

# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

## PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - PES

**2012 • 2015**

### **ORGANIZAÇÃO**

José Manoel de Camargo Teixeira  
Silvany Lemes Cruvinel Portas  
Suely Vallim  
José Dínio Vaz Mendes  
Everton Lopes Rodrigues

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP  
Núcleo de Documentação e Informação do Instituto de Saúde

Plano estadual 2012-2015/ organizado por José Manoel de Camargo Teixeira [et al]. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2012.  
200p.

ISBN

1. Saúde Pública 2. Administração em Saúde 3.  
Política de Saúde I. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde.

**COORDENAÇÃO EDITORIAL**  
Departamento de Marketing SES/SP  
Instituto de Saúde

**PROJETO GRÁFICO**  
Departamento de marketing SES/SP

**EDIÇÃO**  
Marcio Derbli - Instituto de Saúde  
Suely Vallim - CPS  
Carlos Eduardo lamashita - CPS  
Eliane Kelly Felipe Eugeme - CPS  
Everton Lopes Rodrigues - CPS  
Flavio Henrique Benvenuto - MKT  
Antonio Jader Marques - MKT

**CAPA (PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA)**  
Antonio Jader Marques - SES/SP

**EDITORAÇÃO ELETRÔNICA – APOIO**

**REVISÃO**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 05403-000 - São Paulo SP  
Tel (11) 3066-8000 [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Geraldo Alckmin

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Giovanni Guido Cerri

**SECRETÁRIO ADJUNTO**

José Manoel de Camargo Teixeira

**CHEFE DE GABINETE**

Reynaldo Mapelli Junior

**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

Andre Sebastião de Felice - Coordenadoria de Serviços de Saúde, CSS

Marcos Coimbra - 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**

Giovanni Guido Cerri

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Ademar Arthur Chioro dos Reis

## **COORDENAÇÃO GERAL**

Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)

## **ORGANIZAÇÃO**

José Manoel de Camargo Teixeira  
Silvany Lemes Cruvinel Portas  
Suely Vallim  
José Dínio Vaz Mendes  
Everton Lopes Rodrigues

## **COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

Carlos Armando Lopes do Nascimento - CPS  
Carlos Eduardo Iamashita- CPS  
Cecília Itapura de Miranda – CPS  
Eliane Kelly Felipe Eugeme - 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

## **PARTICIPAÇÃO**

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

## **COORDENAÇÃO REGIONAL**

Departamentos Regionais de Saúde

## **PARTICIPAÇÃO REGIONAL**

Grupos de Vigilância Epidemiológica  
Grupos de Vigilância Sanitária  
Instituto Adolfo Lutz - Centros Regionais  
SUCEN – Escritórios Regionais  
Municípios do Estado de São Paulo

## 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 – Gabinete do Secretário  
Marta Campagnoni Andrade - CRS  
Regina Helena A. Nicoletti - CPS  
Roberta Andrade Cestari – CGA  
Rodrigo Gouveia 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

## Índice

<b>Apresentação</b> .....	<b>11</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>12</b>
<b>Processo de Elaboração</b> .....	<b>14</b>
<b>Análise Situacional</b> .....	<b>18</b>
<b>Eixo I - Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços de saúde do SUS</b> .....	<b>120</b>
<b>Eixo II - Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis, com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários</b> .....	<b>125</b>
<b>Eixo III - Vigilância em Saúde</b> .....	<b>135</b>
<b>Eixo IV - Fortalecimento do gestor estadual na coordenação do SUS</b> .....	<b>149</b>
<b>Eixo V - Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS</b> .....	<b>156</b>
<b>Eixo VI - Gestão da Educação e do Trabalho no SUS</b> .....	<b>158</b>
<b>Eixo VII - Ciência, Tecnologia e inovações em saúde</b> .....	<b>161</b>
<b>Viabilidade - Vinculação com o PPA</b> .....	<b>164</b>
<b>Monitoramento e Avaliação</b> .....	<b>167</b>
<b>Considerações</b> .....	<b>168</b>
<b>Listas</b> .....	<b>170</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>177</b>
<b>Anexo I</b> .....	<b>178</b>



## APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde - PES 2012-2015 deve ser entendido como o instrumento de referência para a atuação da SES no âmbito estadual, na medida em que, a partir do diagnóstico em saúde, destaca os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria da situação de saúde da população do Estado de São Paulo.

O processo de construção do Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 mobilizou diferentes áreas da Secretaria de Estado da Saúde, do nível central e regional, os gestores municipais de saúde e os segmentos da sociedade civil representados no Conselho Estadual de Saúde, possibilitando a elaboração de um Plano com diferentes focos.

O Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo aprovou o seu conteúdo na reunião extraordinária, realizada em 11 de junho de 2012.

O PES 2012-2015 será revisado e atualizado levando-se em conta, o monitoramento e avaliação contínuos da situação de saúde da população e a implementação das redes regionais de atenção à saúde, no contexto da implementação do decreto federal 7508 e da Lei Federal Complementar 141.

Os resultados esperados para a concretização dos objetivos propostos são numerosos, podemos destacar: a redução da mortalidade materno infantil, das desigualdades regionais do acesso aos serviços de saúde; a ampliação da cobertura qualificada da atenção básica, ordenadora do Sistema e o fortalecimento do controle social sobre a política de saúde do nosso estado.

Assim, convido a todos para a concretização das inúmeras tarefas deste Plano em prol da população de São Paulo.

São Paulo, junho de 2012.

**GIOVANNI GUIDO CERRI**

*SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO*

## 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 MS/GM 399/06). 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 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, 2010 e 2011), 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 observou os marcos legais acima descritos e considerou 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 interseções, 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 .

## CONCEITOS

Foi 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.

## DESENVOLVIMENTO DO PLANO

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015 foi elaborado a partir de um conjunto de processos articulados e interdependentes iniciados nos primeiros meses de 2011 até a sua aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde em 11/06/2012 e que podem ser assim sistematizados:

Estabelecida uma versão preliminar a partir da criação de um grupo de trabalho, composto por todas as Coordenadorias e áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde;

A construção da proposta ocorreu a partir da análise da situação de saúde do estado de São Paulo e com isso definiram-se os eixos, diretrizes e objetivos para o PES 2012-2015;

Para subsidiar a discussão regional do PES realizou-se uma Oficina de Trabalho Bipartite, em 14 de outubro de 2011 com coordenadores e técnicos do nível central, técnicos e diretores dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, secretários municipais de saúde representantes de cada Colegiado Regional de Saúde (CGR) e diversos articuladores;

Nesta oficina foram apresentados o diagnóstico atual do Estado de São Paulo, a estrutura preliminar do Plano e orientações para o processo de discussão regional à luz do Decreto nº 7.508;

Após esta oficina, essa versão preliminar foi encaminhada aos dezessete Departamentos Regionais de Saúde do Estado (DRSs), às Coordenadorias da Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com o diagnóstico regional para subsidiar as discussões dos DRSs com os municípios de sua região nos CGRs e das coordenadorias com suas equipes técnicas; essa versão foi simultaneamente disponibilizada ao Conselho Estadual de Saúde e discutida em três grandes encontros ocorridos em dezembro de 2011;

Criou-se uma área no portal da SES, para os gestores e conselheiros acessarem o PES 2012-2015 e dados para o desenvolvimento das oficinas regionais;

As propostas da VI Conferência Estadual de Saúde, que ocorreu entre 31 de agosto a 2 de setembro de 2011 com o tema: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”, e o eixo: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, foram compatibilizadas aos eixos, diretrizes e objetivos do Plano ( São Paulo. Conselho Estadual de Saúde. Relatório Final da Sexta Conferência Estadual de Saúde. 2011);

Elaborada uma “nova versão” do Plano mediante análise das propostas vindas das oficinas regionais, e também do produto final das diversas reuniões com o Conselho Estadual de Saúde (CES);

Durante o processo de elaboração foi promulgada em janeiro de 2012 a Lei Complementar nº 141 com importantes reflexos no planejamento do SUS, destacando-se:

### CAPÍTULO IV

#### DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

##### Seção I

##### Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

*Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:*

*I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;*

*II - Relatório de Gestão do SUS;*

*III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.*

## Seção III

### Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o [HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp101.htm"](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp101.htm) \ "art56" art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o [HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm"](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) \ "art165§3" § 3o do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1o A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos [HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp101.htm"](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp101.htm) \ "art56" arts. 56 e [HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp101.htm"](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp101.htm) \ "art57" 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2o Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3o Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de

Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4o O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5o O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

## Seção IV

### Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no [HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp101.htm"](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp101.htm) \ "art56" art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no [HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm"](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) \ "art198" art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de

*cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.*

A Lei Complementar Federal 141 deve levar a ajustes nos diversos instrumentos de planejamento.

O Plano foi novamente discutido com o Conselho Estadual de Saúde em reuniões realizadas no primeiro semestre de 2012 para a aprovação;

Finalmente, a equipe de planejamento da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da SES/SP, procedeu à revisão final e encaminhamentos necessários para a publicação do Plano, que será amplamente divulgado e subsidiará o novo ciclo de planejamento municipal, a ser iniciado em 2013.

## 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 incluiu 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, foram disponibilizadas no portal SES informações e análises no endereço <http://www.saude.sp.gov.br>.

A análise situacional constituiu a primeira fase da elaboração do plano. Durante o processo de construção até a aprovação final pelo Conselho Estadual de Saúde, em junho de 2012, ocorreram mudanças na configuração das regiões de saúde e nas RRAS. Veja o anexo 1 que apresenta a nova Configuração Regional do Estado.







