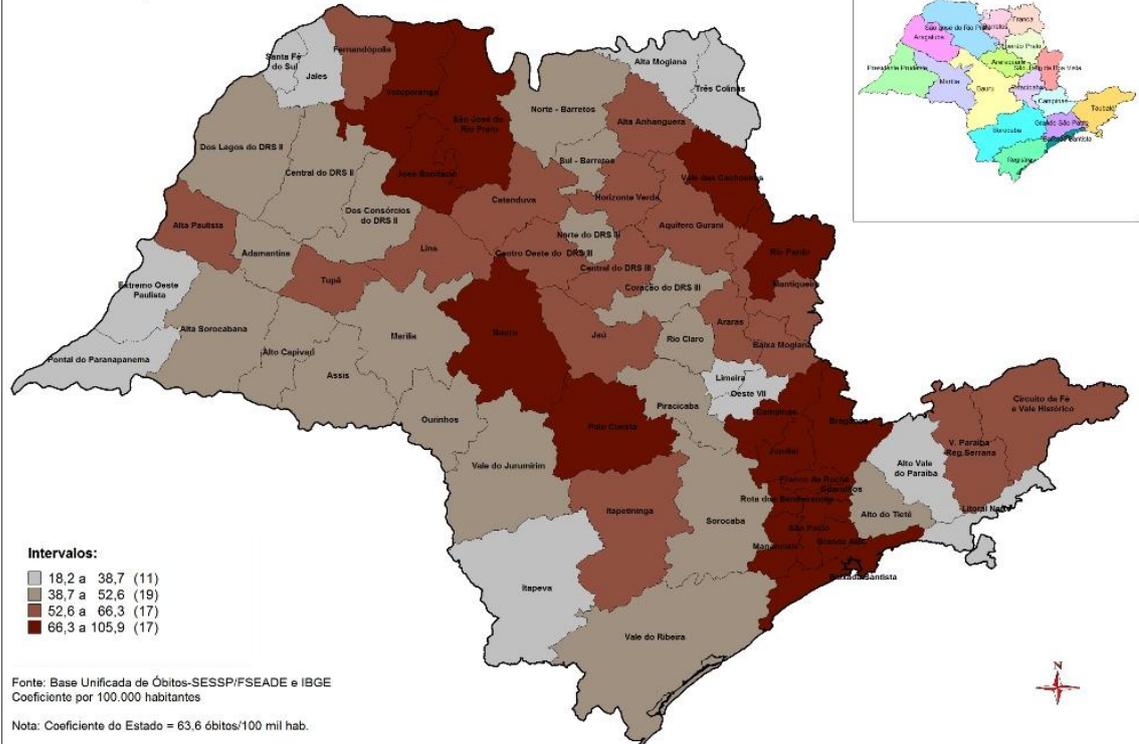
Mapa 6

Coefficiente de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatorio segundo as Regiões de Saúde de residência.
Estado de São Paulo, 2009.



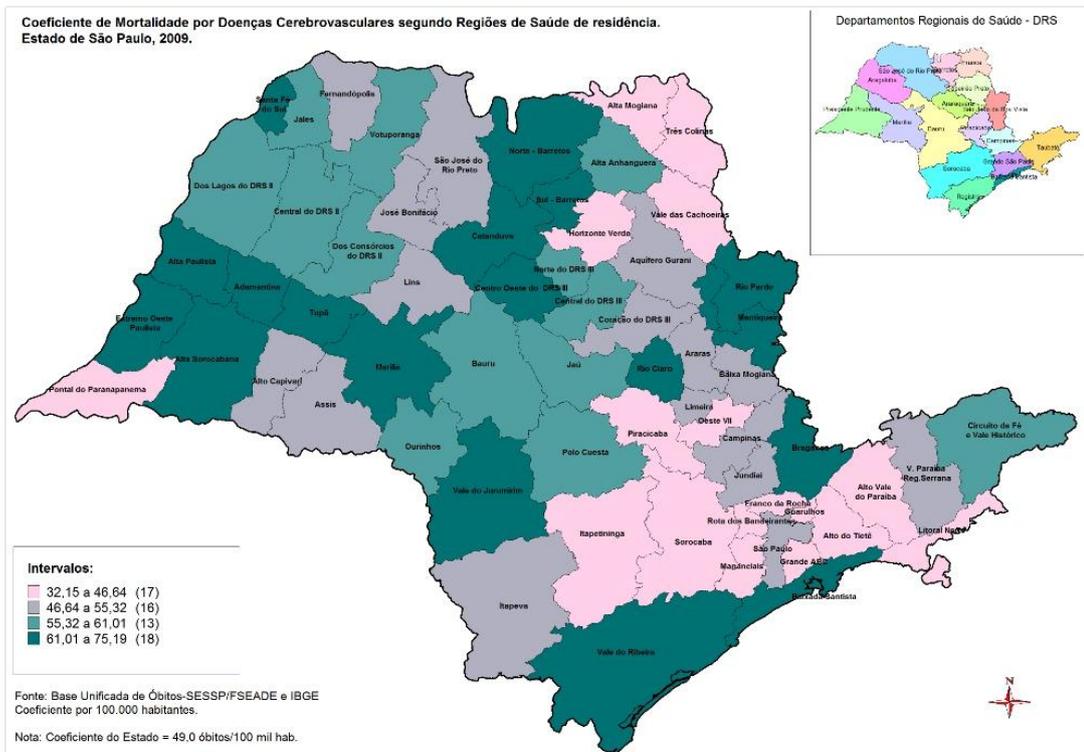
Mapa 7

Coefficiente de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.



Mapa 8

Coefficiente de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.



**Quadro 2 - Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes)
selecionados segundo as DRS e Regiões de Saúde – Estado de São Paulo - 2009**

DRS / REGIÕES DE SAÚDE	Ap. Circulatório	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovas- culares	Doenças Álcool e Fígado	Neoplasia de Mama	Neoplasia de Próstata	Homicídios	Acidentes de Transportes
Grande São Paulo	188,26	73,01	45,59	5,37	16,92	12,72	13,88	8,75
Alto do Tietê	146,58	47,32	42,55	5,76	14,24	10,46	13,96	12,90
Franco da Rocha	167,21	66,38	39,83	5,58	6,61	9,91	19,43	15,59
Guarulhos	171,71	76,89	38,10	3,23	15,33	9,94	17,86	10,24
Mananciais	176,79	67,10	43,91	4,51	13,07	9,01	17,55	15,90
Rota dos Bandeirantes	166,16	69,20	36,46	4,37	12,14	9,10	19,62	11,81
Grande ABC	192,92	79,30	43,76	5,80	17,93	12,40	16,58	8,14
São Paulo	200,48	76,06	49,25	5,70	18,78	14,56	11,23	6,70
Aracatuba	176,38	42,23	56,59	5,93	14,24	12,24	9,38	18,22
Central do DRS II	172,01	38,70	55,55	6,81	17,66	14,54	11,83	18,63
Lagos do DRS II	185,35	41,48	58,81	5,78	8,48	8,32	8,93	14,18
Consórcio do DRS II	174,46	46,65	56,06	5,10	14,69	12,72	7,06	20,78
Araraquara	185,12	50,44	57,88	6,35	17,12	15,91	8,10	21,23
Central do DRS III	208,05	57,69	56,97	8,29	23,33	13,98	10,82	22,36
Centro Oeste do DRS III	208,27	52,63	75,19	6,77	16,54	13,53	9,77	18,80
Norte do DRS III	186,72	42,53	57,15	7,31	5,29	17,35	3,99	28,57
Coração do DRS III	157,72	47,29	52,39	4,25	17,41	17,70	7,08	18,12
Baixada Santista	224,28	82,23	64,37	3,48	21,88	19,25	17,38	15,58
Baixada Santista	224,28	82,23	64,37	3,48	21,88	19,25	17,38	15,58
Barretos	194,68	45,93	65,69	4,28	15,07	16,36	7,85	20,71
Norte - Barretos	198,46	46,61	65,91	4,37	15,86	18,40	8,74	18,94
Sul - Barretos	187,55	44,65	65,26	4,12	13,58	12,51	6,18	24,04
Bauru	202,51	65,63	57,94	7,64	14,97	17,14	7,10	14,92
Vale do Jurumirim	190,16	44,60	61,01	10,35	12,99	18,34	8,92	23,19
Bauru	211,40	69,49	60,10	7,61	13,46	17,04	6,97	11,50
Pólo Cuesta	233,57	81,91	57,61	10,41	18,62	13,97	8,68	14,58
Jaú	179,01	63,00	55,43	4,85	15,70	15,80	6,06	18,78
Lins	182,47	63,74	49,99	3,75	16,21	23,80	3,75	6,25
Campinas	167,11	62,40	47,04	5,62	17,46	12,74	13,12	16,12
Bragança	249,55	105,82	62,51	5,41	23,60	12,81	15,01	21,41
Campinas	179,65	70,06	48,01	5,96	19,64	15,24	12,89	14,37
Jundiaí	179,86	68,10	50,53	5,98	18,34	12,38	8,53	14,13
Oeste VII	111,52	32,34	37,81	4,95	11,56	9,46	15,91	18,08
Franca	145,61	33,52	46,56	8,49	12,65	11,92	10,47	16,99
Três Colinas	129,12	24,27	43,79	6,01	11,40	9,10	7,26	19,02
Alta Anhangüera	188,77	61,03	56,77	11,35	16,96	18,53	12,77	15,61
Alta Mogiana	149,88	32,00	43,78	13,47	11,76	13,51	18,52	11,79

**Quadro 3 – Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes)
selecionados segundo as DRS e Regiões de Saúde – Estado de São Paulo - 2009
(Continuação)**

DRS / REGIÕES DE SAÚDE	Ap. Circulatório	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovas- culares	Doenças Álcool e Fígado	Neoplasia de Mama	Neoplasia de Próstata	Homicídios	Acidentes de Transportes
Marília	191,00	46,43	59,29	6,84	11,93	17,68	7,57	24,26
Adamantina	191,89	45,51	64,47	6,83	15,30	15,04	4,55	28,06
Assis	178,02	39,42	50,40	6,50	10,44	23,04	12,19	18,70
Marília	190,16	45,05	62,58	7,28	10,65	12,03	4,86	26,97
Ourinhos	193,15	47,15	55,32	5,44	8,07	19,27	8,16	23,58
Tupã	213,90	63,70	68,42	8,65	21,81	23,82	8,65	24,38
Piracicaba	149,77	40,27	48,04	6,57	14,41	12,70	9,33	20,20
Araras	171,92	53,36	47,43	6,92	18,97	19,23	8,89	20,75
Limeira	138,86	28,25	48,47	5,65	11,76	13,23	5,05	19,33
Piracicaba	135,16	40,30	40,30	6,94	13,31	11,41	10,69	18,18
Rio Claro	169,33	40,47	65,25	6,61	14,81	6,64	12,80	25,19
Presidente Prudente	175,45	40,45	60,40	6,01	11,96	19,51	5,19	22,41
Alta Paulista	200,46	53,82	64,74	4,68	12,50	18,69	2,34	28,08
Alta Sorocabana	174,43	39,57	61,70	5,47	12,31	18,51	5,73	21,09
Alto Capivari	192,77	44,21	51,29	5,31	14,07	10,67	5,31	17,69
Extremo Oeste Paulista	179,80	31,73	68,75	9,52	10,67	29,36	5,29	21,15
Pontal do Paranapanema	113,98	29,22	40,91	7,31	8,94	20,07	7,31	24,84
Registro	161,39	44,24	63,00	6,37	14,48	11,07	16,99	29,73
Vale do Ribeira	161,39	44,24	63,00	6,37	14,48	11,07	16,99	29,73
Ribeirão Preto	170,36	61,67	43,99	7,71	12,95	17,36	8,72	18,22
Horizonte Verde	152,30	56,47	41,91	8,18	9,17	14,86	9,20	15,08
Aqüífero Guarani	178,09	62,85	46,64	7,32	15,89	18,70	9,15	19,60
Vale das Cachoeiras	179,43	70,52	34,48	8,62	6,26	17,26	4,70	19,59
S.João Boa Vista	202,38	59,00	62,91	7,33	13,64	18,96	6,32	17,94
Baixa Mogiana	174,55	53,78	50,88	8,05	11,62	16,71	6,44	14,49
Mantiqueira	211,14	57,28	74,13	6,36	16,31	18,90	6,74	20,22
Rio Pardo	231,84	68,71	66,37	7,48	13,19	22,26	5,61	20,10
S.José do Rio Preto	201,67	61,68	56,68	4,19	12,67	13,56	7,36	26,75
Catanduva	215,53	61,92	68,77	6,50	12,22	8,97	7,18	27,03
Santa Fé do Sul	173,53	18,27	68,50	6,85	31,31	23,32	6,85	15,98
Jales	170,95	25,11	57,95	3,86	13,52	30,91	5,80	27,04
Fernandópolis	164,19	54,73	48,34	2,74	18,12	11,02	7,30	38,31
São José do Rio Preto	200,42	68,27	52,86	4,38	10,31	12,39	8,61	25,22
José Bonifácio	194,75	72,75	50,37	1,12	15,73	8,92	6,72	41,41
Votuporanga	234,68	67,45	55,74	1,67	12,32	16,64	4,46	20,07
Sorocaba	152,76	44,66	44,89	4,03	12,76	12,33	12,45	18,95
Itapetininga	168,74	56,91	45,04	3,95	8,91	13,88	8,57	19,99
Itapeva	143,92	32,45	52,21	3,53	5,01	9,74	10,23	15,87
Sorocaba	149,57	43,25	43,45	4,15	15,37	12,34	14,06	19,22
Taubaté	148,83	44,75	41,92	4,69	13,67	15,65	16,78	16,47
Alto Vale do Paraíba	124,77	32,90	34,05	3,74	13,29	12,65	13,29	19,10
Circ. da Fé-V. Histórico	194,24	53,70	56,69	6,63	16,03	20,40	17,33	16,47
Litoral Norte	109,80	34,31	32,15	2,89	12,33	16,55	29,98	16,61
V. Paraíba - R. Serrana	171,95	63,12	48,07	5,62	13,01	16,39	15,78	11,79
Total geral	182,31	63,58	49,04	5,57	15,94	13,94	13,26	14,31

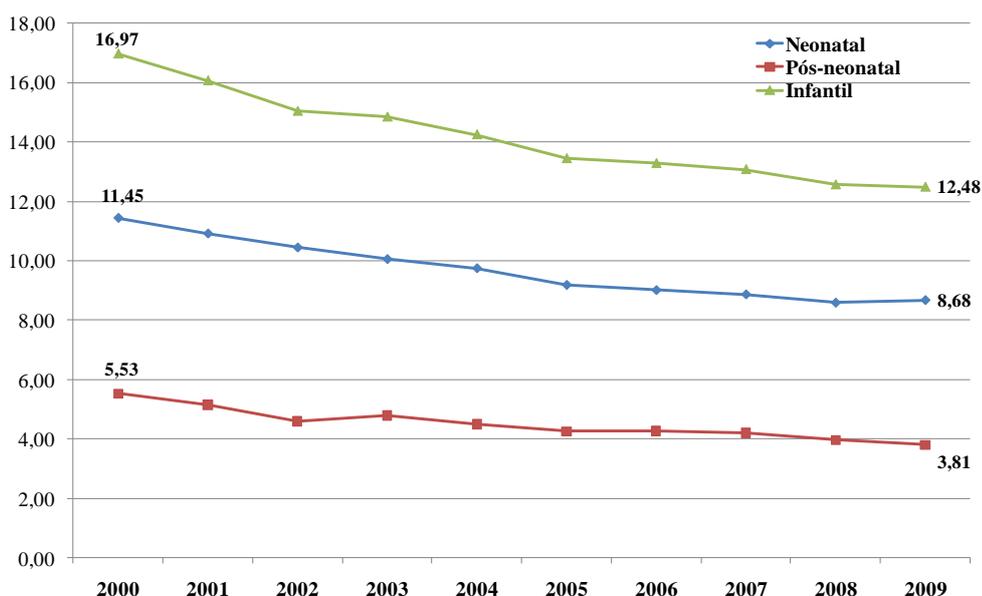
Fonte: SIM/SEADE.

3. Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos) é considerada, tradicionalmente, como um dos mais sensíveis indicadores de saúde e também das condições sócio-econômicas da população. Mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de vida, fato que está ligado às condições de habitação, saneamento, nutrição, educação e também de assistência à saúde, principalmente ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido.

No Estado de São Paulo a TMI apresenta redução contínua desde 1975 e tal como já havia ocorrido em outros países que apresentaram significativa redução da mortalidade infantil, o primeiro componente a apresentar queda acentuada foi a taxa de mortalidade pós neonatal - TMPN (óbitos de 28 dias até 1 ano de vida/mil nascidos vivos). Assim ocorreu no Estado de São Paulo e logo no início da década de 80, a taxa de mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias/mil nascidos vivos) superou a taxa de mortalidade pós neonatal - TMNN, tornando-se o principal componente da mortalidade infantil, a partir de 1983, até os dias de hoje. No Gráfico 9 ilustra-se a queda da TMI e de seus principais componentes de 2000 a 2009.

Gráfico 9 – Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal do Estado de São Paulo – 2000 – 2009



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

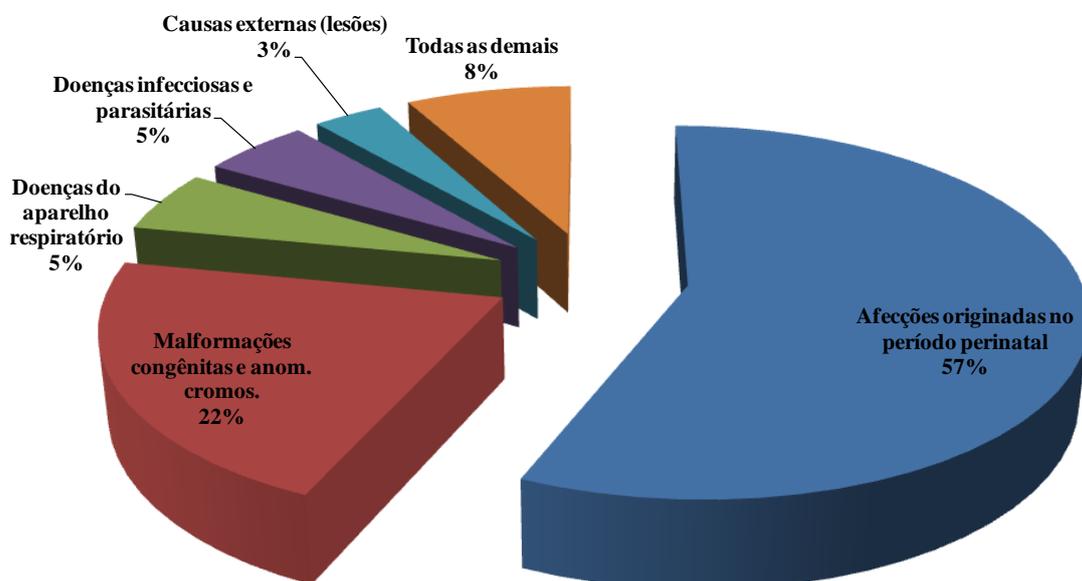
Em 2009, a TMI do Estado foi de 12,48, a TMPN foi de 3,81 e a TMNN foi de 8,68. São valores inferiores aos nacionais: em 2008 a TMI brasileira foi de 19,0, a TMPN foi de 6,0 e a TMNN foi de 13,0. Além disso, se tomado desde 1990, ano-base de comparação dos avanços dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo supera 60%, mas mesmo assim ainda é superior aos valores de países desenvolvidos, geralmente menores que 10 óbitos por mil nascidos vivos.

Com relação à redução dos óbitos em menores de um ano, saliente-se que a mortalidade pós neonatal é mais sensível às ações de saúde mais simples, pertencentes ao escopo da atenção primária, como o pré-natal, as vacinações, a terapia de reidratação oral, o estímulo ao aleitamento materno, a atenção adequada às infecções respiratórias agudas, entre outras.

A mortalidade neonatal, por outro lado, reflete principalmente as condições de assistência à gravidez, ao parto e ao período perinatal. A diminuição da mortalidade infantil neste caso, depende não só da qualidade da assistência básica à gestante (pré-natal) ou ao recém nascido (puericultura), como também da estruturação da assistência médica hospitalar, da existência de uma rede de maternidades, berçários e UTIs pediátricas e neonatais com variados níveis de complexidade e com qualidade de atendimento, o que além de exigir pessoal tecnicamente habilitado, faz uso de moderna tecnologia, o que a torna mais custosa e exigente. Por estas razões, os óbitos neonatais costumam ter uma queda mais lenta e difícil, mesmo em países desenvolvidos.

Com relação ao tipo de causa dos óbitos em menores de um ano no Estado, em 2009 as doenças perinatais (57%) e congênitas (22%) tornam-se as principais causas de mortalidade infantil acentuando-se a redução nas doenças infecciosas como causas de óbito (5%).

**Gráfico 10 – Causas (Cap. CID-10) dos óbitos de menores de 1 ano
Estado de São Paulo – 2009**



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Finalmente, há que se destacar que a redução da TMI não ocorre de forma homogênea no Estado de São Paulo. Enquanto alguns Departamentos Regionais de Saúde - DRS tiveram reduções de até 42% (DRS de Barretos) entre 2000 e 2009, outras tiveram reduções de menos de 20%, sendo a média estadual, redução de 26,4%. Existem duas DRS em 2009, com valores inferiores a 10 (Barretos e Ribeirão Preto) e as maiores taxas foram na Baixada Santista, Franca e Sorocaba (Tabela 11).

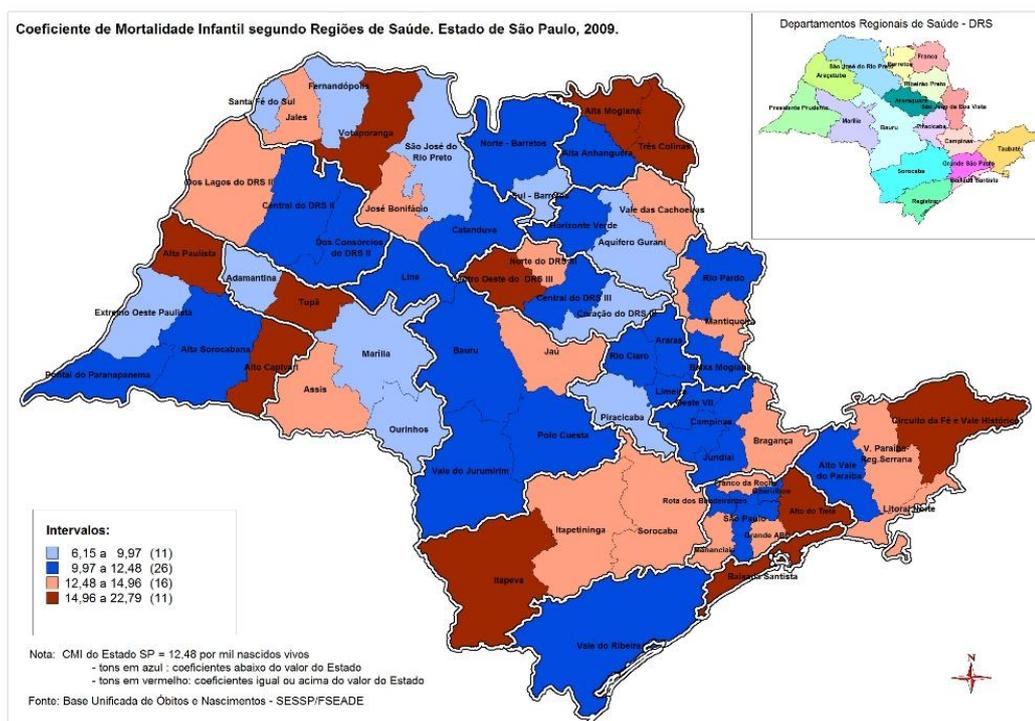
Nas 64 regiões que correspondem aos Colegiados de Gestão Regional - CGR, também se verificam grandes diferenças na evolução da TMI no período de 2000 a 2009, desde o aumento de 46% (Votuporanga) até a redução de 60% (Lins), conforme estudo realizado na SES/SP. Saliente-se que 61 destas regiões apresentam mais de 1.000 nascidos vivos, permitindo assim a comparação da taxa entre as mesmas. Estes dados apontam a necessidade de análise regional, para verificar as ações de saúde que podem ser realizadas para a redução mais intensa do indicador para os quais apresentamos o mapa com a distribuição da TMI.

Tabela 11 - Taxa de Mortalidade Infantil nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde. Estado de São Paulo, 2000 - 2009

DRS	2000	2009	Var. % 00 - 09
Baixada Santista	22,19	18,83	-15,2
Franca	19,14	15,35	-19,8
Sorocaba	19,34	14,26	-26,3
Taubaté	16,78	13,32	-20,7
Presidente Prudente	17,76	12,42	-30,1
Araçatuba	16,30	12,35	-24,2
Grande São Paulo	16,90	12,34	-27,0
Araraquara	14,08	12,32	-12,5
Bauru	17,99	12,20	-32,2
Registro	19,75	12,14	-38,6
S.João da Boa Vista	16,11	11,77	-27,0
S.José do Rio Preto	12,45	11,28	-9,4
Marília	17,30	11,26	-34,9
Campinas	14,78	11,19	-24,3
Piracicaba	14,30	10,67	-25,4
Ribeirão Preto	13,67	9,87	-27,8
Barretos	16,80	9,80	-41,7
ESTADO	16,97	12,48	-26,4

Fonte: SIM/SEADE.

Mapa 9 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo regiões de saúde do Estado de São Paulo - 2009



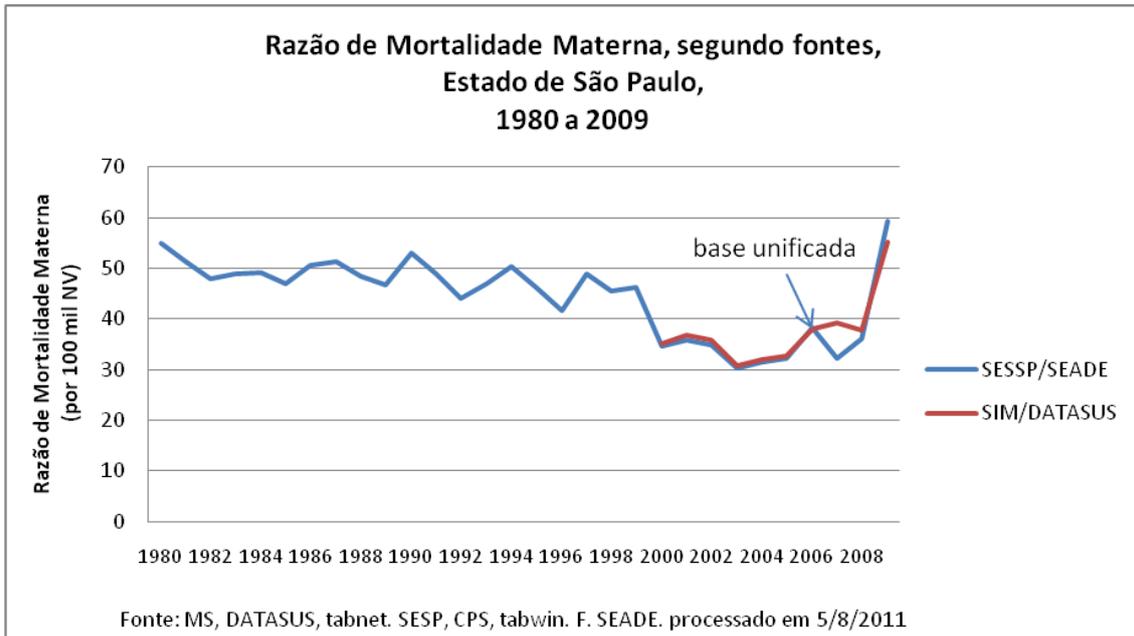
4. Mortalidade Materna

A análise da mortalidade no Estado de São Paulo na última década deve levar em consideração as mudanças ocorridas, neste período, nas bases de dados utilizadas. O envio de mapas com os registros de dados vitais por parte dos Cartórios de Registro Civil (CRC) a uma instância governamental responsável pela produção de estatísticas estaduais teve início ao final do século XIX. Tal atribuição e acervo foram designados à Fundação SEADE a partir de sua criação em 1978, a qual, desde então, gera bancos de dados de nascimentos e óbitos para todos os municípios paulistas. Estes bancos alimentaram o SIM e o SINASC até o final da década de 90. Seguindo normativa do Ministério da Saúde, estes dois sistemas passaram a ser alimentados pelos municípios paulistas no início dos anos 2000. A Fundação SEADE, por sua vez, seguiu gerando bancos de nascimentos e de óbitos a partir da informação dos CRC. A partir de 2006, a F. SEADE e a Secretaria de Estado da Saúde criaram uma base unificada de óbitos e de nascimento que permite captar eventos existentes em apenas uma das fontes, elevando o número de óbitos e de nascimentos registrados no SIM e no SINASC.

Dados sobre mortalidade materna sofreram impacto positivo significativo com este procedimento, na medida em que a base unificada passou a incorporar os óbitos maternos descobertos após investigação e informados no SIM pelos municípios que a realizaram. Já em 2006, a comparação entre as duas fontes de dados permitiu identificar 20% mais óbitos do que os existentes na base cartorial. O efeito desta metodologia sobre a tendência secular da mortalidade materna no Estado pode ser observado no gráfico abaixo.

De toda forma, mesmo com a melhoria da captação da informação observa-se um declínio nas taxas entre 2000 e 2008 quando comparadas às observadas na década anterior. Infelizmente, todo este ganho foi perdido em 2009, em virtude da gravidade da epidemia de Influenza A H1N1 para as mulheres grávidas. Este pico reflete não apenas os cerca de 50 óbitos de grávidas pela Influenza, mas provavelmente também a elevação da letalidade de outras emergências obstétricas que requerem cuidado intensivo, cuja oferta à época, esteve dramaticamente comprometida pelos casos da epidemia.

Gráfico 11 – Razão de Mortalidade Materna Estado de São Paulo – 1980-2009



No que diz respeito às causas de morte materna, excetuando-se o ano incomum da epidemia, nota-se a permanência das complicações da hipertensão na gestação como a mais frequente, respondendo por 27% de todos os óbitos, seguida pelas causas obstétricas indiretas, isto é, decorrentes de doenças que se originam ou se complicam com a gravidez (Tabela12). Excetuando-se o aborto e as infecções urinárias, a prevenção de todas as causas mais frequentes de óbito materno dependem fundamentalmente de assistência hospitalar pronta e qualificada às emergências e ao parto.

Tabela 12- Causas mais frequentes de morte materna no Estado de São Paulo -2008

**Causas mais frequentes de morte materna,
Estado de São Paulo, 2008**

CAUSA- Categorias CID 10	No. de óbitos	%
Hipertensão Arterial/Eclâmpsia	63	27,8
Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	47	20,7
Complicações no trabalho de parto e parto	22	9,7
Hemorragia pós-parto	14	6,2
Aborto NE e falha na tentativa de aborto	13	5,7
Embolia de origem obstétrica	11	4,8
Infecção puerperal	9	4,0
Outr infecções puerperais	6	2,6
Infecção do trato geniturinário na gravidez	5	2,2
Descolamento prematuro da placenta	5	2,2
Sub-total	195	85,9
Todas as causas	227	100,0

5. Morbidade hospitalar do SUS/SP

As internações no SUS revelam que a causa mais freqüente de internação nos dois períodos considerados (2001 e 2010) é o capítulo da CID 10 referente a gravidez, porém com redução de 9% no período considerado (de 23% para 19% das internações).

A segunda causa mais freqüente de internação são as doenças do aparelho circulatório para 2010, mas eram as doenças do aparelho respiratório em 2001 (Tabela 13).

Dois outros capítulos apresentam reduções significativas no número de internações, os transtornos mentais (26%) e doenças endócrinas (15%). No caso das doenças mentais, temos como causa a política de desospitalização. No que se refere às doenças endócrinas, provavelmente o melhor acesso aos medicamentos e tratamentos da diabetes, podem ter colaborado para a queda verificada.

Tabela 13- Nº de Internações e percentual segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) por local de residência - Estado de São Paulo, 2001 e 2010

CID 10 Capítulo	2001			2010			Diferença
	Nº	%	Classif.	Nº	%	Classif.	% 10/01
XV. Gravidez parto e puerpério	486.556	22,56	1	442.030	18,94	1	-9,15
IX. Doenças do aparelho circulatório	237.162	11,00	3	264.459	11,33	2	11,51
X. Doenças do aparelho respiratório	266.733	12,37	2	254.216	10,89	3	-4,69
XI. Doenças do aparelho digestivo	193.900	8,99	4	231.234	9,91	4	19,25
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	162.478	7,53	5	224.384	9,59	5	38,10
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	132.876	6,16	6	167.603	7,18	6	26,13
II. Neoplasias (tumores)	87.420	4,05	9	141.580	6,07	7	61,95
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	101.229	4,69	8	108.759	4,66	8	7,44
V. Transtornos mentais e comportamentais	102.635	4,76	7	75.861	3,25	9	-26,09
XXI. Contatos com serviços de saúde	43.106	2,00	15	60.342	2,59	10	39,99
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	64.272	2,98	10	54.006	2,31	11	-15,97
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	55.123	2,56	11	51.378	2,20	12	-6,79
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	44.832	2,08	13	51.348	2,20	13	14,53
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	26.637	1,24	16	46.454	1,99	14	74,40
VI. Doenças do sistema nervoso	46.887	2,17	12	45.972	1,97	15	-1,95
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	43.985	2,04	14	42.995	1,84	16	-2,25
VII. Doenças do olho e anexos	19.598	0,91	18	24.951	1,07	17	27,31
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	18.728	0,87	17	21.804	0,93	18	16,42
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14.523	0,67	19	17.066	0,73	19	17,51
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7.843	0,36	20	7.259	0,31	20	-7,45
Total	2.156.523	100,00		2.333.701	100,00		8,22

Fonte: SIHSUS - DATASUS/MS

Nos dois anos considerados, o parto continua sendo a primeira causa de internação, mas com redução relativa de freqüência (10,7% para 8,5%) no período considerado. Entre outras doenças importantes, temos as pneumonias, a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial e as doenças coronarianas, as esquizofrenias e os transtornos mentais por uso de álcool, diabetes (com redução conforme salientado acima), a asma, as pneumonias, as gastrites e as gastroenterocolites.

As 40 principais causas de internação, não correspondem necessariamente na mesma ordem, aos gastos do sistema com as internações como se pode observar nas tabelas já citadas.

Da mesma forma, quando separamos as 40 principais causas por sexo (Tabelas 16 e 17) pode-se observar significativas diferenças: entre as 40 causas masculinas, além das internações pelos transtornos relativos ao uso de álcool ampliam sua participação relativa, surgem os transtornos por uso de substâncias psicoativas. Nas mulheres nenhuma das duas causas aparecem entre as 40 principais. No sexo feminino surge a neoplasia de mama como causa de internação. Além disso, as fraturas e outras lesões e causas externas, ampliam sua freqüência relativa no sexo masculino.

Tabela 14 - 40 Principais causas de internação e valor pago em R\$ de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). SUS/SP - 2001

Lista Morbidade CID-10	Internações	%	Valor Total	%
1 .. Parto único espontâneo	231.343	10,7	55.281.347,59	4,7
2 .. Outras complicações da gravidez e do parto	161.901	7,5	51.640.679,17	4,4
3 .. Pneumonia	131.722	6,1	42.818.350,69	3,6
4 .. Insuficiência cardíaca	57.472	2,7	35.087.417,57	3,0
5 .. Fratura de outros ossos dos membros	46.648	2,2	20.059.872,17	1,7
6 .. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	40.410	1,9	63.490.072,58	5,4
7 .. Asma	35.553	1,6	10.694.249,29	0,9
8 .. Outras doenças isquêmicas do coração	35.230	1,6	72.461.653,04	6,1
9 .. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	33.145	1,5	8.305.902,78	0,7
10 .. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	29.487	1,4	14.914.438,64	1,3
11 .. Outras doenças do aparelho respiratório	29.321	1,4	25.864.410,58	2,2
12 .. Hérnia inguinal	28.973	1,3	8.442.160,86	0,7
13 .. Diabetes mellitus	27.775	1,3	9.696.244,73	0,8
14 .. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	26.801	1,2	12.839.008,18	1,1
15 .. Outr mot ass mãe rel cav fet amn pos prob part	26.715	1,2	7.260.849,67	0,6
16 .. Outras gravidezes que terminam em aborto	26.174	1,2	3.307.644,21	0,3
17 .. Colelitíase e colecistite	25.803	1,2	10.400.910,96	0,9
18 .. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	23.895	1,1	13.786.896,07	1,2
19 .. Outras doenças dos intestinos e peritônio	23.150	1,1	8.617.250,90	0,7
20 .. Hipertensão essencial (primária)	23.124	1,1	4.060.284,75	0,3
21 .. Outras doenças do aparelho digestivo	22.772	1,1	9.808.662,88	0,8
22 .. Doenças renais túbulo-intersticiais	22.218	1,0	4.356.104,79	0,4
23 .. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	20.726	1,0	4.016.983,41	0,3
24 .. Aborto espontâneo	19.918	0,9	2.203.496,39	0,2
25 .. Outras doenças do aparelho urinário	19.749	0,9	5.320.309,19	0,4
26 .. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	19.155	0,9	10.280.016,05	0,9
27 .. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	19.123	0,9	7.662.210,20	0,6
28 .. Depleção de volume	18.684	0,9	2.188.809,72	0,2
29 .. Outras doenças infecciosas intestinais	17.541	0,8	3.335.300,81	0,3
30 .. Urolitíase	16.503	0,8	3.074.658,53	0,3
31 .. Traumatismo intracraniano	16.412	0,8	12.175.588,84	1,0
32 .. Doenças do apêndice	16.242	0,8	6.106.511,35	0,5
33 .. Outras hérnias	15.608	0,7	5.246.022,03	0,4
34 .. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	15.405	0,7	4.511.667,59	0,4
35 .. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	15.110	0,7	26.257.576,62	2,2
36 .. Outras afecções originadas no período perinatal	14.965	0,7	4.913.726,98	0,4
37 .. Outras doenças bacterianas	14.728	0,7	3.610.900,49	0,3
38 .. Outras doenças do sistema nervoso	14.027	0,7	15.839.082,78	1,3
39 .. Gastrite e duodenite	13.780	0,6	2.274.727,58	0,2
40 .. Fratura do fêmur	13.651	0,6	15.243.219,67	1,3
Total das 40 causas principais	1.410.959	65,4	627.455.220	52,9
Total	2.156.523	100,0	1.185.001.099,52	100,0

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS. * Lista de Tabulação para a morbidade.

Tabela 15 - 40 Principais causas de internação e valor pago em R\$ de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). SUS/SP - 2010

Lista Morbidade CID-10	Internações	%	Valor Total	%
1 .. Parto único espontâneo	197.864	8,5	113.726.589,54	4,3
2 .. Pneumonia	137.802	5,9	131.991.356,79	5,0
3 .. Outras complicações da gravidez e do parto	129.031	5,5	75.681.660,16	2,8
4 .. Fratura de outros ossos dos membros	73.087	3,1	45.955.698,79	1,7
5 .. Colelitíase e colecistite	48.282	2,1	34.450.765,80	1,3
6 .. Insuficiência cardíaca	48.132	2,1	65.379.146,31	2,5
7 .. Outras doenças isquêmicas do coração	39.587	1,7	154.786.629,42	5,8
8 .. Outr mot ass mãe rel cav fet amn pos prob part	38.479	1,6	26.029.241,35	1,0
9 .. Outras doenças do aparelho urinário	38.438	1,6	16.612.909,98	0,6
10 .. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	32.408	1,4	16.893.172,05	0,6
11 .. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	30.881	1,3	13.631.455,09	0,5
12 .. Anticoncepção	29.824	1,3	12.606.781,73	0,5
13 .. Hérnia inguinal	29.356	1,3	15.736.758,74	0,6
14 .. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	29.249	1,3	18.446.040,38	0,7
15 .. Traumatismo intracraniano	27.384	1,2	36.465.177,07	1,4
16 .. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	27.164	1,2	29.586.571,75	1,1
17 .. Outras doenças do aparelho respiratório	26.909	1,2	74.040.113,18	2,8
18 .. Outras hérnias	26.769	1,1	16.082.083,70	0,6
19 .. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	25.048	1,1	74.196.988,50	2,8
20 .. Outras doenças bacterianas	24.061	1,0	37.277.533,04	1,4
21 .. Doenças do apêndice	23.699	1,0	14.196.227,18	0,5
22 .. Diabetes mellitus	23.630	1,0	16.157.200,31	0,6
23 .. Outras doenças do aparelho digestivo	23.271	1,0	16.725.507,22	0,6
24 .. Infarto agudo do miocárdio	22.703	1,0	64.676.672,39	2,4
25 .. Outras gravidezes que terminam em aborto	21.477	0,9	5.437.004,09	0,2
26 .. Veias varicosas das extremidades inferiores	21.357	0,9	11.943.625,60	0,4
27 .. Outras doenças dos intestinos e peritônio	21.075	0,9	21.633.318,04	0,8
28 .. Insuficiência renal	20.721	0,9	60.591.818,77	2,3
29 .. Fratura do fêmur	20.679	0,9	39.744.673,91	1,5
30 .. Hipertensão essencial (primária)	19.661	0,8	8.808.535,70	0,3
31 .. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	19.551	0,8	40.987.393,16	1,5
32 .. Aborto espontâneo	19.393	0,8	3.992.984,37	0,1
33 .. Urolitíase	19.289	0,8	8.931.375,49	0,3
34 .. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	19.230	0,8	7.022.960,21	0,3
35 .. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	19.191	0,8	16.427.474,75	0,6
36 .. Septicemia	19.011	0,8	64.957.752,24	2,4
37 .. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	18.862	0,8	19.441.723,56	0,7
38 .. Outras afecções originadas no período perinatal	18.171	0,8	12.452.860,46	0,5
39 .. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	17.263	0,7	9.359.301,46	0,4
40 .. Asma	16.579	0,7	9.493.130,81	0,4
Total das 40 causas principais	1.464.568	62,8	1.462.558.213	54,9
Total	2.333.701	100,0	2.666.094.486,30	100,0

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS. * Lista de Tabulação para a morbidade.