# 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**

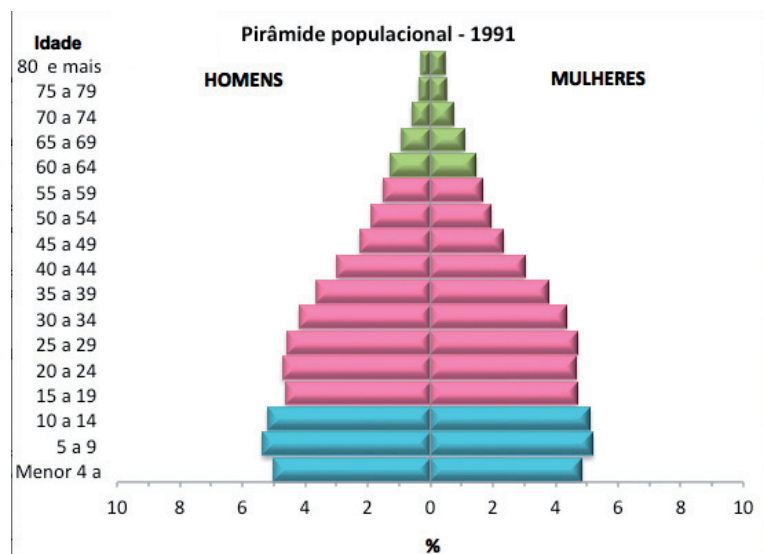
Anos	Brasil			São Paulo		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
1991	63,2	70,9	66,9	65,1	74,2	69,5
2000	66,7	74,4	70,4	67,9	76,7	72,2
2009	69,4	77,0	73,1	70,7	79,0	74,8

Fonte: IBGE

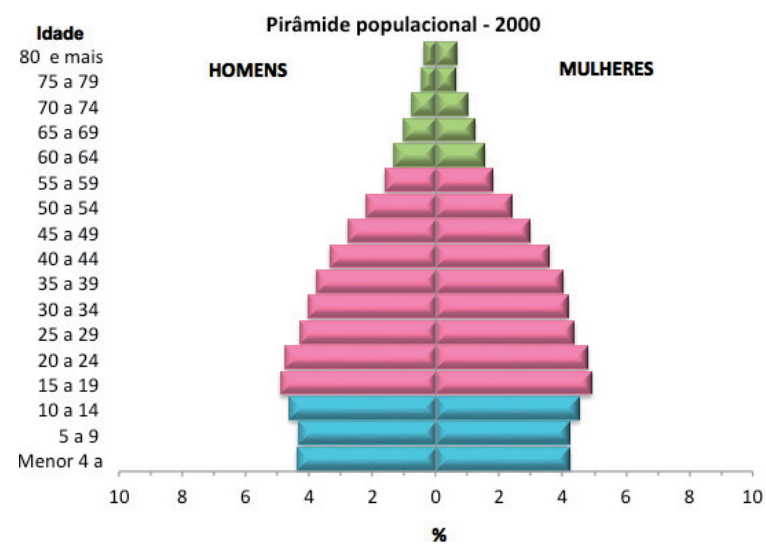
Estas mudanças, entre outras, ocasionaram gradativo envelhecimento da população paulista, com modificação expressiva na forma das pirâmides populacionais do Estado de São Paulo de 1991, 2000 e 2010 (Figuras 1, 2 e 3), com estreitamento das bases (redução das faixas etárias mais jovens e ampliação da 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 consequências 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.

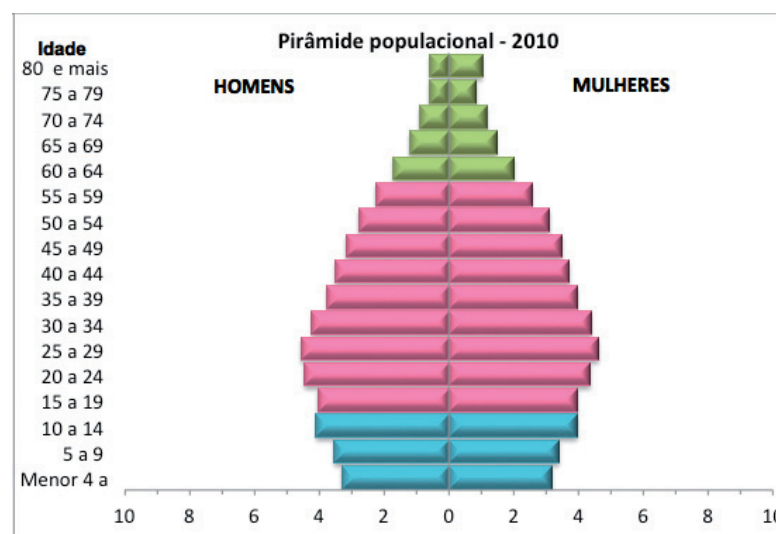
**Figura 1 – Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 1991**



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

<b>Dados populacionais</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
População residente ( Censo IBGE )	2010	41.262.199
Área (em Km2)	2011	248.209,43
Densidade demográfica (hab/Km2)	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
<b>Habilitação e infraestrutura urbana</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
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
<b>Educação</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
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 o ensino médio completo (%)	2009	68,65
<b>Economia</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
PIB (em milhões de reais correntes)	2008	1.003.015,76
PIB per Capita (em reais correntes)	2008	24.457,00
<b>Condições de Vida</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
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.*

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**

<b>DRS</b>	<b>Total de Municípios</b>	<b>Nº de municípios IPRS 4 e 5</b>	<b>População Total 2008</b>	<b>População municípios IPRS 4 e 5</b>	<b>% população municípios IPRS 4 e 5</b>
Grande São Paulo	39	9	19.616.060	1.302.222	6,64
Aracatuba	40	21	718.858	267.719	36,55
Araraquara	24	12	906.261	239.933	26,48
Baixada Santista	9	-	1.651.906	-	-
Barretos	19	5	417.479	43.333	10,38
Bauru	68	49	1.657.801	714.121	43,08
Campinas	42	16	3.920.022	329.796	8,41
Franca	22	15	653.370	174.867	26,76
Marília	62	31	1.089.058	408.402	37,50
Piracicaba	26	8	1.401.210	159.960	11,42
Presidente	45	22	727.879	289.434	39,76
Registro	15	14	281.646	271.864	96,53
Ribeirão Preto	26	17	1.271.440	432.792	34,04
S. Joao Boa	20	15	786.201	532.024	67,67
S. José do Rio Preto	101	27	1.467.391	177.624	12,10
Sorocaba	48	32	2.209.159	847.294	38,35
Taubate	39	25	2.235.894	397.148	17,76
<b>Total</b>	<b>645</b>	<b>318</b>	<b>41.011.635</b>	<b>6.583.533</b>	<b>16,05</b>

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 últimas 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	15.857	16,5	84,0	35.383	14,9	95,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	28.759	20,3	77,5	4.742	4,9	25,1	33.501	14,1	90,5
X. Doenças do aparelho respiratório	14.054	9,9	158,5	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	10,9	2.927	3,0	15,5	6.776	2,9	18,3
XIV. Doenças do aparelho genitúário	1.984	1,4	10,1	1.815	1,9	9,6	3.799	1,6	10,3
VI. Doenças do sistema nervoso	1.840	1,3	21,2	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
<b>Total</b>	<b>141.695</b>	<b>100,0</b>	<b>781,1</b>	<b>96.029</b>	<b>100,0</b>	<b>508,3</b>	<b>237.726</b>	<b>100,0</b>	<b>641,9</b>

Fonte: Fundação SEADE - SESSP

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
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15.582	10,9	77,3	14.207	12,7	66,9	29.790	11,7	72,0
X. Doenças do aparelho respiratório	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
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3.378	2,4	16,8	3.924	3,5	18,5	7.302	2,9	17,6
XIV. Doenças do aparelho genituitário	3.003	2,1	14,9	3.243	2,9	15,3	6.247	2,4	15,1
VI. Doenças do sistema nervoso	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
<b>Total</b>	<b>143.421</b>	<b>100,0</b>	<b>711,9</b>	<b>111.835</b>	<b>100,0</b>	<b>526,6</b>	<b>255.297</b>	<b>100,0</b>	<b>616,9</b>

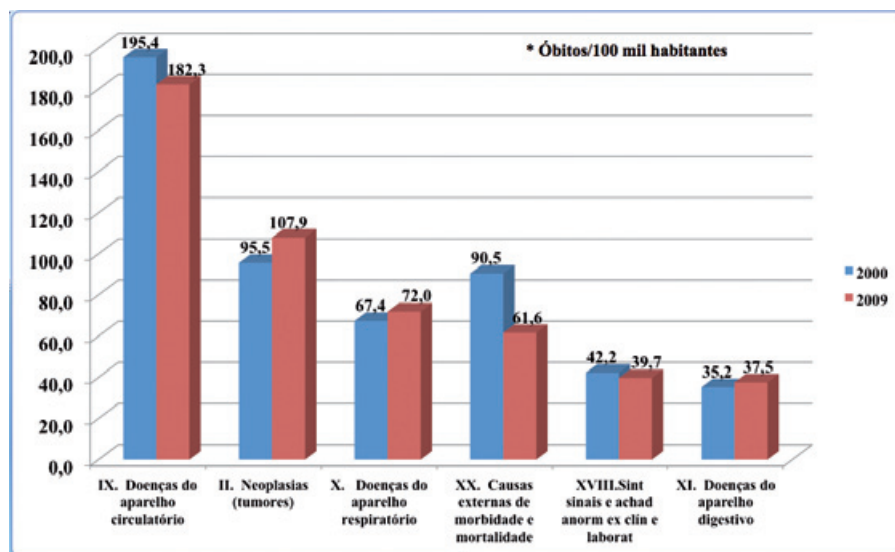
Fonte: Fundação SEADE - SESSP

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 do estado de São Paulo: 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.

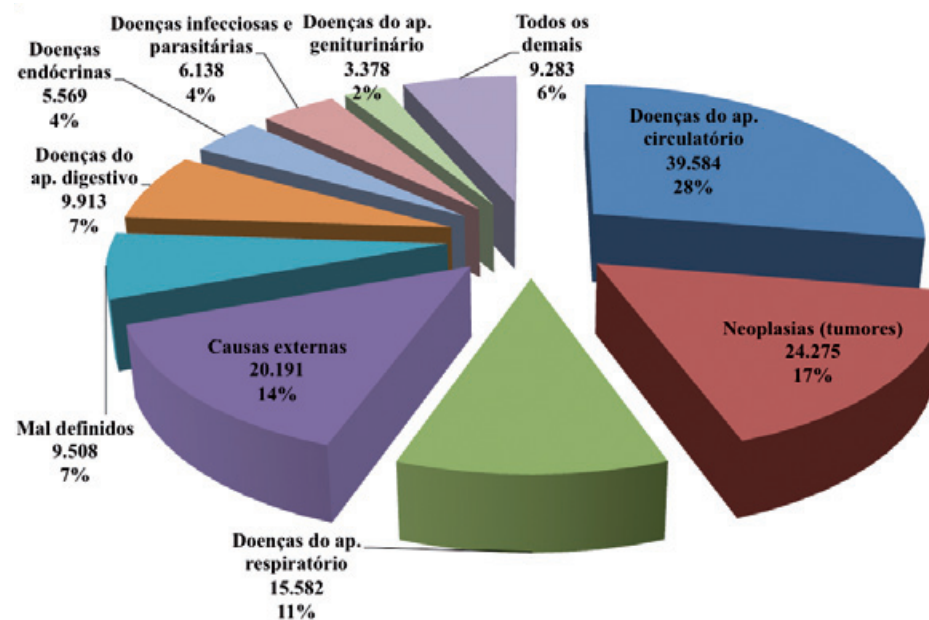
Gráfico 1: Coeficiente\* de Mortalidade nos principais grupos da CID-10 – Estado de São Paulo – 2000 e 2009



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

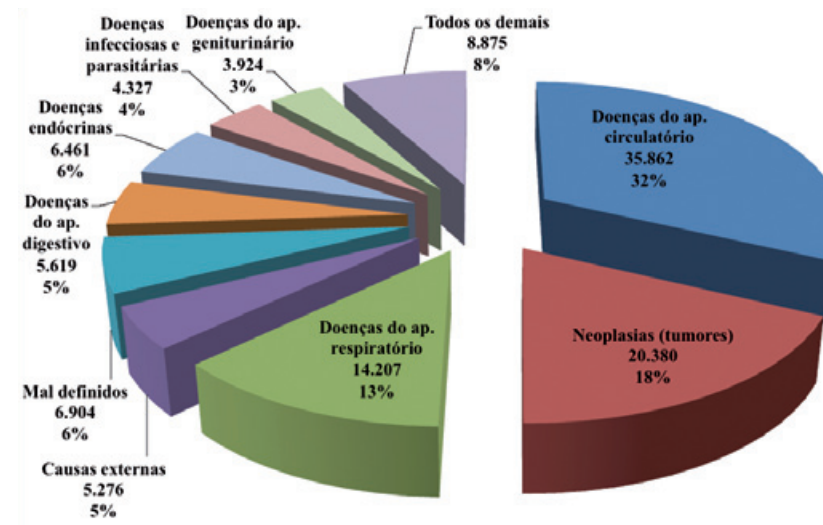
Com relação aos sexos, no que se refere à proporção de óbitos por capítulo da CID – 10, o sexo masculino tem predomínio significativo das mortes por causas externas, que apesar da queda verificada entre 2000 e 2009, ainda representa 14% dos óbitos masculinos em 2009, contra apenas 6% dos óbitos femininos. 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**



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 esses grupos de doenças, com especial destaque 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).

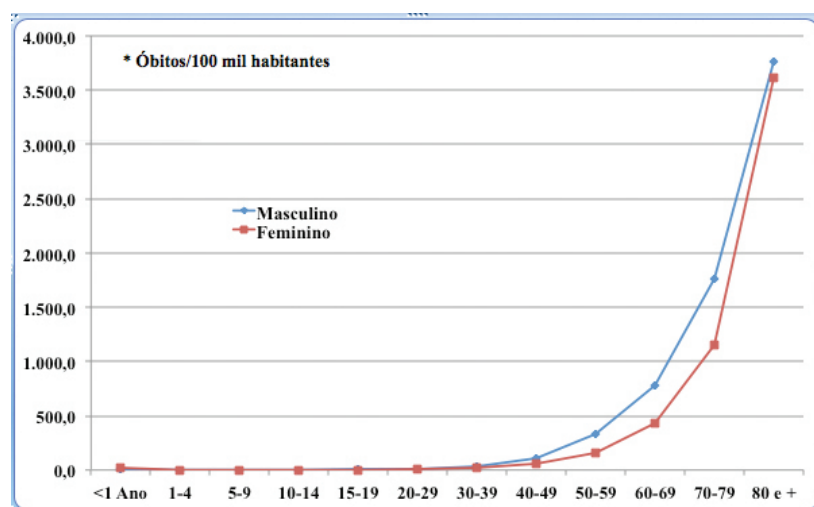
Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares ( derrames) representam mais de 50% dos óbitos em ambos os sexos. Pode-se observar contudo que os coeficientes de mortalidade masculinos são bem superiores aos femininos nas doenças isquêmicas do 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	15.291	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
<b>Total de doenças do aparelho circulatório</b>	<b>39.584</b>	<b>100,0</b>	<b>196,5</b>	<b>35.862</b>	<b>100,0</b>	<b>168,8</b>	<b>75.447</b>	<b>100,0</b>	<b>182,3</b>

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**



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 encontram-se 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 frequência que as mulheres, comportamento que atrasa os diagnósticos de doenças crônicas prevalentes e as medidas terapêuticas e preventivas necessárias.

Com relação às neoplasias ocorre tendência a 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**

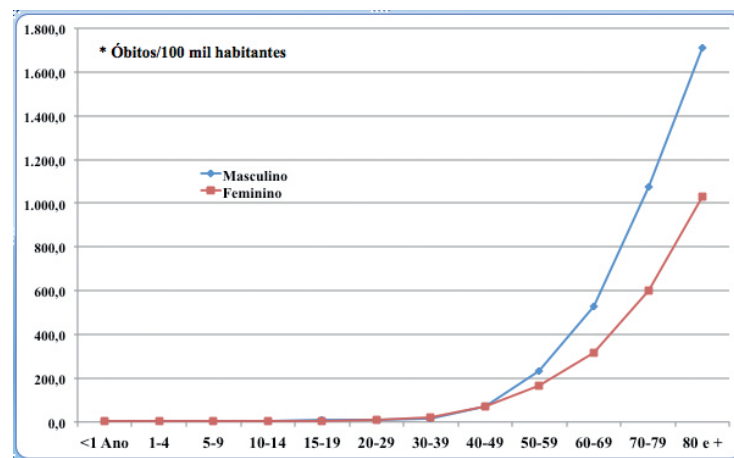
Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Neopl malig da traquéia, brônquios e pulmões	3.567	14,7	17,7	1.995	9,8	9,4	5.562	12,5	13,4
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	2.050	8,4	10,2	2.221	10,9	10,5	4.271	9,6	10,3
Neoplasia maligna do estômago	2.304	9,5	11,4	1.156	5,7	5,4	3.460	7,7	8,4
Neoplasia maligna da mama	12	0,1	0,1	3.372	16,5	15,9	3.385	7,6	8,2
Neoplasia maligna da próstata	2.807	13,9	13,9	-	-	-	2.807	6,3	6,8
Neoplasia maligna do pâncreas	998	5,0	5,0	1.067	5,2	5,0	2.065	4,6	5,0
Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	1.144	5,7	5,7	791	3,9	3,7	1.935	4,3	4,7
Neoplasia maligna do colo de 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
<b>Total de neoplastias</b>	<b>24.275</b>	<b>100,0</b>	<b>120,5</b>	<b>20.380</b>	<b>100,0</b>	<b>96,0</b>	<b>44.655</b>	<b>100,0</b>	<b>107,9</b>

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 oncológica).

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 sobrevida 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).

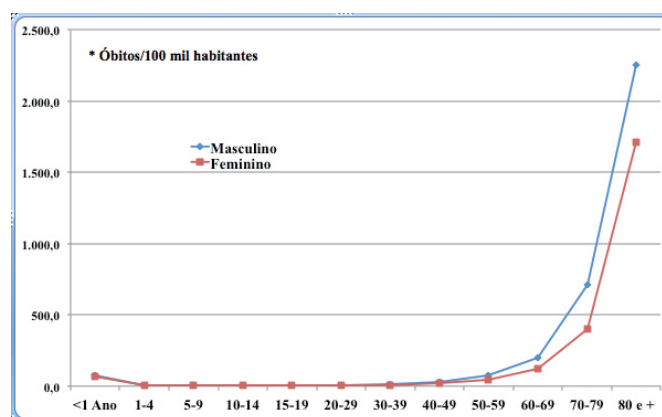
**Tabela 8 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Respiratório e Sexo – Estado de São Paulo – 2009**

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
<b>Total de doenças do aparelho respiratório</b>	<b>15.582</b>	<b>100,0</b>	<b>77,3</b>	<b>14.207</b>	<b>100,0</b>	<b>66,9</b>	<b>29.790</b>	<b>100,0</b>	<b>72,0</b>

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	24,4	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
<b>Total de causas externas</b>	<b>20.191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,2</b>	<b>5.276</b>	<b>100,0</b>	<b>24,8</b>	<b>25.486</b>	<b>100,0</b>	<b>61,6</b>

Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

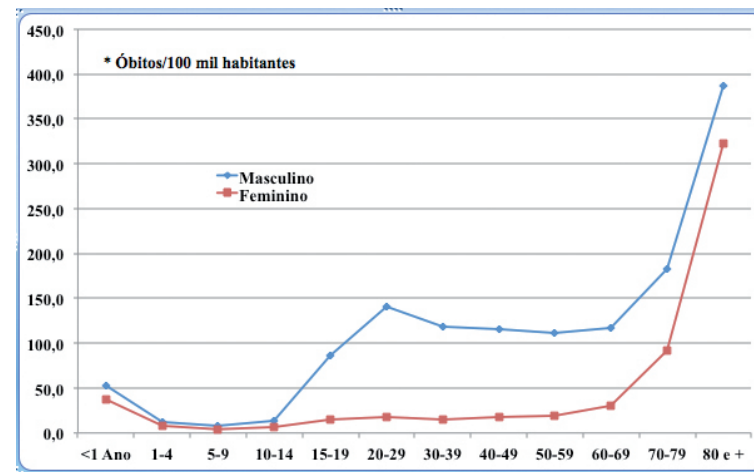


Os acidentes de transporte também apresentaram queda entre 1999 e 2008, mas em menor proporção (12%). É importante lembrar que grande parte dos óbitos por acidentes de transporte está relacionado com o uso de álcool pelos condutores. Nos EUA, 78% dos indivíduos que morreram em acidentes de carro eram 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 (no sexo masculino) 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.