Tabela 16- 40 Principais causas de internação no sexo masculino de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). SUS/SP - 2010

Lista Morbidade CID-10	Masc	%
1 .. Pneumonia	74.511	7,4
2 .. Fratura de outros ossos dos membros	52.004	5,2
3 .. Hérnia inguinal	25.068	2,5
4 .. Insuficiência cardíaca	24.379	2,4
5 .. Outras doenças isquêmicas do coração	23.941	2,4
6 .. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	21.489	2,1
7 .. Traumatismo intracraniano	20.622	2,1
8 .. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	16.611	1,7
9 .. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	15.430	1,5
10 .. Outras doenças do aparelho respiratório	15.387	1,5
11 .. Preprúcio redundante fimose e parafimose	15.360	1,5
12 .. Outras doenças do aparelho urinário	14.820	1,5
13 .. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	14.686	1,5
14 .. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	14.659	1,5
15 .. Infarto agudo do miocárdio	14.609	1,5
16 .. Doenças do apêndice	14.544	1,4
17 .. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	14.319	1,4
18 .. Outras hérnias	14.102	1,4
19 .. Outras doenças bacterianas	13.656	1,4
20 .. Outras doenças do aparelho digestivo	13.494	1,3
21 .. Anticoncepção	12.374	1,2
22 .. Insuficiência renal	12.077	1,2
23 .. Outras doenças dos intestinos e peritônio	11.489	1,1
24 .. Colelitíase e colecistite	11.315	1,1
25 .. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NC	11.300	1,1
26 .. Diabetes mellitus	11.270	1,1
27 .. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	11.163	1,1
28 .. Fratura do fêmur	11.130	1,1
29 .. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôr	10.389	1,0
30 .. Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	10.309	1,0
31 .. Septicemia	10.225	1,0
32 .. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	9.735	1,0
33 .. Outras afecções originadas no período perinatal	9.351	0,9
34 .. Urolitíase	9.182	0,9
35 .. Infecções da pele e do tecido subcutâneo	9.081	0,9
36 .. Hipertensão essencial (primária)	8.787	0,9
37 .. Asma	8.606	0,9
38 .. Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	8.525	0,8
39 .. Epilepsia	8.446	0,8
40 .. Outras doenças do sistema nervoso	8.417	0,8
Total das 40 principais causas	636.862	63,3
Total	1.005.333	100,0

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS. * Lista de Tabulação para a morbidade.

Tabela 17- 40 Principais causas de internação no sexo feminino de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). SUS/SP - 2010

Lista Morbidade CID-10	Intern.	%
1 .. Parto único espontâneo	197.864	14,9
2 .. Outras complicações da gravidez e do parto	129.031	9,7
3 .. Pneumonia	63.291	4,8
4 .. Outr mot ass mãe rel cav fêt amn pos prob part	38.479	2,9
5 .. Colelitíase e colecistite	36.967	2,8
6 .. Insuficiência cardíaca	23.753	1,8
7 .. Outras doenças do aparelho urinário	23.618	1,8
8 .. Outras gravidezes que terminam em aborto	21.477	1,6
9 .. Fratura de outros ossos dos membros	21.083	1,6
10 .. Aborto espontâneo	19.393	1,5
11 .. Anticoncepção	17.450	1,3
12 .. Veias varicosas das extremidades inferiores	17.033	1,3
13 .. Edema protein transt hipertens grav parto puerp	16.070	1,2
14 .. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	15.797	1,2
15 .. Outras doenças isquêmicas do coração	15.646	1,2
16 .. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	15.451	1,2
17 .. Outros transtornos do aparelho geniturinário	13.497	1,0
18 .. Leiomioma do útero	13.054	1,0
19 .. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	12.845	1,0
20 .. Outras hérnias	12.667	1,0
21 .. Diabetes mellitus	12.360	0,9
22 .. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	11.554	0,9
23 .. Outras doenças do aparelho respiratório	11.522	0,9
24 .. Neoplasia maligna da mama	11.102	0,8
25 .. Hipertensão essencial (primária)	10.874	0,8
26 .. Doenças renais túbulo-intersticiais	10.607	0,8
27 .. Outras doenças bacterianas	10.405	0,8
28 .. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	10.389	0,8
29 .. Urolitíase	10.107	0,8
30 .. Trabalho de parto obstruído	10.045	0,8
31 .. Outras doenças do aparelho digestivo	9.777	0,7
32 .. Outras doenças dos intestinos e peritônio	9.586	0,7
33 .. Fratura do fêmur	9.549	0,7
34 .. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	9.495	0,7
35 .. Doenças do apêndice	9.155	0,7
36 .. Outras afecções originadas no período perinatal	8.820	0,7
37 .. Bronquite enfisema e outr doenc pulm obstr crôn	8.802	0,7
38 .. Septicemia	8.786	0,7
39 .. Insuficiência renal	8.644	0,7
40 .. Transtornos de humor [afetivos]	8.473	0,6
Total das 40 principais causas	924.518	69,6
Total	1.328.368	100,0

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS. * Lista de Tabulação para a morbidade.

Quando se observam as causas de internação, conforme Lista de Tabulação para morbidade da CID 10, fornecida pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS para classificação da causa básica de internação, pode-se notar que tanto em 2001 como em 2010, as primeiras 40 causas de internação respondem por mais de 60% das internações e 53% do valor pago pelo sistema.

6. Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde

Os dados apresentados são a síntese, sobre as informações sistematicamente coletadas, reflexos da capacitação em epidemiologia e vigilância à saúde executadas em todo o Estado. Detecção de casos, análise situacional, definição de estratégias, adoção de medidas de controle adequadas e oportunas, monitoramento e avaliação são rotinas praticadas para o controle de agravos à saúde da população.

Tabela 18 - CASOS CONFIRMADOS - SINAN NET - Frequência segundo Ano da Notificação - 2007 A 2011

Ano da Notificação	2007	2008	2009	2010	2011	Total
ATENDIMENTO ANTI-RABICO*	94000	103944	102053	102195	39797	441989
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE*	16698	22764	22366	24294	9974	96096
ACID. DE TRABALHO COM EXP. A MAT. BIOLOGICO*	9075	11030	11778	12161	4624	48668
ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS*	10854	13257	13915	14884	7906	60816
COQUELUCHE	134	274	137	154	211	910
DOENCA DE CHAGAS AGUDA	6	3	10	-	1	20
DENGUE	101723	8831	9574	194436	77251	391815
DOENCAS EXANTEMATICAS	1561	752	60	48	19	2440
ESQUISTOSSOMOSE	1512	1449	1334	1038	425	5758
FEBRE AMARELA	-	10	30	-	-	40
FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	32	43	62	62	21	220
FEBRE TIFOIDE	22	11	8	5	1	47
HANTAVIROSE	22	17	11	23	9	82
HEPATITES VIRAIS**	2612	3242	3742	3233	1546	14375
INTOXICACAO EXOGENA	4189	6339	7942	9091	5328	32889
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	416	426	461	394	149	1846
LEISHMANIOSE VISCERAL	295	332	237	228	84	1176
LEPTOSPIROSE	766	608	824	827	643	3668
MENINGITE	12234	9268	7780	8248	3639	41169
PARALISIA FLACIDA AGUDA POLIOMIELITE	-	-	-	-	-	-
ROTAVIRUS	-	4	21	298	40	363
SINDROME DA RUBEOLA CONGENITA	8	30	7	4	6	55
TETANO ACIDENTAL	20	32	31	19	10	112
VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS.	65	1617	14269	18150	10174	44275
Total	256244	184283	196652	389792	161858	1188829

FONTE: SINANNET/NIVE/CVE

* Notificado somente casos confirmados.

** Hepatites B e C

- **Meningites**

O principal objetivo da vigilância das meningites é identificar seu comportamento epidemiológico para desencadear as medidas de controle específicas conforme a etiologia. No Estado, até 2006, cerca de 40% das meningites bacterianas notificadas ao sistema de vigilância não tinham seu agente etiológico definido, necessitando, portanto, de esforços no sentido de reduzir este índice. A partir de julho de 2007, com a implantação do Programa de Vigilância Sentinela das Meningites Bacterianas, nos municípios de São Paulo e Campinas, adicionando-se a validação e posterior incorporação da RT-PCR ao programa, observou-se incremento significativo no esclarecimento diagnóstico no tocante aos principais agentes bacterianos. A doença meningocócica apresentou um coeficiente de incidência médio de 2002 a 2006 de 3/100 mil habitantes e 2007 a 2010 de 3,05/100 mil habitantes, com estabilização da letalidade em 19%. A vigilância das cepas de meningococo vem apontando uma predominância nos últimos anos do sorogrupo C. As meningites por *Haemophilus influenzae b* mantêm-se sob controle desde a introdução da vacina específica no calendário estadual de vacinação (Gráficos 12, 13 e 14).

GRÁFICO 12 – Incidência e Letalidade da doença meningocócica – Estado de São Paulo – 1998-2010

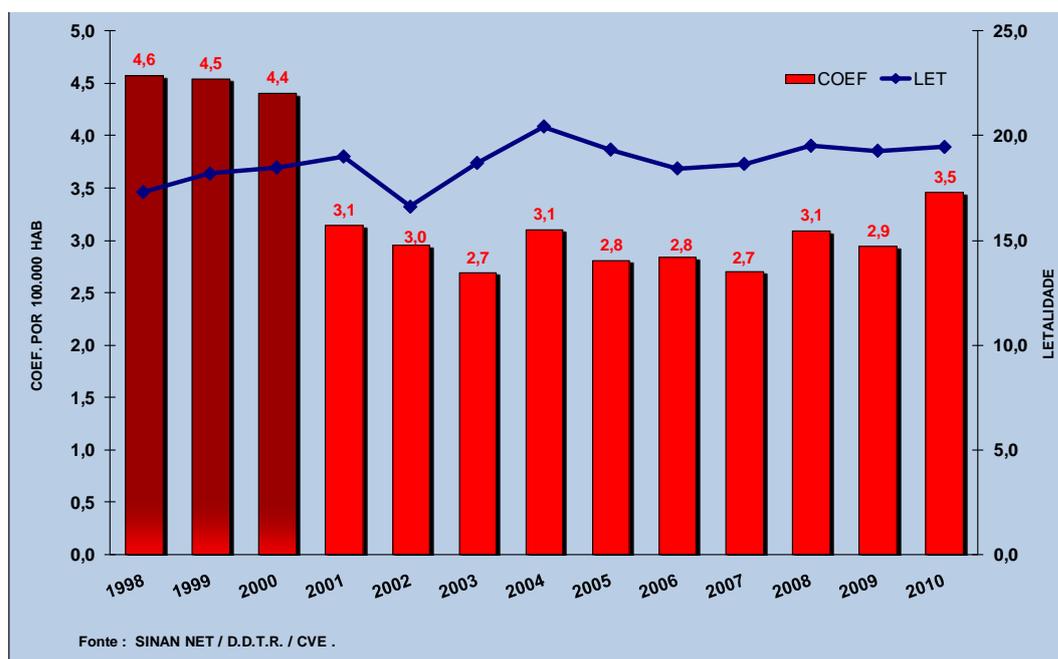


GRÁFICO 13 – Distribuição percentual das meningites bacterianas segundo etiologia – Estado de São Paulo – 1998-2010

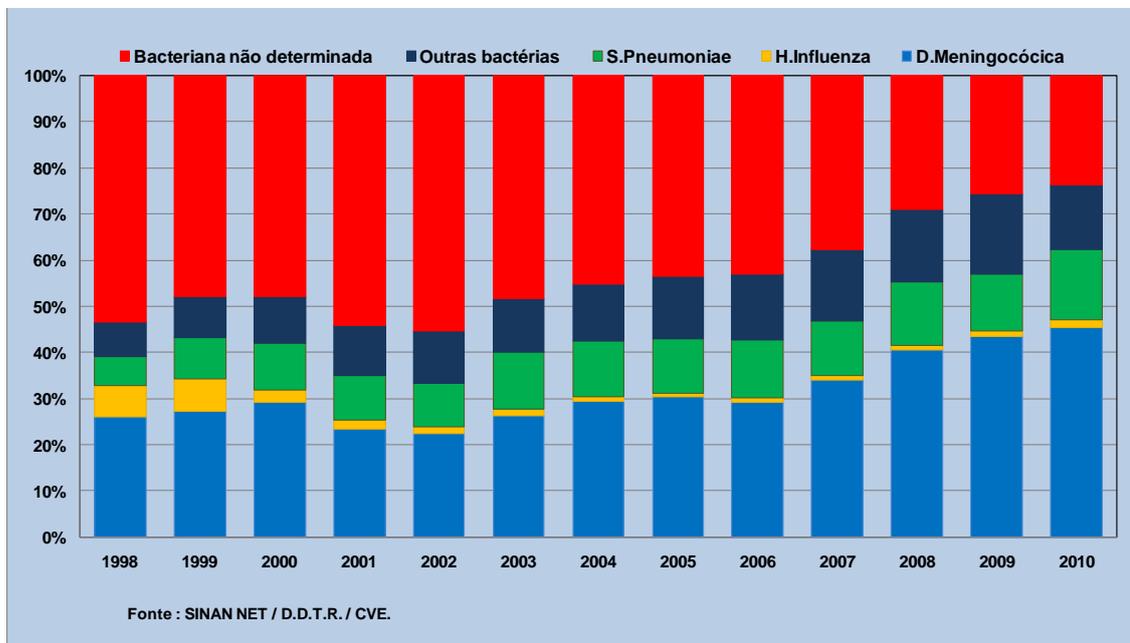
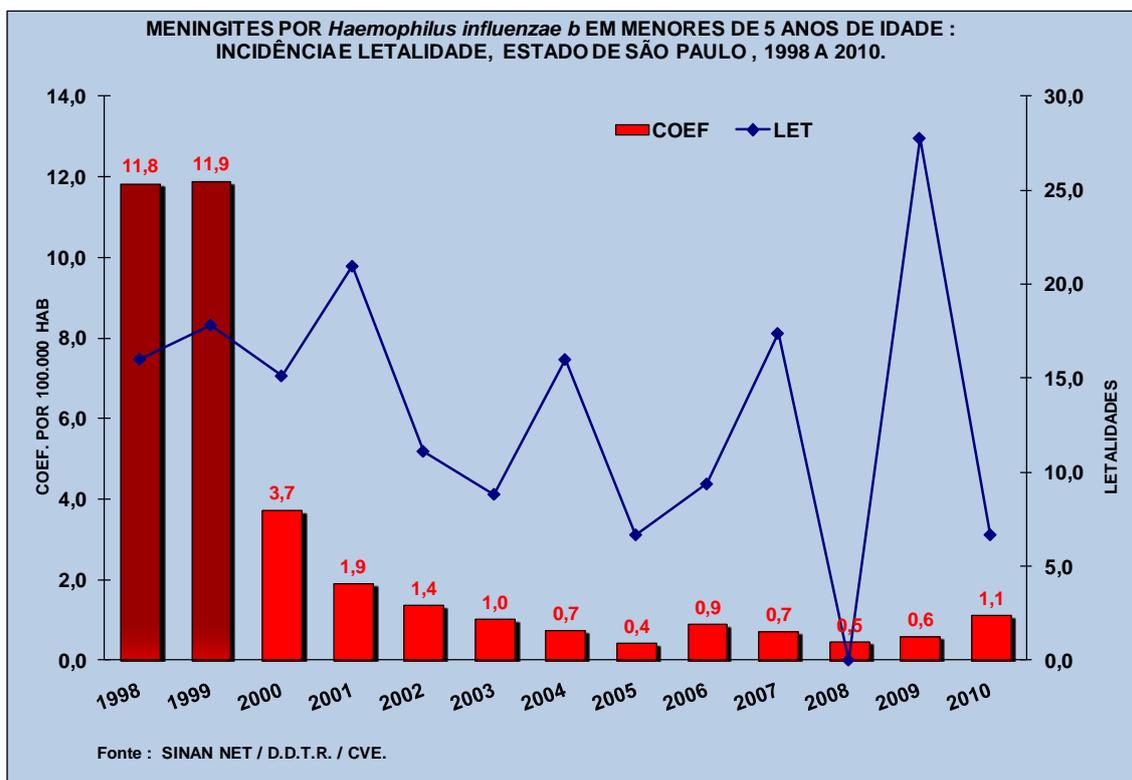


GRÁFICO 14 – Incidência e letalidade de meningites por *Haemophilus influenzae b* em menores de 5 anos – Estado de São Paulo – 1998-2010



- **Sarampo/Rubéola**

A circulação **endêmica** do vírus do sarampo no Estado de São Paulo não é detectada desde 2000 e a manutenção desta condição é compromisso internacional assumido pelo País junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Desde 1992, com a implantação do Programa de Vigilância da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita no estado, avanços importantes foram obtidos, em concomitância com a introdução da vacina tríplice viral no calendário de rotina (contra Sarampo, Caxumba e Rubéola – SCR) e, mais recentemente, com a incorporação do Plano de Eliminação da doença e da Síndrome da Rubéola Congênita.

Os maiores coeficientes de incidência da rubéola foram 6,93 e 3,95/100 mil habitantes registrados em 2000 e 2001 respectivamente, e 3,96 e 1,82/100 mil habitantes em 2007 e 2008.

- **Difteria/Coqueluche**

Para o efetivo controle da difteria constituem ações relevantes: a identificação dos casos com tratamento adequado na rede referenciada, a notificação e investigação imediata com erradicação dos portadores, assim como a manutenção de coberturas vacinais elevadas e vacinação de bloqueio. Nos últimos quatro anos, apenas foram registrados no sistema de notificação dois casos confirmados em 2010.

A vigilância sentinela da coqueluche, implantada há 10 anos no estado, visa acompanhar a tendência da doença, avaliar o impacto do programa de imunização, monitorar cepas circulantes com estudos moleculares e detectar de forma oportuna surtos e epidemias, com aplicação de medidas de controle eficazes. Com o amplo uso da vacinação, houve importante queda na incidência e mortalidade por coqueluche.

Dados analisados e baseados nas séries históricas, de 2000 a 2010, apontam a concentração maior de suscetíveis a esta doença entre os menores de um ano (ainda não totalmente vacinados), adolescentes e adultos jovens (nunca vacinados ou com queda na imunidade após vacinação na idade pré-escolar), sendo que estes últimos constituem importante fonte de infecção para as crianças menores.

- **Influenza**

No Estado de São Paulo, o sistema de vigilância sentinela da *influenza*, implantado desde 2002, conta com dez unidades distribuídas estrategicamente nos Municípios de São Paulo (duas unidades), Campinas, Guarulhos, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, Sorocaba, Bauru e Taubaté. Os objetivos são: identificar e monitorar a propagação de variantes antigênicas do vírus da *influenza*, colaborar na composição anual da vacina trivalente contra a *influenza* e detectar de maneira oportuna e adequada surtos e epidemias.

Vale ressaltar que a vigilância sentinela engloba outros vírus respiratórios, ou sejam, o vírus sincicial respiratório, o parainfluenza 1,2 e 3 e o adenovírus.

Em complementação à vigilância sentinela, inclui-se a notificação de surtos de vírus respiratórios (institucionais ou comunitários), inseridos no boletim de notificação de surtos do Sinan. Entre 2002 e 2010, vários surtos foram registrados no sistema, sendo que a maioria destes apresentou a identificação da cepa circulante.

Com a pandemia de influenza A/H1N1, ocorrida no ano de 2009, houve o fortalecimento da vigilância, com base em estratégias no controle do vírus, identificação dos principais fatores de risco, particularmente em relação aos óbitos, culminando-se com a ampliação da rede sentinela.

No período pós-pandêmico, observou-se a circulação sazonal dos vírus *influenza A/H1N1 2009*, *influenza A/H3N2* e do vírus *influenza B*.

Gráfico 15 - Distribuição dos casos confirmados e óbitos de Influenza Pandêmica H1N1, por semana epidemiológica. Estado de São Paulo, 2009.

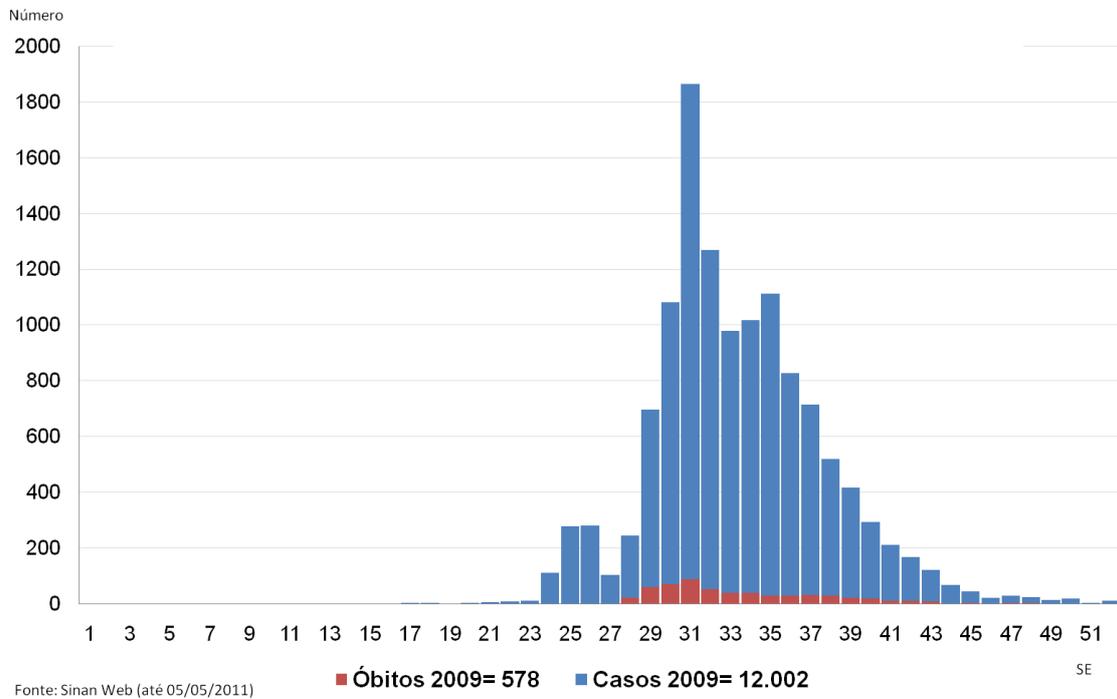
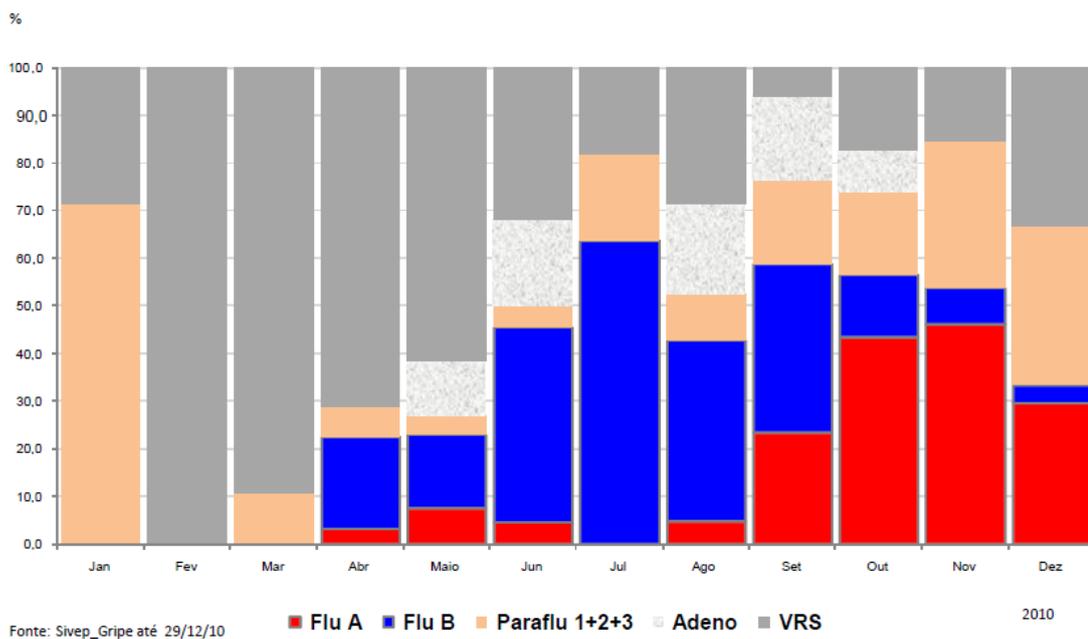


Gráfico 16. Distribuição do percentual de identificação dos vírus respiratórios nas unidades-sentinela, segundo mês de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2010.



- **Imunobiológicos**

As vacinações no Estado de São Paulo, executadas em todos os municípios, são coordenadas pela Divisão de Imunização/Centro de Vigilância Epidemiológica para assegurar a adequada vacinação da população de acordo com o calendário oficial do Programa Nacional de Imunizações para crianças, adolescentes e adultos. Os produtos disponíveis contemplam todas as idades, desde o recém-nascido, que recebe a vacina BCG e hepatite B, nas primeiras horas de vida nas maternidades, até as pessoas com mais de 60 anos, que nas Campanhas do Idoso são vacinadas anualmente com a vacina contra *influenza*. Em 2010 foi instituído no Estado um novo calendário de vacinação. Atualmente, o calendário básico consta de vacina contra 15 doenças no calendário de rotina, além da vacina de varicela para controle de surtos adquirida pelo Estado. No Programa de Imunizações, constam também “imunobiológicos especiais”, indicados para pacientes imunodeprimidos ou portadores de algumas doenças crônicas. Estes produtos estão disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries).

Em média, as Coberturas Vacinais de rotina no primeiro ano de vida são elevadas (acima de 90%). No entanto, para a manutenção efetiva do controle das doenças imunopreveníveis, é importante, além de CV, avaliarmos a homogeneidade. Este último indicador reflete a proporção de municípios que atingiram a meta estabelecida na regional e no Estado. Definiu-se como meta uma cobertura vacinal de $\geq 95\%$ e para homogeneidade 70%.

Tabela 19 – Imunizações do Estado de São Paulo - 2000-2010

ANO	POP <1a	BCG-id		Hepatite B (3a.Dose)(1)		Poliomielite (3a.Dose)(2)		Tetravalente (DTP+ Haemophilus influenza tipo b) (3)		Difteria/ Tétano/ Coqueluche DTP(4)		Haemophilus influenza tipo b (3a.Dose)(5)		Rotavirus humano (2a.Dose)(6)		Pneumo 10 valente (7)*		SARAMPO (8)	
		Doses	COB (%)	Doses	COB	Doses	COB (%)	Doses	COB (%)	Doses	COB (%)	Doses	COB (%)	Doses	COB (%)	Doses	COB (%)	Doses	COB (%)
2000	731.638	759.875	103,86	667.496	91,23	702.638	96,03			688.876	94,16	792.410	108,31	-	-			741.685	101,37
2001	686.533	700.825	102,08	605.863	88,25	654.534	95,34			651.906	94,96	642.771	93,63	-	-			675.469	98,39
2002	644.859	678.712	105,25	584.351	90,62	602.737	93,47			618.986	95,99	608.843	94,41	-	-			625.130	96,94
2003	615.483	664.327	107,94	600.355	97,54	610.509	99,19	602.696	97,92	620.309	100,78	619.076	100,58	-	-			20.415	3,32
2004	628.008	674.353	107,38	592.277	94,31	617.498	98,33	612.979	97,61	627.221	99,87	627.001	99,84	-	-			-	-
2005	643.634	658.767	102,35	602.192	93,56	613.221	95,27	603.695	93,79	620.558	96,41	619.851	96,30	-	-			-	-
2006	634.191	630.269	99,38	585.658	92,35	602.719	95,04	592.171	93,57	607.234	95,75	606.950	95,70	369.944	91,64			-	-
2007	613.242	615.762	100,41	579.985	94,58	594.168	96,89	585.171	95,42	597.892	97,49	600.971	98,00	521.794	85,09				
2008	605.558	619.777	102,35	517.913	94,44	579.366	95,67	568.925	93,95	583.261	96,31	586.641	96,88	522.691	86,32				
2009	607.936	612.600	100,77	585.014	96,23	590.339	97,11	578.160	95,10	594.385	97,77	596.595	98,13	535.984	88,16				
2010	605.918	606.457	100,17	659.044	93,91	576.114	95,08	571.326	94,29	568.501	96,23	587.074	96,89	534.019	88,13	251.310*	41,40		

Fonte: Divisão de Imunização - API/NIVE/CVE

População: FUNDAÇÃO SEADE-SP (sobrevivência de nascidos vivos)

(1) - inclui doses DE VACINA C/ HEPATITE B sob forma isolada e combinada

(2) - inclui doses de VACINA ORAL (virus vivos) E INATIVADA CONTRA POLIOMIELITE

(3) incluído no calendário produto combinado (DTP+Hib) em menores de 1 ano

(4) - inclui doses de VACINA DTP de CÉLULAS INTEIRAS E DTP ACELULAR (também nas formas

(5) - inclui doses de VACINA C/ Hib - Haemophilus influenza tipo b - sob forma isolada e combinada

(6) - VACINA DE ROTAVÍRUS HUMANO introduzida a partir de Março de 2006 (Resolução SS 93 de

(7) - Vacina Pneumocócica 10 valente introduzida no calendário em março de 2010 (Suplemento da norma técnica 2011.

(8) Vacina c/sarampo retirada da rotina em menores de 1 ano a partir de 2003 (Resolução 158 de

Atualizado em 2011

* dados provisórios

• Infecção Hospitalar

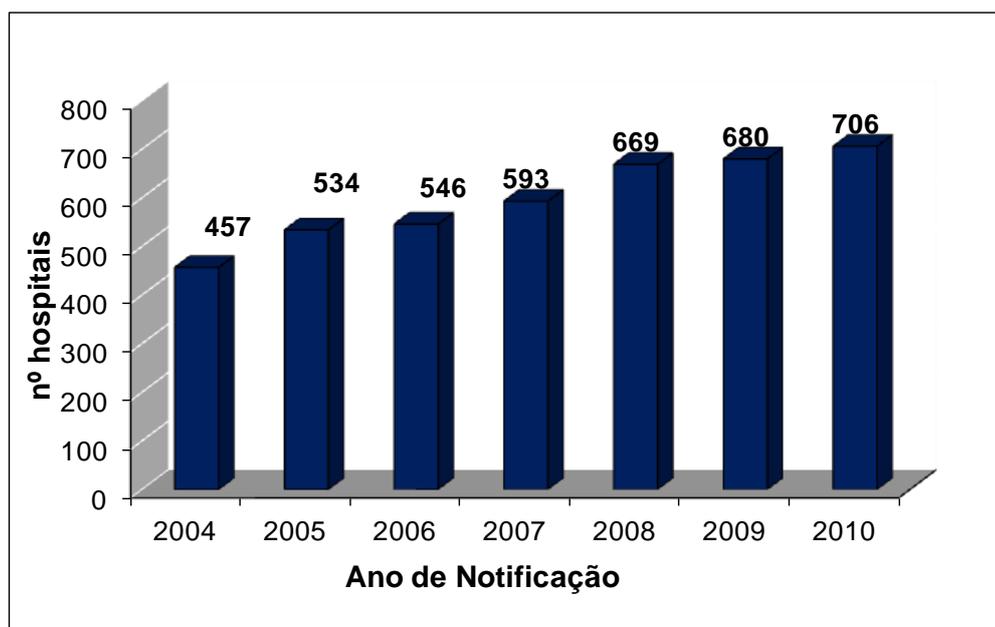
As infecções hospitalares (IH) constituem um sério problema de saúde pública na atualidade. Estima-se que aproximadamente 1 em cada 10 pacientes hospitalizados terá infecção após sua admissão, gerando custos elevados, resultantes do aumento do tempo de internação e de intervenções terapêuticas e diagnósticas adicionais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cabe às autoridades de saúde desenvolver um sistema para monitorizar infecções selecionadas e avaliar a efetividade de intervenções. O Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo estabeleceu, a partir de sua reestruturação em 2004, a vigilância de infecções em unidades críticas e pacientes cirúrgicos, baseada na adequação da notificação às características básicas dos hospitais e na seleção de indicadores que permitissem avaliar a qualidade dos processos de atendimento à saúde.

Desde sua implantação o sistema estadual vem produzindo dados inéditos de IH e subsidiando ações específicas para prevenção e controle de IH no Estado.

A crescente adesão ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, como mostra a figura abaixo, mostra a efetividade do trabalho contínuo de sensibilização dos hospitais que vem sendo desenvolvido pela Divisão de Infecção Hospitalar, em parceria com as vigilâncias epidemiológicas regionais e municipais.

Gráfico 17 – Número de hospitais notificantes ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo – 2004 a 2010.



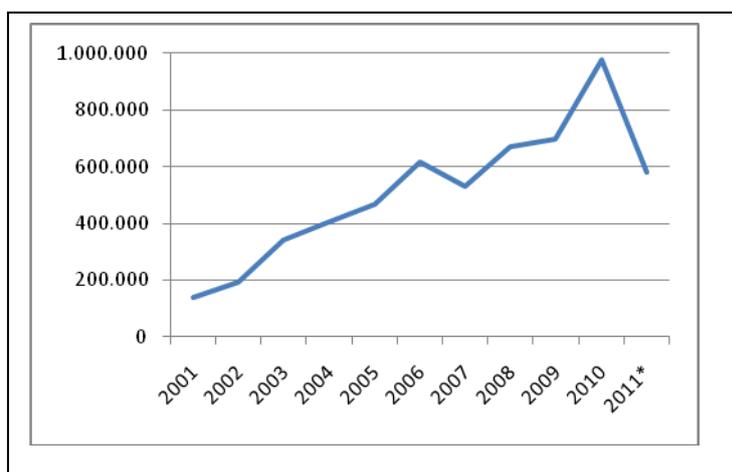
- **Doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA)**

O Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (SVE DTHA), implantado no Estado de São Paulo, está apto para prevenir, identificar e controlar surtos e epidemias de DTHA. Com objetivos e funções específicas complementares, o SVE DTHA é composto de quatro subsistemas a saber:

- **Monitorização da Doença Diarreica Aguda (Vigilância Sindrômica da Diarreia):**

Registro dos casos de diarreia aguda em unidades sentinelas em todos os municípios do Estado, tem como objetivo identificar precocemente surtos e epidemias de diarreia na população seja devido a falhas na cadeia de produção de alimentos ou no sistema de abastecimento de água e saneamento ou por outros fatores ambientais. Embora a transmissão por água decline com medidas de saneamento básico (rede de sistema público de água tratada e de esgoto), a globalização do comércio econômico, viagens internacionais, intensa mobilização das populações, hábitos alimentares e processos tecnológicos de produção de alimentos têm tornado o alimento um importante veiculador de doenças, que representa, em média, na última década, cerca de 60% dos surtos de diarreia aguda notificados no Estado. A análise dos dados disponíveis aponta para o aumento gradual quantitativo de casos de diarreia, depreendidos a cada ano, atribuído, em parte, à melhoria do programa que inclui unidades mais representativas do atendimento à diarreia (Gráfico 18). Os aumentos de casos nos anos 2005/2006 e 2009/2010 foram devido a surtos de diarreia ocorridos nos finais e começos dos anos, principalmente nas cidades da Baixada Santista. A MDDA mostra que há sazonalidade da DDA, com aumento de casos nos meses de verão, sendo ultimamente o norovírus o principal agente responsável por maiores proporções de casos de diarreia e surtos em cidades turísticas e litorâneas. O rotavírus, a partir da introdução da vacina, deixou de ser o principal por internação de crianças menores de 5 anos por quadro grave de doença diarreica. Cerca de 600 mil casos de diarreia são registrados em média, anualmente no programa de Monitorização da Doença Diarreica Aguda nos últimos 5 anos, monitorados para a identificação precoce de surtos.

GRÁFICO 18 - Casos de DDA registrados pelo Programa MDDA, Estado de São Paulo, 2001 -2011*



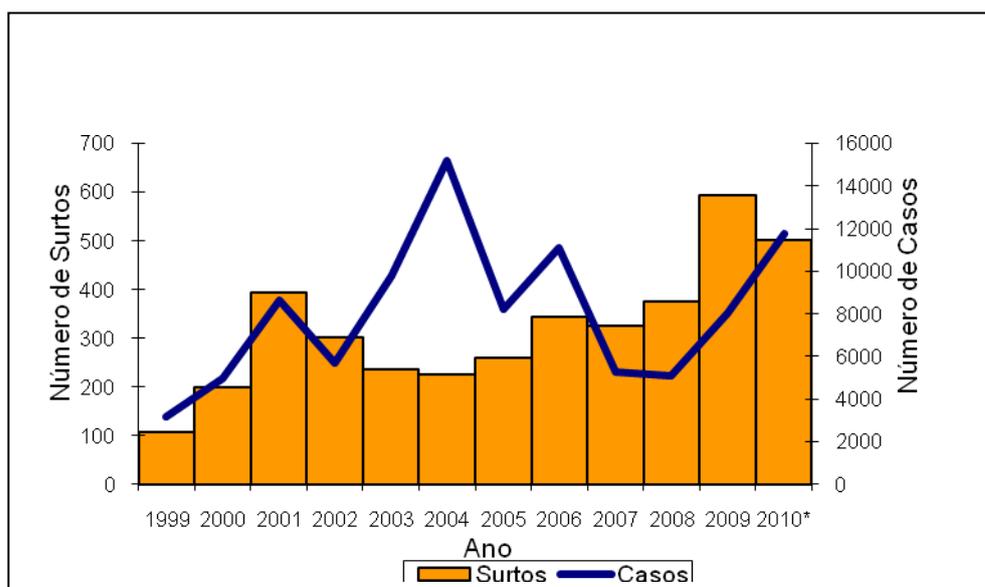
Fonte: DDTHA/CVE

(*) 2011 – Dados preliminares

-Sistema de Vigilância de Surto de DTHA

Embasa-se na notificação espontânea de surtos causados por alimentos e água, com o objetivo de identificar os fatores de risco e agentes causais e implementar medidas de controle e prevenção de novos surtos. Na última década observa-se uma melhoria na captação e investigação de surtos. Entre 1999 e 2010 foram registrados 3.861 surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) com 96.888 casos e 43 óbitos, resultando em várias medidas de controle - melhoria de sistemas de saneamento, apreensão de alimentos, modificação de regulamentos sanitários, mudanças de hábitos alimentares, introdução de vacina, medidas educativas etc. (Gráfico 19). A água representou no período cerca de 2% da causa de surtos, enquanto que 50% foram devido a vários tipos de alimentos, em especial ovos e pratos a base de ovos. Bufês, festas de aniversário, casamento e eventos científicos, refeitórios de indústria e restaurantes, e mesmo domicílios, são locais freqüentes de ocorrência desses surtos notificados. As bactérias são ainda os agentes mais importantes causadores de surtos de diarreia, destacando-se entre elas, as Salmonellas não tíficas, em especial a Salmonella Enteritidis transmitidas por ovos crus ou mal cozidos.

Gráfico 19 - Surtos de DTA, Estado de São Paulo, 1999 a 2010*



Fonte: DDTHA/CVE

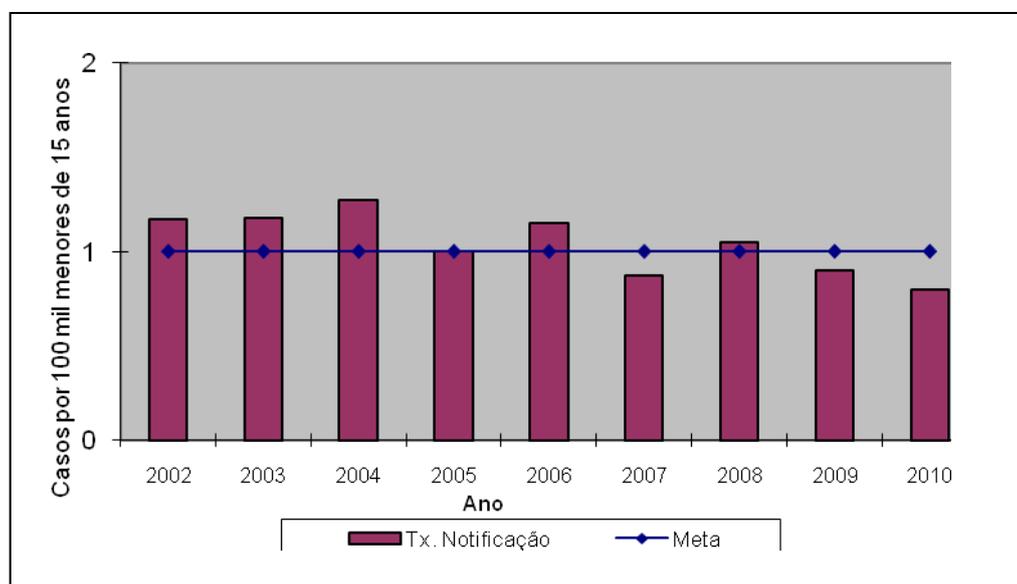
(*) 2010 – Dados preliminares

- Vigilância de Doenças Específicas (Doenças de Notificação Compulsória):

Inclui a notificação obrigatória de Botulismo, Cólera, Doença de Creutzfeldt-Jakob e outras doenças priônicas, Febre Tifóide, Hepatite A, Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite, Rotavírus e Síndrome Hemolítico-Urêmica. Dentre elas destaca-se a Vigilância da Poliomielite/Paralisias Flácidas Agudas cujo objetivo é manter a erradicação da Poliomielite no ESP por meio da vigilância das paralisias flácidas agudas.