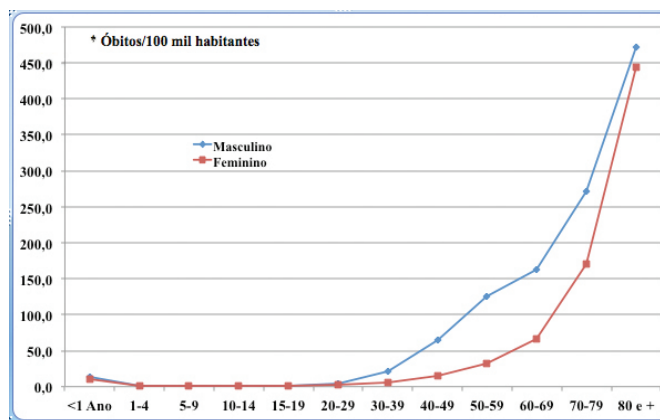
Por faixas etárias, pode-se notar que a partir dos 30 anos, os coeficientes masculinos tornam-se bem superiores e somente aos 80 anos os coeficientes entre os sexos voltam a se aproximar (Gráfico 8). Estes dados apontam certamente para o maior consumo de álcool do sexo masculino, que provoca a longo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

Tipo de causa	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Acidentes de transporte	2.061	20,8	10,2	244	4,3	1,1	2.305	14,8	5,6
Agressões (Homicídios)	2.214	22,3	11,0	636	11,3	3,0	2.850	18,3	6,9
Suicídios	1.389	14,0	6,9	624	11,1	2,9	2.013	13,0	4,9
Quedas	5.5664	57,1	28,1	1.504	26,8	7,1	7.168	46,1	17,3
Subtotal	4.249	42,9	21,1	4.115	73,2	19,4	8.365	53,9	20,2
Todas as demais lesões	9.913	100,0	49,2	5.619	100,0	26,5	15.5333	100,0	37,5
<b>Total de doenças do aparelho digestivo</b>									

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.

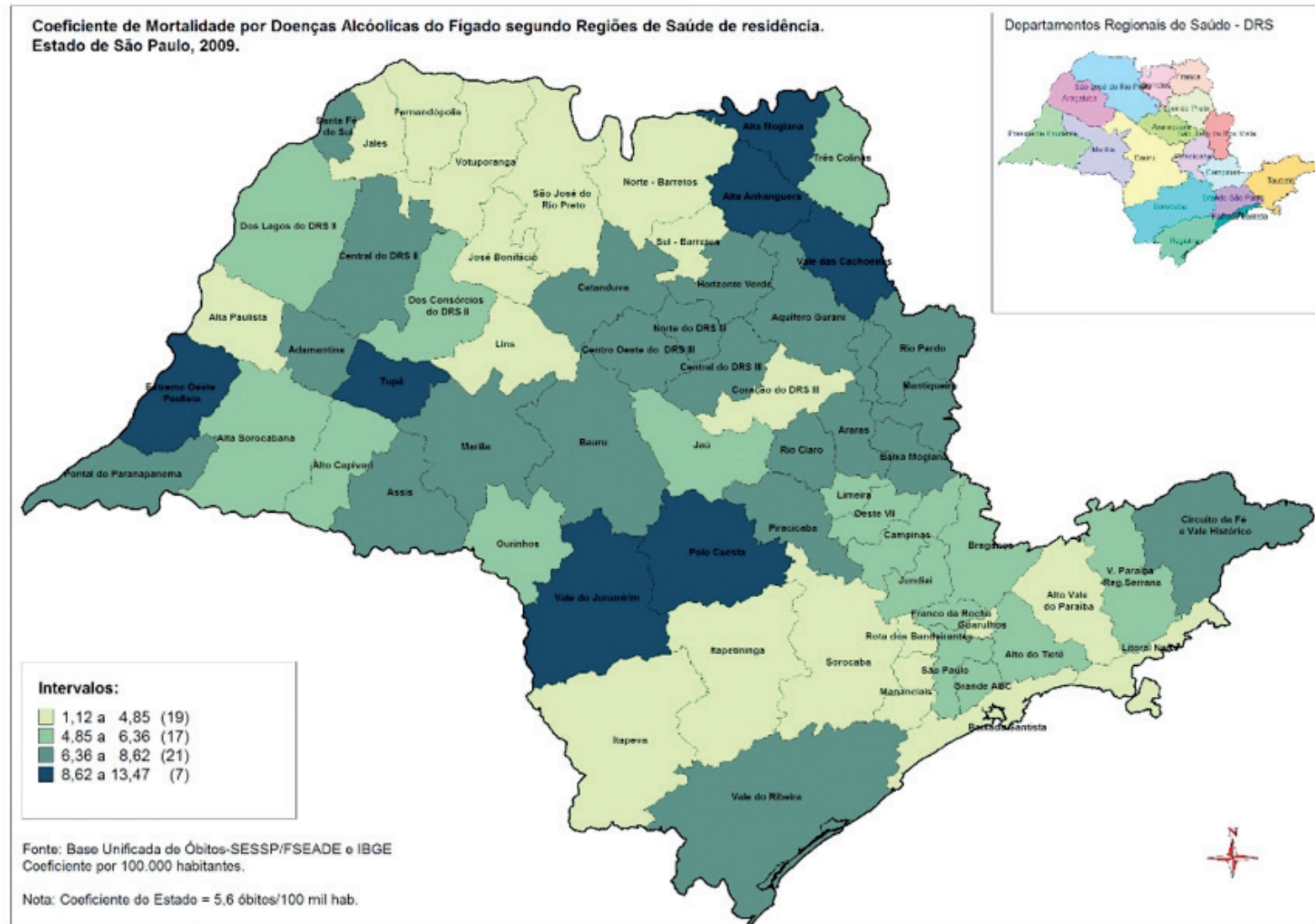
Além das causas específicas mencionadas anteriormente, pertencentes aos cinco principais grupos da CID – 10, a diabetes mellitus se destaca como causa de morte, com 8.117 óbitos em 2009, representando 72% do capítulo de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 3% do total de óbitos do Estado.

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.

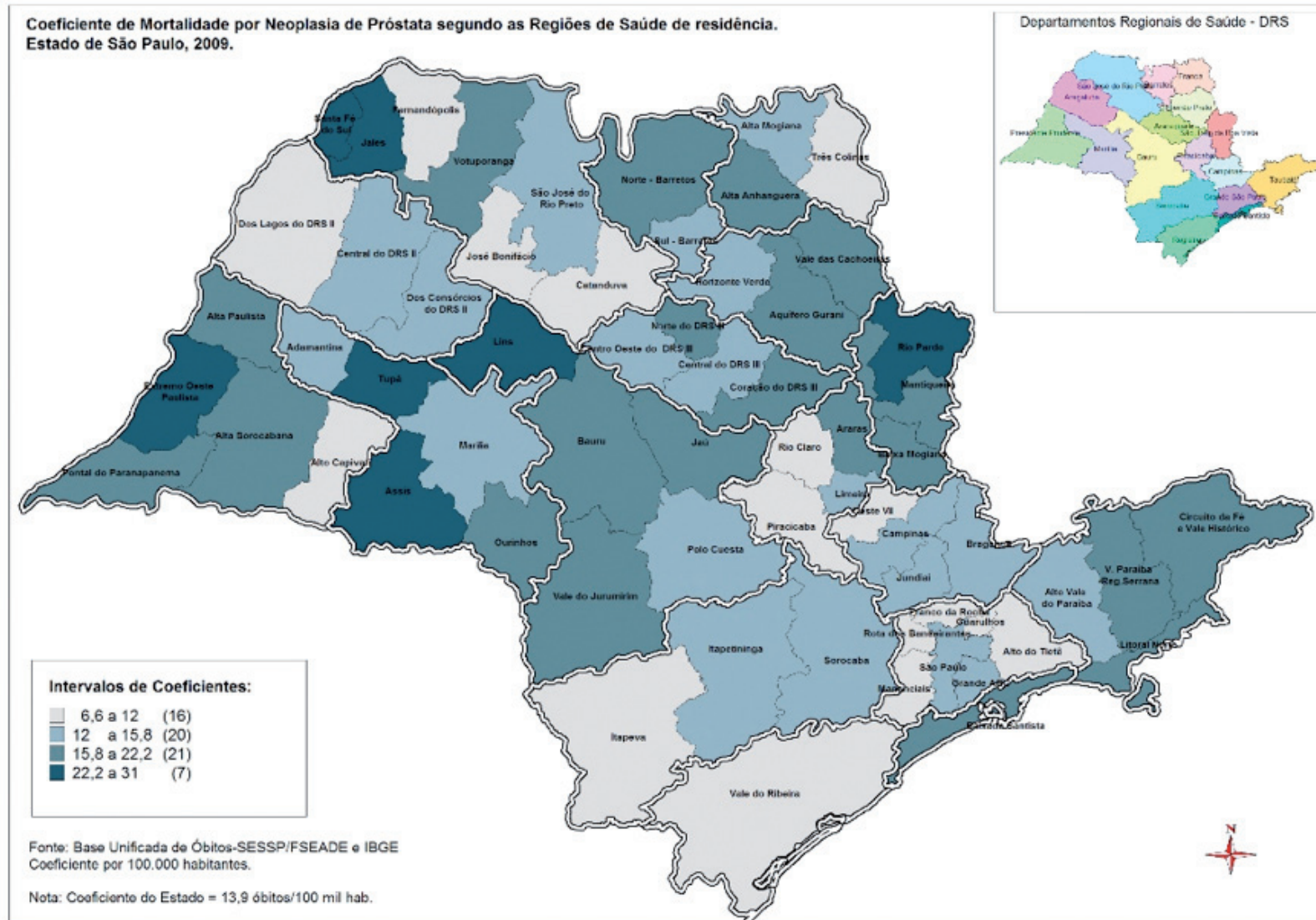
Por outro lado, perfis regionais precisam ser conhecidos. Como exemplo, são apresentados os Mapas 1 – 8 com a distribuição do coeficiente de mortalidade em 2009, por doenças alcoólicas do fígado, câncer de próstata, câncer de mama, homicídios, acidentes de transporte, doenças do aparelho circulatório, 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.

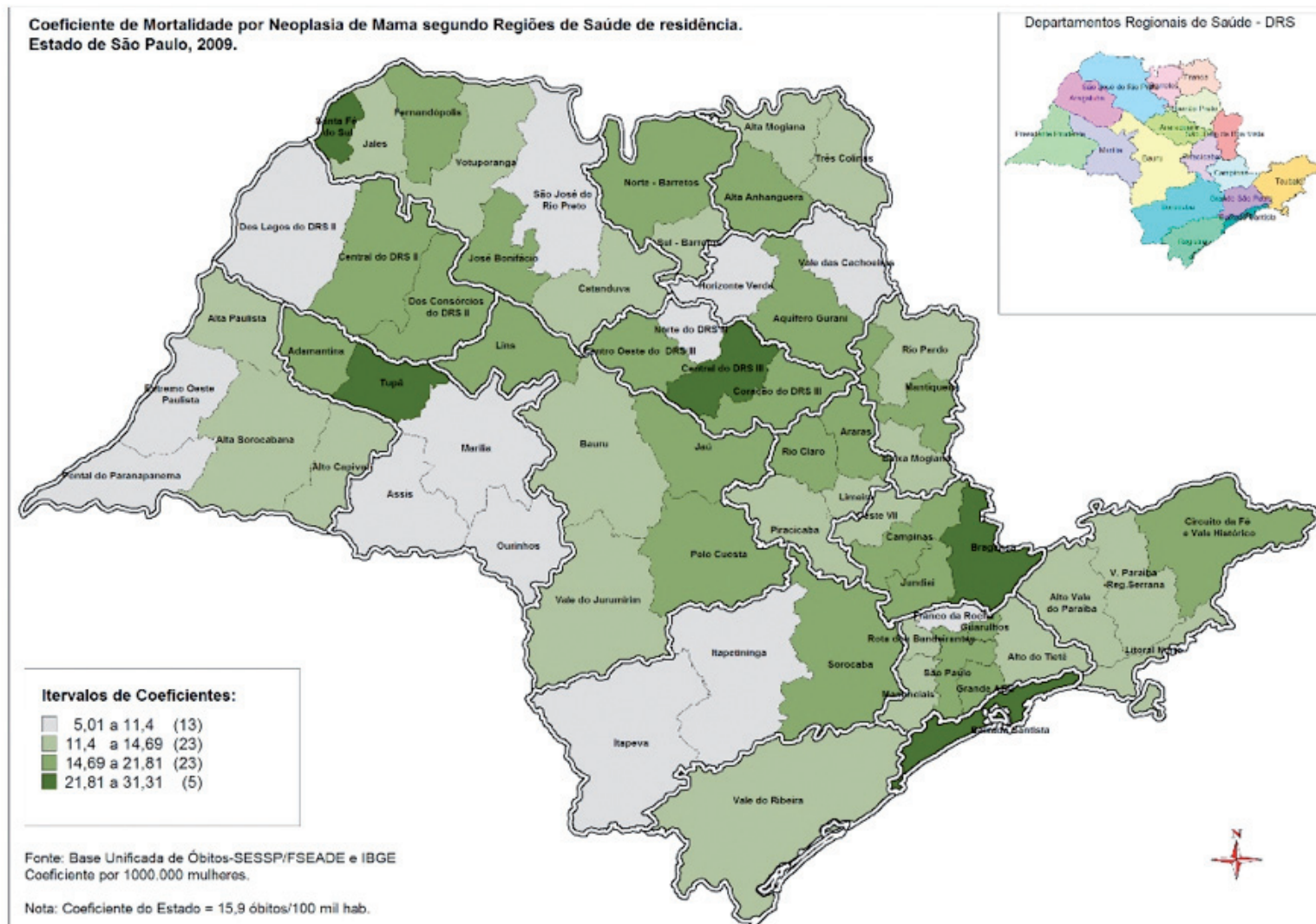
MAPA 1



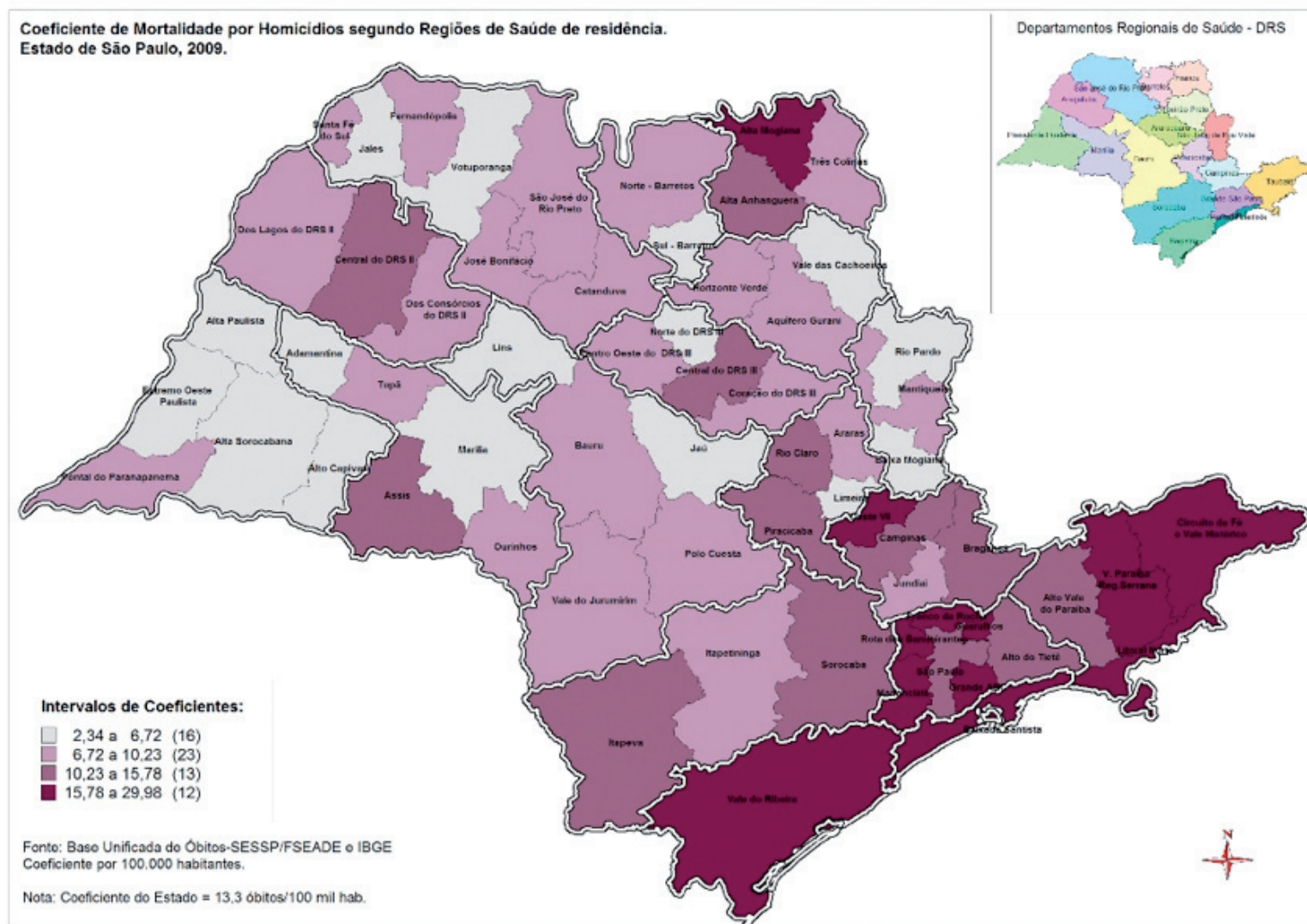
MAPA 2



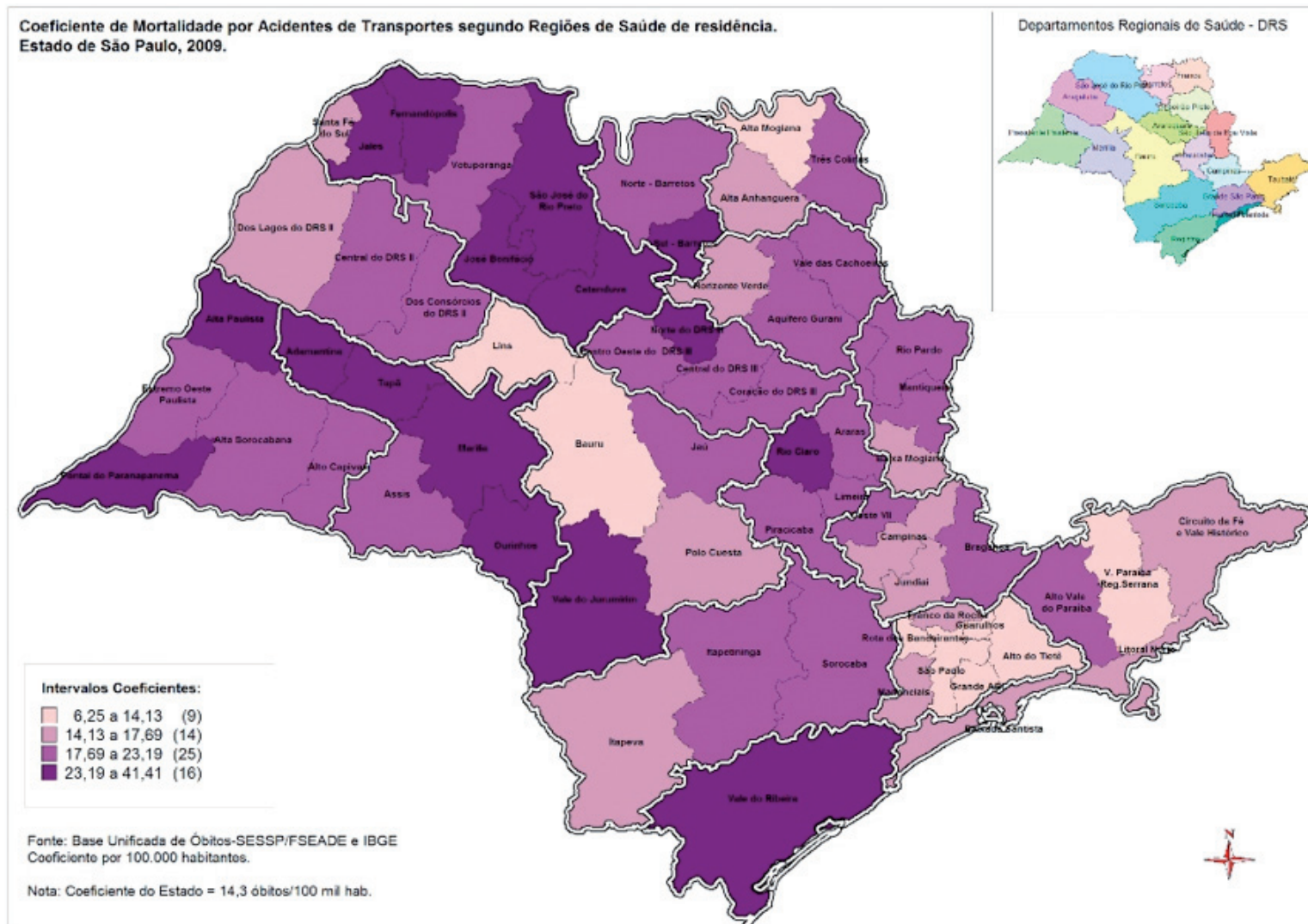
MAPA 3



MAPA 4

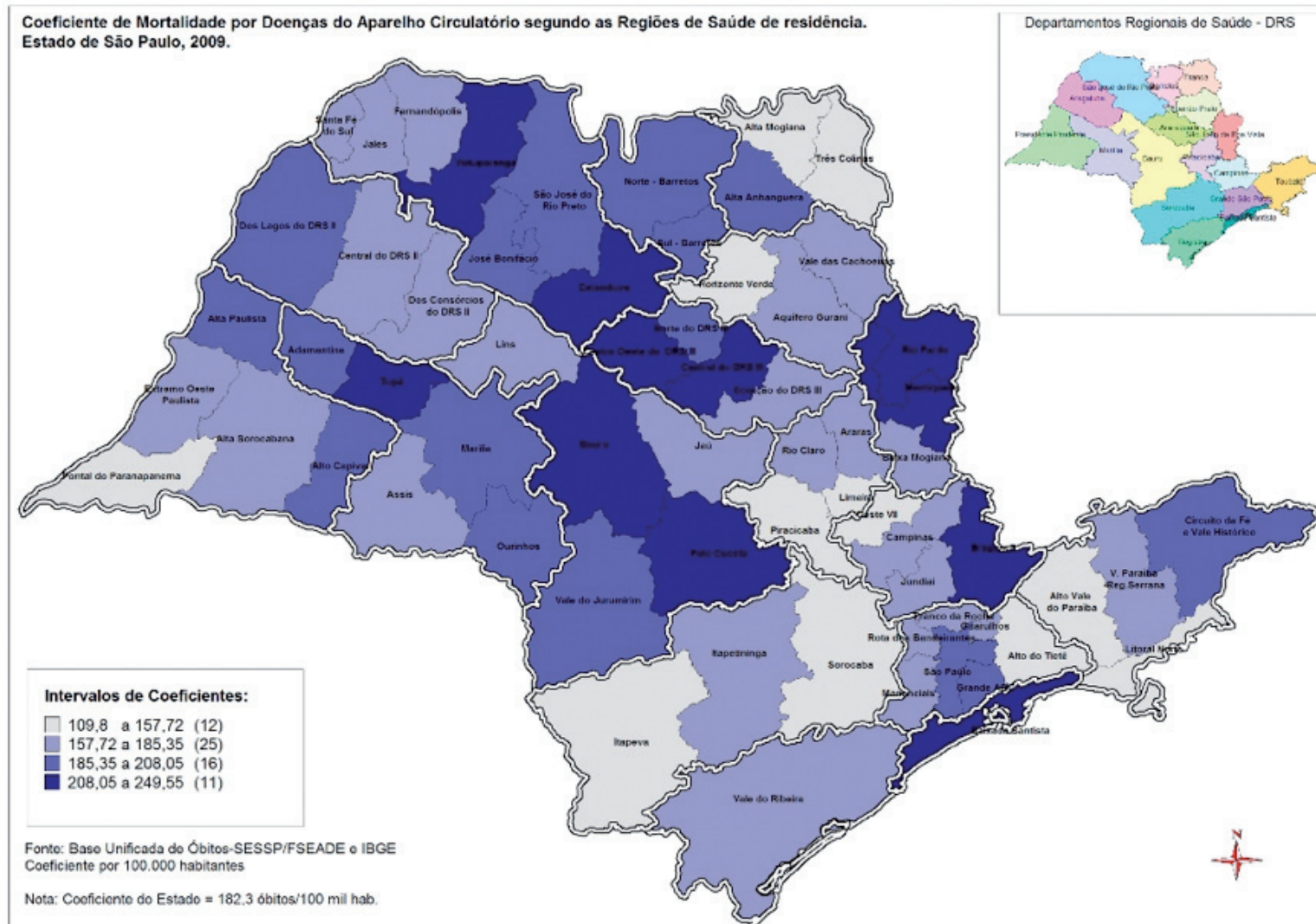


MAPA 5

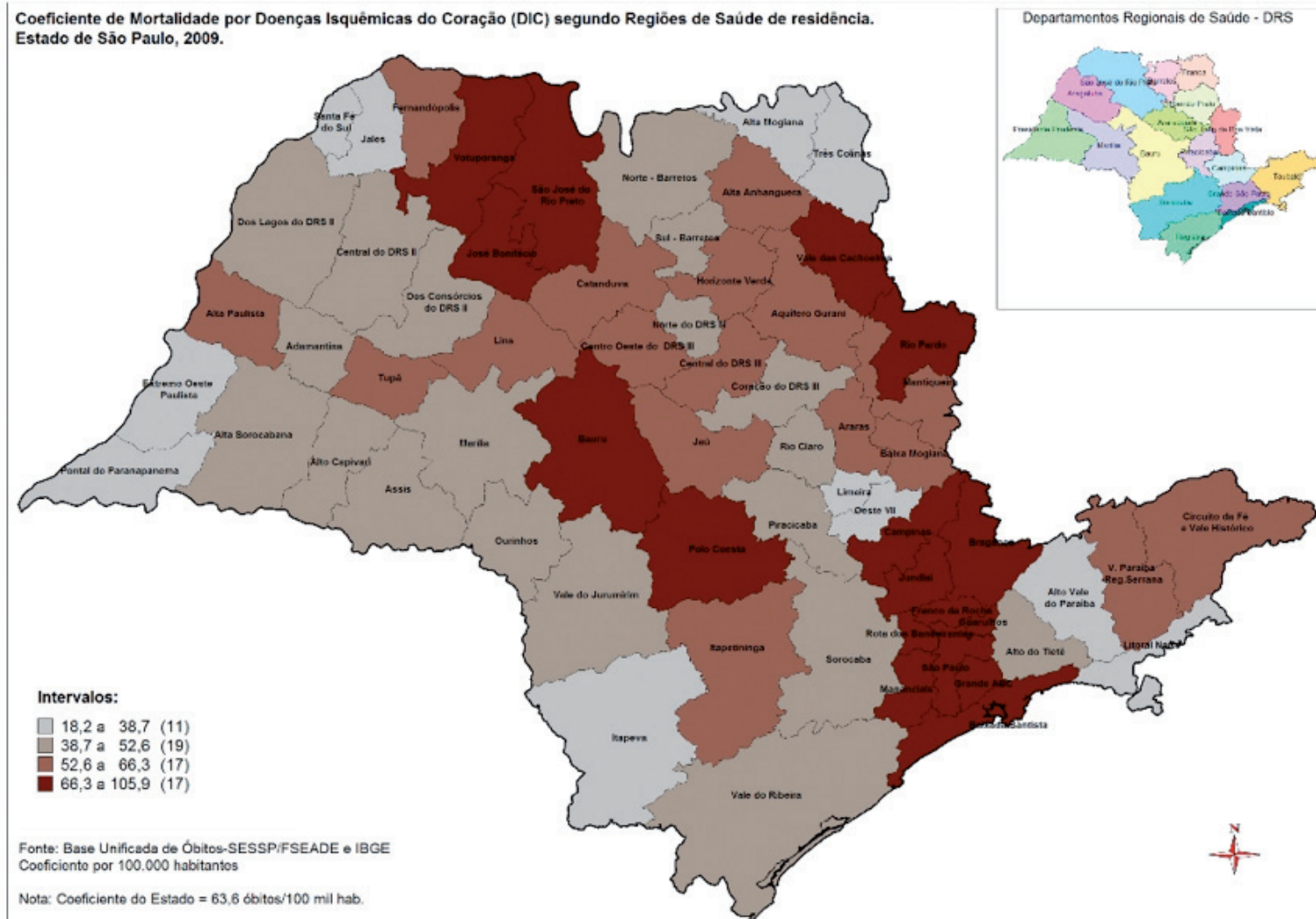




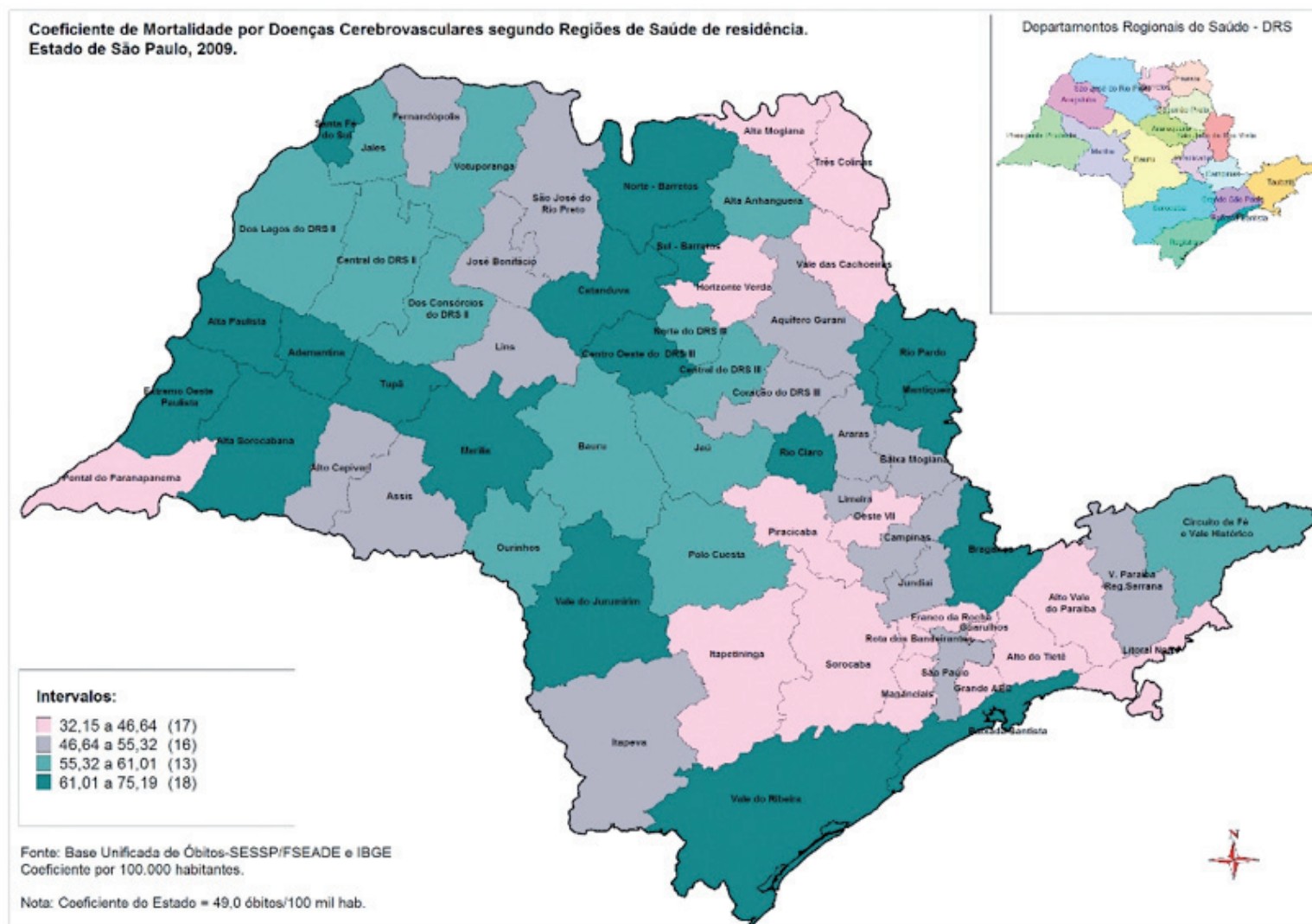
MAPA 6



MAPA 7



MAPA 8



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

A	B	C	D	E	F	G	H	I
DRS / REGIÕES DE SAÚDE	Ap. Circulatório	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovasculares	Doenças Álcool e Fígado	Neoplasia de Mama	Neoplasia de Próstata	Homicídios	Acidentes de Transportes
<b>Grande São Paulo</b>	<b>188,26</b>	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
<b>Aracatuba</b>	<b>176,38</b>	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
<b>Araraquara</b>	<b>185,12</b>	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
<b>Baixada Santista</b>	<b>224,28</b>	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
<b>Bauru</b>	<b>202,51</b>	65,63	57,94	7,64	14,97	17,41	7,10	14,92
Vale do Jurumirim	190,16	44,60	44,60	10,35	12,99	18,34	8,92	23,19