Desde 1988 nenhum caso de poliomielite foi registrado no Estado de São Paulo. O alcance da meta de vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) = 1 caso/100 mil habitantes < 15 anos tem sido atingido na última década, baixando, contudo, para próximo de 1, nos dois últimos anos 0,9 e 0,8 no Estado (Figura). No ano de 2010, as taxas de notificação de PFA reagrupadas por DRS apresentaram os seguintes resultados: o DRS 1 aproximou-se da meta, com um coeficiente de 0,97 casos/100 mil hab., com alcance de metas pelas GVE1, GVE 7 e GVE 9. Não alcançaram a meta de taxa de notificação os DRS II Araçatuba, IV Baixada Santista, VI Bauru, VII Campinas, VIII Franca, X Piracicaba, XIII Ribeirão Preto e XV São José do Rio Preto. Entretanto, além da notificação passiva positiva dos casos e da notificação negativa semanal por parte das fontes notificantes, procede-se a rastreamentos de prontuários nos hospitais trimestralmente com vistas a buscar possíveis casos não notificados, bem como rastreamentos na AIH/DATASUS. A coleta oportuna de fezes em 80% dos casos notificados não vem sendo atingida pelo conjunto do Estado, tendo sido alcançadas nos DRSs II Araçatuba, III Araraquara, IX Marília, XI Presidente Prudente e XIV São João da Boa Vista, no ano de 2010. Destaca-se que nos casos em que não foram coletadas oportunamente as fezes para testes de identificação de poliovírus, tem sido possível descartar o diagnóstico de poliomielite devido à realização de exames como eletroneumiografia (ENMG), Ressonância Magnética ou Tomografias, Líquor, entre outros exames que permitem estabelecer o diagnóstico final.

Gráfico 20 - Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas - Taxa de Notificação, 2002 a 2010, Estado de São Paulo



Fonte: DDTHA/CVE

- Vigilância Ativa baseada em Laboratório

Consiste do rastreamento de diagnósticos em amostras clínicas registrados por laboratórios com o objetivo de identificar patógenos emergentes ou reemergentes e surtos não identificados pelos sistemas anteriormente descritos. Apoia-se na biologia molecular, em técnicas avançadas para identificar as similaridades genéticas entre casos aparentemente esporádicos e na comparação com os resultados obtidos de amostras bromatológicas/ambientais de água ou alimentos suspeitos. O rastreamento de diagnósticos permitiu identificar vários patógenos emergentes, destacando-se o surto de difilobotríase causado por sushi/sashimi de salmão importado do Chile nos anos 2004 e 2005, bem como os casos que ainda são diagnosticados até o presente. O rastreamento de Salmonellas vem permitindo mostrar por meio de técnicas de sorotipagem das cepas e de biologia molecular (Pulsed-Field – PFGE) a existência de pelo menos mais de 10% de surtos anualmente a partir de casos aparentemente esporádicos, além de mostrar que a *S. Enteritidis* representa quase 70% de todas as Salmonellas identificadas. A *E. coli* vem sendo monitorada por meio do rastreamento, sorotipagem e técnicas moleculares, o que permitir construir sua tendência e antecipar medidas para prevenir possíveis surtos, tais como o

ocorrido na Alemanha e outros países da Europa, com casos de Síndrome Hemolítico-Urêmica e diarreia com sangue, causados pela E. coli O104:H4.

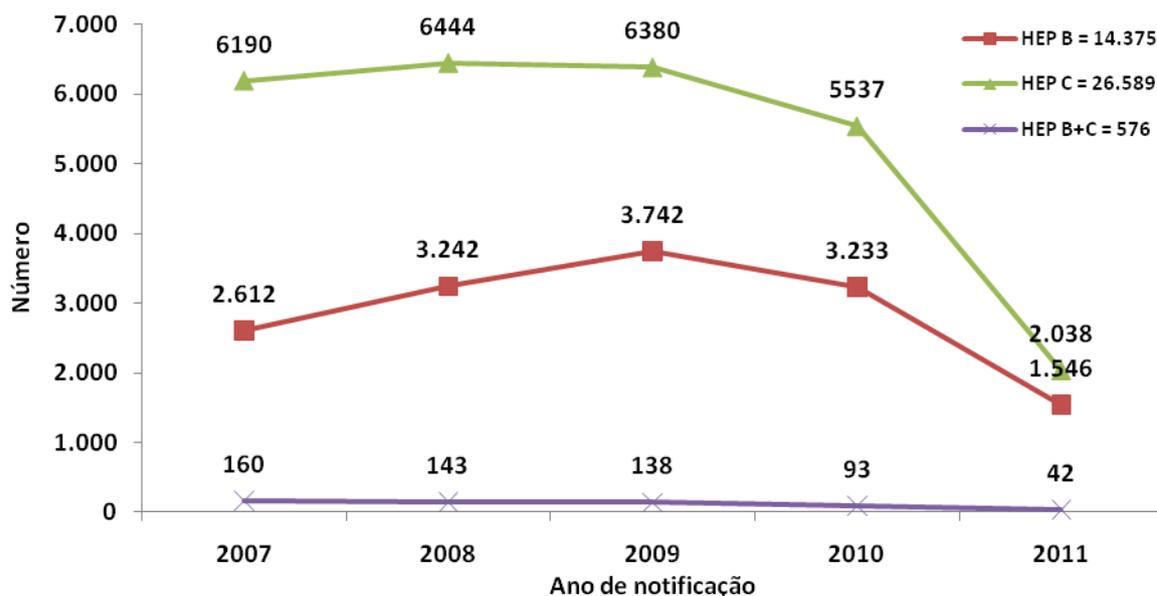
- **Hepatites B e C**

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam, que existem 170 milhões de indivíduos infectados pelo vírus da Hepatite C, em todo o mundo, e cerca de 2 bilhões de pessoas tiveram contato com o vírus da hepatite B. A distribuição das hepatites virais B e C ocorre em todo o planeta, atingindo todos os continentes.

Estudos apontam que o Estado de São Paulo é a área com índices de prevalência considerados intermediários. Admitindo-se que a prevalência de portadores indicada em estudo realizado no Município de São Paulo para as hepatites C (1,42%) e B (1,03%) possa ser projetada para todo o Estado, estima-se que 580 mil e 420 mil pessoas, respectivamente, estão nessa situação.

O Programa Estadual de Hepatites Virais tem como missão implementar as ações de prevenção e controle das hepatites virais B e C, contribuindo para a redução da morbimortalidade por estes agravos, na população do Estado de São Paulo.

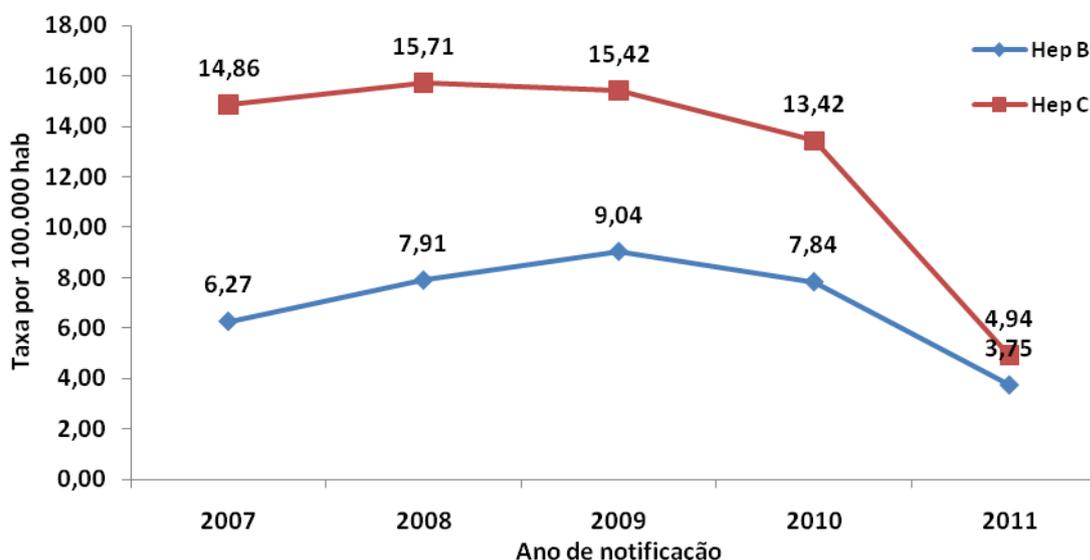
Gráfico 21 – Números de casos de Hepatite B, C e B + C por ano de notificação no Estado de São Paulo 2007 -2011*



*Dados provisórios até 30/06/2011 sujeitos a correção.

Fonte: Sinan CVE

Gráfico 22 – Taxa de detecção das Hepatites B e C (por 100.000 hab) de acordo com o ano de notificação - Estado de São Paulo 2007 -2011*



*Dados provisórios até 30/06/2011 sujeitos a correção.

Fonte: Sinan CVE

- **AIDS**

No estado de São Paulo, no período de 1980 a junho de 2010, foram registrados 211.749 casos de AIDS0, sendo 143.892 (68%) do sexo masculino. O Estado concentrou aproximadamente 36% dos casos notificados no país.

No estado de São Paulo, no período de 1980 a junho de 2010, foram registrados 211.749 casos de aids, sendo 143.892 (68%) do sexo masculino. O Estado concentrou aproximadamente 36% dos casos notificados no país. Observou-se crescimento dos casos até 1998, quando a taxa de incidência atingiu 35,6 casos por 100.000 habitantes. Esta medida de risco apresentou queda de 39% nos anos de 1998 a 2007, passando para 21,8 casos por 100.000 habitantes. A relação de sexo M/F tem sido menor que dois casos em homens para um caso em mulher desde 1998.

A queda das taxas de incidência em todas as faixas etárias pode estar refletindo o aumento do período de incubação do HIV em função do aprimoramento dos recursos clínico-laboratoriais e profilático-terapêuticos (introdução da terapia antirretroviral de alta potência - HAART) utilizados na abordagem e seguimento dos pacientes, assim como, das

medidas preventivas adotadas. Pode-se também aventar a hipótese de que alterações nas taxas de incidência nas diversas faixas etárias reflitam mudanças comportamentais.

Do início da epidemia até 1988 (43%) predominavam os casos entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), sendo ultrapassados pelos usuários de drogas injetáveis (UDI) em 1989 (38%). O predomínio de UDI se manteve até meados da década de 90 (30%), quando o crescimento de heterossexuais passou a ser a principal categoria de exposição (32%) até os dias atuais, representando aproximadamente 56% do total de casos em 2009.

A identificação de outras situações de maior vulnerabilidade para a exposição ao HIV, tais como, usuários de *crack*, *álcool* e outras drogas, travestis, transexuais, profissionais do sexo, populações privadas de liberdade, migrantes, moradores de rua, pessoas vivendo em condições de extrema pobreza, parcerias sexuais de pessoas em situação de risco, dentre outras, são importantes para melhor caracterizar o perfil comportamental e suas tendências.

O Plano Estadual de enfrentamento da epidemia do HIV/aids e controle das DST entre gays, outros HSH e travestis foi elaborado segundo as diretrizes do Plano Nacional, em parceria com gestores regionais e municipais de saúde, parceiros de outras Secretarias de governo e sociedade civil organizada. Expressa o compromisso dessas instituições com a implementação de políticas públicas de atenção, prevenção e promoção de saúde no âmbito das DST/HIV/AIDS para estas populações a partir do reconhecimento de que existem vulnerabilidades específicas que continuam contribuindo para que esses grupos estejam mais suscetíveis à infecção.

A proposta de execução das metas compreende o período de 2009 a 2012. Dentre outras, foram previstas ações relacionadas à ampliação do acesso aos insumos de prevenção e à testagem sorológica p/ o HIV; o desenvolvimento de novas tecnologias; estratégias de combate ao estigma e discriminação; o fortalecimento das parcerias interinstitucionais; e a produção de conhecimento.

De 1980 a 2009 foram registrados 94.353 óbitos por aids no estado de São Paulo. Segundo dados da Fundação Seade, em 2009 ocorreram 3.230 óbitos por aids, com redução de 136 óbitos em relação ao ano anterior.

A taxa de mortalidade (TM) no Estado passou de 8,2 em 2008 para 7,8 casos por 100.000 habitantes em 2009. No sexo masculino foi de 10,5 e no feminino de 5,2 casos por 100.000 habitantes em 2009.

TABELA 20 - Casos notificados de AIDS, taxa de incidência (TI)* por 100.000 habitantes, segundo ano de diagnóstico, sexo e razão de sexo, Estado de São Paulo, 1980 - 2010^(**)

Ano de Diagnóstico	Sexo					Total			
	Masculino		Feminino		ig ^{***}	casos	TI	Razão de Sexo	
	Casos	TI	casos	TI				casos	TI
1980	1	0,01	-	-	-	1	0,00	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	8	0,06	-	-	-	8	0,03	-	-
1983	25	0,19	1	0,01	-	26	0,10	25/1	25,00
1984	81	0,60	4	0,03	-	85	0,31	20/1	20,25
1985	341	2,47	10	0,07	-	351	1,27	34/1	34,10
1986	596	4,24	34	0,24	-	630	2,23	18/1	17,53
1987	1.420	9,90	162	1,11	-	1.582	5,47	9/1	8,77
1988	2.252	15,39	382	2,57	-	2.634	8,92	6/1	5,90
1989	3.014	20,18	538	3,54	-	3.552	11,78	6/1	5,60
1990	4.494	29,50	871	5,60	-	5.365	17,43	5/1	5,16
1991	5.830	37,52	1.312	8,25	1	7.143	22,72	4/1	4,44
1992	6.894	43,58	1.808	11,15	1	8.703	27,17	4/1	3,81
1993	7.285	45,25	2.128	12,87	1	9.414	28,85	3/1	3,42
1994	7.465	45,57	2.334	13,85	3	9.802	29,49	3/1	3,20
1995	7.722	46,34	2.829	16,46	2	10.553	31,18	3/1	2,73
1996	8.043	47,47	3.435	19,62	-	11.478	33,32	2/1	2,34
1997	8.053	46,74	4.018	22,53	2	12.073	34,43	2/1	2,00
1998	8.261	47,15	4.454	24,50	1	12.716	35,62	2/1	1,85
1999	7.342	41,20	3.996	21,57	2	11.340	31,20	2/1	1,84
2000	7.075	39,06	4.073	21,59	1	11.149	30,15	2/1	1,74
2001	6.776	36,90	4.186	21,88	3	10.965	29,24	2/1	1,62
2002	7.195	38,64	4.595	23,67	1	11.791	31,00	2/1	1,57
2003	7.137	37,80	4.511	22,90	-	11.648	30,19	2/1	1,58
2004	6.418	33,51	4.204	21,04	-	10.622	27,14	2/1	1,53
2005	6.281	32,33	4.194	20,68	-	10.475	26,38	2/1	1,50
2006	6.027	30,67	3.702	18,04	-	9.729	24,22	2/1	1,63
2007	5.691	28,62	3.157	15,20	-	8.848	21,76	2/1	1,80
2008	5.666	28,17	3.380	16,08	-	9.046	21,99	2/1	1,68
2009	4.878	23,97	2.669	12,54	-	7.547	18,13	2/1	1,83
2010	1.621	-	852	-	-	2.473	-	2/1	1,90
Total	143.892	-	67.839	-	18	211.749	-	2/1	2,12

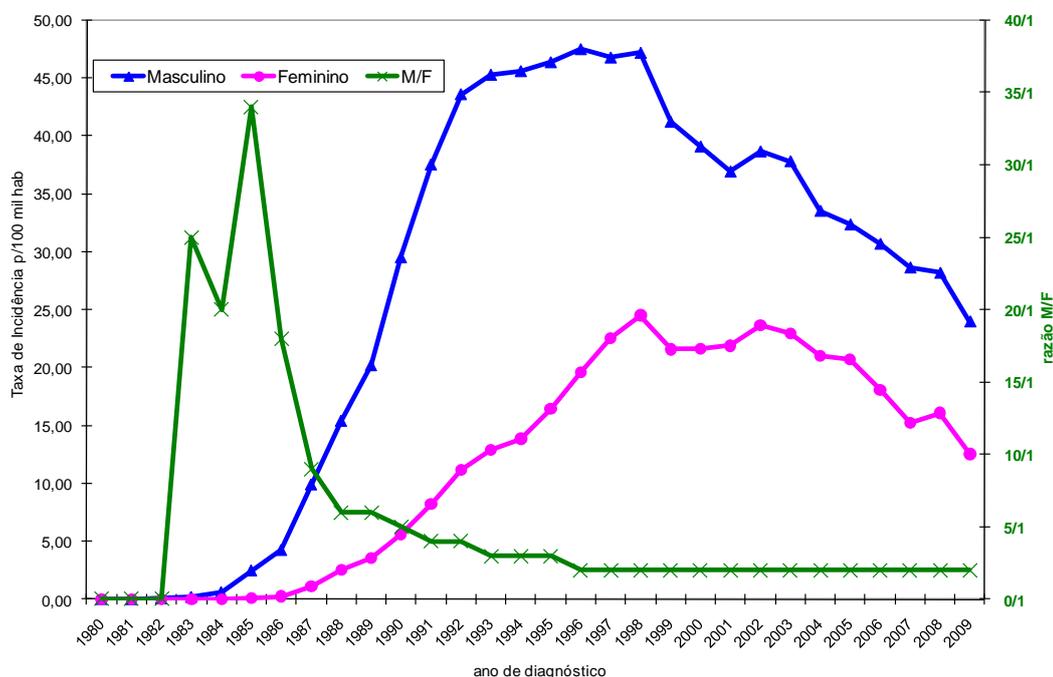
Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação SEADE MS/SVS/Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais

(*) Utilizada projeção populacional da Fundação SEADE

(**) Dados preliminares até 30/06/10 (SINAN) e 31/12/08 (SEADE), sujeitos a revisão mensal

(***) Casos com sexo ignorado na declaração de óbito

Gráfico 23 - Taxa de incidência (TI) de aids por 100.000 hab, e razão do sexo, segundo sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1980 a 2009*



Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação SEADE
MS/SVS/Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais
(* Dados preliminares até 30/06/10 (SINAN) e 31/12/08 (SEADE), sujeitos a revisão mensal)

- **Sífilis Congênita**

As ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis estão diretamente relacionadas à assistência ao pré-natal (PN) e ao parto. A sífilis é uma doença com diagnóstico e tratamento de baixo custo, disponíveis nos serviços de atenção básica à saúde, portanto é imprescindível que o acesso a esses recursos esteja disponível de forma ampla e fácil.

O diagnóstico da sífilis no PN possibilita o tratamento da gestante e de seu parceiro sexual em momento oportuno para evitar, em 100% dos casos, a transmissão da sífilis para o conceito. O medicamento de escolha é a penicilina benzatina, por ser a única opção terapêutica para prevenção da sífilis congênita e a recomendação do Ministério da Saúde através da Portaria Nº 156/GM de 19 de janeiro de 2006, e do Estado de São Paulo na Nota Técnica Centro de Controle de Doenças (CCD) publicada no DOE (Diário Oficial do Estado) de 01/10/2009, é que a mesma seja administrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas

demais unidades do Sistema Único de Saúde, viabilizando o início imediato do tratamento e melhor seguimento dos casos.

No estado de São Paulo foram notificados 5.589 casos de sífilis na gestação, no período de 2005 a 30/06/2010

No período de 1998 a 30/06/2010 foram notificados 10.774 casos de sífilis congênita no estado de São Paulo.

A taxa de incidência (TI) de SC no estado de São Paulo tem apresentado pouca variação no período analisado, passando de 1,4 para 1,3 por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2001 e 2009, respectivamente. O Programa Estadual-DST/Aids-SP propõe que todo caso ou óbito de SC seja avaliado, a fim de que sejam detectadas todas as oportunidades perdidas para que essa gestante e seu parceiro sexual tivessem sido adequadamente diagnosticados e tratados. A identificação dessas oportunidades deverá orientar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações necessárias para que as metas propostas para eliminação desse agravo possam ser atingidas. Considerando como eliminação 0,5 caso de SC para cada 1.000 nascidos vivos até 2015.

- **Transmissão vertical do HIV e da Sífilis**

No estado de São Paulo foram registrados 15.107 casos de gestante HIV positivo no período de 1999 até junho de 2010. O aumento no número de casos notificados apresentou crescimento até 2003, com declínio de 28% nos anos posteriores (de 1.769 casos em 2003 para 1.281 casos em 2008).

O conhecimento do perfil sócio-demográfico da gestante HIV positivo é importante para a identificação de populações consideradas de maior vulnerabilidade na transmissão vertical do HIV.

O percentual de casos diagnosticados no momento ou após o parto apresentou redução nos últimos anos, passando de 11% para 6% em 2006 e 2008, respectivamente, assim como, os casos com dados ignorados, de 3,4% para 0,5% no mesmo período. Porém, apesar da disponibilidade de testes para diagnóstico do HIV nos serviços de saúde, ainda existem casos que não obtiveram o diagnóstico em momento oportuno, para que medidas preventivas da transmissão vertical do HIV pudessem ser aplicadas. O fato de 53% das gestantes terem conhecimento da sua condição sorológica antes do pré-natal, possibilita

medidas exitosas de intervenção precoce e visibilidade ao planejamento reprodutivo da mulher HIV positivo, que deve ser constantemente lembrado e discutido nos serviços de saúde

No estado de São Paulo foram registrados 11.951 casos de crianças expostas ao HIV materno, no período de 1999 a junho de 2010.

- **Tuberculose**

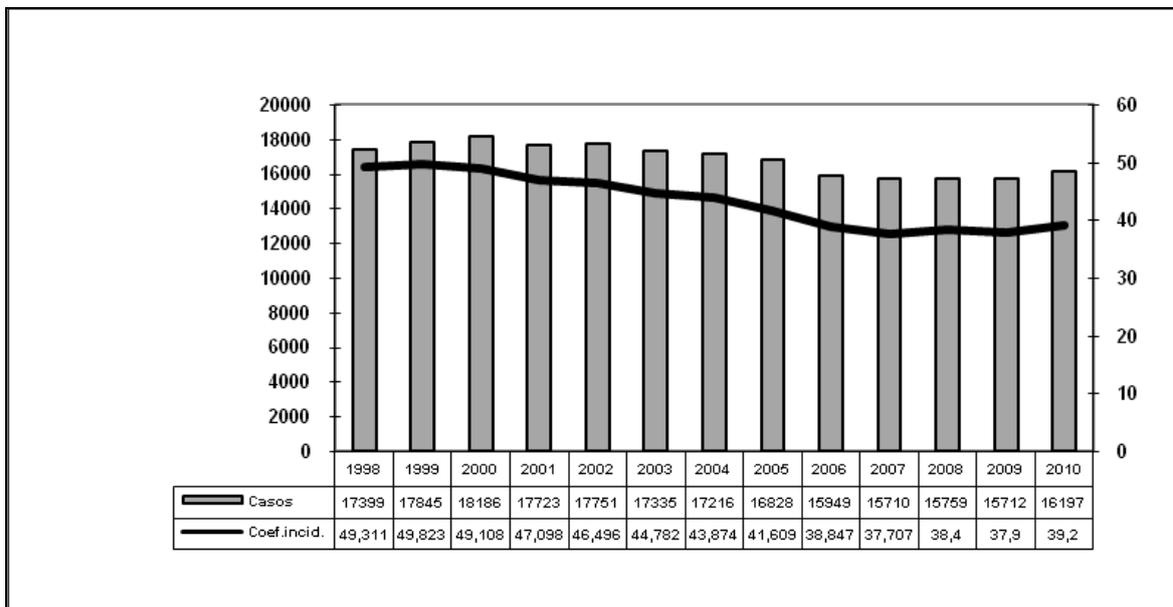
Desde as últimas décadas do século XX a tuberculose vem sendo alvo de renovadas preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Brasil está entre os 22 países prioritários quanto à tuberculose, devido ao grande número de casos. Ocupa a 18ª posição nessa estatística, com cerca de 75 mil casos novos a cada ano, e 4500 óbitos por tuberculose notificados por ano. A taxa de incidência é de 38 casos por 100 mil habitantes, o que nos coloca em 108º lugar no mundo.

O Estado de São Paulo concentra 1/5 do total de casos notificados no país. Em 2010 foram notificados 16197 casos notificados e 922 óbitos por tuberculose.

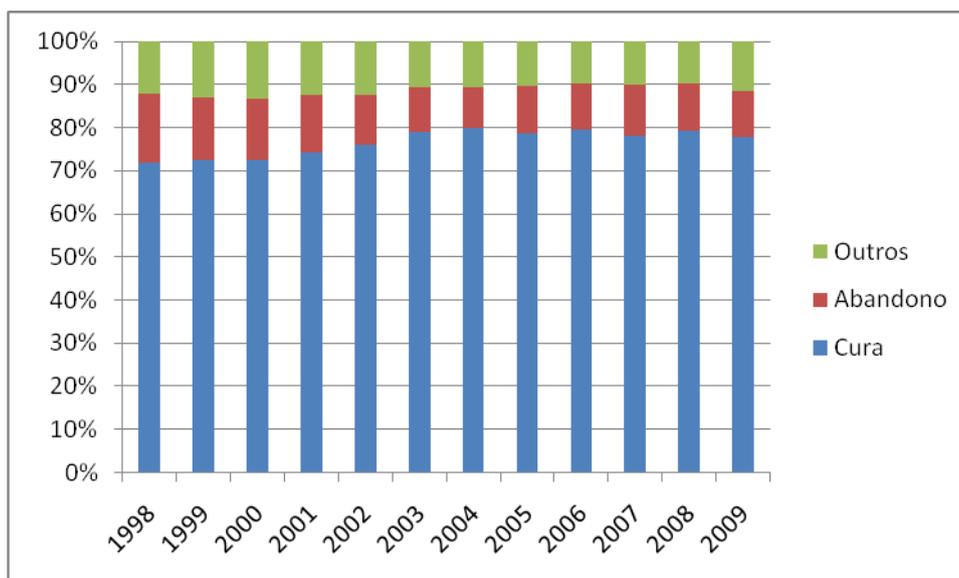
A taxa de incidência - 39 casos por 100 000 habitantes em 2010 se assemelha à média nacional e declinou 23% nos últimos 10 anos (Gráfico 1). No entanto essa queda não é suficiente para atingir a meta da OMS, que é diminuir as taxas de incidência observada em 1990 pela metade, até o ano 2015.

Gráfico 24. Número de casos novos de tuberculose e taxas de incidência no Estado de São Paulo, 1998 a 2010



Estima-se que seja preciso atingir pelo menos 85% de cura dos casos descobertos para que se consiga controlar a doença, com um máximo de 5% de abandonos de tratamento. O Estado de SP ainda não conseguiu chegar a essa meta, apesar de ter havido progressos nesse sentido.

Gráfico 25 - Resultados de tratamento dos casos novos de tuberculose no Estado de São Paulo, 1998 a 2009.



De 1998 para 2010 (gráfico 2) a taxa de curas aumentou 11,7% e os abandonos diminuiram 30,1%. Ainda assim, a taxa de curas em 2009 atingiu 79,7% e o percentual de abandonos 10,9%, resultados ainda distantes do desejável; há necessidade de implementar as taxas de cura que não

atingiram a meta de 85%, o que será possível ampliando a cobertura do tratamento supervisionado (Directly Observed Therapy – DOT).

- **Hanseníase**

O Estado de São Paulo eliminou a hanseníase como um problema de saúde pública em dezembro de 2004 com coeficiente de prevalência no ponto de 4,4 casos por 100.000 habitantes.

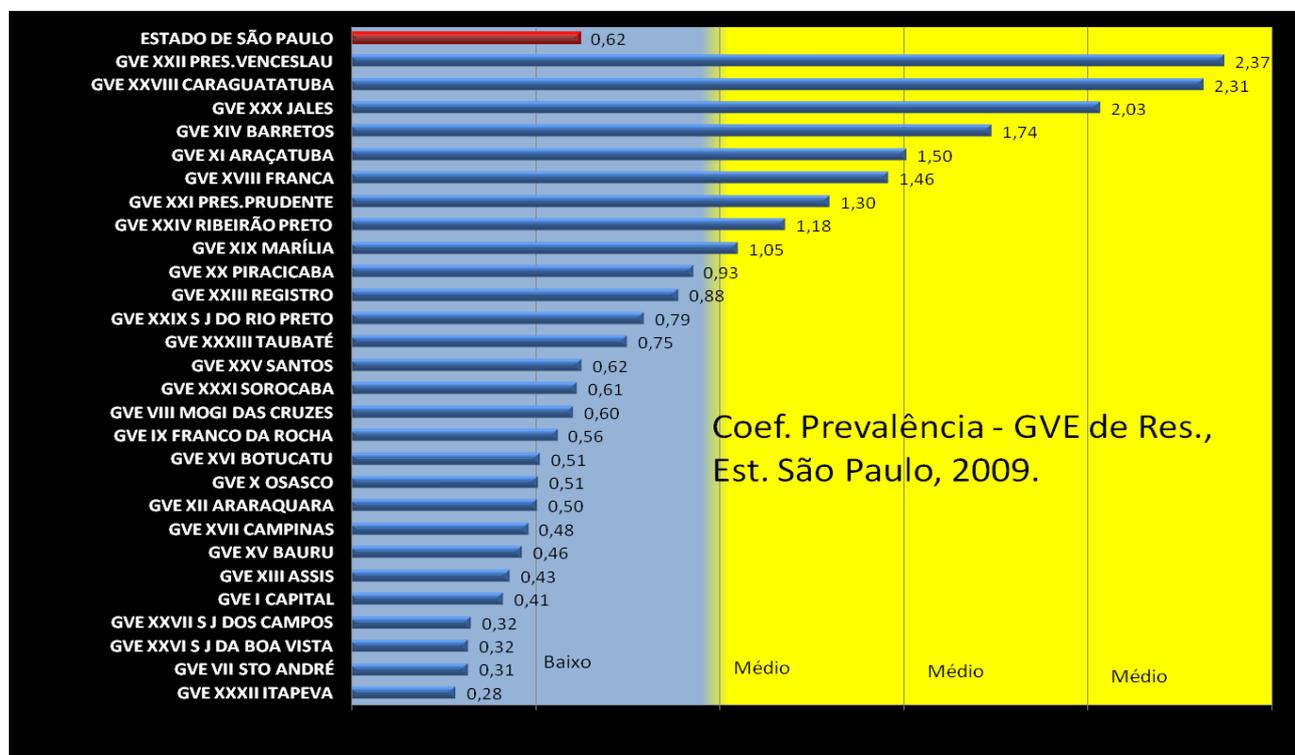
O Estado de São Paulo atingiu em janeiro de 2005 a meta de eliminação da hanseníase proposta pela OMS, ou seja, ter menos de um caso por grupo de 10 mil habitantes. Naquele ano foram registrados no Estado 3196 casos, o equivalente ao coeficiente de prevalência de 0,78/10.000hab.

No nível regional os DRS de Jales (2,78), Presidente Venceslau (2,13) Caraguatatuba(2,09), Araçatuba (1,52), Barretos (1,43), Presidente Prudente (1,40) e Registro (1,21) mantêm coeficientes de prevalência acima da meta . Para os municípios a meta deverá ser alcançada até 2015, sendo que já são 458 dentre os 645 que tem menos de 1 caso por 10.000hab.

Com a implantação da Poliquimioterapia (PQT/OMS) em 1991, as taxas de detecção começaram a diminuir mais nitidamente a partir de 2001 e em 2010 a detecção é considerada de média intensidade com 1754 casos novos detectados correspondendo ao coeficiente de 4,25/100.000hab.

O norte para a sustentação da eliminação da hanseníase no nível estadual, regional e municipal deve continuar sendo o aumento da oferta de serviços de saúde da rede básica, integrando: atividades de diagnóstico precoce de todos os casos da doença, tratamento-padrão (PQT/OMS) gratuito, prevenção de incapacidades, vigilância de comunicantes em todos os municípios que possuem pelo menos um caso de doença nos últimos cinco anos.

Gráfico 26 – Coeficiente de prevalência de Hanseníase por GVE de residência no Estado de São Paulo – 2009



Fonte: CVE/SES.

- **Tracoma**

O Tracoma é endêmico no Estado de São Paulo com coeficientes de prevalência considerados baixos. No último inquérito escolar realizado em 2002, a prevalência de tracoma ativo em escolares da 1ª à 4ª séries de municípios com IDH abaixo da média nacional foi de 4,1%, alcançando até 10% em alguns municípios. Na série histórica de 2000 a 2010 existem 57 municípios com coeficientes de detecção de tracoma ativo de 5% ou maior.

A OMS propõe a eliminação do tracoma como causa de cegueira para o ano 2020 e o Brasil pactuou que eliminará o tracoma até o ano 2015. Para alcançar esta meta, com certificação de eliminação, todos os municípios devem conhecer sua situação epidemiológica, ter um programa de vigilância epidemiológica da doença implantado e apresentar prevalência de tracoma ativo em crianças de 1 a 10 anos de idade menor do que 5% em todos os bairros. Como também apresentar prevalência de triquíase tracomatosa menor do que 1/1000 habitantes.

- **Raiva**

O Instituto Pasteur (IP) é um instituto de pesquisa que presta serviços relacionados à raiva: laboratório, ambulatório e coordenação do Programa de Controle da Raiva desde 1996. É o laboratório de referência para raiva para o Ministério da Saúde, faz parte da rede das instituições associadas à Organização Pan-Americana de Saúde e, por um Termo de Cooperação Técnica (Panaftosa/Opas/OMS), passou também a oferecer sua excelência laboratorial a outros países.

No atendimento às pessoas que sofreram agravos (agressão/acidente/contato) por mamíferos, cerca de 110 mil/ano procuram serviços de saúde em todo o Estado, a maioria em razão de agressões pelos cães (\pm 85%) e gatos (\pm 8%). Os acidentes por herbívoros apontam um incremento a partir de 1998/1999, atingindo até 5% dos casos (antes 2,5%).

Entre todos os agravos registrados no SINAN, este é o de maior volume, haja vista que trata-se de um atendimento, e não uma suspeita de doença.

Redução acentuada dos casos de raiva em cães e gatos (90%: 1996 – 104 e 1997 – 11 casos) é observada decorrente de inúmeras capacitações realizadas em todo o Estado. O último caso de raiva humana por variante canina do vírus rábico foi em 1997 e o último caso de raiva em cão, por essa mesma variante, foi em 1998. Posteriormente, todos os casos de raiva em cães e gatos foram por variante do vírus da raiva característica de morcegos.

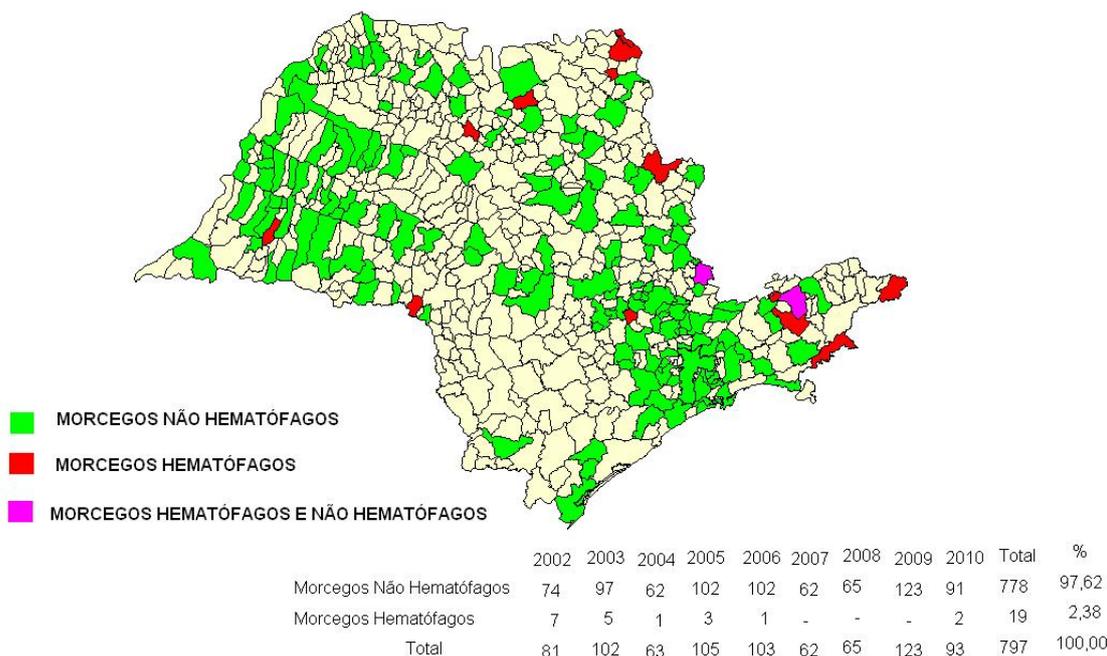
Os casos de raiva em herbívoros domésticos, transmitidos por morcegos hematófagos, aumentaram, apresentando pico da curva epidêmica no ano 2000 (874 casos, com diagnóstico laboratorial). Estima-se que o número real de casos provavelmente é muito maior.

Os casos de raiva em morcegos são crescentes: média de quatro por ano em 1996 e 90 por ano nos últimos cinco anos. A maioria (95%) é de morcegos não-hematófagos encontrados em áreas urbanas, com maiores índices de detecção em municípios com Vigilância Epidemiológica passiva (morcegos em horário e comportamento não-usual).

O último óbito humano por infecção rábica no Estado de São Paulo foi em 2001: paciente do sexo feminino agredida por gato de sua propriedade, que havia anteriormente capturado um morcego (provavelmente não-hematófago). Este foi o primeiro caso em humano identificado no mundo, determinado por transmissão secundária (morcego-gato-humano). A pesquisa epidemiológica foi possível mediante a implantação de técnicas de biologia molecular nos laboratórios do IP (Tipificação Antigênica, RT, PCR e Seqüenciamento

Genético), que permitem a identificação da fonte de infecção de cada caso, humano ou animal, e a caracterização filogenética do vírus isolado.

MAPA 10 – RAIVA EM MORCEGOS – HEMATÓFAGOS E NÃO HEMATÓFAGOS DO ESTADO DE SÃO PAULO -2002-2010



Fonte: Instituto Pasteur.

- **Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses**

As doenças transmitidas por vetores e as antropozoonoses representam um importante risco à saúde pública. No Estado de São Paulo, com importantes diferenças de distribuição regional, encontram-se sob vigilância os seguintes agravos: acidentes por animais peçonhentos, dengue, doença de Chagas aguda, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leishmaniose tegumentar, Leishmaniose Visceral Americana, leptospirose, malária, tétano acidental e neonatal. Além destes, outros agravos emergentes, como a febre do Nilo e a encefalite de Saint Louis.

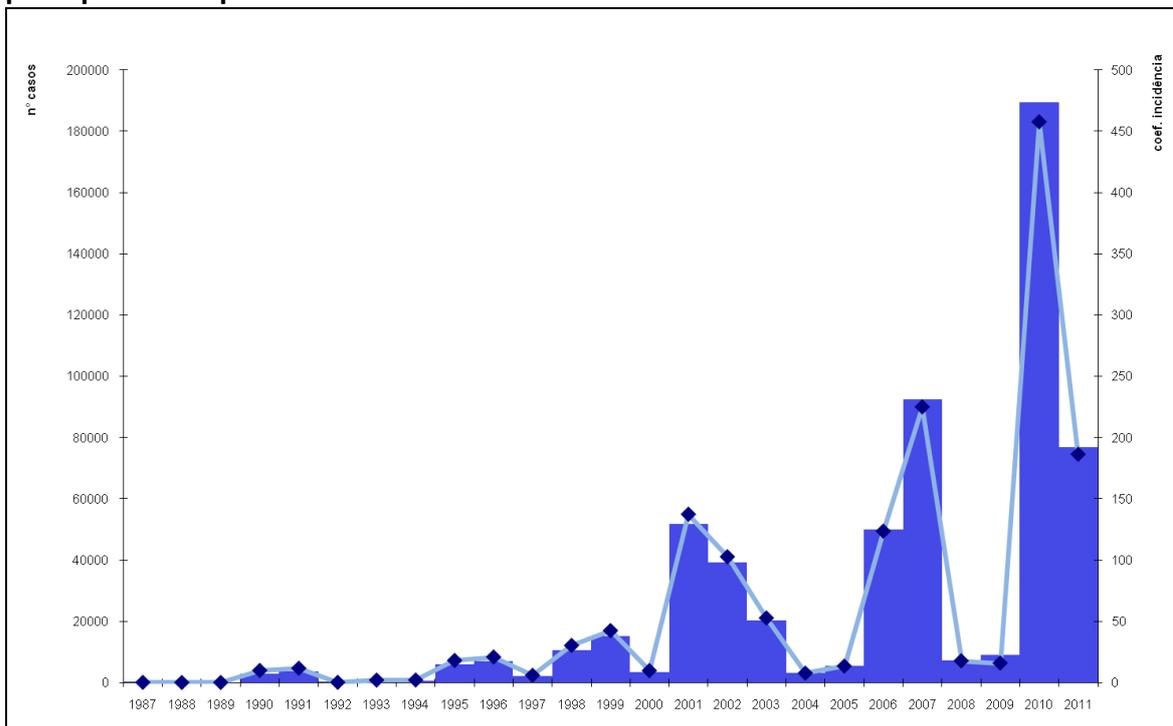
Missão atribuída à Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), o controle das doenças transmitidas por vetores (dengue e febre amarela), daquelas cujos mamíferos representam um elo importante na cadeia epidemiológica da doença (como a Leishmaniose Visceral Americana – LVA) ou que participam como fator de risco para a ocorrência do vetor (como a Febre Maculosa Brasileira – FMB) e daquelas ainda que mantêm ciclo envolvendo animais sinantrópicos na sua cadeia de transmissão (como leishmaniose tegumentar americana e a tripanossomíase americana) representam 95% das atividades da autarquia.

- Dengue

A transmissão de dengue apresenta característica de sazonalidade, com início da transmissão a partir do mês de outubro ou novembro e pico de transmissão entre os meses de março e abril, com ondas de aumento do número de casos em intervalos de três a cinco anos.

Apresentamos abaixo a série histórica do número de casos de dengue autóctones confirmados por semana epidemiológica no ESP de 2000 a 2011 (gráfico 14). Nos anos de 2006 e 2007 nota-se o aumento gradativo no número de casos quando comparado com anos anteriores. Os anos de 2008 e 2009 foram marcados por uma redução de mais de 90% de casos confirmados quando comparado aos anos anteriores. Em 2010 e 2011, observa-se um novo aumento, 2010 representa até a presente data o ano de maior número de casos confirmados da doença no Estado de São Paulo.

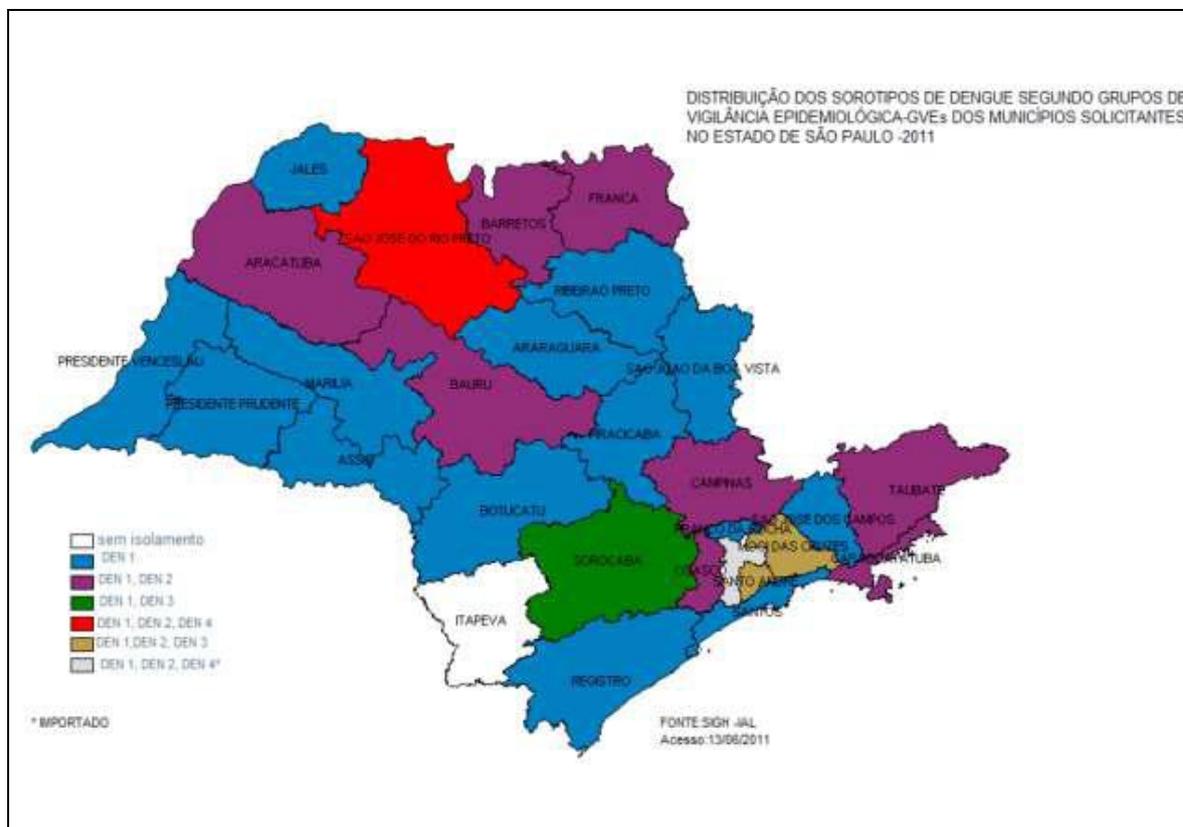
GRÁFICO 27 - Número de casos, incidência (por 100.000 hab) de dengue segundo ano e principais sorotipos circulantes – Estado de São Paulo – 1987 a 2010



Fonte: SinanW , SinanNet, Div. Zoonoses CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios atualizados em 10/06/2011.

A infestação dos municípios pelo vetor *Aedes aegypti* vem crescendo, atingindo 80% destes, sendo que 75% já apresentaram transmissão. O número anual de municípios com transmissão é variável com maior concentração em 2006 (249 municípios). Observe-se no Mapa 7 a distribuição dos municípios de acordo com a densidade larvária (Índice de Breteau – IB).

MAPA 11 - Distribuição dos sorotipos de dengue segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica dos municípios solicitantes, Estado de São Paulo - 2011.



Fonte: Instituto Adolfo Lutz CCD/SES-SP. Dados provisórios atualizados em 13/06/2011.

- Leishmaniose Visceral Americana

É uma doença emergente no Estado de São Paulo em processo de expansão, detectada pela primeira vez ao final na década de 1990, a partir da região de Araçatuba. Atualmente, a doença em humanos ocorre nas regiões de Presidente Venceslau, Presidente Prudente, Bauri, Marília e, mais recentemente, na Região Metropolitana de São Paulo e São João da Boa Vista, totalizando 92 municípios com transmissão canina e/ou humana. Desde 1997, a SUCEN já identificou o vetor em 116 municípios, receptivos para a ocorrência da doença e 326 municípios deverão ser monitorados quanto à receptividade.

A partir de novembro de 2004, o Estado passou a adquirir a anfotericina b lipossomal para tratamento de casos em crianças e adultos acima de 50 anos, acarretando redução na letalidade pela doença.

MAPA 12 - Classificação Epidemiológica dos municípios para Leishmaniose Visceral Americana, Estado de São Paulo, 2010

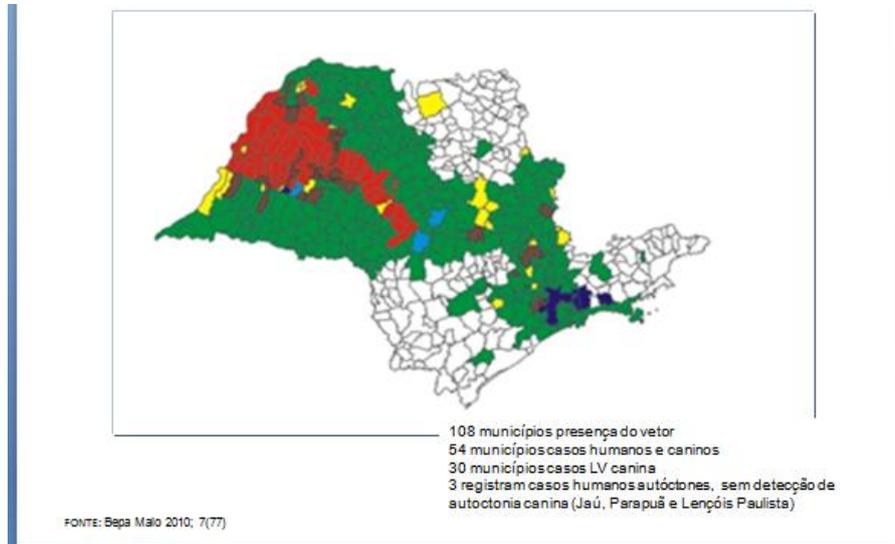
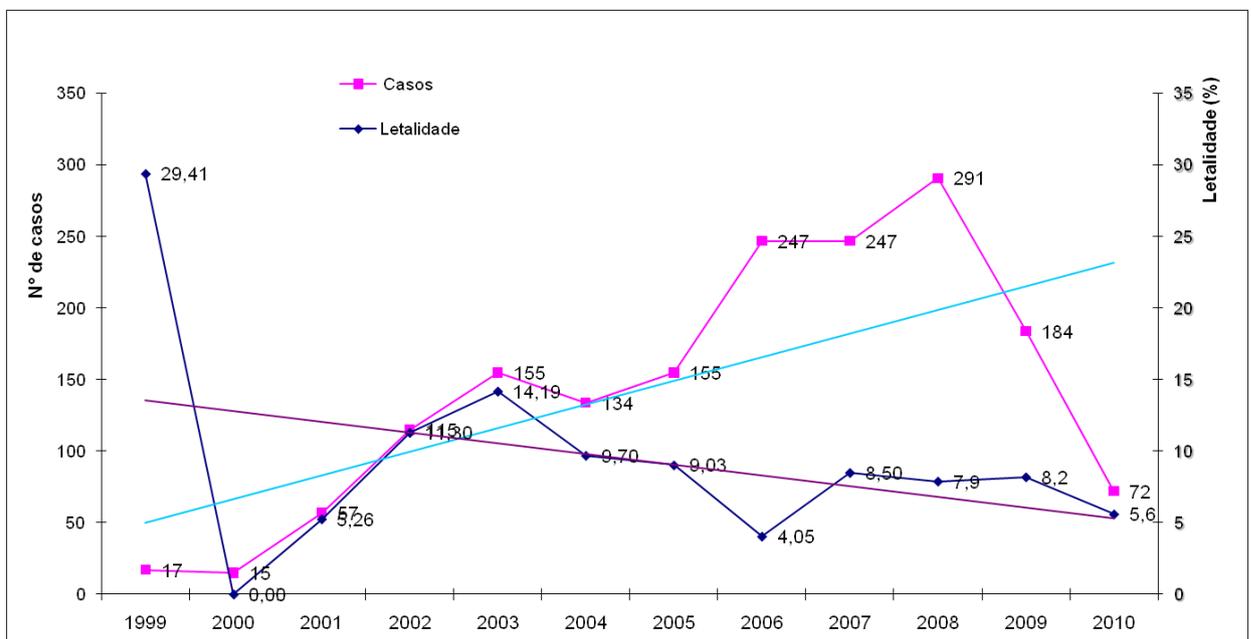
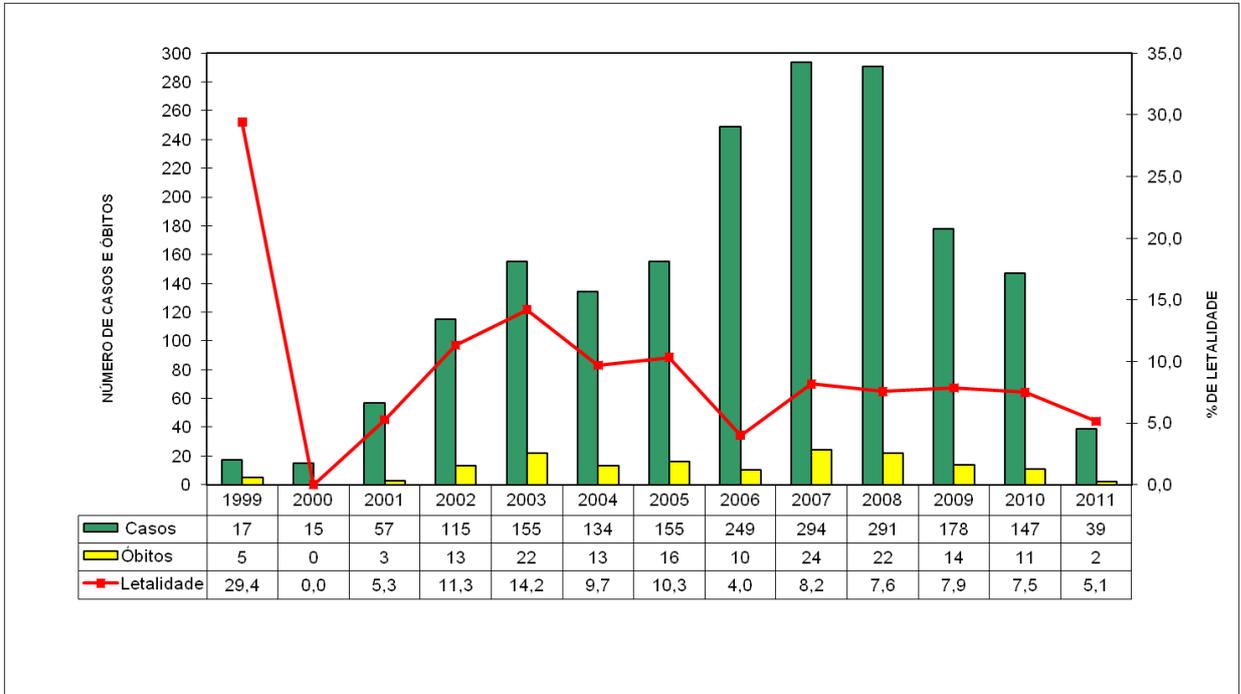


GRÁFICO 28 – Distribuição do número de casos autóctones de LVA e letalidade – Estado de São Paulo – 1999 a 2010



Fonte: SINAN, Divisão Zoonoses CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios até agosto de 2011.

GRÁFICO 29 – Distribuição do número de casos autóctones, óbitos e letalidade de Leishmaniose Visceral Americana, Estado de São Paulo, 1999 a 2011.

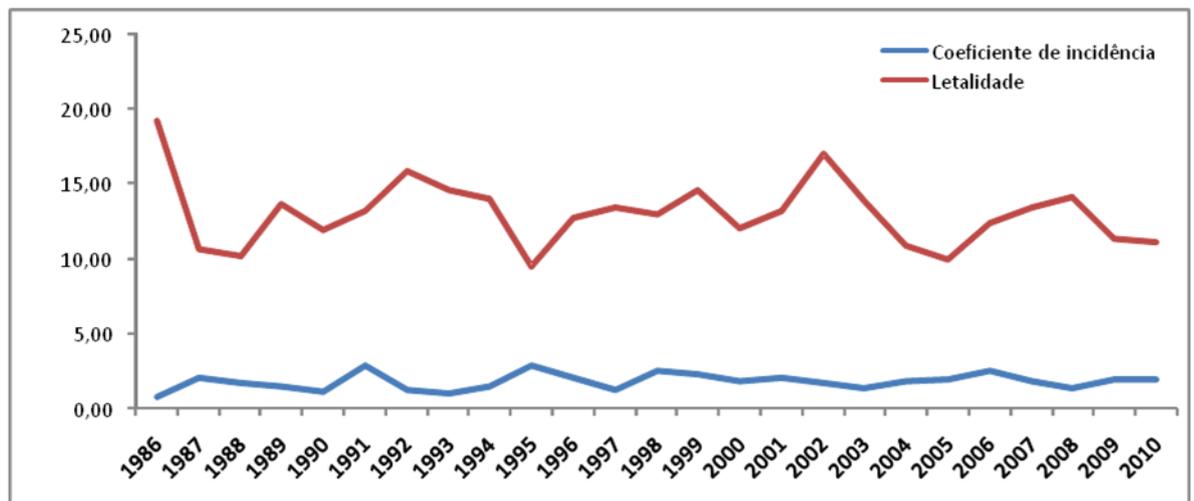


Fonte: SINAN, Divisão Zoonoses CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios até abril de 2011.

- Leptospirose

Doença aguda associada à presença de roedores na área urbana apresentou mais de 3 700 casos confirmados nos últimos cinco anos, com maior concentração na região metropolitana (62%) e letalidade entre 10% e 20%.

Gráfico 30- Coeficiente de Incidência e Letalidade da leptospirose, ESP – 1986 a 2010.

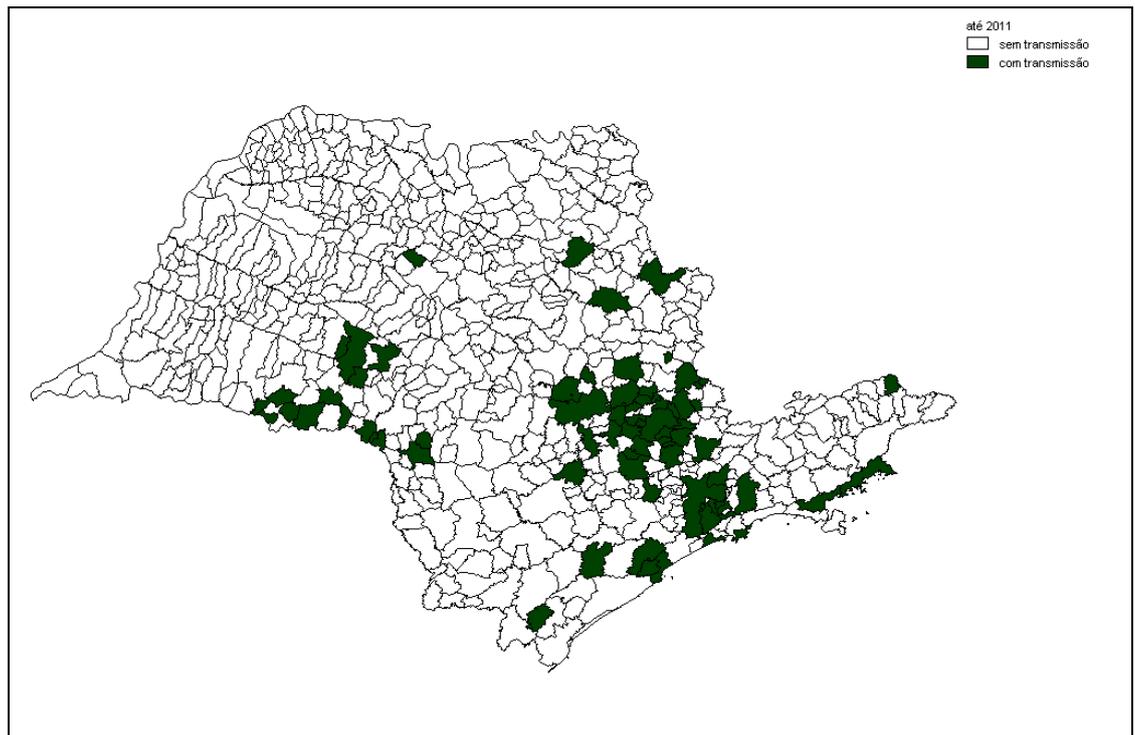


Fonte: SINAN e Div. Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios até 26/04/11

- Febre Maculosa

Em relação ao controle das doenças transmitidas por carrapatos, entre 2006 e 2010, foram realizadas pesquisas acarológicas 54 municípios do Estado, decorrentes de notificação de casos e de parasitismo humano e/ou da presença de carrapatos, respectivamente. As áreas de maior importância para estas doenças são as regiões de Campinas, Grande São Paulo, Piracicaba e São João da Boa Vista que registram os maiores números de febre maculosa.

Mapa 13- Distribuição dos casos confirmados de Febre Maculosa Brasileira segundo município de infecção, Estado de São Paulo, 1995 a 2011.



Fonte: SINAN, Divisão Zoonoses CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios atualizado em agosto de 2011.

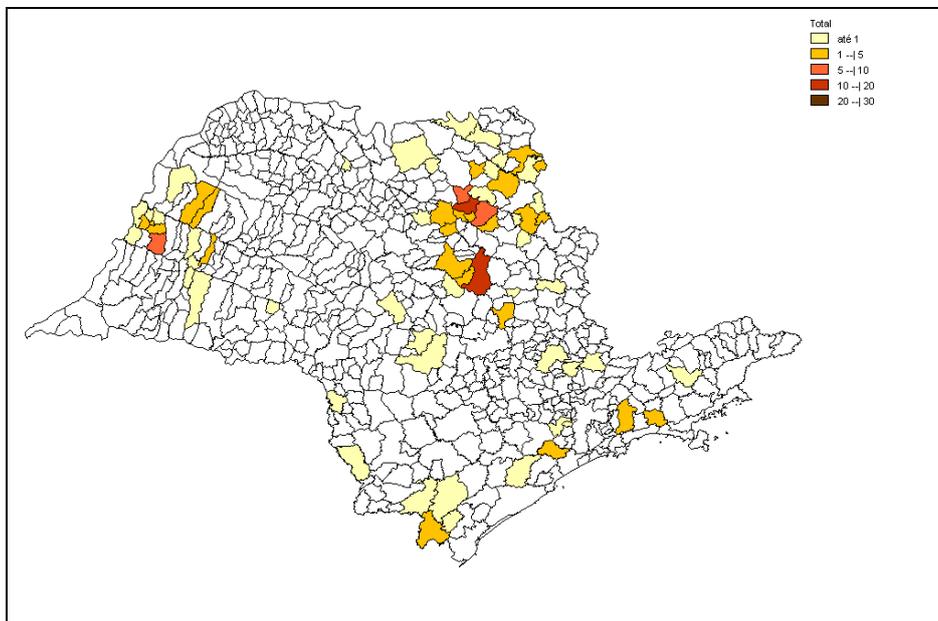
- Doença de Chagas

Desde 1970 não havia registros da Doença de Chagas Aguda (DCA) transmitida por vetores no Estado de São Paulo. Introduzida no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) a partir de 2003, encontramos registro de dois casos em 2006 (um óbito e outro com possível transmissão por hemoderivado). Em 2005, tivemos um caso de DCA em indivíduo que se contaminou no surto de transmissão oral ocorrido no Estado de Santa Catarina.

- Hantavirose

Doença emergente com alta letalidade (mais de 50% no Estado) apresenta 97 casos confirmados no período entre 2006 a 2010. Observando-se o local provável de infecção destacam-se as regiões de Ribeirão Preto e Araraquara, onde se concentram 40% e 16% dos casos.

Mapa 14- Distribuição dos casos confirmados de Hantavirus segundo município de infecção, Estado de São Paulo, 1993 a 2011.



Fonte: SINAN, Divisão Zoonoses CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios atualizado em 13/07/2011

- **Acidentes e Violência**

A violência, nos últimos anos, vem se apresentando como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Sabe-se que se trata de um fenômeno sócio-histórico que faz parte da experiência humana há longo tempo, afetando não somente a saúde individual, mas também a coletiva. As expressões da violência que ocorrem no Brasil são muito complexas, envolvendo questões sociais, culturais, familiares e individuais.

Estima-se que, a cada ano, as causas violentas sejam responsáveis por mais de um milhão de mortes no mundo, sem contar o ônus determinado pelas internações, consultas médicas, assistência psicológica e social.

A Divisão de Doenças Crônicas, buscando conhecer a magnitude dos acidentes e violências, estabeleceu, no ano de 2005, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no âmbito do Centro de Vigilância Epidemiológica um Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências, que atua em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A partir de 2006, em consonância com a legislação vigente (Estatuto da Criança e Adolescente, Lei Federal nº 10.778/03 e Lei Estadual nº 10.498/03), foi implantado o sistema de notificação de violências doméstica, sexual e outras.

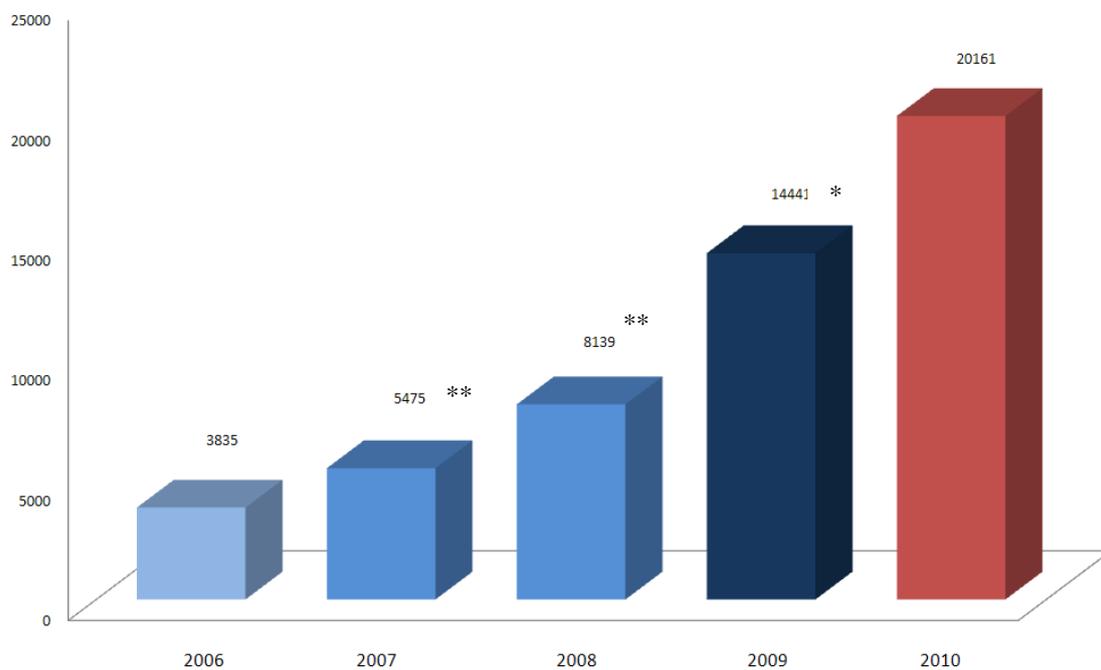
Em relação ao perfil das notificações no ano de 2010, a análise das 20.161 notificações registradas mostrou a predominância do sexo feminino, com 14.077 casos (70% do total), enquanto as notificações no sexo masculino foram 6.084 (30% do total). Segundo sexo e faixa etária observa-se que foram os mais jovens aqueles que concentraram o maior número de notificações para ambos os sexos. Cabe ressaltar que as notificações entre crianças e adolescentes menores de 19 anos representaram 45% do total.

As notificações segundo os diferentes tipos de violência no ano de 2010 mostram que a violência física isolada foi predominante, respondendo por pouco mais da metade dos casos (54,%). Visto que a ficha permite assinalar mais de um tipo de violência para um mesmo caso, ressalta-se que o total de notificações nas quais esse tipo de violência foi verificado chegou a 25.078 (66,% do total). O segundo lugar foi ocupado pela psicológica, que responde por 22,7% dos casos. O terceiro lugar foi ocupado pela violência sexual

isolada, responsável por 16,14% das notificações com maior predominância no sexo feminino. Seguiu-se a negligência, com 8%.

As notificações apresentadas referentes ao local de ocorrência no ano de 2010, são de 67% ocorridas na residência, seguido de 19% na via pública e 14% em outros locais.

Gráfico 31 - Notificação de violências no Estado de São Paulo segundo o ano de notificação, 2006 a 2010.

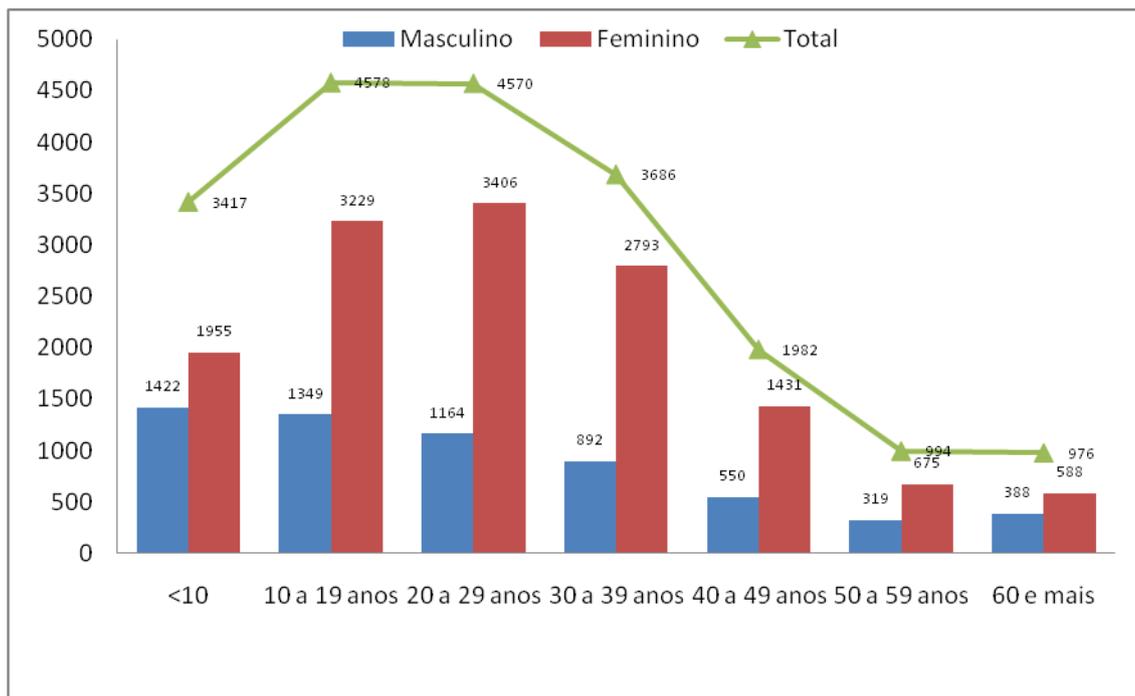


Fonte: SMS/ GVE/ Núcleo VIVA SP/ SES SP (EPI INFO +SINAN)

*Fonte: EPI INFO (2007 a 2008)

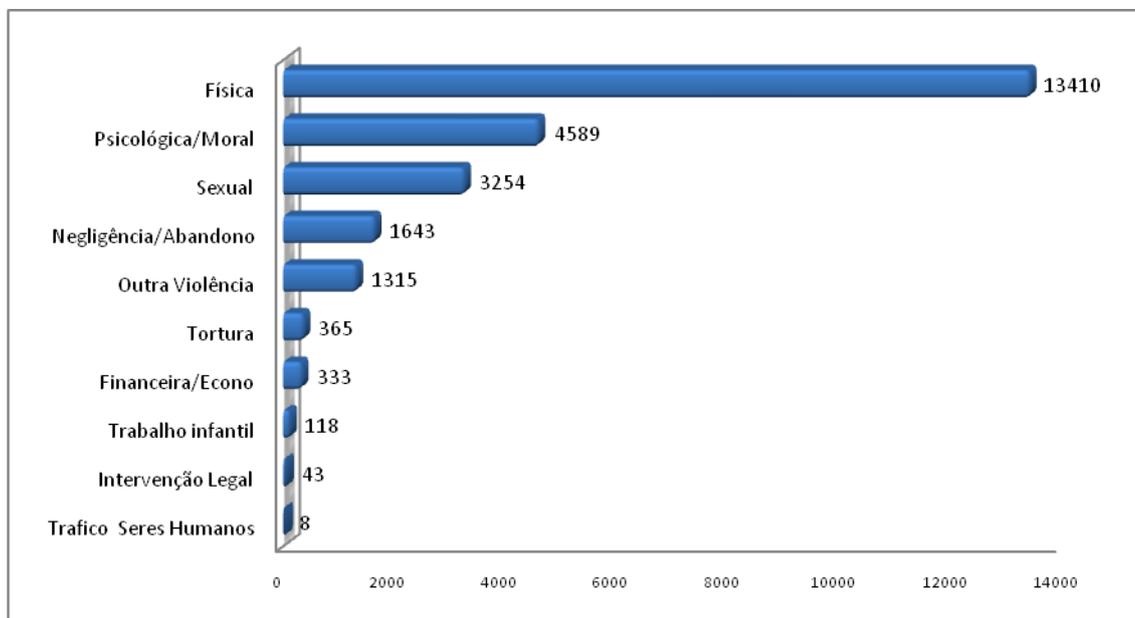
** Fonte: SINAN dados fechados em, 04/05/2010)

Gráfico 32 - Notificação de violências segundo sexo e faixa etária. Estado de São Paulo, 2010.



Fonte: SINAN NET (SMS/ GVE/ Núcleo VIVA SP/ SES SP)

Gráfico 33. Notificação de violências segundo tipologia - Estado de São Paulo, 2010.



Fonte: SINAN NET (SMS/ GVE/ Núcleo VIVA SP/ SES SP)

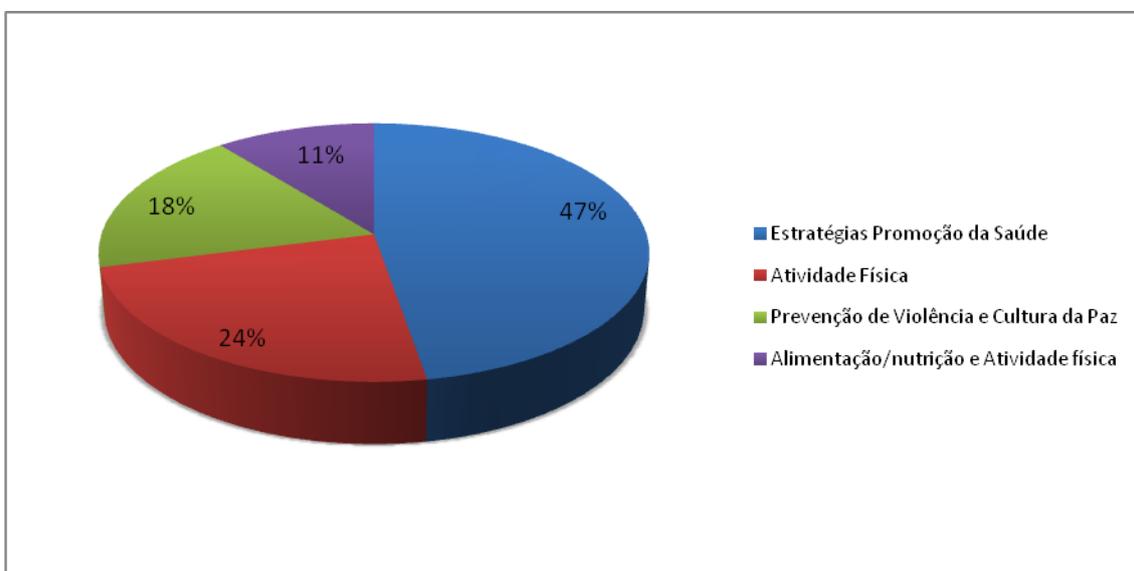
7. Promoção da Saúde

A rede de promoção da saúde no Estado de São Paulo conta, atualmente, com 17 interlocutores regionais e 95 municipais.

Encontram-se em andamento 11 projetos regionais de promoção da saúde no estado, o que corresponde a 64,7% do total de DRS e 49 projetos financiados pelo Fundo de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde em São Paulo. Estes projetos envolvem ações de capacitação (a exemplo da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável), educação em saúde, aquisição de equipamentos e análise e monitoramento dos dados do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).

Com financiamento da Portaria nº 184/SVS, de 24 de junho de 2010, 184 municípios no Estado de São Paulo têm desenvolvido ações de promoção cujas temáticas se distribuem segundo o quadro abaixo. (quadro 4).Essas ações são acompanhadas pelo Observatório estadual, criado com esse fim.

Quadro 4 - Projetos municipais cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde - SP, segundo eixo da PNPS, 2010



III – Gestão do SUS/SP

As diretrizes políticas de organização dos serviços e ações públicas de saúde foram estabelecidas, primeiramente, pela Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentadas pela Lei 8080/90– Lei Orgânica da Saúde (LOS) e 8142/90, que atreladas a sucessivos acordos interfederativos, direcionou a operacionalização do SUS, definindo competências e condições necessárias para que as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) assumissem suas respectivas atribuições no processo de implementação do sistema. A implantação de Normas Operacionais Básicas (NOB) 1991, 1993 e 1996, desencadeou um processo de descentralização, transferindo responsabilidades e recursos para estados e, especialmente para municípios, com vistas à operacionalização do SUS. Com o avanço do processo de descentralização da gestão do sistema, por meio da municipalização, outros problemas emergiram, por exemplo dificuldades de gestão local, perda da qualidade e ineficiência na utilização de recursos, indicando que seria necessário organizar o sistema de saúde em bases regionais, não sendo viável estabelecer serviços de saúde de toda a ordem de complexidade, em cada um dos municípios. Os pactos interfederativos que sucederam as NOB (NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde – e o Pacto pela Saúde, em vigor) passaram a dar ênfase na regionalização do sistema, buscando a melhor equação entre escala, escopo, acesso e qualidade. Esses acordos para a operacionalização do SUS deslocaram o papel das secretarias estaduais de prestadores diretos de serviços de saúde para a coordenação do sistema no âmbito estadual, mediada por instâncias de pactuação num sistema decisório compartilhado pelos três entes federados.

Embora as SES não tenham mais como papel preponderante a execução direta dos serviços e ações de saúde, a SES SP desempenha fortemente essa função ao administrar uma extensa rede de serviços estaduais de saúde, hospitalares ou ambulatoriais (da administração direta, autarquias e parcerias com Organizações Sociais: 71hospitais, 38 AME – ambulatórios Médicos Especializados, Hospitais de Ensino, outros), que são referência especializada ou de alta complexidade do sistema, incluindo alguns dos maiores e mais complexos hospitais nacionais, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o HC de Ribeirão Preto, da Unicamp, de Botucatu, entre outros.

A SES SP tem ainda a responsabilidade pela gestão, mediante pactuação com os gestores municipais (contratação, controle, avaliação, auditoria, regulação), de serviços de

natureza filantrópica, universitária e privados de maior complexidade e abrangência regional ou estadual.

A SES SP desempenha outro papel importante relacionado à ciência e tecnologia e ao complexo produtivo da saúde, por meio de seus institutos de pesquisa (Instituto Butantan, Instituto de Saúde, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Pasteur), FOSP e FURP.

1. Regionalização e Descentralização no Estado SUS/SP

A Secretaria de Estado da Saúde divide-se em 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS, reunidos em 05 macrorregiões e divididos em 64 Regiões de Saúde, que correspondem às regiões dos Colegiados de Gestão Regional – CGR, estabelecidos conjuntamente pela SES/SP e os municípios, por ocasião do estabelecimento do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo.

Quadro 5 - Composição Regional da Saúde, segundo macrorregião, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Região de Saúde, São Paulo, 2010

Macrorregião	DRS	Região de Saúde	Número de municípios	População 2010	%
Noroeste	Araçatuba	3	40	719.323	1,7
	Barretos	2	19	411.690	1,0
	São José do Rio Preto	7	101	1.470.348	3,6
	3	12	160	2.601.361	6,3
Nordeste	Araraquara	4	24	920.257	2,2
	Franca	3	22	649.807	1,6
	Ribeirão Preto	3	26	1.327.989	3,2
	São João da Boa Vista	3	20	773.781	1,9
	4	13	92	3.671.834	8,9
Sul	Baixada Santista	1	9	1.664.136	4,0
	Grande São Paulo	7	39	19.683.975	47,7
	Registro	1	15	273.566	0,7
	Sorocaba	3	48	2.243.016	5,4
	Taubaté	4	39	2.264.594	5,5
	5	16	150	26.129.287	63,3
Centro-oeste	Bauru	5	68	1.624.623	3,9
	Marília	5	62	1.068.408	2,6
	Presidente Prudente	5	45	722.192	1,8
	3	15	175	3.415.223	8,3
Centro-leste	Campinas	4	42	4.031.910	9,8
	Piracicaba	4	26	1.412.584	3,4
	2	8	68	5.444.494	13,2
Estado de São	17	64	645	41.262.199	100

Quadro 6 – População por Região de Saúde, Estado de São Paulo – 2010

DRS	REGIAO DE SAUDE	Total	%
ARAÇATUBA	CENTRAL DO DRS II	278.351	0,67
	DOS CONSÓRCIOS DO DRS II	250.483	0,61
	DOS LAGOS do DRS II	190.489	0,46
ARARAQUARA	CENTRAL DO DRS III	285.700	0,69
	CENTRO OESTE DO DRS III	131.724	0,32
	CORAÇÃO DO DRS III	355.884	0,86
	NORTE DO DRS III	146.949	0,36
BAIXADA SANTISTA	BAIXADA SANTISTA	1.664.136	4,03
BARRETOS	NORTE-BARRETOS	270.969	0,66
	SUL-BARRETOS	140.721	0,34
BAURU	BAURU	593.319	1,44
	JAU	319.496	0,77
	LINS	155.097	0,38
	POLO CUESTA	279.326	0,68
	VALE DO JURUMIRIM	277.385	0,67
CAMPINAS	BRAGANÇA	416.655	1,01
	CAMPINAS	1.665.989	4,04
	JUNDIAÍ	811.964	1,97
	OESTE VII	1.137.302	2,76
FRANCA	ALTA ANHANGUERA	146.942	0,36
	ALTA MOGIANA	116.161	0,28
	TRÊS COLINAS	386.704	0,94
GRANDE S.PAULO	ALTO DO TIETÊ	1.441.760	3,49
	FRANCO DA ROCHA	517.675	1,25
	GRANDE ABC	2.551.328	6,18
	GUARULHOS	1.221.979	2,96
	MANANCIAIS	986.998	2,39
	ROTA DOS BANDEIRANTES	1.710.732	4,15
	SÃO PAULO	11.253.503	27,27
MARÍLIA	ADAMANTINA	128.287	0,31
	ASSIS	236.188	0,57
	MARÍLIA	361.514	0,88
	OURINHOS	217.871	0,53
	TUPÃ	124.548	0,30
PIRACICABA	ARARAS	309.911	0,75
	LIMEIRA	332.852	0,81
	PIRACICABA	532.227	1,29
	RIO CLARO	237.594	0,58
PRESIDENTE PRUDENTE	ALTA PAULISTA	125.690	0,30
	ALTA SOROCABANA	380.077	0,92
	ALTO CAPIVARI	56.088	0,14
	EXTREMO OESTE PAULISTA	92.616	0,22
	PONTAL DO PARANAPANEMA	67.721	0,16
REGISTRO	VALE DO RIBEIRA	273.566	0,66
RIBEIRÃO PRETO	AQUÍFERO GUARANI	807.106	1,96
	HORIZONTE VERDE	393.431	0,95
	VALE DAS CACHOEIRAS	127.452	0,31
S.JOÃO BOA VISTA	BAIXA MOGIANA	302.331	0,73
	MANTIQUEIRA	262.825	0,64
	RIO PARDO	208.625	0,51
S.JOSÉ R.PRETO	CATANDUVA	289.152	0,70
	FERNANDÓPOLIS	110.626	0,27
	JALES	100.705	0,24
	JOSÉ BONIFÁCIO	91.718	0,22
	SANTA FÉ DO SUL	44.269	0,11
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	649.787	1,57
VOTUPORANGA	184.091	0,45	
SOROCABA	ITAPETININGA	397.799	0,96
	ITAPEVA	326.276	0,79
	SOROCABA	1.518.941	3,68
TAUBATÉ	ALTO VALE DO PARAÍBA	975.338	2,36
	CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO	450.280	1,09
	LITORAL NORTE	281.779	0,68
	V. PARAÍBA-REG. SERRANA	557.197	1,35
Total geral		41.262.199	100,00

A SES tem longa tradição de administração descentralizada: o histórico da descentralização na saúde no Estado de São Paulo guarda forte correspondência com os momentos da descentralização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). As

experiências de descentralização da SES antecedem a criação do SUS, a exemplo da “Reforma Leser”, de 1967, regulamentada por decreto em 1.969, e da criação dos 57 Escritórios Regionais de Saúde – ERSA – pelo Decreto 25.519, de 17/07/1986, que seriam posteriormente ampliados para 65. Essa segunda reforma implantada no governo Montoro tinha como um dos objetivos a adequação dos antigos Departamentos Regionais de Saúde aos Escritórios Regionais de Governo. A partir de 2005, os ERSA foram transformados em 24 Diretorias Regionais de Saúde – DIR - com mudança no papel que deveriam desempenhar na gestão do sistema estadual de saúde.