Bauru	211,40	69,49	61,01	7,61	13,46	17,04	6,97	11,50
Pólo Cuesta	233,57	81,91	60,10	10,41	18,62	13,97	8,68	14,58
Jaú	179,01	63,00	57,61	4,85	15,70	15,80	6,06	18,78
Lins	182,47	63,74	55,43	3,75	16,21	23,80	3,75	6,25
<b>Campinas</b>	<b>167,11</b>	62,40	49,99	5,62	17,46	12,74	13,12	16,12
Bragança	249,55	105,82	47,04	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
<b>Franca</b>	<b>145,61</b>	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

Fonte: SIM/SEADE.

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

A	B	C	D	E	F	G	H	I
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. Jose do Rio Preto	201,67	61,68	56,68	4,19	12,67	13,56	7,36	26,75
Catanduva	<b>215,53</b>	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	<b>152,76</b>	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
Taubate	<b>148,83</b>	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	15,79	11,79
<b>Total geral</b>	<b>182,31</b>	<b>63,58</b>	<b>49,04</b>	<b>5,57</b>	<b>15,94</b>	<b>13,94</b>	<b>13,26</b>	<b>14,31</b>

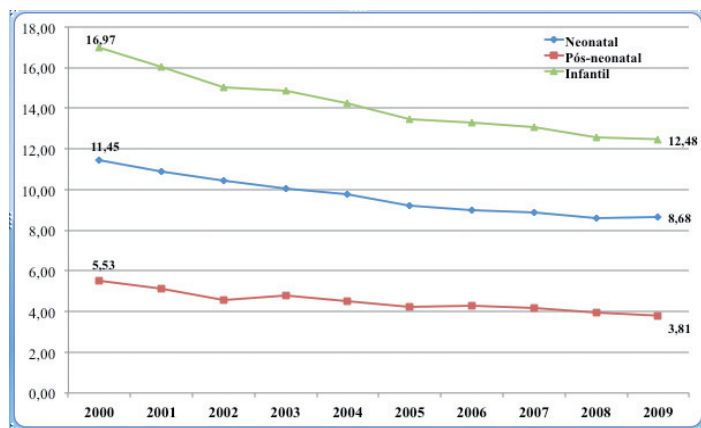
Fonte: SIM/SEADE.