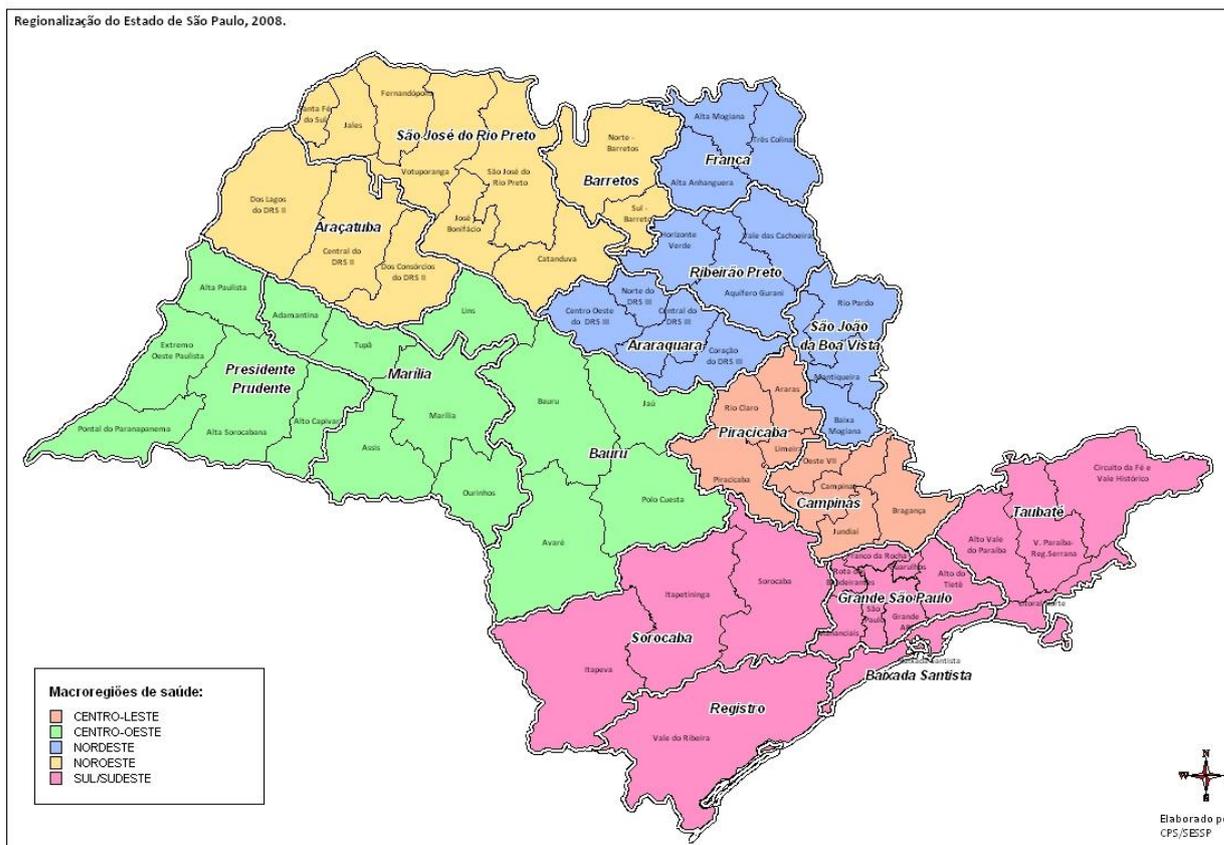
A distinção entre as estruturas descentralizadas da SES (sob nova conformação, com 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS, após a reforma de janeiro de 2007) e a construção de um sistema regionalizado, com o reconhecimento de 64 regiões de saúde mediante critérios que incorporaram dinâmicas sociais, econômicas e de fluxos assistenciais, pode ser percebida de forma mais clara a partir da definição do Plano Diretor de Regionalização, em 2007, segundo o Pacto pela Saúde.

Na configuração atual, há 64 regiões de saúde e 17 DRS – estes correspondem a estruturas administrativas descentralizadas da SES.

Regiões de Saúde segundo o Pacto pela Saúde são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados do território”. Esses critérios incluíram: contiguidade intermunicipal, fluxos, acessibilidade, compatibilização de economia de escala e equidade no acesso; resolubilidade da região em média complexidade (lembrando que a alta complexidade e uma parte média podem ser negociadas com outras regiões). A essas regiões correspondem espaços de decisão formados pela SES e municípios, chamados Colegiados de Gestão Regional - CGR.

Estas Regiões apresentam grande diversidade econômica, social e assistencial, assim, o planejamento estadual deve priorizar o papel das instâncias regionais - DRS e CGR na identificação dos problemas de saúde, investimentos e programas necessários para minimizar essas disparidades regionais.

Mapa 15 – Estado de São Paulo segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde

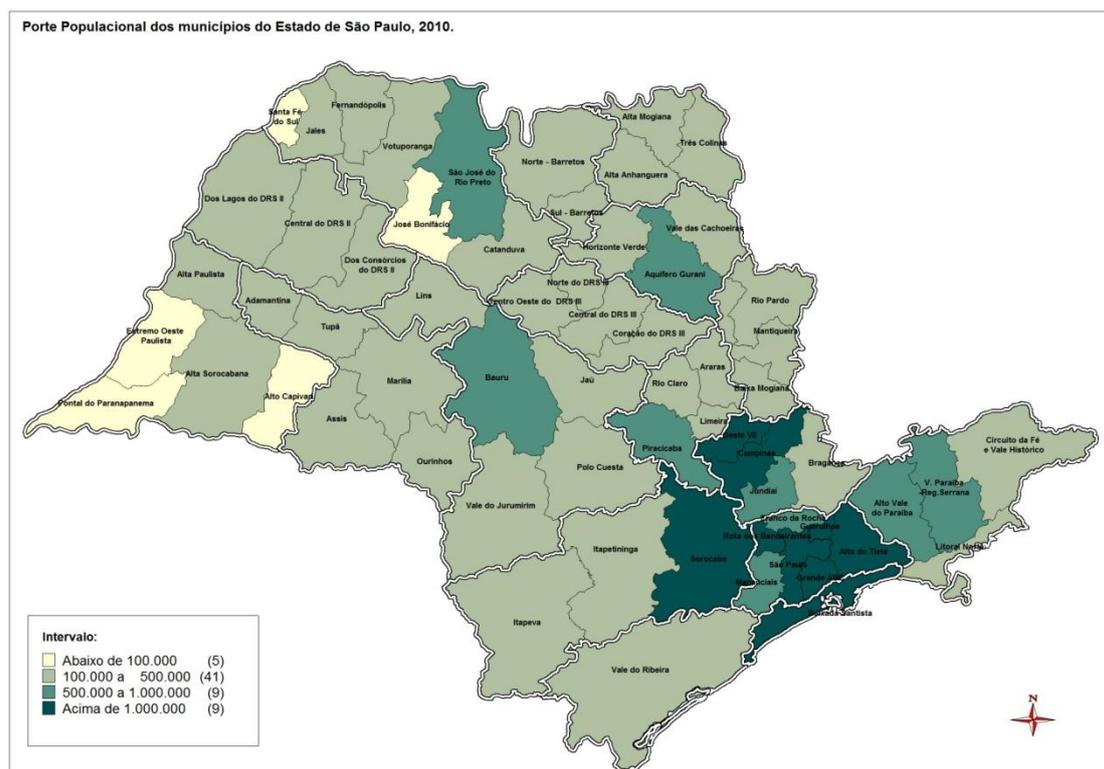


Tanto as Macroregiões como os DRS apresentam grandes diferenças populacionais, com concentração nas regiões da Grande São Paulo - DRS 1 – cerca de 48% da população do Estado e na região de Campinã, com cerca de 10% da população.

Da mesma forma, as regiões de saúde não tem distribuição uniforme da população, com cinco regiões com menos de 100 mil habitantes, 14 regiões com 100 a 200 mil habitantes, 27 regiões entre 200 a 500 mil habitantes e 18 com mais de 500 mil habitantes, entre as quais a Capital com 11 milhões de habitantes.

O mapa a seguir apresenta as regiões segundo porte populacional.

Mapa 16 –Porte Populacional dos municípios do Estado de São Paulo 2010



O desafio que se coloca é a definição dos sistemas regionais de saúde com o aprimoramento da gestão descentralizada, que se tornou uma das prioridades da atual gestão, em sintonia com as prioridades nacionais.

Portanto a SES/SP cria o Grupo Técnico Bipartite de Gestão Regional pela Deliberação CIB nº 17 de 4/05/11 com o intuito de definir as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) para este estado. Assim, os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade da atenção à saúde num determinado território.

2. Saúde Suplementar

Embora no Estado de São Paulo, tal como no Brasil, o SUS seja o principal sistema responsável pelo atendimento da população, é preciso salientar que a proporção de paulistas com acesso aos planos privados de saúde é bem maior que a média nacional. No Estado como um todo, cerca de 44% da população tem planos privados de saúde, enquanto os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar apontavam 21% de cobertura nacional (Tabela 21).

Tabela 21 – População Total e Beneficiária do Sistema da Saúde Suplementar segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – Estado de São Paulo – 2010

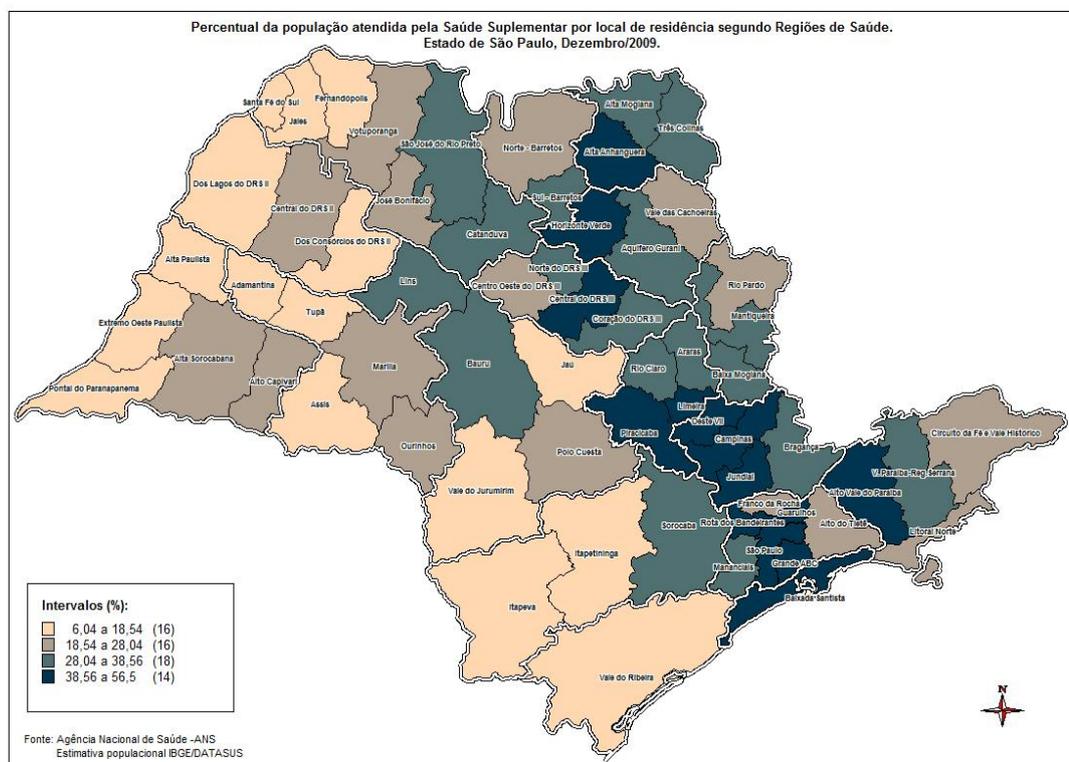
DRS	Total	Beneficiária S. Suplementar	%
1 Grande São Paulo	19.672.582	10.327.878	52,5
2 Araçatuba	719.434	144.277	20,1
3 Araraquara	920.385	334.280	36,3
4 Baixada Santista	1.663.082	677.527	40,7
5 Barretos	411.484	126.703	30,8
6 Bauru	1.625.045	407.872	25,1
7 Campinas	4.033.425	2.005.812	49,7
8 Franca	649.995	224.338	34,5
9 Marília	1.068.326	228.343	21,4
10 Piracicaba	1.413.184	597.748	42,3
11 Presidente Prudente	722.298	154.062	21,3
12 Registro	273.626	28.339	10,4
13 Ribeirão Preto	1.328.535	510.693	38,4
14 São João Boa Vista	773.518	254.970	33,0
15 São José do Rio Preto	1.470.683	456.046	31,0
16 Sorocaba	2.243.835	653.431	29,1
17 Taubaté	2.262.723	852.727	37,7
Total	41.252.160	18.102.899	43,9

Fonte: IBGE (Censo 2010) e ANS/MS (Dez/2010).

A cobertura do setor privado de planos de saúde deve ser levada em conta no planejamento das necessidades das redes regionais do SUS e no cálculo de indicadores de cobertura, especialmente naquelas regiões com grande rede privada hospitalar e ambulatorial, que atende aos planos e seguros de saúde.

Outro desafio a se considerar é de que forma o planejamento do sistema público deve considerar a participação da saúde suplementar na assistência, considerando que em média, no estado a cobertura de segurados de planos de saúde é de 44%. O mapa a seguir apresenta a cobertura por região de saúde.

Mapa 17 Percentual da população atingida pela Saúde Suplementar por regiões de Saúde no Estado de São Paulo – 2009.



É neste cenário desafiador, mas repleto de possibilidades, que os gestores de forma solidária, devem planejar e executar suas políticas de saúde, prestando contas à sociedade.

3. Capacidade instalada no SUS/SP

O Estado de São Paulo possui a maior capacidade instalada vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS no país, com 4,5 mil Unidades Básicas de Saúde, 582 hospitais e 1,5 mil ambulatórios de especialidade distribuídos pelo Estado.

Tabela 22 – Tipos de Unidades de Saúde do SUS por Departamento Regional de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde, 2010

Regional de Saúde	Unidades Básicas*	Centro de Atenção Psicossocial	Ambulatórios de Especialidade*	Unidade Mista	Hospital Dia	Hospitais
01 Grande São Paulo	1.106	104	397	6	5	149
02 Araçatuba	119	3	37	1	0	23
03 Araraquara	154	6	47	1	0	20
04 Baixada Santista	151	21	78	0	3	15
05 Barretos	87	3	31	4	1	12
06 Bauru	291	13	84	0	2	50
07 Campinas	447	37	164	2	5	49
08 Franca	115	3	44	0	0	13
09 Marília	267	12	51	0	0	42
10 Piracicaba	210	10	83	2	0	16
11 Presidente Prudente	189	7	22	0	0	22
12 Registro	82	0	2	1	0	6
13 Ribeirão Preto	171	9	86	2	0	25
14 S.João da Boa Vista	120	11	55	0	0	24
15 S.José do Rio Preto	306	10	79	0	1	44
16 Sorocaba	350	20	118	0	0	38
17 Taubaté	352	18	91	7	3	34
TOTAL	4.517	287	1.469	26	20	582

Fonte: CNES/dez/2010. *Unidades básicas: Centro de Apoio a Saúde da Família, Centro de Saude/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde; Ambulatórios de Especialidade: Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Policlínica.

Do total de hospitais do SUS/SP, retirados os hospitais psiquiátricos e aqueles destinados aos pacientes crônicos, temos 485 hospitais gerais e especializados, com cerca de 63 mil leitos no total, dos quais 49 mil são leitos SUS e 13,5 mil destinados à rede privada de planos e seguros de saúde (Tabela 23). É preciso salientar que parte importante dos hospitais do SUS é de natureza filantrópica e reserva parcela de seus leitos para atendimento privado (Sistema de Saúde Suplementar).

Além destes leitos do SUS, o Estado de São Paulo contava em 2010, com 248 hospitais privados (gerais e especializados, sem contar os psiquiátricos e crônicos) sem relação com o SUS, que atendem a rede de planos e seguros de saúde, que possuem 21,6 mil leitos. Portanto, são disponibilizados à rede privada, no total, cerca de 35 mil leitos. A rede hospitalar (SUS e privado) do Estado possui 85 mil leitos no total.

Realçamos que tomando como base a rede de hospitais vinculados ao SUS existem 1,53 leitos gerais e especializados/SUS por mil habitantes no Estado em 2010 (excluídos apenas os psiquiátricos e de longa permanência). Alguns estudos discutem a pertinência de se utilizar a relação de leitos de hospitais do SUS por mil habitantes, como habitualmente é apresentada, desconsiderando-se a parcela significativa da população que utiliza plano privado de saúde. Tomando-se o total de leitos acima apontado, o Estado apresenta 2,05

leitos gerais e especializados por mil habitantes, sendo 2,1 leitos SUS/ mil habitantes SUS dependentes e 1,99 leitos privados/mil beneficiários. Estes dados precisam ser analisados região por região, mas não se pode afirmar, de forma geral, que faltam leitos no Estado de São Paulo.

A taxa de ocupação média na rede SUS era de 63% e quando se divide os hospitais por porte, nota-se que 161 são pequenos hospitais (com menos de 50 leitos) com cerca de 5,3 mil leitos. Os pequenos hospitais apresentam taxas de ocupação ainda mais baixas, de 36%. Os hospitais com 50 a 151 leitos também apresentam taxas de ocupação de 52%.

O pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária e de difícil sustentabilidade econômica, o que é confirmado pelas baixas taxas de ocupação verificadas para estas unidades, com média de permanência de 3,2 dias. Por estas razões, este tipo de unidade hospitalar precisa ser redesenhada para atendimento de outras necessidades de saúde locais, como por exemplo hospital dia de saúde mental ou para idosos.

Assim, a instalação de leitos, que se desenvolveu historicamente de maneira desordenada, provoca dificuldades assistenciais para determinadas microrregiões, nas quais a demanda supera a oferta, enquanto em outros locais constata-se a ociosidade de leitos. Portanto, a solução para o acesso aos hospitais não passa necessariamente pela criação de novos serviços. Em muitos casos, o desenvolvimento adequado de logística de transporte e a implantação de um sistema de regulação de leitos efetivo entre as regiões, pode garantir a adequada internação dos pacientes em hospitais de regiões próximas aos seus municípios de residência. Além disso, em todo o mundo, têm-se buscado, com sucesso, substituir ou reduzir o tempo de internação pelo desenvolvimento de modelos de atenção à saúde ambulatorial, com objetivos que não envolvem apenas a redução de custos da atenção à saúde, mas também garantir melhor qualidade no atendimento e redução de riscos para os pacientes.

Tabela 23- Hospitais gerais e especializados do SUS/SP, por porte, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – 2010

DRS	≤50 leitos			51-150 leitos			≥151 leitos			Total		
	Hosp	leitos	leitos sus	Hosp	leitos	leitos sus	Hosp	leitos	leitos sus	Hosp	leitos	leitos sus
1 Grande S. Paulo	18	579	545	35	3.549	3.196	68	22.685	18.845	121	26.813	22.586
2 Araçatuba	8	256	167	10	926	649	1	344	284	19	1.526	1.100
3 Araraquara	8	181	133	5	352	223	4	864	569	17	1.397	925
4 Baixada Santista	4	175	172	4	328	272	6	1.920	1.368	14	2.423	1.812
5 Barretos	6	204	164	4	303	231	2	544	451	12	1.051	846
6 Bauru	17	539	421	19	1.396	1.150	8	1.973	1.577	44	3.908	3.148
7 Campinas	15	532	478	19	1.744	1.240	10	2.512	2.052	44	4.788	3.770
8 Franca	6	247	164	5	469	325	1	305	241	12	1.021	730
9 Marília	15	558	367	13	1.347	1.040	3	617	481	31	2.522	1.888
10 Piracicaba	2	58	47	9	943	640	3	855	571	14	1.856	1.258
11 Pres. Prudente	4	122	94	11	754	578	3	868	701	18	1.744	1.373
12 Registro	4	49	49	1	59	46	1	175	175	6	283	270
13 Ribeirão Preto	6	201	147	11	989	606	3	1.230	1.095	20	2.420	1.848
14 S. J. Boa Vista	6	228	170	8	827	579	3	534	407	17	1.589	1.156
15 S. J. Rio Preto	24	737	264	10	984	646	7	1.945	1.311	41	3.666	2.221
16 Sorocaba	10	386	317	13	1.208	844	4	1.198	986	27	2.792	2.147
17 Taubaté	8	260	200	11	1.122	767	9	1.821	1.410	28	3.203	2.377
São Paulo	161	5.312	3.899	188	17.300	13.032	136	40.390	32.524	485	63.002	49.455

Fonte: CNES/2010. Nota: Total de Hospitais Gerais e Especializados subtraídos dos hospitais de psiquiatria e pacientes crônicos.

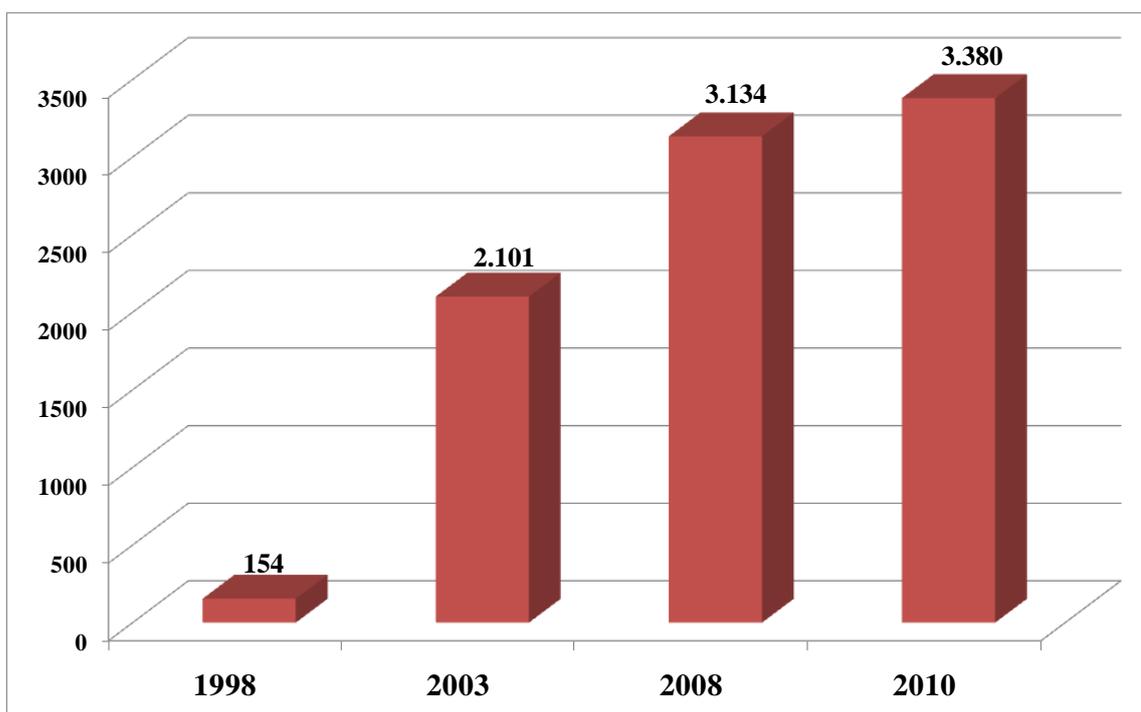
Finalmente, existem 54 hospitais psiquiátricos no SUS/SP em 2010 com 13,5 mil leitos. Com relação à evolução histórica, os leitos psiquiátricos existentes na rede SUS/SP caíram de 39 mil em 1980 para 13,5 mil em 2010. Esta grande redução foi devido à queda das internações em saúde mental, parte do modelo de “desospitalização” adotado pelo SUS nacional e paulista. A redução de leitos psiquiátricos justifica as altas taxas de ocupação verificadas em todas as regiões do Estado, que oscilam de 80 a 103%, uma vez que existe ampliação da demanda para tratamento de distúrbios mentais, inclusive com o aumento da dependência de álcool e drogas, que muitas vezes dependem de períodos de internação, como parte da terapia.

Por outro lado, a atenção ambulatorial no SUS/SP apresentou grande ampliação de unidades básicas de saúde (aqui incluídos os postos e centros de saúde, além das unidades de saúde da família), que passaram de cerca de 3 mil em 1998 para 4,5 mil atualmente e também de ambulatorios de especialidades, que passaram de 445 em 1998 para mais de 1,4 mil unidades em 2010.

A rede ambulatorial de saúde mental também apresentou aumento considerável no período, passando de 57 em 1998 para 287 em 2010.

A estratégia de saúde da família foi iniciada no Estado por volta do ano de 1996, por meio do Programa Qualis da SES/SP na Capital e posteriormente, de acordo com as disposições do SUS, este programa foi municipalizado e as demais equipes de saúde da família foram sendo cadastradas pelos municípios respectivos. O crescimento do número de equipes de saúde é apresentado no Gráfico 20.

Gráfico 34 – Número de Equipes do Programa de Saúde da Família. Estado de São Paulo – 1998, 2003 e 2008



Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS

Atualmente a ESF no estado de São Paulo conta com 1,2 mil equipes, com cobertura de 28% da população. Há que se salientar que, antes do PSF, o Estado de São Paulo já possuía uma grande rede de unidades básicas de saúde convencionais e muitos municípios mantiveram os dois sistemas de atenção básica em coexistência. No total existem 4,4 mil unidades básicas no Estado, incluídas as unidades do PSF.

Também é preciso salientar que como grande parte da população do Estado possui seguros e planos privados de saúde, o PSF não precisa e nem deverá atingir 100% de cobertura da população.

Tabela 24 - Equipes de Saúde da Família Implantadas e Cobertura Estimada. Estado de São Paulo, 2001 e 2010.

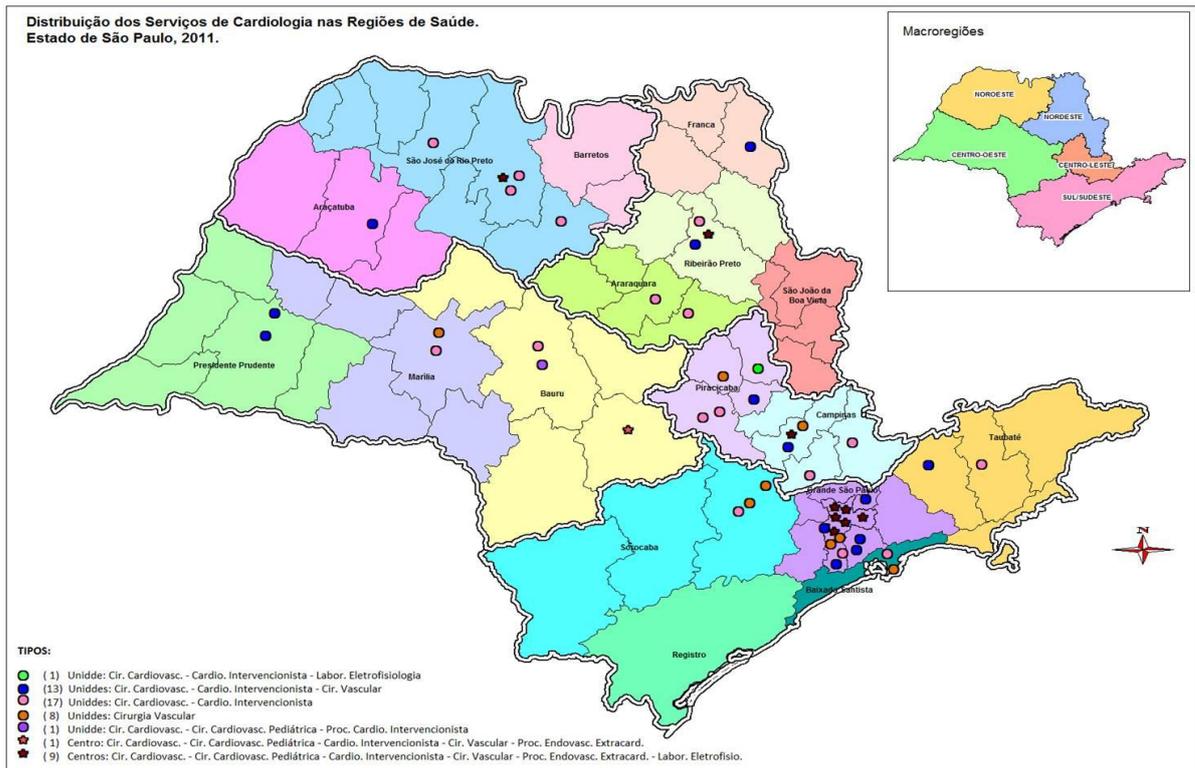
DRS	ESF Implantados 2001	POPULAÇÃO ESTIMADA 2001	% Estimado da População Acompanhada 2001 *	ESF Implantados 2010	POPULAÇÃO CENSO 2010	% Estimado da População Acompanhada 2010 *
1 GRANDE S. PAULO	280	18.128.061	5,33	1.355	19.683.975	23,75
2 ARAÇATUBA	89	664.089	46,24	145	719.323	69,54
3 ARARAQUARA	14	838.247	5,76	75	920.257	28,12
4 BAIXADA SANTISTA	22	1.505.898	5,04	132	1.664.136	27,37
5 BARRETOS	10	392.241	8,80	52	411.690	43,58
6 BAURU	32	1.490.971	7,40	137	1.624.623	29,09
7 CAMPINAS	117	3.464.825	11,65	267	4.031.910	22,85
8 FRANCA	15	600.194	8,62	61	649.807	32,39
9 MARÍLIA	83	1.020.225	28,07	163	1.068.408	52,63
10 PIRACICABA	54	1.273.441	14,63	117	1.412.584	28,58
11 PRESIDENTE PRUDENTE	99	689.580	49,53	150	722.192	71,66
12 REGISTRO	36	274.066	45,32	57	273.566	71,88
13 RIBEIRÃO PRETO	31	1.156.019	9,25	68	1.327.989	17,67
14 S. JOÃO B. VISTA	26	738.731	12,14	53	773.781	23,63
15 S. JOSÉ R. PRETO	68	1.349.933	17,38	166	1.470.348	38,95
16 SOROCABA	99	2.012.364	16,97	156	2.243.016	23,99
17 TAUBATÉ	100	2.031.220	16,98	226	2.264.594	34,43
Total geral	1.175	37.630.105	10,77	3.380	41.262.199	28,26

Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS e IBGE/Datasus.

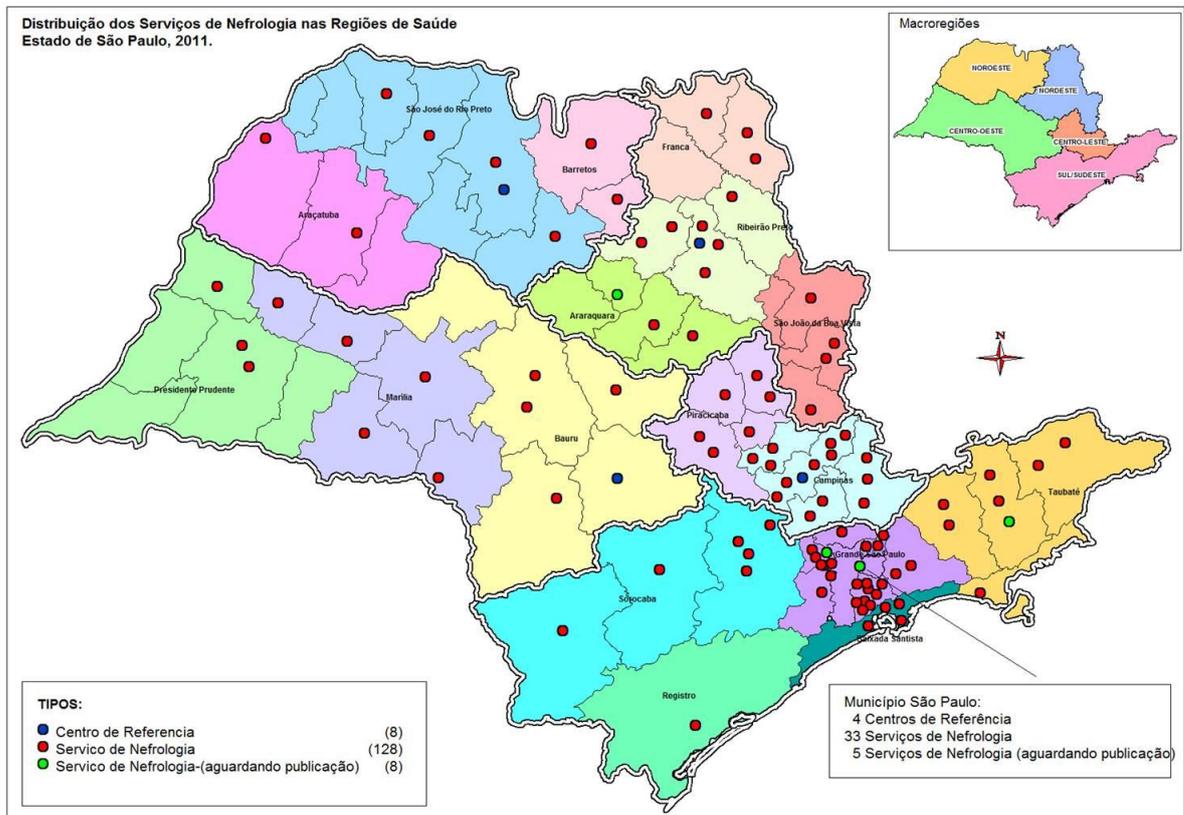
(*) Nº de ESF x 3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma ESF).

Finalmente, o SUS/SP possui grande quantidade de serviços de alta complexidade e apresentam-se nos Mapas 17 a 21 a situação das redes de alta complexidade já implantadas no SUS/SP, oncologia, cardiologia, nefrologia, neurologia, traumato-ortopedia, conforme as normas do Ministério da Saúde. Estes e outros serviços são responsáveis por atendimentos não apenas à população paulista, mas são referência para outros estados e regiões do país.

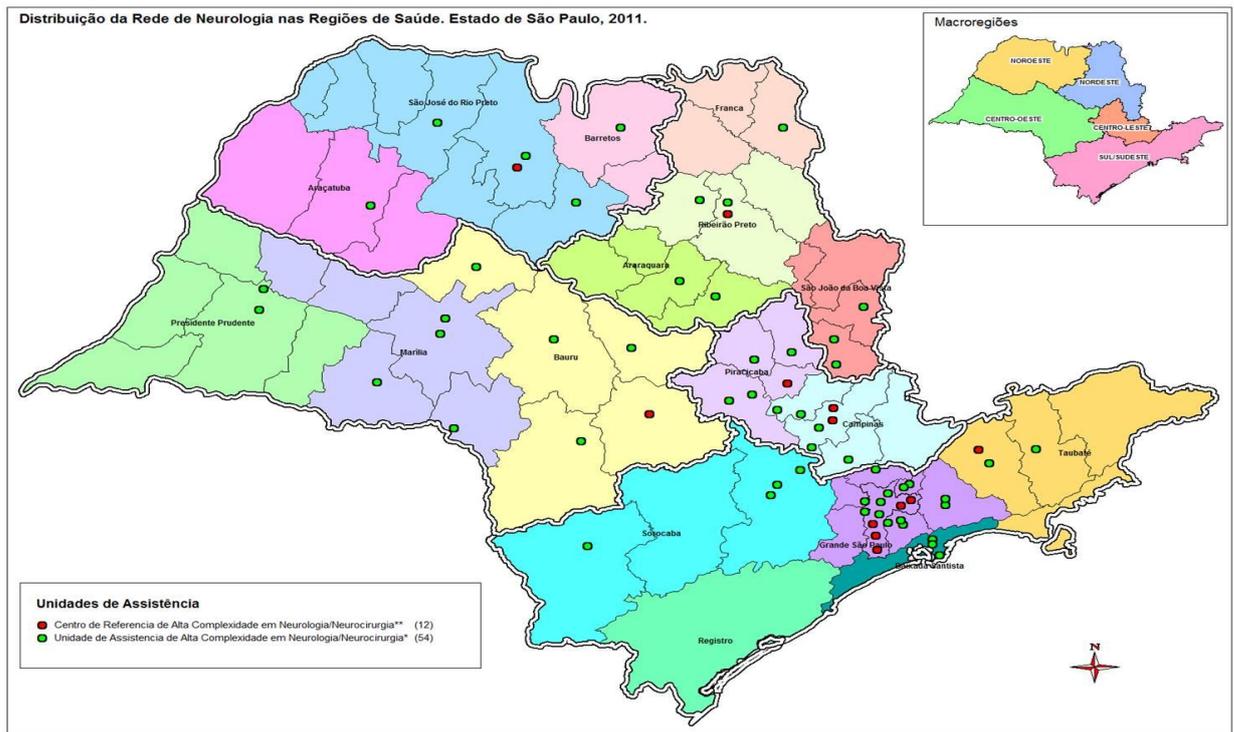
Mapa 18 – Distribuição dos Serviços de Cardiologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.



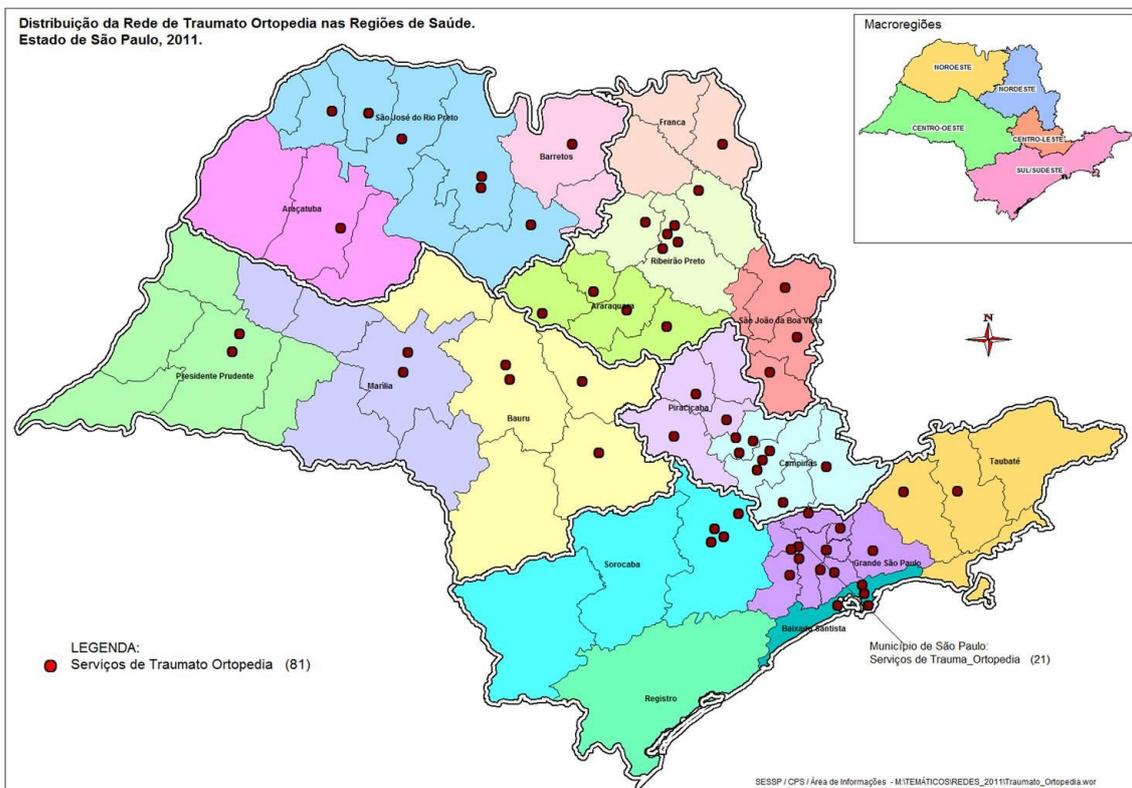
Mapa 19 – Distribuição dos Serviços de Nefrologia nas Regiões de Saude do Estado de São Paulo, 2011.



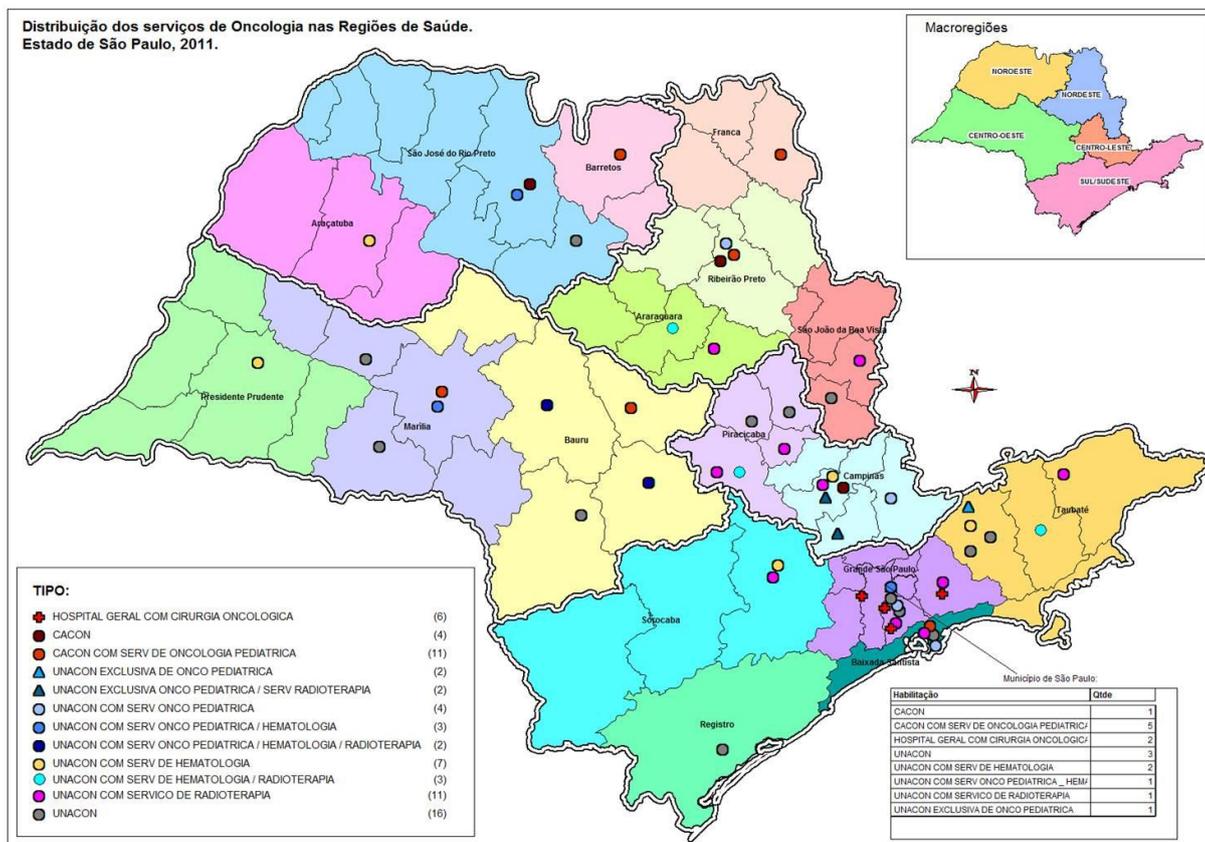
Mapa 20 – Distribuição dos Serviços de Neurologia nas Regiões de Saude do Estado de São Paulo, 2011.



Mapa 21 – Distribuição dos Serviços de Traumatologia Ortopédica nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.



Mapa 22 – Distribuição dos Serviços de Oncologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.



4. Produção do SUS/SP

Pode-se notar na Tabela 26, que apresenta o valor total pago pelo Ministério da Saúde para a produção ambulatorial e hospitalar do Estado nos anos de 2001 e 2010, que houve grande aumento dos valores financeiros brutos, de cerca de 163% no período.

Observe-se que este valor não inclui o pagamento da atenção básica, pois este tipo de atenção deixou de ser pago por produção e passou a ser pago per capita, conforme as regras do Ministério da Saúde, ao instituir o Piso de Atenção Básica – PAB.

Tabela 25 - valores pagos (R\$) pelo SUS para o total de produção ambulatorial e hospitalar segundo Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2001 e 2010

DRS de Ocorrência	Valor Pago 2001	Valor Pago 2010	Varição % no período
1 Grande São Paulo	1.297.568.394,51	3.394.115.614,34	161,58
2 Araçatuba	38.317.616,72	97.797.458,37	155,23
3 Araraquara	43.753.401,61	114.862.282,77	162,52
4 Baixada Santista	80.504.963,46	235.549.543,84	192,59
5 Barretos	38.539.583,57	172.958.366,29	348,78
6 Bauru	163.350.128,68	384.576.060,77	135,43
7 Campinas	251.111.167,69	652.820.164,46	159,97
8 Franca	32.709.158,27	96.287.246,05	194,37
9 Marília	87.159.779,66	214.158.190,54	145,71
10 Piracicaba	75.012.585,43	193.327.138,52	157,73
11 Presidente Prudente	45.398.892,68	130.554.961,90	187,57
12 Registro	10.840.534,24	28.419.080,66	162,16
13 Ribeirão Preto	120.714.640,67	316.248.889,99	161,98
14 São João Boa Vista	57.681.051,98	121.458.804,69	110,57
15 São José do Rio Preto	138.862.679,14	350.311.759,18	152,27
16 Sorocaba	128.700.084,81	323.727.269,48	151,54
17 Taubaté	106.653.443,41	327.021.722,37	206,62
Total	2.716.878.623,13	7.154.237.389,90	163,33

Fonte: SIASUS e SIHSUS -DATASUS/MS

5. Produção hospitalar do SUS/SP

No período de 2001 a 2010, o SUS/SP ampliou o número de internações em 8%, passando de 2,18 milhões para 2,35 milhões. As internações divididas por especialidade mostram que ocorreu grande queda no número de internações em psiquiatria (com redução de 34% no período) e de obstetrícia (redução de 17%). Assim a ampliação total de internações se deu por aumento nas internações de clínica médica e, principalmente pelo grande aumento nas internações cirúrgicas, apontando para o aumento da complexidade da rede hospitalar do SUS/SP e a ampliação de acesso ocorrida no período para estes procedimentos.

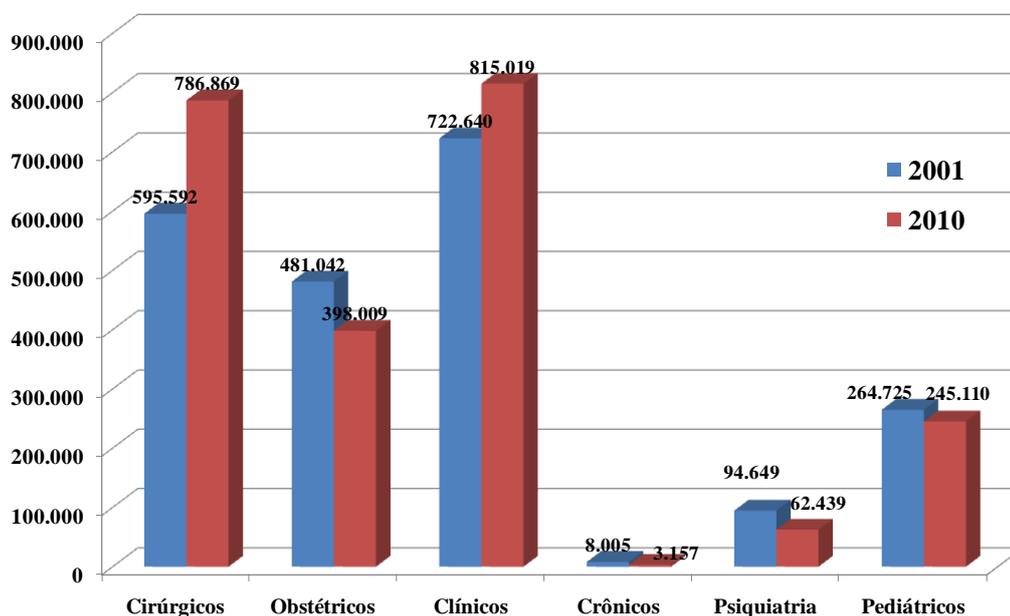
Tabela 26. Número de Internações e respectivo percentual segundo especialidade no SUS/SP – 2001 e 2010

Especialidade	2001		2010		Varição%
		%		%	10/01
Cirúrgicos	595.592	27,34	786.869	33,47	32,1
Obstétricos	481.042	22,08	398.009	16,93	-17,3
Clínicos	722.640	33,17	815.019	34,66	12,8
Crônicos	8.005	0,37	3.157	0,13	-60,6
Psiquiatria	94.649	4,34	62.439	2,66	-34,0
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	7.039	0,32	955	0,04	-86,4
Pediátricos	264.725	12,15	245.110	10,42	-7,4
Reabilitação	148	0,01	304	0,01	105,4
Leito Dia / Cirúrgicos	-	-	28.197	1,20	-
Leito Dia / Aids	-	-	2.742	0,12	-
Leito Dia / Fibrose Cística	-	-	3	0,00	-
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	-	-	2.672	0,11	-
Leito Dia / Geriatria	-	-	311	0,01	-
Leito Dia / Saúde Mental	4.821	0,22	5.394	0,23	11,9
Total	2.178.661	100,00	2.351.181	100,00	7,9

Fonte: SIHSUS - DATASUS/MS. Nota: Excluído AIH's Tipo 5 (Longa Permanência).

Note-se ainda a queda da participação da obstetrícia e da pediatria no total de internações em números absolutos. Esta redução reflete o envelhecimento da população e a queda de fecundidade no estado.

Gráfico 35 - Número de Internações segundo especialidade no SUS/SP – 2001 e 2010



Com relação à natureza do prestador, pode-se observar que em 2010, os hospitais filantrópicos (como as Santas Casas) são responsáveis por 50,4% das internações no SUS/SP e os hospitais estaduais (da Administração Direta, Indireta – autarquias e fundações, bem como gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS), representam o segundo maior grupo com 30% das internações (ou 705 mil), fato que representa grande aumento em relação à participação estadual de 17% do total das internações em 1998.

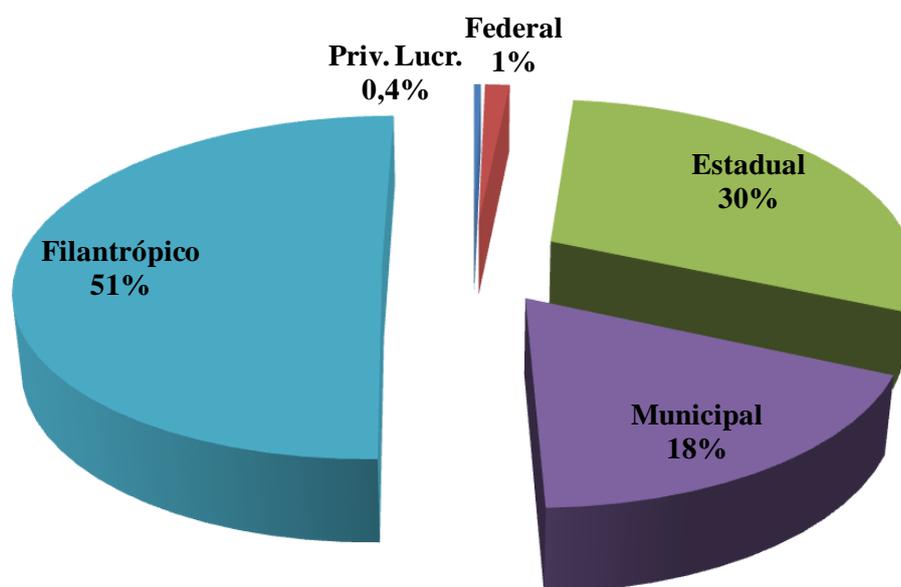
Tabela 27 - Internações no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador - 2010

Especialidade	Priv. Lucr.		Federal		Estadual		Municipal		Filantrópico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01-Cirúrgico	1.140	0,14	14.708	1,87	268.580	34,14	105.077	13,36	397.293	50,49	786.798	100,00
02-Obstétricos	273	0,07	1.434	0,36	110.303	27,72	85.960	21,60	199.966	50,25	397.936	100,00
03-Clínico	1.551	0,19	10.528	1,29	215.577	26,46	156.106	19,16	431.096	52,90	814.858	100,00
04-Crônicos	207	6,56	-	-	1.268	40,16	1	0,03	1.681	53,25	3.157	100,00
05-Psiquiatria	5.028	8,06	240	0,38	12.820	20,54	9.259	14,84	35.056	56,18	62.403	100,00
07-Pediátricos	258	0,11	3.190	1,30	72.029	29,39	60.964	24,88	108.635	44,33	245.076	100,00
Todos os demais tipos	-	-	-	-	25.115	61,89	4.212	10,38	11.251	27,73	40.578	100,00
Total	8.457	0,36	30.100	1,28	705.692	30,02	421.579	17,93	1.184.978	50,41	2.350.806	100,00

Fonte: SIH/SUS -DATASUS/MS. Obs.: Existiram 375 AIH sem classificação de natureza.

Existem muito poucos prestadores privados lucrativos no SUS/SP, com menos de 1% das internações (exceto na área de psiquiatria, na qual ainda mantém 8% das internações).

Gráfico 36 – Produção de AIHs segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2010



Pode-se observar que o número de internações por mil habitantes se manteve com discreta redução no período de 2001 a 2010, passando de 57 para 56 internações por mil habitantes. Embora existam grandes diferenças entre as regiões, pode-se notar também que praticamente todas apresentaram reduções, exceto a Grande São Paulo.

Ocorre que na maior parte das regiões há excesso de oferta de leitos, principalmente nos hospitais pequenos, que fazem internações de baixa resolubilidade e em boa parte desnecessárias. Com o desenvolvimento da rede de atenção primária e de atendimento ambulatorial, as internações tendem a se reduzir em todo o Estado.

A única exceção é a região da Grande São Paulo, que tinha grande carência de leitos e recebeu muitos investimentos na rede hospitalar, principalmente em sua área periférica e na qual se observa o crescimento absoluto e relativo de internações no período considerado.

Tabela 28 - Internações (por mil habitantes) segundo DRS de residência do paciente, Estado de São Paulo, 2001 e 2010

DRS Resid	2001			2010		
	População	Internações	Internação por mil hab	População	Internações	Internação por mil hab
Grande São Paulo	18.128.061	781.765	43,12	19.683.975	1.020.989	51,87
Araçatuba	664.089	49.833	75,04	719.323	50.622	70,37
Araraquara	838.247	57.895	69,07	920.257	54.527	59,25
Baixada Santista	1.505.898	84.794	56,31	1.664.136	78.388	47,10
Barretos	392.241	34.135	87,03	411.690	29.763	72,29
Bauru	1.490.971	125.292	84,03	1.624.623	121.610	74,85
Campinas	3.464.825	202.783	58,53	4.031.910	195.726	48,54
Franca	600.194	40.581	67,61	649.807	40.818	62,82
Marília	1.020.225	100.408	98,42	1.068.408	86.700	81,15
Piracicaba	1.273.441	73.817	57,97	1.412.584	68.720	48,65
Presidente Prudente	689.580	52.320	75,87	722.192	67.633	93,65
Registro	274.066	15.487	56,51	273.566	15.165	55,43
Ribeirão Preto	1.156.019	79.105	68,43	1.327.989	83.476	62,86
São João Boa Vista	738.731	66.873	90,52	773.781	58.517	75,62
São José do Rio Preto	1.349.933	126.461	93,68	1.470.348	122.269	83,16
Sorocaba	2.012.364	137.239	68,20	2.243.016	118.006	52,61
Taubaté	2.031.220	125.163	61,62	2.264.594	118.217	52,20
Total	37.630.105	2.153.951	57,24	41.262.199	2.331.146	56,50

Fonte: IBGE e SIHSUS - DATASUS/MS. Nota: Excluídas internações sem classificação de residência.

Além disso há que se levar em consideração a queda no número de internações de psiquiatria, pediatria e obstetrícia.

Para este último tipo de internação é interessante comparar-se a taxa de cesáreas entre 2000 e 2009, por DRS, no total do Estado de São Paulo, que inclui os partos realizados na rede privada não vinculada ao SUS.

Um primeiro destaque é a queda do número total de partos entre 2001 e 2009, no total segundo o Sistema de Informações de Nascimentos - SINASC, passando de 687 mil a 597 mil partos no período. Esta redução foi acompanhada pela aumento da taxa de cesárea, que passou de 48% a 58%.

Tabela 29- Total de partos normais, cesáreas e Taxa de Cesárea SUS e Não SUS segundo as DRS de residência – Estado de São Paulo – 2000 e 2009.

DRS Residência	2000			2009			Taxa Cesárea	
	Normal	Cesárea	Total ¹	Normal	Cesárea	Total ¹	2000	2009
1 Grande São Paulo	196.655	166.418	363.073	145.410	163.440	308.850	45,84	52,92
2 Araçatuba	3.803	5.638	9.441	2.312	6.513	8.825	59,72	73,80
3 Araraquara	4.395	8.248	12.643	3.080	8.842	11.922	65,24	74,17
4 Baixada Santista	15.538	12.365	27.903	10.247	13.959	24.206	44,31	57,67
5 Barretos	2.173	3.555	5.728	1.065	4.235	5.300	62,06	79,91
6 Bauru	11.850	12.492	24.342	8.644	12.401	21.045	51,32	58,93
7 Campinas	28.487	29.425	57.912	21.590	33.602	55.192	50,81	60,88
8 Franca	4.817	5.537	10.354	3.302	5.746	9.048	53,48	63,51
9 Marília	7.485	8.484	15.969	5.217	8.364	13.581	53,13	61,59
10 Piracicaba	9.633	10.508	20.141	7.354	11.195	18.549	52,17	60,35
11 Presidente Prudente	4.521	6.034	10.555	2.631	6.386	9.017	57,17	70,82
12 Registro	3.934	1.712	5.646	2.864	1.337	4.201	30,32	31,83
13 Ribeirão Preto	9.134	9.929	19.063	6.846	10.916	17.762	52,09	61,46
14 São João Boa Vista	5.639	5.991	11.630	3.736	5.771	9.507	51,51	60,70
15 São José do Rio Preto	6.044	11.539	17.583	3.492	13.969	17.461	65,63	80,00
16 Sorocaba	21.750	16.602	38.352	13.723	17.614	31.337	43,29	56,21
17 Taubaté	18.667	18.174	36.841	12.123	20.014	32.137	49,33	62,28
Total	354.581	332.681	687.262	253.649	344.309	597.958	48,41	57,58

Fonte: SINASC/SEADE.

Por outro lado, pode-se observar que os partos realizados nos hospitais do SUS também se reduziram no mesmo período, passando de 334 mil para 310 mil (Tabela 31).

Por outro lado vê-se que a taxa de cesárea no setor público é bem mais baixa (37%). Entretanto, também se verifica um aumento na taxa nos hospitais do SUS no período considerado.

Mesmo no setor público, a média atual de 37% de taxa de cesárea é maior que a indicada em estudos internacionais: segundo dados da National Quality Measures Clearinghouse a taxa de cesárea nos EUA caiu de 24,7% em 1988 para 20,7 em 1996. No Canadá a taxa de cesárea em 2002 já era de 22,5%.

Tabela 30 - Total de partos normais, cesáreas e Taxa de Cesárea SUS segundo as DRS de residência – Estado de São Paulo – 2001 e 2010

DRS Resid	Internações 2001			Internações 2010			Taxa Cesárea	
	Normal	Cesárea	Total	Normal	Cesárea	Total	2001	2010
1 Grande São Paulo	113.698	44.053	157.751	113.434	45.851	159.285	27,93	28,79
2 Araçatuba	2.894	1.252	4.146	1.988	2.771	4.759	30,20	58,23
3 Araraquara	3.708	1.752	5.460	2.587	3.556	6.143	32,09	57,89
4 Baixada Santista	9.278	4.599	13.877	8.647	5.817	14.464	33,14	40,22
5 Barretos	1.935	845	2.780	750	1.992	2.742	30,40	72,65
6 Bauru	9.541	5.087	14.628	6.841	4.712	11.553	34,78	40,79
7 Campinas	18.656	9.761	28.417	16.256	11.223	27.479	34,35	40,84
8 Franca	3.273	1.264	4.537	2.400	2.371	4.771	27,86	49,70
9 Marília	6.058	3.022	9.080	4.344	3.523	7.867	33,28	44,78
10 Piracicaba	7.868	3.454	11.322	5.465	3.777	9.242	30,51	40,87
11 Presidente Prudente	3.658	1.729	5.387	2.176	3.120	5.296	32,10	58,91
12 Registro	2.801	1.092	3.893	2.570	709	3.279	28,05	21,62
13 Ribeirão Preto	7.048	3.980	11.028	3.071	2.572	5.643	36,09	45,58
14 São João Boa Vista	4.191	2.103	6.294	3.054	2.586	5.640	33,41	45,85
15 São José do Rio Preto	5.341	3.104	8.445	2.827	5.067	7.894	36,76	64,19
16 Sorocaba	17.070	8.434	25.504	9.899	6.459	16.358	33,07	39,49
17 Taubaté	14.478	7.583	22.061	9.581	8.903	18.484	34,37	48,17
Total	231.496	103.114	334.610	195.890	115.009	310.899	30,82	36,99

Fonte: Sistema de Informações SIH/SUS - DATASUS/MS

Quanto ao valor pago pelas internações, pode-se observar que as doenças circulatórias estão em primeiro lugar nos dois anos considerados (representando cerca de 21% do total de gasto em 2010), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (9,5%) e pelos partos (9,3%). A variação do valor pago pelas internações na média total do Estado foi de 125%, sendo que o capítulo de internações em saúde mental teve pequeno aumento (18%), relacionado à queda do número de internações.

Tabela 31 - Valor Pago (R\$) por internações SUS e percentual segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) por local de residência - Estado de São Paulo, 2001 e 2010

CID 10 Capítulo	2001			2010			Variação % 10/01
	Valor	%	Class.	Valor	%	Class.	
IX. Doenças do aparelho circulatório	235.553.503,38	19,9	1	570.890.127,51	21,4	1	142,36
X. Doenças do aparelho respiratório	102.813.851,46	8,7	4	253.152.593,09	9,5	2	146,22
XV. Gravidez parto e puerpério	126.600.488,14	10,7	3	247.218.663,39	9,3	3	95,27
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	92.498.050,15	7,8	5	243.360.628,67	9,1	4	163,10
XI. Doenças do aparelho digestivo	78.069.630,36	6,6	6	209.088.760,84	7,8	5	167,82
II. Neoplasias (tumores)	65.622.694,14	5,5	8	193.395.805,73	7,3	6	194,71
V. Transtornos mentais e comportamentais	145.368.872,59	12,3	2	171.587.597,96	6,4	7	18,04
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46.386.024,39	3,9	9	142.640.685,15	5,4	8	207,51
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	38.072.500,27	3,2	11	137.743.720,18	5,2	9	261,79
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	43.663.822,69	3,7	10	121.531.611,94	4,6	10	178,33
VI. Doenças do sistema nervoso	65.736.824,84	5,5	7	109.924.180,42	4,1	11	67,22
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	32.668.698,63	2,8	13	66.242.231,26	2,5	12	102,77
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22.692.374,35	1,9	14	52.520.173,13	2,0	13	131,44
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18.223.073,65	1,5	15	34.514.734,45	1,3	14	89,40
XXI. Contatos com serviços de saúde	36.415.934,68	3,1	12	23.900.583,93	0,9	15	-34,37
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	13.009.565,97	1,1	16	23.476.091,71	0,9	16	80,45
VII. Doenças do olho e anexos	6.771.034,73	0,6	17	20.823.841,67	0,8	17	207,54
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6.891.333,82	0,6	18	20.573.186,16	0,8	18	198,54
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3.037.544,43	0,3	20	12.656.871,56	0,5	19	316,68
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4.905.276,85	0,4	19	10.852.397,55	0,4	20	121,24
Total	1.185.001.099,52	100,0		2.666.094.486,30	100,0		124,99

Fonte: SIHSUS - DATASUS/MS

6. Produção ambulatorial do SUS/SP

No período de 2001 a 2010 pode ser observado o aumento de 20,4% no número absoluto de consultas básicas (de 60 para 72 milhões de consultas) e 65,5% do de consultas especializadas (de 43 para 72 milhões) no Estado de São Paulo (Tabela 33). A grande maioria das regiões dos DRS também apresentaram ampliação nas consultas, embora com grandes diferenças entre as regionais. Nenhuma das regiões teve redução de consultas especializadas, mas em duas regiões foram apresentadas reduções nas consultas básicas. Estes fatos precisam ser analisados regionalmente, para melhor entendimento da evolução do atendimento em cada região e os casos de redução precisam ser analisados cuidadosamente, pois podem refletir problemas na alimentação dos sistemas de informação municipal. É preciso destacar que o cálculo de consultas por habitante é bastante subestimado, pois não leva em conta o número de segurados, que é de 40% no Estado, como observado anteriormente. Mesmo assim, cabe avaliar o acesso da população na atenção primária do SUS nestas regiões e verificar se não estão ocorrendo estrangulamentos e filas que exigem novos investimentos.

Por outro lado, a evolução das consultas médicas por habitante também registra aumento de 10% nas consultas básicas e 51% nas consultas especializadas, que refletem os investimentos realizados pelos municípios e pelo Estado, com ampliação do acesso aos serviços e atendimentos do SUS. O grande investimento realizado em unidades especializadas pela Secretaria de Estado da Saúde (os Ambulatórios Médicos de Especialidade, entre outros) pode ter colaborado para o grande aumento verificado neste indicador.

O indicador de consultas médicas básicas por habitante também apresenta redução em três dos DRS.

Tabela 32 - Consultas Médicas Básicas e de Especialidades no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2001 - 2010

DRS de Ocorrência	Consultas Médicas 2001			Consultas Médicas 2010			Variação % 2010/2001		
	Básica	Especializada	Total	Básica	Especializada	Total	Básica	Especializada	Total
1 Grande São Paulo	22.068.724	20.899.760	42.968.484	29.380.426	32.629.133	62.009.559	33,1	56,1	44,3
2 Araçatuba	1.377.090	732.148	2.109.238	1.586.353	1.224.802	2.811.155	15,2	67,3	33,3
3 Araraquara	1.807.901	794.074	2.601.975	2.093.020	1.279.108	3.372.128	15,8	61,1	29,6
4 Baixada Santista	3.216.012	1.896.231	5.112.243	2.051.412	4.083.470	6.134.882	-36,2	115,3	20,0
5 Barretos	916.429	469.516	1.385.945	979.628	964.893	1.944.521	6,9	105,5	40,3
6 Bauru	2.548.497	2.250.932	4.799.429	4.364.779	3.207.510	7.572.289	71,3	42,5	57,8
7 Campinas	5.734.403	4.610.923	10.345.326	6.108.262	6.639.715	12.747.977	6,5	44,0	23,2
8 Franca	1.249.966	595.086	1.845.052	1.497.088	1.110.557	2.607.645	19,8	86,6	41,3
9 Marília	2.089.320	1.373.374	3.462.694	2.243.323	1.752.880	3.996.203	7,4	27,6	15,4
10 Piracicaba	2.229.155	908.517	3.137.672	2.204.136	2.033.952	4.238.088	-1,1	123,9	35,1
11 Presidente Prudente	1.398.596	781.733	2.180.329	2.104.633	1.157.331	3.261.964	50,5	48,0	49,6
12 Registro	559.829	327.553	887.382	879.567	465.667	1.345.234	57,1	42,2	51,6
13 Ribeirão Preto	2.898.063	1.339.538	4.237.601	2.996.975	3.241.207	6.238.182	3,4	142,0	47,2
14 São João Boa Vista	1.556.391	688.126	2.244.517	1.721.631	1.246.190	2.967.821	10,6	81,1	32,2
15 São José do Rio Preto	3.163.246	1.838.284	5.001.530	3.571.973	2.773.144	6.345.117	12,9	50,9	26,9
16 Sorocaba	3.873.321	2.073.300	5.946.621	4.363.045	4.041.370	8.404.415	12,6	94,9	41,3
17 Taubaté	3.646.647	1.945.361	5.592.008	4.497.967	4.193.673	8.691.640	23,3	115,6	55,4
Total	60.333.590	43.524.456	103.858.046	72.644.218	72.044.602	144.688.820	20,4	65,5	39,3

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS.

**Tabela 33 - Consultas Médicas Básicas e de Especialidades por habitante no SUS/SP
segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2001 – 2010**

DRS de Ocorrência	Consulta por habitante 2001			Consulta por habitante 2010			Variação % 2010/2001		
	Básica	Espec.	Total	Básica	Espec.	Total	Básica	Espec.	Total
1 Grande São Paulo	1,22	1,15	2,37	1,49	1,66	3,15	22,6	43,8	32,9
2 Araçatuba	2,07	1,10	3,18	2,21	1,70	3,91	6,4	54,4	23,0
3 Araraquara	2,16	0,95	3,10	2,27	1,39	3,66	5,5	46,7	18,0
4 Baixada Santista	2,14	1,26	3,39	1,23	2,45	3,69	-42,3	94,9	8,6
5 Barretos	2,34	1,20	3,53	2,38	2,34	4,72	1,8	95,8	33,7
6 Bauru	1,71	1,51	3,22	2,69	1,97	4,66	57,2	30,8	44,8
7 Campinas	1,66	1,33	2,99	1,51	1,65	3,16	-8,5	23,7	5,9
8 Franca	2,08	0,99	3,07	2,30	1,71	4,01	10,6	72,4	30,5
9 Marília	2,05	1,35	3,39	2,10	1,64	3,74	2,5	21,9	10,2
10 Piracicaba	1,75	0,71	2,46	1,56	1,44	3,00	-10,9	101,8	21,8
11 Presidente Prudente	2,03	1,13	3,16	2,91	1,60	4,52	43,7	41,4	42,9
12 Registro	2,04	1,20	3,24	3,22	1,70	4,92	57,4	42,4	51,9
13 Ribeirão Preto	2,51	1,16	3,67	2,26	2,44	4,70	-10,0	110,6	28,1
14 São João Boa Vista	2,11	0,93	3,04	2,22	1,61	3,84	5,6	72,9	26,2
15 São José do Rio Preto	2,34	1,36	3,71	2,43	1,89	4,32	3,7	38,5	16,5
16 Sorocaba	1,92	1,03	2,96	1,95	1,80	3,75	1,1	74,9	26,8
17 Taubaté	1,80	0,96	2,75	1,99	1,85	3,84	10,6	93,4	39,4
Total	1,60	1,16	2,76	1,76	1,75	3,51	9,8	51,0	27,1

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS.

Destacamos quanto ao desenvolvimento dos procedimentos de alta complexidade no SUS/SP, existiu grande crescimento da realização destes procedimentos entre 2000 e 2007, da ordem de 176% dos procedimentos de ressonância magnética (o mais recente dos procedimentos apontados, razão do crescimento mais acentuado); 58% de tomografia; 49% de terapia renal substitutiva; 28% de hemodinâmica.

De forma geral, o SUS/SP realiza proporcionalmente mais procedimentos de média e alta complexidade que os demais estados brasileiros, o que é ainda mais acentuado ao observar-se que a população SUS dependente do SUS/SP é de 60%.

Embora a SES/SP não possua mais unidades básicas de saúde, a produção ambulatorial estadual representa 35,8% do total realizado pelo SUS, seguido pelos prestadores filantrópicos (30%) e municipais (24%).

Tabela 34 - Valor pago (mil R\$) pela produção ambulatorial segundo subgrupo de procedimentos - Estado de São Paulo, 2010

Nº	SubGrupo procedimentos	Privado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Total
1	0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.822,9	12.115,2	177.858,9	528.741,8	234.485,2	955.024,0
2	0202-Diagnóstico em laboratório clínico	39.081,6	7.676,4	162.965,6	275.421,2	156.479,1	641.624,0
3	0304-Tratamento em oncologia	12.484,2	10.195,0	137.815,5	6.117,2	292.819,7	459.431,6
4	0604-Componente Especializ.da Assit.Farmaceutica	0,0	0,0	456.017,6	0,0	0,0	456.017,6
5	0305-Tratamento em nefrologia	250.660,9	381,4	20.935,8	2.879,2	109.001,4	383.858,6
6	0601-Medicamentos de dispensação excepcional	0,0	0,0	235.427,8	0,0	0,0	235.427,8
7	0204-Diagnóstico por radiologia	9.749,9	1.605,3	36.514,5	82.976,7	58.655,1	189.501,4
8	0211-Métodos diagnósticos em especialidades	2.718,6	5.046,6	38.603,0	28.412,1	59.965,9	134.746,1
9	0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	7.421,4	1.204,1	36.959,4	50.547,1	27.184,5	123.316,4
10	0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemoter	90,1	3.009,5	49.616,3	3.718,8	43.359,3	99.793,8
11	0501-Coleta/exame p/doação órgãos,tec..cél.transp	12.114,6	71,1	23.095,2	0,0	60.733,5	96.014,5
12	0206-Diagnóstico por tomografia	2.760,2	2.103,6	39.803,5	12.268,1	35.367,0	92.302,4
13	0701-Órteses,próteses e mat.espec. não rel ato cir	380,8	663,4	30.838,9	11.779,4	28.330,1	71.992,7
14	0405-Cirurgia do aparelho da visão	1.491,8	1.903,8	12.994,9	2.650,7	30.736,4	49.777,7
15	0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	22.597,8	67,6	7.548,6	22,9	19.212,2	49.449,1
16	0207-Diagnóstico por ressonância magnética	2.549,3	2.492,7	19.492,4	2.010,1	17.495,0	44.039,4
17	0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	3.087,4	592,5	15.165,3	177,7	24.149,6	43.172,5
18	0302-Fisioterapia	3.369,9	86,2	3.166,2	21.902,1	14.497,1	43.021,5
19	0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	3.910,9	776,3	16.788,4	4.353,9	16.398,0	42.227,5
20	0306-Hemoterapia	27,5	564,8	18.252,7	1.503,3	18.254,3	38.602,5
21	0209-Diagnóstico por endoscopia	1.053,0	1.287,4	15.133,4	6.890,3	9.532,6	33.896,7
22	0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.067,8	148,3	3.952,8	7.285,5	19.275,9	31.730,3
23	0401-Peq cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa	13,8	220,1	5.812,7	15.120,1	6.278,5	27.445,2
24	0309-Terapias especializadas	1.222,8	21,1	2.058,2	1.005,5	9.685,6	13.993,2
25	0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	120,3	543,2	3.597,1	0,0	9.111,4	13.372,0
26	0201-Coleta de material	166,2	421,4	3.476,7	1.714,3	2.653,5	8.432,1
27	0414-Cirurgia oro-facial	3,6	0,0	620,1	4.742,0	781,6	6.147,3
28	0504-Processamento de tecidos para transplante	0,0	130,2	971,7	0,0	4.335,4	5.437,3
29	0803-Autorização / Regulação	0,0	0,0	0,9	5.158,3	29,7	5.189,0
30	0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	3,0	135,2	1.841,1	1,3	2.673,6	4.654,1
31	0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	3,6	8,9	719,5	2.138,2	1.530,9	4.401,1
32	0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoç	1,2	55,1	412,8	2.210,8	647,2	3.327,0
33	0307-Tratamentos odontológicos	8,9	0,0	573,4	1.993,8	511,5	3.087,6
34	0418-Cirurgia em nefrologia	1.527,8	5,8	298,4	33,4	964,3	2.829,7
35	0503-Ações rel. à doação de órgãos, tecidos e cél	0,0	19,5	166,5	0,6	2.386,9	2.573,5
36	0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	0,0	19,2	904,8	947,8	572,1	2.443,9
37	0505-Transplante de órgãos, tecidos e células	31,5	0,0	30,3	0,0	1.933,6	1.995,5
38	0101-Ações coletivas/individuais em saúde	0,7	0,3	461,8	1.178,6	123,1	1.764,5
39	0413-Cirurgia reparadora	0,0	2,1	853,5	160,1	292,2	1.308,0
40	0415-Outras cirurgias	0,0	1,5	337,7	310,5	239,3	888,9
41	0406-Cirurgia do aparelho circulatório	0,0	45,2	344,5	298,2	173,6	861,4
42	0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd	20,9	14,2	373,1	82,5	147,3	638,0
43	0417-Anestesiologia	5,1	0,0	240,6	16,6	258,6	521,0
44	0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	0,0	0,0	78,1	0,2	10,2	88,6
45	0214-Diagnóstico por teste rápido	0,0	0,0	9,7	47,6	1,2	58,6
46	0412-Cirurgia torácica	0,0	1,8	9,5	11,4	33,7	56,5
47	0410-Cirurgia de mama	0,0	2,1	16,6	2,6	6,3	27,5
48	0411-Cirurgia obstétrica	0,0	0,4	1,0	1,6	2,9	6,0
49	0102-Vigilância em saúde	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	5,3
Total		381.569,9	53.638,6	1.583.157,3	1.086.839,2	1.321.316,1	4.426.521,1

Fonte: SIA/SUS.

A grande participação da rede estadual de saúde reflete os grandes investimentos realizados na última década, principalmente em serviços que oferecem procedimentos de média e alta complexidade, como os hospitais e AMEs, na busca do acesso integral aos serviços de saúde no SUS.

Tabela 35 – Proporção (%) do valor pago pela produção ambulatorial por tipo de prestador segundo subgrupo de procedimentos - Estado de São Paulo, 2010

Nº	SubGrupo procedimentos	Valor Total	% por tipo de prestador				
			Privado	Federal	Estadual	Municipal	Filantropico
1	0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	955.024,04	0,19	1,27	18,62	55,36	24,55
2	0202-Diagnóstico em laboratório clínico	641.623,96	6,09	1,20	25,40	42,93	24,39
3	0304-Tratamento em oncologia	459.431,59	2,72	2,22	30,00	1,33	63,74
4	0604-Componente Especializ.da Assit.Farmacêutica	456.017,64	-	-	100,00	-	-
5	0305-Tratamento em nefrologia	383.858,63	65,30	0,10	5,45	0,75	28,40
6	0601-Medicamentos de dispensação excepcional	235.427,80	-	-	100,00	-	-
7	0204-Diagnóstico por radiologia	189.501,36	5,15	0,85	19,27	43,79	30,95
8	0211-Métodos diagnósticos em especialidades	134.746,14	2,02	3,75	28,65	21,09	44,50
9	0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	123.316,35	6,02	0,98	29,97	40,99	22,04
10	0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemoter	99.793,83	0,09	3,02	49,72	3,73	43,45
11	0501-Coleta/exame p/doação órgãos,tec..cél.transp	96.014,46	12,62	0,07	24,05	-	63,25
12	0206-Diagnóstico por tomografia	92.302,37	2,99	2,28	43,12	13,29	38,32
13	0701-Órteses,próteses e mat.espec. não rel ato cir	71.992,70	0,53	0,92	42,84	16,36	39,35
14	0405-Cirurgia do aparelho da visão	49.777,73	3,00	3,82	26,11	5,33	61,75
15	0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	49.449,14	45,70	0,14	15,27	0,05	38,85
16	0207-Diagnóstico por ressonância magnética	44.039,45	5,79	5,66	44,26	4,56	39,73
17	0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	43.172,47	7,15	1,37	35,13	0,41	55,94
18	0302-Fisioterapia	43.021,52	7,83	0,20	7,36	50,91	33,70
19	0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	42.227,54	9,26	1,84	39,76	10,31	38,83
20	0306-Hemoterapia	38.602,55	0,07	1,46	47,28	3,89	47,29
21	0209-Diagnóstico por endoscopia	33.896,74	3,11	3,80	44,65	20,33	28,12
22	0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	31.730,31	3,37	0,47	12,46	22,96	60,75
23	0401-Peq cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa	27.445,17	0,05	0,80	21,18	55,09	22,88
24	0309-Terapias especializadas	13.993,24	8,74	0,15	14,71	7,19	69,22
25	0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	13.372,05	0,90	4,06	26,90	-	68,14
26	0201-Coleta de material	8.432,11	1,97	5,00	41,23	20,33	31,47
27	0414-Cirurgia oro-facial	6.147,27	0,06	-	10,09	77,14	12,71
28	0504-Processamento de tecidos para transplante	5.437,26	-	2,39	17,87	-	79,74
29	0803-Autorização / Regulação	5.188,99	-	-	0,02	99,41	0,57
30	0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	4.654,10	0,06	2,90	39,56	0,03	57,45
31	0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	4.401,12	0,08	0,20	16,35	48,58	34,78
32	0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoç	3.327,04	0,03	1,66	12,41	66,45	19,45
33	0307-Tratamentos odontológicos	3.087,62	0,29	-	18,57	64,57	16,57
34	0418-Cirurgia em nefrologia	2.829,67	53,99	0,20	10,55	1,18	34,08
35	0503-Ações rel. à doação de órgãos, tecidos e cél	2.573,51	-	0,76	6,47	0,02	92,75
36	0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	2.443,89	-	0,79	37,02	38,78	23,41
37	0505-Transplante de órgãos, tecidos e células	1.995,46	1,58	-	1,52	-	96,90
38	0101-Ações coletivas/individuais em saúde	1.764,52	0,04	0,02	26,17	66,80	6,97
39	0413-Cirurgia reparadora	1.308,00	-	0,16	65,25	12,24	22,34
40	0415-Outras cirurgias	888,87	-	0,16	37,99	34,93	26,92
41	0406-Cirurgia do aparelho circulatório	861,40	-	5,25	39,99	34,61	20,15
42	0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd	638,03	3,28	2,23	58,48	12,92	23,08
43	0417-Anestesiologia	520,96	0,98	-	46,19	3,19	49,63
44	0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	88,58	-	-	88,21	0,23	11,56
45	0214-Diagnóstico por teste rápido	58,60	-	-	16,62	81,25	2,12
46	0412-Cirurgia torácica	56,46	-	3,14	16,86	20,27	59,73
47	0410-Cirurgia de mama	27,54	-	7,58	60,30	9,27	22,86
48	0411-Cirurgia obstétrica	6,04	-	7,21	16,91	27,12	48,76
49	0102-Vigilância em saúde	5,31	-	-	-	100,00	-
Total		4.426.521,1	8,62	1,21	35,77	24,55	29,85

Fonte: SIA/SUS.