### 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.

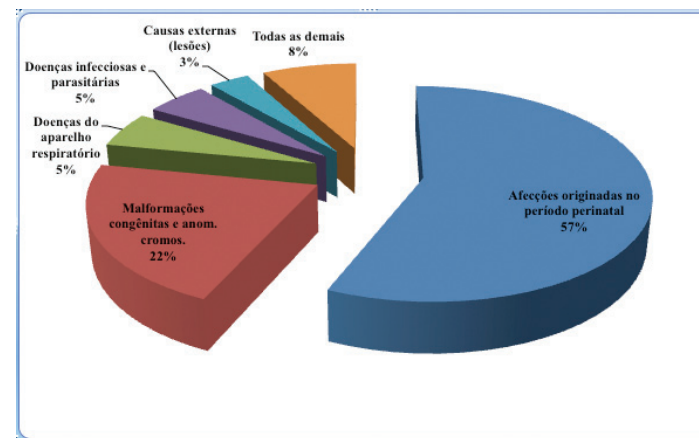
Em 2009, a TMI do Estado foi de 12,48, a TMPN foi de 3,81 e a TMNN foi de 8,68. São valores inferiores aos nacionais: em 2008 a TMI brasileira foi de 19,0, a TMPN foi de 6,0 e a TMNN foi de 13,0. Além disso, se tomado desde 1990, ano-base de comparação dos avanços dos Objetivos de Desenvolvimento do 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, observamos que a mortalidade pós neonatal é mais sensíveis 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 (gráfico 10), em 2009 as doenças perinatais (57%) e congênicas (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 (Mapa 9).

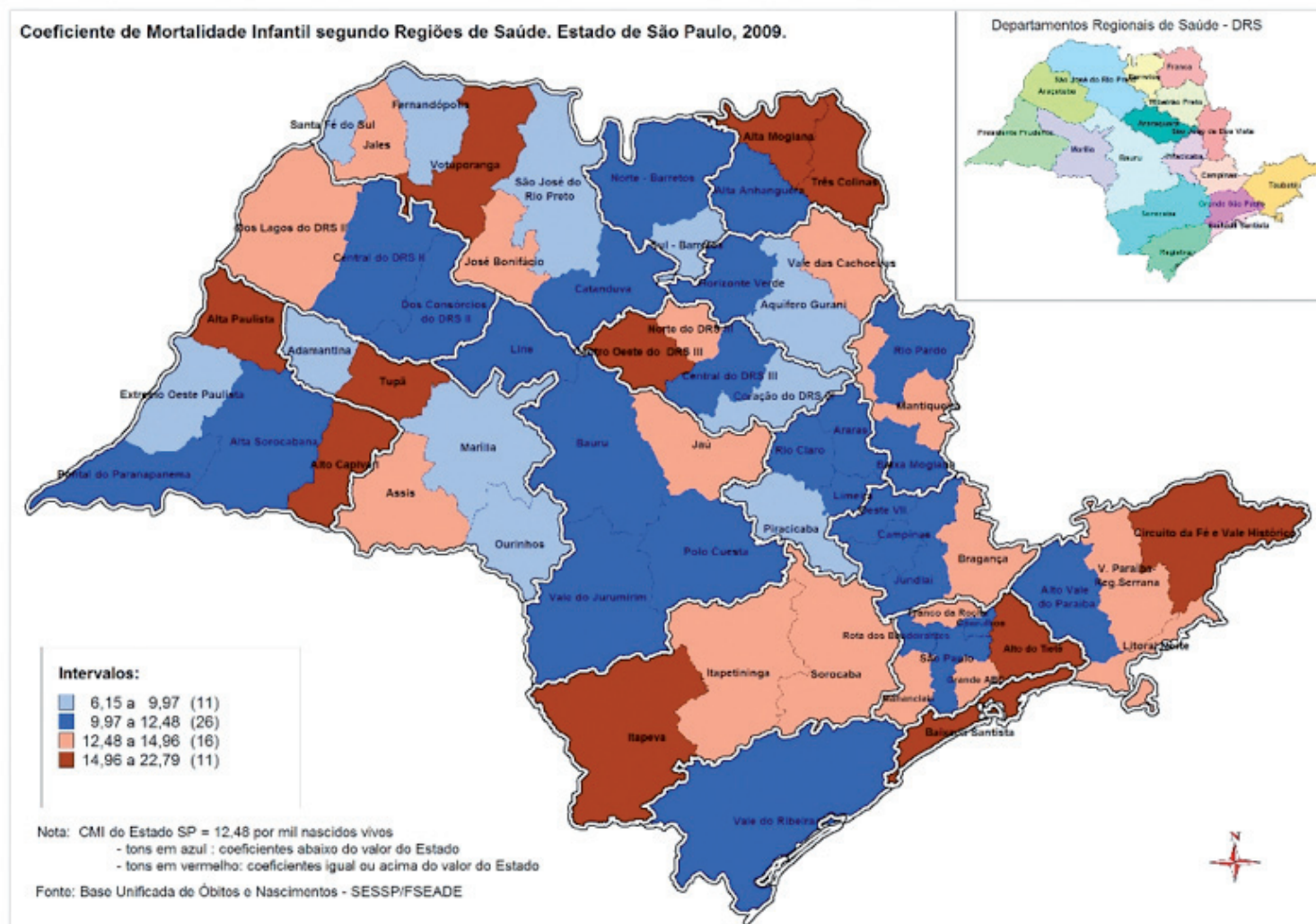
**Tabela 11 - Taxa de Mortalidade Infantil nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde. Estado de São Paulo, 2000 - 2009**

<b>DRS</b>	<b>2000</b>	<b>2009</b>	<b>Var. % 00 - 09</b>
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
<b>ESTADO</b>	<b>16,97</b>	<b>12,48</b>	<b>-26,4</b>

\* óbitos < 1 ano / 1000 Nascidos Vivos

Fonte: SIM/SEADE.