8. Organização dos serviços do SUS/SP e a implantação das RRAS.

Tal como em outras regiões do mundo, existe necessidade do SUS/SP se organizar de modo a dar conta dos atuais perfis epidemiológicos, levando em conta a transição demográfica (envelhecimento) e desenvolvendo métodos sustentáveis (mais eficientes e eficazes) para o atendimento das condições crônicas de adoecimento da população, além de aperfeiçoar o atendimento das condições agudas, tendo como objetivo a melhoria da saúde da população, medida por indicadores objetivos.

Na atual situação do SUS/SP, embora persistam necessidades de criação de novos serviços de saúde, inclusive hospitais para áreas específicas, é importante a análise cuidadosa da situação dos serviços em cada região, levando em conta as inúmeras circunstâncias que devem permear o processo de planejamento do sistema de saúde. Este esforço poderá apontar outras soluções, que podem substituir a criação de hospitais, com maior impacto para melhorar o acesso e o atendimento de saúde.

A busca pela sustentabilidade do sistema, eficiência, eficácia, efetividade das ações e serviços de saúde e alcance de resultados, só poderá ter sucesso mediante a adoção de novo modelo organizacional que tenha como objetivo a melhoria das condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população.

A implantação das redes de atenção à saúde, estruturadas por meio da organização de pontos de atenção à saúde (com integração entre a ABS e os demais níveis do sistema) que garantam a assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabilizem pelos resultados sanitários relativos a esta população.

Em São Paulo, dadas as diferenças entre os portes populacionais dos municípios já apontadas, há uma escala insuficiente na área municipal para a organização de redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Por isso, as redes terão que se organizarem com auto-suficiência na média complexidade nas microrregiões e com auto-suficiência em alta complexidade nas macrorregiões.

Esta regionalização necessita organizar os serviços de saúde em uma escala adequada garantindo uma melhoria na eficiência e na qualidade, de forma a impactar positivamente ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos pólos

estaduais, interiorizando recursos de maior densidade tecnológica, aumentando assim a satisfação dos usuários e reduzindo os custos sociais altíssimos (ainda que nunca contabilizados) impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas microrregiões.

Esta necessidade de organização dos serviços de saúde está sendo discutido nas regiões de saúde para a implantação das RRAS, que tem como objetivo principal garantir a população o acesso a serviços de saúde com qualidade construindo assim a universalidade do sistema com integralidade da atenção e como específicos:

- Compartilhar a construção da regionalização do sistema de saúde, por meio da constituição de RRAS;

- Identificar e homogeneizar conceitos e abordagens referentes à regionalização da saúde, para a constituição de RRAS;

- Apoiar os gestores para o desempenho de sua atuação específica na RRA.

Os critérios para as RRAS são:

- Existência de capacidade instalada com suficiência na atenção básica, na média complexidade e parte da alta complexidade;

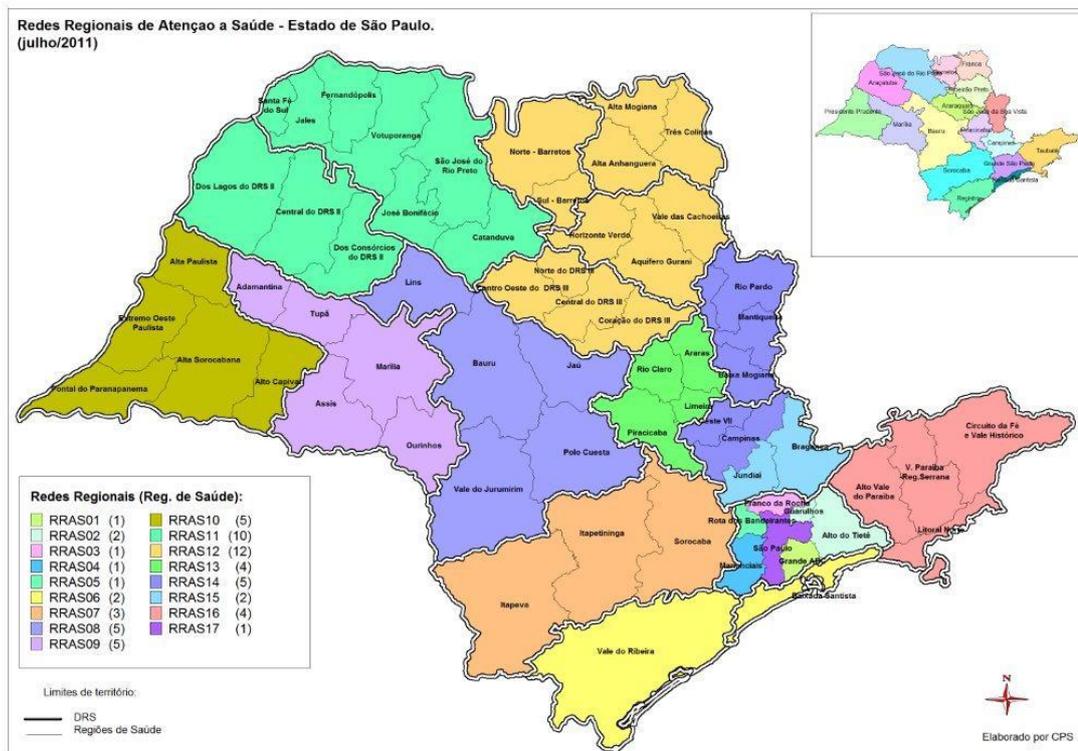
- Abrangência populacional entre 1 e 3,5 milhões de habitantes

- Garantia de economia de escala

- Manutenção do território das Regiões de Saúde definidas pela Deliberação CIB nº 153/2007, fazendo ajustes, se necessário

- O desenho das redes de atenção não necessariamente são coincidentes com as áreas de abrangência das divisões administrativas regionais da SES/SP.

Mapa 23 – RRAS do Estado de São Paulo - 2011



EIXOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS

O Plano Estadual de Saúde deve contemplar as Responsabilidades Sanitárias do Gestor estadual, estabelecidas no Pacto pela Saúde:

- a. Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- b. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- c. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- d. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;
- e. Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;
- f. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- g. Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
- h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- i. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;
- j. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- k. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

- l. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- m. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- n. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- o. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- p. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;
- q. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- r. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- s. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- t. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- u. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviços.

Deste modo, as prioridades nacionais apresentadas pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde e pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite em reunião realizada em julho de 2011 balizaram as discussões para a definição das prioridades da atual gestão como podemos observar na tabela abaixo:

PRIORIDADES NACIONAIS (CNS/ CIT)	PRIORIDADES ESTADUAIS
GARANTIR ACESSO DE QUALIDADE EM TEMPO ADEQUADO, APRIMORANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA.	<p>APRIMORAR A GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA COM IMPLANTAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE – RRAS;</p> <p>APOIAR TÉCNICA E FINANCEIRAMENTE A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE;</p> <p>IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.</p> <p>APRIMORAR A SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE SÃO PAULO.</p> <p>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.</p>
PROMOVER ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA E IMPLANTAR A “REDE CEGONHA”.	IMPLEMENTAR A REDE TEMÁTICA PRÉ NATAL/ PARTO/ PUERPÉRIO – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.
APRIMORAR A REDE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, INTEGRANDO-A AS DEMAIS REDES;	APRIMORAR A REDE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA.
FORTALECER A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO “CRACK” E OUTRAS DROGAS;	<p>INSTITUIR PROGRAMA DE COMBATE AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COM ÊNFASE NO “CRACK”;</p> <p>REORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.</p>
GARANTIR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS.	<p>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.</p> <p>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE EM ONCOLOGIA.</p>
REDUZIR RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE POR MEIO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA (ÊNFASE: DENGUE);	REDUZIR RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE POR MEIO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA .
GARANTIR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS.	APERFEIÇOAR A GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .
IMPLEMENTAR O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA.	<i>APOIAR O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA</i>
CONTRIBUIR PARA A ADEQUADA GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS.	APRIMORAR A GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO.
FORTALECER O COMPLEXO PRODUTIVO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO.	IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE C&T NO ESTADO.
IMPLEMENTAR NOVO MODELO DE GESTÃO E RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS (GESTÃO POR RESULTADOS, PARTICIPAÇÃO E FINANCIAMENTO ESTÁVEL).	APERFEIÇOAR A GESTÃO REGIONAL DESCENTRALIZADA.
APRIMORAR A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.	
	IMPLANTAR O “REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE PAULISTA”.

Os eixos e diretrizes propostos no Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015 são transversais; as divisões tem como objetivo facilitar o processo de planejamento e o entendimento por parte dos diversos atores envolvidos com os compromissos assumidos no plano.

Ressalte-se que cada área da SES está mais diretamente relacionada com um eixo, diretriz e respectivo conjunto de objetivos, metas e indicadores, entretanto, toda a SES é coletivamente responsável pela execução do plano e pelos resultados que se pretendem alcançar no âmbito desta gestão, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde acompanhar o seu desenvolvimento.

O documento do Plano é composto pela Análise situacional (identificação de problemas de saúde e de gestão) e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos, a partir dos problemas priorizados.

Eixo I – Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde do SUS

/SP

Considerando que a universalidade, integralidade das ações de saúde, descentralização com ênfase na municipalização, regionalização, hierarquização da rede de saúde e participação da comunidade são diretrizes legais do SUS, em 2007, instituiu-se no estado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), constituindo 64 Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), conforme as orientações estabelecidas no Pacto de Gestão. Considerou-se Região de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A SES SP em conjunto com o COSEMS SP, respeitando os respectivos territórios das Regiões de Saúde já existentes, deu início ao processo de discussão para a implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS. Assim, esse processo que no estado de São Paulo iniciou-se em Maio de 2011, deverá integrar-se ao preconizado no Decreto 7.508, de 28, publicado em 28/06/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa, com a proposta de estabelecer redes de atenção à saúde, regulamentando a Lei 8080/90.

As RRAS devem ter suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade, compostas por várias Redes Temáticas, respeitando os territórios constituídos por uma ou mais Regiões de Saúde, que atendendo as diretrizes da Portaria GM/MS nº 4279/10, engloba arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território. As RRAS são caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde que se diferencia, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam, portanto, são diretrizes da SES o fortalecimento e a qualificação dos diferentes pontos de atenção que compõem as RRAS.

Pontuou-se a necessidade de resgatar a importância da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada dos sistemas regionais de atenção à saúde.

EIXO I – APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE DO SUS/SP		
DIRETRIZ 1 – INTEGRAR OS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO EM REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS)		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1 - Estruturar as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo.	100% das Regiões de Saúde vinculadas às Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).	nº de regiões de saúde vinculadas às RRAS/nº de regiões de saúde existentes X 100.
2- Instituir a Política Estadual do Sistema de Transporte Sanitário integrando os pontos de atenção da Rede.	Implantar o Sistema de Transporte Sanitário contemplando 20% dos municípios do Estado de SP.	nº de municípios com sistema de transporte sanitário implantado/ nº de municípios previsto para implantação.
DIRETRIZ 2 - FORTALECER A POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO SUS/SP.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
3 - Ampliar incentivos aos municípios para melhoria de infra -estrutura das unidades básicas de saúde.	Ampliar e/ou reformar 30% das UBS inadequadas segundo pesquisa do MS.	Percentual de UBS ampliadas, reformadas/n. de UBS inadequadas .
4- Implementar redes temáticas de atenção e /ou linhas de cuidado nas áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde mental, hipertensão e diabetes e saúde bucal, priorizando as regiões que apresentarem indicadores de maior risco de seus respectivos agravos.	Implementar as linhas de cuidado propostas nas regiões prioritizadas.	nº de CGR com as redes, linhas de cuidado implementadas/ n. de regiões prioritizadas.
5 - Apoiar e induzir os municípios em iniciativas relativas a ações de promoção da saúde. (Integrar Agita, Alimentação Saudável, Academia da Saúde, entre outros).	Implantar projetos integrados em 30% dos municípios do Estado.	Nº de municípios que aderiram aos projetos/ total de municípios previstos X 100.
6 - Apoiar a capacidade de gestão municipal da APS - Ampliar o programa de Articuladores Institucionais de APS.	Ampliar para 90 (noventa) o número total de vagas do programa.	Nº de Articuladores de APS designados .
7 - Estabelecer e induzir processos de Avaliação e Monitoramento da APS	Avaliar e monitorar 60% dos municípios do estado de SP.	Nº de municípios avaliados e monitorados/ total de municípios.
8 - Estabelecer programa de Certificação de unidades básicas através do “Selo de Boas Práticas”.	Certificar 50% das unidades que se habilitarem à avaliação externa.	Nº de unidades certificadas/ número de unidades habilitadas x100.
9 - Estabelecer uma política de apoio à gestão de pessoas junto aos municípios, prioritariamente, de menor porte populacional.	Ampliação para 80% dos municípios que aderirem ao projeto nas regiões de Presidente Prudente, Registro e Sorocaba.	Nº de municípios com projeto implantado.
10 - Estabelecer política de apoio aos municípios para tutorias, matriciamento, regulação e implantação de protocolos na APS.	Certificar 5.000 (cinco mil) profissionais ao final do quadriênio 2012/2015.	Nº de profissionais certificados.

11 - Implementar as ações de vigilância em saúde na APS.	Promover a integração das ações de atenção primária e vigilância em saúde em 60% das unidades básicas do Estado de São Paulo.	Nº de unidades básicas treinadas/Nº total de unidades básicas x 100
DIRETRIZ 3 - ORGANIZAR O ACESSO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE POR MEIO DE REDE REGIONALIZADA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
12 – Organizar as referências de média e alta complexidade, de acordo com a regionalização.	Identificar as referências por RRAS implantadas	Referências identificadas por RRAS implantadas/ RRAS implantadas x 100
13 - Integrar em rede os equipamentos pré-hospitalar móvel (SAMU); pré hospitalar fixo (Unidades Básicas de Saúde; Pronto Atendimento; Salas de Estabilização; Referências Hospitalares) em rede pactuada e regionalizada de Urgência e Emergência.	Integrar redes de referência com os equipamentos pré-hospitalares móveis em 100% das RRAS implantadas.	nº de redes de referência integradas com os equipamentos pré-hospitalares móveis/ nº RRAS implantadas X 100.
14 –Diagnosticar necessidade de investimentos/ apoio aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade integrantes das RRAS.	Investir e apoiar 100% dos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade integrantes das RRAS, conforme necessidade e disponibilidade.	RRAS com diagnóstico realizado/ RRAS implantadas x 100.
15 – Desenvolver ações prioritárias sob a forma de mutirões de saúde.	Realizar mutirões de procedimentos, conforme necessidade.	nº de procedimentos realizados / nº de procedimentos agendados X 100
DIRETRIZ 4 – INVESTIR E QUALIFICAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ESTADUAIS PRÓPRIOS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
16 - Investir na modernização e na ampliação dos serviços da rede própria estadual.	Manter 75% dos hospitais da rede estadual própria (administração direta e gerenciados por parceiros) com Taxa de Ocupação (TO) acima de 75%	Nº de hospitais da rede própria estadual com TO acima de 75%/Nº total de hospitais da rede estadual própria x100.
17 Melhorar a qualidade e eficiência dos serviços próprios estaduais.	100% dos hospitais estaduais de administração direta com Contrato Programa implantado até 2015	Nº de hospitais estaduais da admin. Direta com Contrato Programa/Nº total de hospitais estaduais da admin. Direta x100
18- Completar a rede de Ambulatórios Médicos Especializados – AME prevista.	Implantar 17 novos AME.	Nº de novos AMEs em funcionamento.
DIRETRIZ 5 - APERFEIÇOAR O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
19 - Implementar nas RRAS o programa de Assistência Farmacêutica integrada e pactuada.	100% das RRAS com o programa de Assistência Farmacêutica integrada e pactuada até 2015.	número de redes regionais de atenção a saúde com o programa de Assistência Farmacêutica integrada e pactuada x 100/número total de redes regionais de atenção a saúde com o programa de Assistência Farmacêutica integrada e pactuada.

20 - Implementar os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) de programação, armazenamento, distribuição, dispensação, controle dos medicamentos nas unidades de farmácia.	100% das unidades de farmácia em funcionamento com Procedimentos Operacionais Padrão implantados até 2015.	Número de unidades de farmácia com Procedimentos Operacionais Padrão implantados x 100/ número total de unidades de farmácia em funcionamento.
21 - Ampliar e integrar os sistemas de informatização nas unidades de farmácia.	100% das unidades de farmácias com sistema informatizado, implantado até 2015.	Número de unidades de farmácia com sistema informatizado implantado x 100/número total de unidades de farmácia em funcionamento.
DIRETRIZ 6 – APERFEIÇOAR A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS ESSENCIAIS PARA O SUS.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
22 - Produzir soros e vacinas segundo as necessidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde - MS .	Atender 100% das demandas do MS para o Programa Nacional de Imunização - PNI.	Unidades produzidas/demanda x100
23 – Produzir hemoderivados para atender à demanda estadual.	Iniciar o processamento de 50 mil litros de plasma a partir de 2014.	Litros de plasma produzidos em relação à meta prevista a partir de 2014.
24 – Produzir e distribuir medicamentos para os componentes da assistência farmacêutica, de acordo com pactuações estabelecidas.	VER META: Objetivo 19, Diretriz 6, Aperfeiçoar o processo de descentralização e regionalização da Assistência Farmacêutica.	VER META: Objetivo 19, Diretriz 6, Aperfeiçoar o processo de descentralização e regionalização da Assistência Farmacêutica.
DIRETRIZ 7 – INSTITUCIONALIZAR A REDE REGIONALIZADA DA HEMORREDE, COM DEFINIÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS HEMOCENTROS.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
25 - Atender as necessidades de sangue e hemocomponentes.	3% de cobertura da população exclusivamente dependente do SUS.	Nº de coletas de sangue para Transfusão/(População IBGE – População coberta pela Saúde Suplementar) X 100.
26 - Implementar nas RRAS a rede de atenção aos portadores de Hemoglobinopatias.	100% dos serviços integrados ao Programa Estadual de Triagem Neo-Natal	Nº de serviços integrados PETNN/ Total de serviços.
27 - Construir sistema de informação, monitoramento, avaliação e certificação da hemorrede.	100% dos Hemocentros e Hemonúcleos integrados ao MSH (Sistema de Monitoramento da Hemorrede).	Nº de serviços integrados ao MSH/ Total de Serviços

Eixo II - Fortalecimento do gestor estadual na coordenação do SUS SP

A SES é responsável pela formulação e coordenação da Política Estadual de Saúde e de suas diretrizes, norteadas pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS - de universalidade, equidade e integralidade, bem como dos seus princípios organizativos de regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado (saúde suplementar). Ao gestor estadual compete a coordenação do SUS no âmbito estadual, devendo desenvolver processo de planejamento ascendente e participativo com base nas necessidades de saúde. O Decreto federal 7.058, de 28/06/11, definiu o “Mapa da Saúde”, que corresponde à “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema”. Para que a SES possa coordenar esse processo, são necessários investimentos em informação e informatização de serviços e processos com vistas ao planejamento, regulação, controle e avaliação.

O gestor estadual deve ainda estimular mecanismos de gestão solidária e cooperada, por compromissos assumidos nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com diretrizes dos Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção à Saúde - CG-Redes, aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). A gestão estadual deverá coordenar e assegurar a institucionalidade dos CG-Redes como espaço de tomada de decisão de ações estratégicas no âmbito das RRAS.

Dentre as inúmeras atribuições do gestor estadual, compete a contratação de serviços de saúde sob sua gestão, como essencial para assegurar a complementaridade da oferta de serviços públicos aos usuários do SUS, onde essa oferta se mostrou insuficiente ou inexistente. O contrato é o instrumento formal onde o gestor e o representante legal da unidade estabelecem metas quantitativas e qualitativas que atendam as necessidades por assistência, bem como determina limites financeiros para as ações de média e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Os prestadores de serviços devem ter vínculos formais, estabelecidos por meio de convênios que são firmados com instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos ou contratos com prestadores privados com finalidade lucrativa. Compete ao gestor manter os convênios e os contratos vigentes e atualizados, de

acordo com a legislação (Lei 8080/90; Lei 8666/93; Constituição Federal e Estadual, entre outras).

Entre as questões críticas para a gestão do sistema, deve-se destacar a Regulação. Na SES SP está vinculada ao Grupo de Planejamento de Saúde na Coordenadoria de Regiões de Saúde. No Pacto de Gestão do SUS, no eixo regulação, controle, avaliação e auditoria estão definidas as responsabilidades do gestor quanto a essas ações. Segundo a Portaria MS/GM S/GM 1.559/08, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a Regulação compreende:

- Regulação de Sistemas de Saúde – regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão (prevê Regulação da Saúde Suplementar); Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.
- Regulação da Atenção à Saúde – produção pelos gestores públicos das ações diretas e finais de atenção à saúde; dirigida aos prestadores públicos e privados; define estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde (ou Regulação Assistencial).
- Regulação do Acesso ou Assistencial – referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados; regulação das referências intermunicipais - responsabilidade do gestor estadual.

A auditoria deve atuar quando as funções de controle, avaliação e regulação sinalizam distorções e, principalmente, através de ações planejadas, atuar preventivamente auditando gestão, programas, serviços, processos e resultados das atividades do Sistema de Saúde. O Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde – GNACS e Comissões Técnicas Regionais de Auditoria – CTAR, representando o Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria/MS em São Paulo, como ferramenta para a qualificação da gestão, tem como objetivo principal ajudar a garantir e melhorar a qualidade da atenção integral à saúde do cidadão, a promover o acesso universal e igualitário, além de desempenhar a necessária função legal de prevenir ou coibir a malversação dos recursos públicos destinados à Saúde, com foco no pagamento dos serviços prestados, aproximando suas ações da auditoria operacional ou de desempenho, voltada a análise principalmente de resultados, com o foco na qualidade de serviço e na garantia dos direitos do cidadão.

Completando as diretrizes do aperfeiçoamento da gestão estadual, contemplou-se a implementação da Política Estadual de Humanização. A humanização na atenção à saúde busca contribuir para a solução de problemas como a fragilização dos vínculos entre as unidades de saúde nos diferentes níveis de atenção; a desorganização do acesso aos serviços e ações de saúde; a fragmentação dos processos de trabalho no interior das unidades; a pouca utilização da voz dos usuários e dos profissionais de saúde como ferramentas de gestão; o despreparo das instituições para investir no desenvolvimento dos profissionais de saúde e contemplar um arco mais amplo de necessidades destes profissionais – qualificação, participação, bem-estar subjetivo. Humanização pressupõe a criação de espaços de comunicação e diálogo entre gestores nos diversos níveis da rede, entre administradores e profissionais nas unidades de saúde, além da adoção de práticas de gestão participativa que promovam a integração entre os profissionais, o compartilhamento de responsabilidades e a busca constante de melhorias nos serviços com base em uma capacidade crescente para ouvir a voz dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde. Essa postura é indissociável e fundamental para o exercício de uma ética do cuidado – uma atitude de consideração à singularidade das pessoas que articulada às capacidades técnico-científicas dos profissionais da saúde, amplia a qualidade das relações no atendimento, tornando-o mais capaz de gerar resultados positivos para os usuários, profissionais e gestores.

EIXO II – FORTALECIMENTO DO GESTOR ESTADUAL NA COORDENAÇÃO DO SUS SP.		
DIRETRIZ 1 – FORTALECER O PLANEJAMENTO ESTADUAL DE FORMA ASCENDENTE E PARTICIPATIVA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1 - Elaborar e monitorar os instrumentos de planejamento do SUS: Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012/15, as Programações Anuais (PS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG).	Acompanhar 100% das metas de saúde propostas no plano.	metas de saúde efetivadas/ metas de saúde propostas x 100.
2 – Elaborar análise situacional de saúde por Região de Saúde e Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS.	Construir análise situacional de saúde para 100% das Regiões e RRAS no Estado de São Paulo.	nº de RRAS com análise elaborada /nº de RRAS implantadas X 100.
3 - Elaborar um Plano Diretor de Investimentos para o estado, por região de saúde e RRAS.	Elaborar o PDI em 100% das Regiões e RRAS no Estado de São Paulo.	nº de regiões/ RRAS com PDI elaborado /nº de regiões de saúde/ RRAS
4 - Apoiar o planejamento municipal.	100% dos municípios do estado com Plano Municipal de Saúde e RAG elaborados/ total de municípios do estado x 100.	Percentual de municípios do estado com Plano elaborado e RAG apresentado ao Conselho Municipal de Saúde –CMS.

DIRETRIZ 2 – FORTALECER A GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA DO SUS/SP.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
5- Estabelecer e implementar as responsabilidades na gestão compartilhada entre os entes federativos no SUS/SP.	Pactuar a gestão compartilhada entre os entes federativos em 100% das RRAS implantadas.	nº de RRAS com gestão compartilhada pactuada /nº de RRAS implantadas x 100.
DIRETRIZ 3 - COORDENAR O PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, NAS DIVERSAS REGIÕES DE SAÚDE, QUANDO A OFERTA PÚBLICA NÃO FOR SUFICIENTE EM COMPLEMENTAÇÃO À CONTRATAÇÃO REALIZADA PELOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
6 - Manter todos os serviços que prestam atendimento, em caráter complementar à rede pública, sob gestão estadual, com convênios e contratos vigentes e atualizados.	100% dos serviços privados (filantrópicos, sem fins lucrativos e lucrativos) com convênios vigentes e atualizados.	nº de serviços conveniados/contratados / nº de serviços privados prestando atendimento ao SUS x 100.
7 - Avaliar necessidade de credenciamento de serviços de média e alta complexidade no SUS, de acordo com as normas estabelecidas.	análise de 100% dos processos recebidos.	(nº de pleitos analisados /nº de pleitos recebidos) X 100
8 - Avaliar e viabilizar solicitações de Tratamento Fora do Domicílio - TFD para os usuários SUS, que necessitam de tratamento insuficiente ou inexistente no Estado de São Paulo, de acordo com as normas estabelecidas.	análise de 100% dos processos recebidos.	(nº de pleitos analisados/ nº de pleitos recebidos) X 100.
DIRETRIZ 4 - IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO QUE ABRANGE A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA ESTADUAL.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
9- Implantar a estrutura operacional da Regulação do Acesso nas RRAS.	Implantar a estrutura operacional da Regulação do Acesso em 100% das RRAS implantadas.	nº de RRAS com estrutura operacional / nº de RRAS implantadas X 100.
10 - Fortalecer os auditores membros das Comissões Técnicas de Auditoria Regional – CTAR- para o uso das ferramentas de auditoria.	Realizar 100% das cinco reuniões programadas por ano com os auditores de todas CTAR do Estado e convidados, para discussão de temas relevantes às ações de auditoria, conforme programa prévio.	nº de reuniões realizadas/ nº de reuniões programadas x 100.
11 - Auditar e monitorar Serviços de Saúde do SUS/SP que se encontram sob gestão estadual.	Auditar, monitorar dois Serviços de Saúde por DRS por semestre (34 serviços por semestre).	nº de Serviços de Saúde auditados ou monitorados no semestre/ nº de DRS
12 - Auditar as respostas identificadas pelo Programa de Pesquisa de Satisfação ao Usuário SUS do Estado de São Paulo, com possibilidade de não realização do procedimento registrado ou de pagamento em atendimento recebido no SUS.	Auditar 100% das respostas.	nº de cartas com procedimentos analisados/ nº de cartas encaminhadas para análise pela gerência do programa x 100.
DIRETRIZ 5 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
15-Implementar a infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação	Atualizar 100% da infraestrutura de Tecnologia da Informação e	Parque de equipamentos de TI

(TIC) na SES.	Comunicação na SES, segundo levantamento de necessidades.	atualizado/ total de equipamentos com necessidade de atualização x 100.
16-Implementar o desenvolvimento de sistemas na SES.	Alcançar o nível 6 de maturidade do conjunto de boas práticas do ITIL (Information Technology Infrastructure Library) até 2015.	Nível do ITIL. alcançado em relação à meta.
17- Implantar o Registro Eletrônico de Saúde.	100% dos usuários SUS com registro individualizado	Percentual de usuários SUS com registro individualizado.
DIRETRIZ 6 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SUS/SP.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
18- Elaborar e acompanhar rol de indicadores de saúde e de gestão do SUS/SP.	Publicar anualmente rol de indicadores selecionados.	Indicadores publicados.
19 - Buscar integração e qualificação das informações sobre serviços e ações de saúde geradas por diferentes sistemas da SES e do SUS.	Manter grupo de trabalho da SES (GAIS) para acompanhar e intervir na qualidade das informações.	Número de atividades desenvolvidas pelo GAIS.
20 - Aprimorar a análise e a divulgação de informações por diferentes mídias.	Realizar no mínimo 60 levantamentos de informações por ano para subsidiar as ações dos órgãos da SES e outras instituições; publicar artigos, documentos técnicos e análises.	Documentos publicados.
DIRETRIZ 7 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
21 - Favorecer a criação, fortalecimento e integração de práticas de gestão e atenção humanizadas na saúde.	158 Planos de Intervenção Regional e Institucional de Humanização construído e validado.	Nº de Planos de Intervenção Regional e Institucional de Humanização construído e validado.
22- Contribuir para a integração, cultura do diálogo e da cooperação entre as unidades de saúde, facilitando o acesso e o trânsito de usuários e familiares com maior vulnerabilidade psicossocial	141 Equipes Psicossociais de Referência implantadas	Nº de equipes psicossociais de referência implantadas
23 - Fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão e forma de participação e controle social	158 unidades com processos de análise compartilhada da voz do usuário implementado..	nº unidades com processos de implementados
24 -Qualificar e integrar gestores e profissionais com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde	158 unidades de saúde da SES participantes em 80% das oficinas	nº de participantes nas oficinas/nº de unidades de saúde
25- Contribuir para a multiplicação do conceito e da prática de humanização, oferecendo oportunidades de reconhecimento, publicação e disseminação das boas práticas	Inclusão de informações no Portal “HumanizaSES”.	nº de informações divulgadas no Portal HumanizaSES

Eixo III – Gestão da Educação e do Trabalho no SUS.

A Gestão da Educação e do Trabalho no SUS tem como perspectiva mais geral o fortalecimento da gestão de recursos humanos no âmbito do SUS/São Paulo, enquanto estratégia para avanços na qualidade das ações em saúde dirigidas à população paulista.

Os objetivos relacionados à formação e qualificação dos gestores e dos trabalhadores do SUS envolvem aqueles vinculados às esferas públicas estaduais e municipais. Realizam-se por meio de oferta de diferentes estratégias e processos educacionais que impactem na melhor qualidade da gestão e da efetiva prestação dos serviços de saúde.

Deste modo, ganham destaque a produção de conhecimentos em gestão de recursos humanos e a qualificação e adequação do quadro de RH da SES.

EIXO III – GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS		
DIRETRIZ 1 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE EDUCAÇÃO, PARA QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DO SUS/SP		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1.Executar a Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS/SP considerando as necessidades regionais.	Meta 1: 100% dos 64 PAREPS (Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde) executados.	Número de PAREPS desenvolvidos. Número de processos executados x número de processos encaminhados.
	Meta 2: Execução de 100% dos Projetos de EP encaminhados pelos CGR / CDQS a CRH / GSDRH.	
2. Articular e participar das políticas regulatórias e de mudanças no campo da formação técnica, graduação e da especialização das profissões de saúde.	Meta 1: 100% de das cinco Comissões de Integração Ensino / Serviço (CIES) instaladas e articuladas.	Número de CIES instaladas e articuladas. Número de projetos de formação técnica de nível médio executados via PROFAPS e via TECSAUDE.
	Meta 2: Execução de 100% dos Projetos de Formação técnica de nível médio pactuados no TECSAUDE e no PROFAPS.	
3.Ampliar o ensino na modalidade de Educação à Distância (EAD).	Meta 1: Transformar os Cursos: Introdutório saúde da família; Sala de Vacina; Programa de Integração do Novo Colaborador da modalidade presencial para modalidade EAD.	100% dos Cursos citados, transformados para modalidade EAD. Número de Cursos promovidos pelo GSDRH, realizados com o uso de ferramentas / estratégias da plataforma Moodle, em seus processos pedagógicos.
	Meta 2: Incorporação da plataforma Moodle em Cursos promovidos pelo GSDRH.	
Objetivo 4: Manter programas de qualificação para profissionais da saúde: Residência Médica,	Meta1: Conceder 1.176 bolsas no Programa de Aprimoramento Profissional nos anos de 2012 a 2015	Número de bolsas utilizadas pelo número de bolsas concedidas.

Aprimoramento Profissional, Estágios e Pós-graduação.	(Total = 4.70 bolsas).	Número de bolsas utilizadas pelo número de bolsas concedidas.
	Meta2: Conceder 5.312, 5.637, 5.933, 6.214 bolsas no Programa de Residência Médica nos anos de 2012 a 2015, respectivamente (Total = 23.096 bolsas).	
5: Ampliar e qualificar os processos de formação de gestores para o SUS/SP.	Meta 1: Finalizar os Cursos de Especialização em Gestão em Saúde e II Curso de Qualificação dos Gestores do SUS com 100% dos alunos inscritos / concluintes.	Número de alunos concluintes em cada Curso. Curso finalizado em sua construção.
	Meta 2: Articulação / discussão e construção do curso de Gestão em Saúde para Hospitais.	
6: Manter programas de formação de profissionais de nível técnico.	Atender, via ETSUS, 100% das demandas de formação técnica de nível médio demandadas pelos 64 CGR.	Número de Projetos de formação técnica de nível médio demandados pelos 64 CGR e número de Projetos desenvolvidos.
DIRETRIZ 2 – APRIMORAR A GESTÃO DO TRABALHO PARA VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS DA SES/SP.		
7: Promover ações para melhoria da qualidade de vida e do ambiente profissional na SES/SP.	Formação dos SESMT (Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) em todas as Unidades da Secretaria de Estado da Saúde com equipe técnica completa.	Percentual de UD's (Unidades de Despesa) com SESMT implantado com equipe técnica completa.
3 – FORTALECER A GESTÃO DE RH NO SUS/SP		
8: Produzir conhecimento que contribua para a melhor gestão de Recursos Humanos no âmbito do SUS/SP.	Meta 1: Rever / atualizar a proposta do atual Curso de Especialização em Gestão Pública em Saúde.	Curso revisto e atualizado em todos os seus Módulos.
	Meta 2: Propor e participar de 100% das ações desenvolvidas pelo PROGESUS no Estado de São Paulo – componente 03.	Número de participações nas ações promovidas pelo PROGESUS no Estado – componente 03.
9: Estudar e adequar o quadro de RH da SES/SP para as atuais funções da gestão estadual.	Meta 1: Aprimoramento das bases de dados em Recursos Humanos na SES/SP.	Sistema de informação aprimorado. Sistema elaborado e implantado. Processo formativo realizado e avaliado.
	Elaboração de sistema de informação em processos educacionais na SES/SP.	
	Executar e avaliar o processo formativo dos CDQS.	

Eixo IV – Coordenação das ações de controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários no Estado de São Paulo

No âmbito da saúde coletiva, é missão da SES coordenar a resposta estadual às doenças, agravos e riscos existentes ou potenciais, em consonância com as características regionais e os princípios e diretrizes do SUS.

São atribuições da SES: coordenar as ações de vigilância em saúde no Estado de São Paulo, recomendar e adotar medidas de prevenção, proteção e controle de doenças, riscos e agravos, por meio do desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, diagnóstico laboratorial, imunização, documentação histórica e educação continuada e elaborar e divulgar as análises epidemiológicas que contribuam para a atuação intergovernamental e intersetorial. Essa responsabilidade cabe à Coordenadoria de Controle de Doenças e está definida pelo Decreto Nº 54.739, de 2 de setembro de 2009

No quadriênio 2008-2011, foram quatro as diretrizes ligadas a esse eixo do Plano Estadual: melhorar a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não transmissíveis, fortalecer a vigilância sanitária e ambiental e aprimorar a rede laboratorial de saúde pública.

No Pacto pela Saúde, este eixo se alinha com as seguintes prioridades: Prioridade III do Pacto pela Vida – Redução da mortalidade infantil e materna, Prioridade IV do Pacto pela Vida – Fortalecimento da Capacidade de Resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, Aids, Prioridade VII do Pacto pela Vida – Saúde do Trabalhador, Prioridade X do Pacto pela Vida – Atenção Integral as pessoas em situação de risco ou violência e com as Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS.

Foram metas alcançadas nesse eixo, entre outras: garantir a investigação de pelo menos 84% dos agravos notificados e 100% dos municípios do estado de São Paulo com ações de vigilância sanitária pactuadas com o gestor estadual.

O programa contempla ações realizadas pelos Centros de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Pasteur, SUCEN, CRT-AIDS, CEREST, 56 Grupos de Vigilância (Epidemiológica e Sanitária), Instituto Clemente Ferreira e Instituto Lauro de Souza Lima, além, é claro, dos municípios e coordenadorias de saúde da SES.

Importante papel nessa esfera é representado pela articulação intra e interinstitucional e nesse sentido, tem avançado a integração com as áreas assistenciais da SES e da Saúde Suplementar (Ex.: H1N1, Dengue, mutirão de biópsia hepática, entre outros) e o planejamento conjunto entre as ações de Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Básica nos níveis central e regional na perspectiva do PES 2012-1015.

O Grupo Técnico de Vigilância da CIB, a Câmara Técnica e o pleno da CIB são os espaços de elaboração de uma agenda pactuada de ações e de execução financeira na área de VS, sendo que ainda está em processo de consolidação a inserção efetiva da agenda de VS nos Colegiados de Gestão Regional, assim como de todas as instâncias da SES.

Os recursos do VIGISUS e de Vigilância em Saúde repassados fundo a fundo pra os municípios também são objeto de acompanhamento e monitoramento no nível estadual, assim como os recursos para Vigilância e Promoção à Saúde (Piso Variável VPS e Piso Fixo VPS).

Até 2010, o monitoramento dos indicadores de Vigilância em Saúde do MS se desenvolvia de forma paralela ao Pacto pela Saúde - a Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS. A partir de 2010 e da Portaria GMS 3252, a PAVS passa a ser um elenco norteador para as ações do Pacto.

Desde o ano de 2006 a gestão plena dos Sistemas de Informação de Mortalidade e de Nascidos Vivos está sob responsabilidade do gestor estadual e sua implantação tem se dado de forma exitosa no estado e já contempla 100% dos municípios e cerca de 90% dos eventos. Integrando esse processo, a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e de óbitos infantis tem uma estrutura de Comitês Regionais e um Comitê Estadual, atuando no atendimento dessa prioridade nacional do Pacto pela Vida.

VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

O Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) foi implantado no Estado de SP em 1978, após reestruturação sobre a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE foi criado em 1985, sendo seu idealizador Prof. Alexandre Vranjac.

Um de seus importantes campos de ação é representado pelo programa de Imunização no Estado e vale ressaltar os padrões de excelência alcançados com a Rede de Frio estadual (desde 2004 não houve perdas de vacinas/soros por exposição a temperaturas inadequadas no CDL e no transporte para regionais), além da elaboração e adoção de um novo calendário vacinal para o Estado de São Paulo

No controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis houve um grande esforço das vigilâncias no âmbito regional e municipal para a realização das Campanhas de Vacinação (Influenza H1N1 e Influenza Sazonal e a 1ª e 2ª fase da Campanha contra a Poliomielite- sendo vacinados 27 milhões de indivíduos), vacinação contra febre amarela, sarampo e rubéola, além do suporte técnico e de investigação em situação de surtos e epidemias em parcerias com os municípios, vacinação anti-rábica de cães e gatos e demais ações de controle da raiva no estado.

Campanhas massivas de testagem de HIV e hepatites tem sido também uma estratégia exitosa de redução de mortalidade por esses agravos, com o diagnóstico precoce.

Outra ferramenta importante para a ação de controle dos riscos, doenças e agravos prioritários do estado é o fortalecimento das ações de vigilância frente às respostas rápidas às emergências de saúde pública, por meio do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS-SP).

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

O Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), instituído pelo Decreto 44.954, de 6 de junho de 2000, define a necessidade de integração intergovernamental para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária em todo o território estadual, atribuindo ao Centro de Vigilância Sanitária o papel coordenador do sistema que é composto pelos serviços de vigilância sanitária estadual central (Centro de Vigilância Sanitária), regional (Grupos e Sub-Grupos de Vigilância Sanitária) e, municipal (VISA-M).

O desafio para a manutenção ativa e participativa desse Sistema, subsistema do Sistema Único de Saúde, é que cada ente do SEVISA desenvolva as atividades de proteção e promoção da saúde que lhes são inerentes, de forma coordenada e padronizada no estado. A descentralização gradativa dessas ações para os municípios vem ocorrendo desde o início da década de 90 e teve um incremento com a pactuação dos Planos de Ação de Vigilância Sanitária (PAVISA) a partir de 2008, alcançando 2011. A revisão anual da programação pactuada com cada um dos municípios, conduzida pelos Grupos e Subgrupos de Vigilância Sanitária estadual, discutida e aprovada nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), favoreceu uma crescente assunção de ações pelos gestores municipais.

O desenvolvimento de uma nova e importante área de atuação vem se dando em relação à saúde ambiental, impulsionada pela Conferência de Saúde Ambiental de 2009 e a elaboração conjunta SES, CETESB e CONSEMA de resolução modificando os padrões de avaliação da qualidade do ar.

Identificar, analisar e intervir sobre as situações de risco também requer estratégias que passam pela necessidade da informação fidedigna e em tempo hábil para as tomadas de decisões. A implantação do SIVISA-web, Sistema de Informação em Vigilância Sanitária on-line, iniciada como piloto ao fim de 2010, deve atingir a totalidade dos municípios em curto espaço de tempo.

Na perspectiva do controle do risco sanitário definiram-se para o quadriênio 2012/2015, as seguintes prioridades:

- O controle do risco sanitário decorrente da prestação de serviços de saúde e de serviços de interesse da saúde assim como dos trabalhadores que neles atuam por meio dos Programas de: 1- Monitoramento da Qualidade da Água Tratada para Hemodiálise em parceria com o Instituto Adolfo Lutz, 2-Monitoramento da Situação Sanitária dos Hospitais, com ênfase no

Controle de Infecção em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, 3-Vigilância Sanitária dos Serviços de Hemoterapia que monitora a qualidade do sangue, dos hemocomponentes e dos serviços prestados à população, 4-Vigilância Sanitária em Radiações Ionizantes para otimizar a qualidade dos serviços de diagnóstico e tratamento de saúde que utilizam equipamentos de radiação ionizante.

- Aperfeiçoamento e consolidação da rede de atenção integral a saúde do trabalhador priorizando as ações destinadas ao desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador com enfoque na 1-Vigilância dos Acidentes de Trabalho, 2-Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno, 3-Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Amianto e 4-Vigilância à Saúde dos Trabalhadores do Setor Canavieiro.
- Controle sanitário de produtos de interesse à saúde em especial para ações já descentralizadas no estado de São Paulo como a inspeção em indústria farmacêutica e a vigilância pós- comercialização.
- Ações específicas de proteção e promoção da saúde relacionadas ao controle sanitário como a qualidade da água, gerenciamento de resíduos sólidos, contaminação do solo e acidentes com produtos perigosos.
- Fortalecimento *do* Sistema Estadual de Toxicovigilância com o desenvolvimento dos programas de: *Toxicovigilância do Agrotóxico, Informação e Comunicação em Toxicovigilância e Toxicovigilância na Urgência Emergência.*

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

Componente estratégico e estrutural da Vigilância em Saúde, o Instituto Adolfo Lutz (IAL) é o responsável pela coordenação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública no Estado, participando do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB, com as atribuições de: atender a área de controle de doenças e demais ações de Saúde Pública necessários para o SUS/SP; participar no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS e no Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB; planejar e orientar a organização dos serviços técnicos especializados; realizar atividades laboratoriais, investigações e pesquisas relacionadas com a elucidação e diagnóstico de doenças e controle de produtos de interesse à saúde pública; atuar como referência técnica aos laboratórios integrantes do SUS para o Estado e a Federação; coordenar, supervisionar e habilitar laboratórios públicos e privados para exercerem atividades relacionadas com realização de exames de Saúde Pública; participar da elaboração das diretrizes

e definições das políticas de saúde e ciência e tecnologia e atuar na formação e capacitação de recursos humanos nas áreas de sua competência.

Atualmente a rede estadual é composta pelo Laboratório Central e 12 Laboratórios Regionais. Com a Reforma Administrativa da Instituição (Decreto nº 55.601 em 23/03/10), foi modernizada sua administração, diminuindo níveis hierárquicos e criando Centros importantes como de Respostas Rápidas (para acompanhar surtos, epidemias, e casos inusitados a esclarecer); Centro de Planejamento e Informação e Centro de Materiais de Referência (para orientação/produção de materiais de referência e programas interlaboratoriais de controle da qualidade dos exames/ensaios).

EIXO IV – COORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DE RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS NO ESTADO DE SÃO PAULO		
DIRETRIZ 1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1: Coordenar o Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado.	monitorar 100% dos casos notificados.	100% dos casos notificados, encerrados oportunamente no SINAN.
2: Manter a interrupção da circulação endêmica do vírus do sarampo e a erradicação da poliomielite e Rubéola.	Fornecer apoio técnico e logístico para que 100% dos municípios do estado alcancem 95% de cobertura do calendário básico de vacinação.	População vacinada/População suscetível (prioritária) X 100%
Objetivo 3: Contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.	Elaborar linhas de cuidado para o atendimento às doenças imunopreveníveis.	Linhas de cuidado elaboradas.
4: Apoiar as ações regionais e municipais de vigilância de surtos, epidemias e endemias por antropozoonoses.	Fornecer apoio técnico para 100% dos municípios nas ações de vigilância e controle de surtos e epidemias de antropozoonoses em regiões prioritárias do Estado.	Relatórios de supervisão e visitas realizadas
5: Implementar a estratégia do tratamento supervisionado para reduzir a morbimortalidade por tuberculose.	Atingir 85% de cura nos pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera, até o final de 2015.	Pacientes com tuberculose bacilífera curados/ Pacientes com tuberculose bacilífera X100%
6: Eliminar a hanseníase em todas as regiões do Estado.	Atingir 90% de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes de hanseníase, até final de 2015.	Pacientes de hanseníase curados no ano/ Pacientes de hanseníase diagnosticados no ano X100%
7: Ampliar o diagnóstico, ações de prevenção das DST/HIV e a	Fornecer apoio técnico e logístico para a ampliação do diagnóstico, ações de prevenção	municípios com ações de controle implantadas/645

atenção integral às pessoas vivendo com HIV.	de DST/HIV e atenção integral às pessoas vivendo com HIV a 100% dos municípios do ESP.	municípios X100%
8: Fortalecer a vigilância epidemiológica, ampliando as ações de diagnóstico, controle, prevenção e tratamento dos portadores das hepatites B e C.	Fornecer apoio técnico e logístico para o enfrentamento das hepatites B e C a 100% dos municípios.	Nº de Municípios com ações realizadas/645 municípios X 100%
9: Aprimorar a vigilância e o controle das doenças e agravos de transmissão respiratória no Estado.	Meta 1-Identificar a etiologia de 48% dos casos notificados de meningite bacteriana	Casos com etiologia identificada /casos notificados X100%
	Meta 2- Realizar sorologia em 100% dos casos notificados de rubéola e sarampo	Casos com sorologia realizada /casos notificados X100%
	Meta 3-Identificar 100% novas cepas do vírus da influenza coletadas nas unidades sentinelas	Cepas identificadas/ amostras coletadas X 100%
10 – Implementar a Vigilância das doenças transmitidas por água e alimentos (DTAA) no âmbito municipal e regional.	Meta 1- Manter a erradicação da Poliomielite no ESP. Indicador: casos de paralisia flácida investigados/casos de paralisia flácida notificados X 100%.	Casos de paralisia flácida investigados/casos de paralisia flácida notificados x 100% Surto com investigação concluída/surto notificadoX100%
	Meta 2– Concluir 100% das investigações de surtos de DTAA no Estado.	
11 – Implementar a Vigilância da Infecção Hospitalar no âmbito municipal e regional.	Manter a notificação de IH em no mínimo 80% dos hospitais cadastrados no CNES.	Hospitais com notificações enviadas/No. de hospitais no CNESX100%
12 - Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças oculares.	Reduzir a zero o número de municípios do Estado de São Paulo, com prevalência de tracoma inflamatório maior ou igual a 5% da população de um a nove anos de idade, ao final de 2015.	Número de municípios com 5% ou mais das crianças de um a nove anos de idade com casos de tracoma inflamatório.
13 – Implementar a vigilância da morbimortalidade decorrente das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT.	Acompanhar e analisar as tendências de morbimortalidade de DANT no estado de São Paulo em 100% das DRS até o final de 2015.	Relatórios de tendência de morbimortalidade por DRS CCD
14 – Coordenar o Programa Estadual de Controle da Raiva.	Manter o estado sem casos de raiva humana.	Casos notificados de raiva. CCD
15- Implementar a resposta rápida aos riscos e emergências de saúde pública por meio da regionalização da rede de Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS.	Estruturar CIEVS em oito Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) em regiões prioritárias do Estado até o final de 2015.	CIEVS regionais estruturados. CCD
16- Desenvolver pesquisas e ações educativas de vigilância epidemiológica no âmbito municipal regional e estadual.	Realizar ações educativas e de pesquisa, semestralmente.	Número de alunos capacitados por semestre. CCD
17 – Eliminar a transmissão vertical de sífilis, HIV, hepatites e rubéola.	Atingir os parâmetros preconizados para a eliminação da sífilis, HIV, hepatites e rubéola até 2015.	Casos notificados de sífilis congênita, AIDS em crianças menores de cinco anos, hepatites e rubéola congênita por transmissão vertical. CCD

DIRETRIZ 2 – FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
18: Implementar o Plano de Ação de Vigilância Sanitária (PAVISA) em consonância com as diretrizes estabelecidas no Pacto Pela Saúde, na Programação das Ações de Vigilância à Saúde (PAVS) e Plano Plurianual (PPA) dos governos federal e estadual.	Pactuar com os municípios a operacionalização do PAVISA para o quadriênio 2012-2015.	Nº de municípios com PAVISA aprovado na CIB / Nº total de municípios do estado de São Paulo x 100.
	Avaliar o desenvolvimento do PAVISA 2012-2015 no âmbito municipal e regional.	1 evento de avaliação do PAVISA 2012-2015 por ano do quadriênio.
19: Fortalecer a gestão da Vigilância Sanitária no âmbito municipal e regional.	100% dos serviços de vigilância sanitária (VISA) municipais e regionais utilizando o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária - SIVISA.	Nº de VISA municipais e regionais capacitados para alimentar o SIVISA / Nº total de VISA municipais e regionais do estado de São Paulo x 100
20. Qualificar os profissionais das equipes municipais e estaduais de vigilância sanitária nas suas diferentes áreas de atuação.	Capacitar 100% das equipes regionais e municipais que tenham hospitais, serviços de TRS, serviços Hemoterápicos, bancos de Células-Tecidos e Órgãos, serviços de Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo de Útero e de Mama, Instituições Geriátricas e Comunidades Terapêuticas em ações de controle do risco sanitário .	Número de profissionais capacitados
21: Implementar o controle do risco sanitário nos Serviços de Saúde.	100% dos Serviços de saúde com internação de gestante e RN, Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo de Útero e de Mama, Terapia Renal Substitutiva (TRS), de Hemoterapia e dos Bancos de Células, Tecidos e Órgãos sob controle sanitário	Nº de serviços inspecionadas / Nº de serviços cadastrados no SIVISA x 100
	100% das notificações recebidas de eventos sentinelas relacionados à transfusão sanguínea, investigados.	Nº de notificações recebidas de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea, investigados no ano / Nº total de notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea, recebidas x 100
22: Implementar o controle do risco sanitário nos Serviços de Interesse da Saúde.	100% das Instituições Geriátricas (IG) sob controle sanitário	Nº de IG inspecionadas / Nº de IG cadastradas no SIVISA x 100
	100% das Comunidades Terapêuticas (CT) sob controle sanitário	Nº de CT inspecionadas no ano / Nº de CT cadastradas no SIVISA x 100
23. Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)	Assessorar tecnicamente as equipes regionais e municipais de VISA e Centros de Referência Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST) para o desenvolvimento do Programa de Vigilância dos Acidentes de Trabalho, o desenvolvimento do Programa VISAT PPVISAT Canavieiros e de exposição ao Benzeno e Amianto.	Nº de instrumentos técnicos e legais publicados.
24. Aprimorar a Rede de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST).	Coordenar o processo de planejamento, pactuação e implementação das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito regional, em consonância com as disposições da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.	Nº de DRS + GVS + GVE com interlocutores de saúde do trabalhador definidos / Nº de DRS + GVS + GVE x 100
	Adequar o desenho organizacional da RENAST ao das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).	Nº de CEREST Regionais com áreas de abrangência readequadas às RRAS / Nº de CEREST Regionais x 100 CCD

25: Monitorar a qualidade e a segurança dos produtos de interesse da saúde fabricados, dispensados e comercializados no estado.	100% dos Grupos de Vigilância Sanitária (GVS) com programas anuais de monitoramento da qualidade sanitária de produtos e de estabelecimentos na área de alimentos, baseados no diagnóstico epidemiológico regional, elaborados e executados.	Nº de GVS com programas de monitoramento elaborados e executados/Total de GVS do ESP x 100
	Analisar 100% das notificações recebidas pelo sistema on-line de desvio de qualidade de medicamentos (QT).	Nº de notificações de QT analisadas/ Total de notificações de QT recebidas x 100
26. Implementar o Sistema Estadual de Toxicovigilância.	100% da Fase 1 do Programa Toxicovigilância do Agrotóxico – Diagnóstico da exposição municipal e regional.	percentual da Fase 1 do Programa Toxicovigilância do Agrotóxico – Diagnóstico da exposição municipal e regional
	60% da Fase 2 e da fase 3 do Programa Toxicovigilância do Agrotóxico – Vigilância do risco tóxico relacionado a agrotóxicos investigado e inspecionado.	percentual da Fase 2 e da fase 3 do Programa Toxicovigilância do Agrotóxico – Vigilância do risco tóxico relacionado a agrotóxicos investigado e inspecionado. CCD
DIRETRIZ 3 – APERFEIÇOAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL		
27 - Implementar o desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde ambiental.	Capacitar 100% dos grupos regionais em atividades de vigilância em saúde ambiental	No. de Relatório de ações voltadas para saúde ambiental por GVE e GVS
28- Analisar e divulgar para a comunidade científica e população informações sobre fatores de risco ou impactos à saúde humana relacionados ao meio ambiente.	Meta 1: Publicar artigos/ informes sobre saúde ambiental bimestralmente no Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA.	Uma publicação de saúde ambiental bimestralmente no Boletim Epidemiológico Paulista. Material produzido.
	Meta2: Estabelecer duas ações de comunicação social em saúde ambiental anualmente.	
4 – APRIMORAR A REDE LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA.		
29: Fortalecer e Aprimorar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado de São Paulo.	Meta 1: Monitorar a qualidade de 100% dos laboratórios da rede estadual de laboratórios integrantes das subredes de diagnóstico para vigilância epidemiológica.	No. de relatórios de inspeção e supervisão produzidos/No. de Laboratórios X100%. Exames realizados/Exames enviados X100%
	Meta 2: Fornecer apoio técnico e logístico para a realização de 100% dos exames e análises prioritárias, emergenciais e de saúde pública na rede de laboratórios estaduais e subredes com as ações programáticas das vigilâncias.	
30: Fortalecer a rede laboratorial do IAL para atender o controle de doenças e demais ações programáticas da vigilância epidemiológica.	Meta 1: Padronizar e implantar 10 novas metodologias/ano com uso de técnicas avançadas que viabilizem o diagnóstico, a identificação e a caracterização de diferentes agentes virais, bacterianos e parasitários, doenças crônico-degenerativas e demais agravos de interesse em saúde pública.	No. de novas metodologias implantadas/ano.
	Ampliação da produção de exames de média complexidade na rede de laboratórios regionais do IAL para atender as demandas regionais de doenças emergentes e reemergentes em 30% ano.	No. de exames realizados/ano/ No. de exames realizados no ano anterior
	Realizar investimentos para implantação de	No. de serviços implantados/ano

	três serviços de recebimento de amostras, processamento e liberação oportuna de resultados por ano.	
31: Desenvolver pesquisas técnico-científicas voltadas à melhoria da qualidade diagnóstica e à análise e de produtos de interesse sanitário.	Meta 1: Submeter três projetos de pesquisa/ano para cada Grupo de Pesquisa da Plataforma Lattes, do IAL	No. de Projetos apresentados. Proposta apresentada.
	Meta 2: Apresentar uma proposta de parceria público/privada e público/público para o desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas de cada Centro Técnico do IAL por ano.	
32: Fortalecer a rede laboratorial do IAL para atender o controle de qualidade de produtos e elementos do meio ambiente, demandas fiscais e demais ações programáticas das vigilâncias sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.	Meta 1: Padronizar e implantar quatro novas metodologias analíticas de avaliação do risco associado a produtos de interesse sanitário, amostras ambientais e amostras para controle da saúde do trabalhador por ano.	No. de Novas metodologias padronizadas e implantadas. No. de demandas atendidas no ano/: No. de demandas atendidas no ano anterior. Centro implantado.
	Meta 2: Ampliar o atendimento das demandas dos programas pactuados com a ANVISA e Programas Estaduais das Vigilâncias em 30% ao ano.	
	Meta 3: Criação e implantação do Centro de Inovação Tecnológica (NIT) do IAL, segundo legislação estadual, para fomentar a criação de mecanismos de proteção à propriedade intelectual e registro/licenciamento de patentes.	
33: Implementar ações de educação continuada dos profissionais das equipes de laboratórios das redes diagnósticas, das equipes das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias estaduais e municipais e das equipes da rede de assistência responsáveis por amostras.	Meta 1: Estabelecer calendário anual de capacitações, treinamentos e eventos técnico-científicos para a rede de laboratórios e o corpo de pesquisadores e técnicos do IAL, no atendimento de demandas para a investigação, diagnóstico e controle dos agravos e garantia da qualidade para clientes internos, externos e parcerias com apoio de Centros Nacionais e Internacionais.	Calendário anual de capacitações. No. de Pós-graduandos formados.
	Meta 2: Manter os Programas de Pós-graduação da CCD de “Pesquisas laboratoriais em Saúde pública”, de Aprimoramento Profissional da SES/SP no IAL; de Bolsas de Pesquisa do IAL com recursos FEDIAL e Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do CNPQ.	

Eixo V – Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários.

A elaboração de políticas de saúde deve considerar critérios epidemiológicos que evidenciem a relevância social de uma determinada área, bem como reconhecer necessidades específicas de raça/etnia, ciclos de vida e de populações em situação de desigualdade por fatores genéticos ou por condicionantes de exclusão social, vulnerabilidade, física ou psicossocial. A formulação de políticas públicas e a organização do sistema de saúde devem produzir respostas suficientes e qualificadas que reduzam iniquidades. O Artigo 11 do Decreto 7.508/11, que regulamentou a Lei Federal 8.080, define que *“o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente”*.

Para isto, é fundamental um processo de planejamento ascendente e participativo, que configure as prioridades no estado e regiões de saúde. Esse processo permeia a constituição das redes regionalizadas de atenção à saúde (RRAS) e redes temáticas.

O presente Eixo do Plano estadual 2012 – 2015 trata de evidenciar um conjunto de diretrizes e objetivos dirigidos a diferentes ciclos de vida e a grupos populacionais com necessidades distintas e que devem estar contemplados nas RRAS (Eixos I e II), organizadas a partir da atenção primária e segundo princípios da integralidade e equidade.

EIXO V – DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS.		
DIRETRIZ 1 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1: Reorganizar a Rede de Atenção Materno Infantil.	Reorganizar a rede de atenção desde o planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças, oferecendo acesso ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável.	Coeficiente de mortalidade infantil; Razão de morte materna.
DIRETRIZ 2 – APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA.		
2 - Aprimorar a Atenção às doenças preveníveis e prevalentes nas crianças e outros programas de interesse para saúde da infância. (Programa de Triagem Neonatal, linhas de cuidado, doenças	Implantar o Programa de Assistência a Crianças com Doenças Raras, ligado a Coordenadoria Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal, constituindo uma Rede de assistência, interligando os	RRAS com a rede temática implantada.

crônicas/ recidivantes).	Serviços Pediátricos dos Hospitais Universitários e de Ensino de São Paulo, aos Hospitais/ Maternidades e Atenção Básica, através da criação de um Centro Gestor desse programa.	
3 - Apoiar, incentivar e desenvolver ações conjuntamente com municípios, a Secretaria da Justiça, Desenvolvimento Social, Segurança Pública, para criar rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas da violência no estado.	Reduzir o número de casos de casos de violência sexual e doméstica contra a criança/ adolescente no Estado de São Paulo.	Nº de casos diagnosticados por CGR.
DIRETRIZ 3 – APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER		
4 - Ampliar o acesso à anticoncepção.	Manter estoque regulador de contraceptivos, complementar à distribuição feita pelo MS, via Programa Dose Certa.	demanda das regiões atendida/ planejado.
5 – Ampliar o acesso das mulheres a serviços que assistem vítimas de violência sexual.	Capacitar por meio de educação à distância para atenção à saúde das mulheres e adolescentes em situação de violência, profissionais dos serviços de atenção básica priorizados segundo mapeamento da violência.	Percentual de serviços com profissionais capacitados.
DIRETRIZ 4 – AMPLIAR A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL/ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		
6. Promover atenção integral à saúde mental da população em serviços extra-hospitalares.	Implantar 200 Residências Terapêuticas.	Percentual de SRT implantadas.
7 – Incentivar a implantação de CAPS I, II e AD.	Destinar recursos para incentivo à instalação dos CAPS.	Cobertura de CAPS no estado.
8. Incentivar a implantação de outros serviços ambulatoriais de álcool/drogas e saúde mental	implantar serviços ambulatoriais de álcool/drogas e saúde mental	Percentual de serviços implantados.
9 - .Aprimorar a assistência psiquiátrica hospitalar.	Incentivar a ampliação de 500 leitos hospitalares em hospitais de pequeno porte.	Número de leitos implantados.
11 - Promover e apoiar articulações intersetoriais para a atenção à saúde mental e em especial aos usuários de álcool e outras drogas com ênfase no crack.	Ampliar o Projeto “Educar” em parceria com a Secretaria da Educação.	Número de projetos implantados.
12. Promover atenção integral aos usuários de tabaco.	Ampliar o número de profissionais da APS capacitados para o atendimento na rede do SUS.	número de profissionais (de nível superior: médico, enfermeiros, psicólogos das equipes) capacitados.
13. Promover a implantação de leitos de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas com ênfase no crack.	Implantar 4 serviços de reabilitação regional para álcool e drogas.	Número de serviços implantados.
3 – APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
14 - Implantar o serviço de Odontologia Hospitalar nos hospitais estaduais com modelo próprio.	Implantar progressivamente o serviço de Odontologia Hospitalar nos hospitais estaduais.	Total de equipes implantadas / total de hospitais estaduais
15: Monitorar o repasse financeiro e a finalização do processo de aquisição de	Monitorar a condição de operacionalização dos equipamentos em 107 municípios	Índice de Fluoretação >=80%.

bombas e fluorímetros. Através dos articuladores de saúde bucal monitorar as capacitações para utilização dos equipamentos e controlar a qualidade das águas de abastecimento público por meio de indicador que demonstre a quantidade de flúor ideal.	participantes do projeto de fluoretação, assim como a qualidade da água de abastecimento em todos. Incluir nestas atividades os 10 municípios que não aderiram ao programa.	
16. : Avaliar, monitorar e propor estratégia de ampliação do programa Sorria SP.	Ampliar o programa em 30% .	nº de procedimentos realizados/hora consulta
17. Incrementar o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer bucal.	Ampliar em 30% as ações de controle do câncer bucal.	Total de ações voltadas à prevenção de câncer bucal/ total de ações coletivas realizadas pelas ESB na atenção primária.
18. Elaborar levantamento epidemiológico em SB no Estado de São Paulo.	Definir os municípios e a metodologia de expansão para que o levantamento epidemiológico seja representativo de 100% dos municípios do estado.	Total de mostras representativas/Total de municípios do estado
19. Realização do XI e XII “Encontro Paulista dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico” (EPATESPO) para debater e divulgar as principais questões da saúde bucal coletiva.	Realização de 2 encontros durante o quadriênio 2012-2015	Total de participantes nos encontros (EPATESPO) realizados/quadriênio 2012-2015
20. Realizar projeto “Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo”, localizadas no Vale do Ribeira	Realizar avaliação epidemiológica das 13 comunidades quilombolas concentradas no Vale do Ribeira.	Nº de comunidades quilombolas avaliadas/Total de comunidades quilombolas do Vale do Ribeira
4 – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.		
21 – Reorganizar a rede estadual de atenção à Pessoa com Deficiência.	Rede temática reajustada de acordo com os parâmetros preconizados na política estabelecida e RRAS.	Percentual de incremento de procedimentos de reabilitação.
22 – Melhorar o sistema de informação de saúde da Pessoa com Deficiência.	Organizar o sistema de informações em 100% dos serviços que compõem a rede temática.	Percentual de serviços com sistema implantado.
23- .Promover ações de prevenção e identificação precoce das diversas deficiências.	Estruturar a rede para diagnóstico e reabilitação precoces.	Percentual de procedimentos realizados.
5 – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.		
24-. Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.	Desenvolver ações intersetoriais para prevenção de quedas e violência contra a pessoa idosa.	Número de oficinas macro regionais realizadas. Número de projetos desenvolvidos.
	Desenvolver projetos em parceria com o Programa intersecretarial Futuridade no enfoque do Estado Amigo do Idoso	
25. Organizar e ampliar a rede de atenção e estimular estratégias de gestão do cuidado no sentido de manter e recuperar a autonomia da pessoa idosa	Implantar 10 Centros de Referência do Idoso Regionais (CRI tipo I).	Número de serviços implantados
	Implantar 5 Centros de Referência para idosos frágeis e dependentes Regionais (CRI tipo II)	Número de serviços implantados
26. Implantar leitos de cuidados prolongados para pessoas idosas em	Incentivar a implantação de leitos de cuidados prolongados para pessoas idosas em hospitais	Número de serviços implantados

hospitais de pequeno porte com ações de reabilitação voltado para o auto cuidado e cuidados paliativos.	de pequeno porte.	Número de profissionais capacitados
27. Capacitar profissionais de saúde do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa, com ênfase na APS.	Capacitar profissionais de saúde do SUS na Atenção Básica.	
6 – INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA		
28. Promover a atenção integral à saúde indígena, garantindo o acesso diferenciado, como previsto na Política Nacional.	Organizar a Rede de Atenção à Saúde Indígena no Estado de São Paulo, pactuando as referências intermunicipais e a forma de acesso.	Nº de CGR que pactuaram/ n. de CGR com população indígena.
29. Capacitar e apoiar os profissionais que atuam nos Serviços de Saúde e nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, bem como, os próprios indígenas, para atuarem na saúde em contexto intercultural, visando a integralidade e efetividade da atenção.	Capacitar 100% dos serviços que compõem a Rede Estadual de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas das áreas prioritárias do Estado de São Paulo	Nº de serviços capacitados
30. Organizar planos de ação intersecretariais e interinstitucionais visando a melhora da qualidade de vida nas aldeias do estado de São Paulo.	Redução da morbi-mortalidade nessas comunidades.	Coefficiente de mortalidade infantil nas aldeias.
7 – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.		
31. Implementar à Política de Atenção Integral às pessoas com hemoglobinopatias. (Doença Falciforme)	Estabelecer a rede de atenção às pessoas com doenças falciformes, a partir do diagnóstico de doença falciforme realizada pela triagem neonatal garantindo acesso a todos os doentes logo após o diagnóstico 100% do Estado de São Paulo	RRAS com a rede temática implantada.
34. Incentivar e apoiar a organização de planos de ação intersecretariais e interinstitucionais visando a melhora da qualidade de vida da população Quilombola do estado de São Paulo.	Redução da morbi-mortalidade nessas comunidades.	Coefficiente de mortalidade geral. GTAE/CRS
8- APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO E DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.		
35. Aperfeiçoar a atenção à saúde da população do sistema penitenciário.	Pactuar referências assistenciais nas RRAS.	Nº de RRAS com fluxo estabelecido.
36. Aperfeiçoar a atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei.	Pactuar referências assistenciais nas RRAS.	Nº de RRAS com fluxo estabelecido.

Eixo VI- Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS.

Desde suas origens, o SUS já inclui a participação da comunidade como uma das diretrizes do sistema. O estímulo para ampliar este processo se dá por diferentes mecanismos, entre eles, a garantia de condições materiais e técnicas para o funcionamento dos Conselhos de Saúde, o auxílio à formação dos conselheiros de saúde (municipais e estaduais), o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos conselhos de saúde, a participação e apoio às Conferências de Saúde, a difusão de informação, conhecimento e discussão acerca das prioridades de saúde e do SUS para a população e seus representantes.

EIXO VI- FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS.		
DIRETRIZ 1 - FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Manter as condições materiais, técnicas e administrativas para o funcionamento regular do CES.	promover reuniões periódicas com a finalidade de fortalecer os conselhos municipais e as entidades representativas das comunidades.	nº de reuniões realizadas
2. Organizar e prover as condições necessárias para a realização da Conferência Estadual de Saúde no período previsto.	realização da 7ª Conferência em data programada em 2015.	nº de delegados inscritos
3. Implementar Política Estadual de Educação Permanente para os conselheiros estaduais e apoiar o processo de formação dos conselheiros municipais.	Formação dos conselheiros estaduais/ municipais	nº de conselheiros formados
4. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral com vistas ao fortalecimento da participação social.	Criar notas informativas periodicamente para o site da Secretaria Estadual de Saúde e outras mídias.	nº de notas criadas

Eixo VII – Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde

A ciência, a tecnologia e a inovação são questões de Estado, que ultrapassam os governos e devem ser tratadas como compromissos que se transferem de um período governamental para outro. Pela sua própria natureza, as políticas públicas da área são desenvolvidas em vários setores governamentais. Para coordenar e dar unicidade a estas atividades, a administração pública se vale da elaboração de planos que compatibilizem as diversas linhas de atuação, que indiquem os instrumentos para sua execução e que apresentem as diretrizes a serem seguidas. A humanidade tem se beneficiado de um amplo conjunto de inovações provenientes de informações científicas, que incluem o aumento da expectativa de vida, a cura de muitas doenças, o aumento da produção de alimentos, os revolucionários processos de comunicação, o avanço no conhecimento dos biomas mais complexos e uma compreensão mais efetiva da dinâmica social e da variedade possível dos modos de vida. Questões como as apontadas e a necessidade de inclusão social e econômica de parcela significativa da população, somente serão resolvidas com a contribuição do conhecimento científico.

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em um primeiro momento, impõe-se de maneira natural a implementação de uma política para atender as linhas de investigação identificadas na agenda de saúde. Promover a gestão de programas e projetos, mobilizar atores públicos e privados e articular interesses nas diferentes áreas e criar as condições para mobilizar a competente e consolidada comunidade científica e tecnológica da SES, para oferecer sua capacidade intelectual visando à execução de pesquisas que respondam as necessidades do SUS e atendam, especialmente, as lacunas identificadas.

EIXO VII – CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES EM SAÚDE		
DIRETRIZ 1 - 1- IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA ESTADUAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.		
OBJETIVOS	METAS	INDICADORES
Implementar Política de CT&I-Saúde e apoio à agenda de prioridades de pesquisa em Saúde	Abrir ou firmar 4 editais/contratos ou convênios para apoiar agenda de prioridades de pesquisa.	Número de editais/ contratos/convênios para apoio à agenda de prioridades de pesquisa.
Apoiar a constituição de Núcleos de Inovação Tecnológica e de Avaliação de Tecnologias em Saúde.	Criar 10 Núcleos de Inovação Tecnológica/ Avaliação de Tecnologias em Saúde	Número de Núcleos de Inovação Tecnológica e de Avaliação de Tecnologias em Saúde criados nos Institutos de pesquisa e hospitais da

		SES-SP.
Apoiar a Avaliação de tecnologias de produtos e processos com a finalidade de estabelecer protocolos, incorporar e desincorporar tecnologias em saúde.	Realizar 4 avaliações de tecnologia de produto e/ou processo em saúde.	Número de Avaliações de Tecnologias em Saúde realizadas.
DIRETRIZ 2 - PROMOVER O ENSINO E A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Apoiar o desenvolvimento e manutenção da BVS-Rede de Informação e Conhecimento e do Portal de Revistas Científicas da SES-SP	Firmar 4 acordos de cooperação da BIREME/OPAS para desenvolver projetos de apoio à gestão de bibliotecas no âmbito do SUS-SP.	Número de acordos de cooperação da BIREME/OPAS para o desenvolvimento e manutenção da BVS-Rede de Informação e Conhecimento e do Portal de Revistas Científicas da SES-SP.
DIRETRIZ 3 – Estimular a formação de profissionais em pós-graduação (stricto sensu) para o fortalecimento da área de Ciência e Tecnologia no SUS.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
Capacitação e aperfeiçoamento profissionais de saúde em áreas estratégicas de CT&I	Capacitar 40 profissionais na área de CT&I em cursos de especialização e/ou mestrado profissional	Número de Programas apoiados para a Capacitação e Formação de quadros estratégicos para o SUS-SP.

VIABILIDADE – VINCULAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL

A apreciação de viabilidade da execução das diretrizes do PES 2012-2015 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo será realizada durante todo o processo de elaboração do plano. A viabilidade política das ações propostas resulta do compromisso estabelecido pelo gestor estadual. Abaixo apresentamos as viabilidades:

1. A viabilidade técnico-operacional, por sua vez, está sendo arquitetado à medida que se estabeleça o processo de planejamento ascendente, de base regional, demandando monitoramento e avaliação permanente das operações anualmente, com adaptações necessárias na programação operativa.
2. A viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Estadual de Saúde está inteiramente conectada com o PPA 2012-2015 – evidenciando em que medida os programas do PPA se articulam com os compromissos explicitados no plano, isto é, onde estão alocados os recursos orçamentários previstos para a execução das diretrizes e objetivos propostos para o alcance das metas e resultados esperados no período.

A fim de garantir a cristalinidade das decisões assumidas, apresentamos a seguir um quadro síntese da correspondência entre os compromissos do PES em suas várias linhas de ação e os Programas do PPA.

EIXO	DIRETRIZES DO PES	PROGRAMAS DO PPA
------	-------------------	------------------

		2012-2015
EIXO I – APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS/SP	<p>1 - Integrar os serviços e ações de saúde do Estado de São Paulo em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).</p> <p>2 - Fortalecer a Política de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no SUS/SP.</p> <p>3 - Organizar o acesso às ações de média e alta complexidade por meio de rede regionalizada.</p> <p>4 – Investir e qualificar as ações e serviços de saúde estaduais próprios</p> <p>5 – Aperfeiçoar o processo de Descentralização e Regionalização da Assistência Farmacêutica.</p> <p>6 – Aperfeiçoar a produção e distribuição de insumos essenciais para o SUS</p> <p>7 – Institucionalizar a rede regionalizada da “Hemorrede”, com definição das áreas de abrangência dos hemocentros.</p>	<p>Programa 100 – Suporte Administrativo.</p> <p>Programa 930 – Atendimento Integral e Descentralizado no SUS.</p> <p>Programa 935 – Produção de Imunobiológicos, Soros, Hemoderivados e Medicamentos.</p> <p>Programa 936 – Sangue, componentes e derivados.</p> <p>Programa 940 - Gestão em Saúde.</p> <p>Programa 941 – Infraestrutura em Saúde.</p>
EIXO II - FORTALECIMENTO DO GESTOR ESTADUAL NA COORDENAÇÃO DO SUS SP.	<p>1-Fortalecer o planejamento estadual de forma ascendente e participativa.</p> <p>2 – Fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada no SUS/SP.</p> <p>3 - Coordenar o processo de contratação de serviços de saúde, nas diversas regiões de saúde, quando a oferta pública não for suficiente em complementação à contratação realizada pelos gestores municipais de saúde.</p> <p>4 - Implementar a Regulação da Atenção à Saúde no contexto que abrange a Regulação do Acesso, Controle, Avaliação e Auditoria Estadual.</p> <p>5 - Aprimorar o Sistema Estadual de Informações de Saúde.</p> <p>6 – Aperfeiçoar os mecanismos de Avaliação e Monitoramento do SUS/SP.</p> <p>7 – Implementar a Política Estadual de Humanização.</p>	<p>Programa 100 – Suporte Administrativo.</p> <p>Programa 940 - Gestão em Saúde.</p> <p>Programa 4407 – Tecnologia da Informação e Comunicação para Excelência da Gestão.</p>
EIXO III – GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS. ARNALDO E CIDA – REVISÃO.	<p>1 – Aperfeiçoar mecanismos de educação para qualificação profissional do SUS SP.</p> <p>2 – Aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos da SES.</p> <p>3 – Fortalecer a gestão de RH do SUS.</p>	<p>Programa 100 – Suporte Administrativo.</p> <p>Programa 941 – Gestão da Educação e do Trabalho.</p>
EIXO IV – COORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DE RISCOS, DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS NO ESTADO DE SÃO PAULO	<p>1 – Fortalecer a vigilância epidemiológica e o controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.</p> <p>2 – Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA.</p>	<p>Programa 100 – Suporte Administrativo.</p> <p>Programa 932 – Vigilância em Saúde.</p>

	<p>3 – Aperfeiçoar a vigilância em Saúde ambiental.</p> <p>4 – Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública.</p>	
<p>EIXO V - DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS.</p>	<p>1 – Reduzir a mortalidade infantil e materna.</p> <p>2 – Incentivar e apoiar a organização à atenção à saúde da criança.</p> <p>3 – Aprimorar a atenção à saúde da mulher.</p> <p>4 – Ampliar a atenção à saúde mental/ álcool e outras drogas.</p> <p>5 – Aperfeiçoar a atenção à saúde bucal.</p> <p>6 – Organizar e promover a atenção integral à pessoa com deficiência.</p> <p>7 – Promover e organizar a atenção à saúde da pessoa idosa.</p> <p>8 – Incentivar e apoiar a organização da atenção à saúde da população indígena.</p> <p>9 – Incentivar e apoiar a organização da atenção integral à saúde da população negra.</p> <p>10 – Aperfeiçoar a atenção à saúde da população do sistema penitenciário e dos adolescentes em conflito com a lei.</p>	<p>Programa 100 – Suporte Administrativo.</p> <p>Programa 930 – Atendimento Integral e Descentralizado no SUS.</p> <p>Programa 940 - Gestão em Saúde.</p> <p>Programa 943 – Fortalecimento de ações prioritárias.</p>
<p>EIXO VI- FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS.</p>	<p>1 – Fortalecer a participação da comunidade e o controle social.</p>	<p>Programa 100 – Suporte Administrativo.</p> <p>Programa 937 – Controle social na Gestão do SUS.</p>
<p>EIXO VII – CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES EM SAÚDE – POR FAVOR, COLOCAR NO MESMO FORMATO DOS DEMAIS EIXOS.</p>	<p>1 – Implementar uma Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.</p> <p>2 - Promover o ensino e a difusão do conhecimento científico.</p> <p>3 – Estimular a formação de profissionais em pós-graduação (stricto sensu) para o fortalecimento da área de Ciência e Tecnologia no SUS.</p>	<p>Programa 933 – Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.</p>

A apresentação de uma proposta de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, é especialmente adequada, tendo em conta o nível de apropriação e prática dos conceitos, estruturas e processos de formulação dos instrumentos de planejamento, verificadas nesses últimos anos nesta instituição.

O fortalecimento da atuação estadual no monitoramento e avaliação do SUS- SP implica num aperfeiçoamento sistemático, crescente, integrado e contínuo dos processos de trabalhos na SES-SP.

A metodologia e o instrumental de monitoramento e avaliação têm como foco os instrumentos que oferecem concretude ao processo de planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria Nº 3.085/2006 e definidos pela Portaria nº. 3.332/2006. Esses instrumentos são:

- Plano de Saúde (PS) que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas;
- Programação Anual de Saúde (PAS) que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde; e o
- Relatório Anual de Gestão (RAG) que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e norteia eventual redirecionamento.

A proposta não será um monitoramento e/ou avaliação pura e simples de documentos prontos (PS, PAS e RAG), compreendendo sim, de forma bastante peculiar e direta, o monitoramento e a avaliação do processo de formulação, do conteúdo e do uso desses instrumentos básicos.

É mais um grande desafio para o SUS-SP e também para a edificação e solidificação de uma cultura de planejamento que incorpore o indispensável processo de monitoramento e a avaliação com o intuito de subsidiar o gestor estadual na tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES

Muitos desafios se impõem, com maior ou menor governabilidade do setor saúde e do papel do gestor estadual, ao pensarmos no contexto em que o Plano Estadual (e sua operacionalização através das programações anuais) e o Pacto pela Saúde se desenvolvem. O financiamento, as necessidades de organizar o sistema, superar a fragmentação, garantir a continuidade da atenção á saúde nas condições crônicas, tornar o sistema mais atrativo para os profissionais de saúde, isto para elencar alguns. Pensa-se na Atenção Básica como responsável por 80% da resolução dos problemas, mas como organizá-la em regiões metropolitanas ou nas áreas de menor concentração de oportunidades: urbanização, mercado de trabalho, acesso a serviços de modo geral.

]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010. Série Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Sócioeconômica nº 27. Rio de Janeiro – 2010.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - IDB – 2009. Disponível na Internet em <http://www.datasus.gov.br/> em Informações de Saúde, Indicadores de Saúde, pesquisado em junho de 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010. 368 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf
4. Mendes, JDV; Bittar, OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. Revista de Administração em Saúde - RAS – Edição Especial (Suplemento) – Jan, 2010. P. 5-71.
5. Sala A, Mendes JDV. Perfil da mortalidade masculina no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa 2010;7(82):15-25.
6. FOSP (Fundação Oncocentro de São Paulo). Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo 1988 – 1998. Unidade de Epidemiologia/FOSP/Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo. Agosto de 2000. 39 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Riscos de Câncer. 2ª Edição. 2003. http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf.
8. Mendes JDV. Redução dos Homicídios no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa 2010;7(78):1-10.
9. Hingson R., Winter M. Epidemiology and Consequences of Drinking and Driving. Alcohol Research & Health, Vol. 27, 2003).
10. CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Citação sobre Trabalho do Instituto Médico Legal – IML/SP, pesquisado na Internet no site, no item Álcool e Trânsito em 2008:<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhldCategoria=4a2029b6b81f33f763ab1312478577a6>
11. SES – Secretaria de Estado da Saúde. Matriz de Indicadores de Saúde. 2009. Disponível na Internet no site da Secretaria de Estado da Saúde em http://www.saude.sp.gov.br/content/gestor_informacoes_saude_matriz_indicadores_saude.mmp
12. Laurenti, R; Mello Jorge, MHP; Lebrão, ML & Gotlieb, SLD, 1985. Estatísticas de Saúde. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. p. 116 a 124.
13. Mendes JDV. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa 2009;6(69):1-11.

14. Fundação SEADE. Mortalidade Infantil no Estado de São Paulo em 2009: a menor de toda a série. SP Demográfico. Ano 10 – nº 6 Julho 2010.
15. Mendes JDV. Mortalidade Infantil no Estado de São Paulo – 2009. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Ano 3. Número 5. Junho de 2011. Disponível na Internet em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/informacoes_de_saude/gais/gais_jornal_5.pdf
16. Bittar O J N V, Mendes JDV, Magalhães A. Rede hospitalar em São Paulo – Brasil: mapear para regular (no prelo, capítulo de livro a ser publicado pelo Banco Mundial).
17. Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Pactos pela Saúde, v. 1).
19. Contandriopoulos, A. P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.
21. Felisberto, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.