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





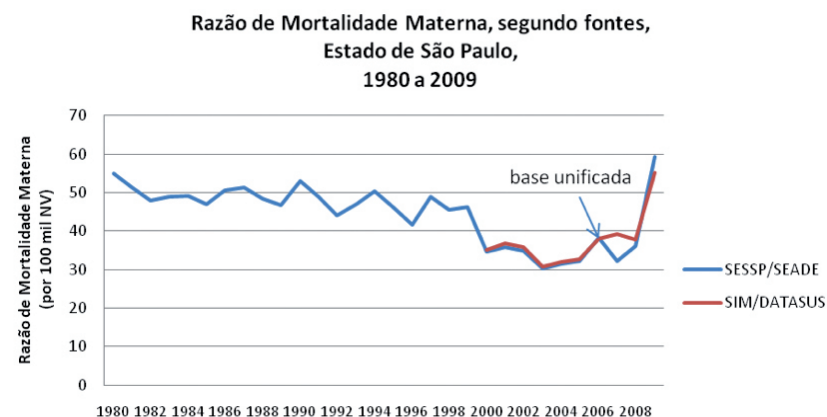
## 4. Mortalidade Materna

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 11.

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



Fonte: MS, DATASUS, tabnet. SESP, CPS, tabwin. F. SEADE. processado em 5/8/2011

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 (Tabela 12). 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**

<b>CAUSA - Categorias CID 10</b>	<b>No. de óbitos</b>	<b>%</b>
Hipertensão Arterial / Eclâmpsia	63	27,8
Outr doenc mat COP compl grav parto	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 genituitário na gravidez	5	2,2
Descolamento prematuro da placenta	5	2,2
<i>Sub - total</i>	195	85,9
Todas as causas	227	100,0

### **5. Morbidade hospitalar do SUS/SP**

A causa mais frequente de internação no SUS 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 frequente 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 % 10/01
	Nº	%	Classif.	Nº	%	Classif.	
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
<b>Total</b>	<b>2.156.523</b>	<b>100,00</b>		<b>2.333.701</b>	<b>100,00</b>		<b>8,22</b>

Fonte: SIHSUS - DATASUS / MS

Obs: excluídas AIH-5 (continuação - cuidados prolongados) (25/05/2011)

Nestes dois anos, o parto continua sendo a primeira causa de internação, mas com redução relativa de frequência (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 14 e 15.

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 frequência 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**

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência  
Internações AIH Pagas Valor Total por lista Morb CID -10  
Estado de São Paulo, 2001**

Lista Morbidade CID - 10	Informações	%	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 trans esquizotípicas 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 clin labor NCOF	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 doença 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. Colelitase e colecistite	25.803	1,2	10.400.910,96	0,9
18. Trans 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 infec presun	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. Urolitase	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 fêmur	13.651	0,6	15.243.219,67	1,3
<b>Total das 40 causas principais</b>	<b>1.410.959</b>	<b>65,4</b>	<b>627.455.220</b>	<b>52,9</b>
<b>Total</b>	<b>2.156.523</b>	<b>100,00</b>	<b>1.185.001.099,52</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)  
Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para maiores informações.

**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**

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência  
Internações AIH Pagas/Valor Total por Lista Morb CID - 10  
Estado de São Paulo, 2010**

Lista Morbidade CID - 10	Inter.	%	Valor Total	%
1. Parto único espontâneo	74.511	8,5	113.726.589,54	4,3
2. Pneumonia	52.004	5,9	131.991.356,79	5,0
3. Outras complicações da gravidez e do parto	25.068	5,5	75.681.660,16	2,8
4. Fratura de outros osos dos membros	24.379	3,1	45.955.698,79	1,7
5. Colelitíase e colecistite	23.941	2,1	34.450.765,90	1,3
6. Insuficiência cardíaca	21.489	2,1	65.379.146,31	2,5
7. Outras doenças isquêmicas do coração	20.622	1,7	154.786.629,42	5,8
8. Outr most ass mãe rei cav fet amn pos prob part	16.611	1,6	26.029.241,35	1,0
9. Outras doenças do aparelho urinário	15.430	1,6	16.612.909,98	0,6
10. Outr sist sinais achad anom ex clin labor NCOP	15.387	1,4	16.893.172,05	0,6
11. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	15.360	1,3	13.631.455,09	0,5
12. Anticoncepção	14.820	1,3	12.606.781,73	0,5
13. Hérnia inguinal	14.686	1,3	15.736.758,74	0,6
14. Outr traum reg não espec e múltipl corpo	14.659	1,3	18.446.040,38	0,7
15. Traumatismo intracraniano	14.609	1,2	36.465.177,07	1,4
16. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	14.544	1,2	29.586.571,75	1,1
17. Outras doenças do aparelho respiratório	14.319	1,2	74.040.113,18	2,8
18. Outras hérnias	14.102	1,1	16.082.083,70	0,6
19. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	13.656	1,1	74.196.988,50	2,8
20. Outras doenças bacterianas	13.494	1,0	37.277.533,04	1,4
21. Doenças do apêndice	12.374	1,0	14.196.227,18	0,5
22. Diabetes mellitus	12.077	1,0	16.157.200,31	0,6
23. Outras doenças do aparelho digestivo	11.489	1,0	16.725.507,22	0,6
24. Infarto agudo do miocárdio	11.315	1,0	64.676.672,39	2,4
25. Outras gravidezes que terminam em aborto	11.300	0,9	5.437.004,09	0,2
26. Veias varicosas das extremidades inferiores	11.270	0,9	11.943.625,60	0,4
27. Outras doenças dos intestinos e peritônio	11.163	0,9	21.633.318,04	0,8
28. Insuficiência renal	11.130	0,9	60.591.818,77	2,3
29. Fratura do fêmur	10.389	0,9	39.744.673,91	1,5
30. Hipertensão essencial ( primária)	10.309	0,8	8.808.535,70	0,3
31. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	10.225	0,8	40.987.393,16	1,5
32. Aborto espontâneo	9.735	0,8	3.992.984,37	0,1
33. Urolitíase	9.351	0,8	8.931.375,49	0,3
34. Diarréia e gastroenterite origem infecc presun	9.182	0,8	7.022.960,21	0,3
35. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	9.081	0,8	16.427.474,75	0,6
36. Septicemia	8.787	0,8	64.957.752,24	2,4
37. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	8.606	0,8	19.441.723,56	0,7
38. Outras afeções originadas no período perinatal	8.525	0,8	12.452.860,46	0,5
39. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	8.446	0,7	9.359.301,46	0,4
40. Asma	8.417	0,7	9.493.130,81	0,4
<b>Total das 40 causas principais</b>	<b>1.464.568</b>	<b>62,8</b>	<b>1.462.558.213</b>	<b>54,9</b>
<b>Total</b>	<b>2.333.701</b>	<b>100,00</b>	<b>2.666.094.486,30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS ( SIH/SUS)

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

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência  
Internações por Lista Morb CID-10 e Sexo  
Estado de São Paulo, 2010**

Lista Morbidade CID - 10	Inter.	%
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 múltiplo corpo	21.489	2,1
7. Traumatismo intracraniano	20.622	2,1
8. Outr sist sinais achad anorm ex clin 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. Prepúcio 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	1,3
20. Outras doenças do aparelho digestivo	13.494	1,2
21. Anticoncepção	12.374	1,2
22. Insuficiência renal	12.077	1,1
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 med NCOP	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 doenc pulm obstr crôn	10.389	1,0
30. Transt ment compor dev uso outr subst psicoat	10.309	1,0
31. Septicemia	10.225	1,0
32. Diarria e gastroenterite origem infec 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
<b>Total das 40 causas principais</b>	<b>636.862</b>	<b>63,3</b>
<b>Total</b>	<b>1.005.333</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS ( SIH/SUS)

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

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência  
Internações por Lista Morb CID-10 e Sexo feminino  
Estado de São Paulo, 2010**

<b>Lista Morbidade CID - 10</b>	<b>Inter.</b>	<b>%</b>
1. Parto único espontâneo	231.343	10,7
2. Outras complicações da gravidez e do parto	161.901	7,5
3. Pneumonia	131.722	6,1
4. Outr mot ass mãe rei cav fet amn pos prob part	57.472	2,7
5. Colelitíase e colecistite	46.648	2,2
6. Insuficiência cardíaca	40.410	1,9
7. Outras doenças do aparelho urinário	35.553	1,6
8. Outras gravidezes que terminam em aborto	35.230	1,6
9. Fratura de outros ossos dos membros	33.145	1,5
10. Aborto espontâneo	29.487	1,4
11. Anticoncepção	29.321	1,4
12. Veias varicosas das extremidades inferiores	28.973	1,3
13. Edema protein transt hipertens grav parto puerp	27.775	1,3
14. Outr sist sinais achad anorm ex clin labor NCOP	26.801	1,2
15. Outras doenças isquêmicas do coração	26.715	1,2
16. Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	26.174	1,2
17. Outros transtornos do aparelho genitúriário	25.803	1,2
18. Leiomioma do útero	23.895	1,1
19. Acid vascular crebr não espec hemorrág ou isq	23.150	1,1
20. Outras hérnias	23.124	1,1
21. Diabetes mellitus	22.772	1,1
22. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	22.218	1,0
23. outras doenças do aparelho respiratório	20.726	1,0
24. Neoplasia maligna da mama	19.918	0,9
25. Hipertensão essencial (primária)	19.749	0,9
26. Doenças renais túbulo - intersticiais	19.155	0,9
27. outras doenças bacterianas	19.123	0,9
28. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	18.684	0,9
29. Urolitíase	17.541	0,8
30. Trabalho de parto obstruído	16.503	0,8
31. Outras doenças do aparelho digestivo	16.412	0,8
32. Outras doenças dos intestinos e peritônio	16.242	0,8
33. Fratura do fêmur	15.608	0,7
34. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	15.405	0,7
35. Doenças de apêndice	15.110	0,7
36. Outras afeições originadas no período perinatal	14.965	0,7
37. Bronquite enfisema e outr doença pulm obstr crón	14.728	0,7
38. Septicemia	14.027	0,7
39. Insuficiência renal	13.780	0,6
40. Transtornos de humor (afetivos)	13.651	0,6
<b>Total das 40 causas principais</b>	<b>1.410.959</b>	<b>65,4</b>
<b>Total</b>	<b>2.156.523</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Quando se observa 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 <sup>***</sup>	Total
ATENDIMENTO ANTI-RABICO*	94000	103944	102053	102195	39794	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 DE 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
<b>Total</b>	<b>256244</b>	<b>184283</b>	<b>196652</b>	<b>389792</b>	<b>161858</b>	<b>1188829</b>

FONTE: SINANNET/NIVE/CVE

\* Notificado somente casos confirmados.

\*\* Hepatites B e C

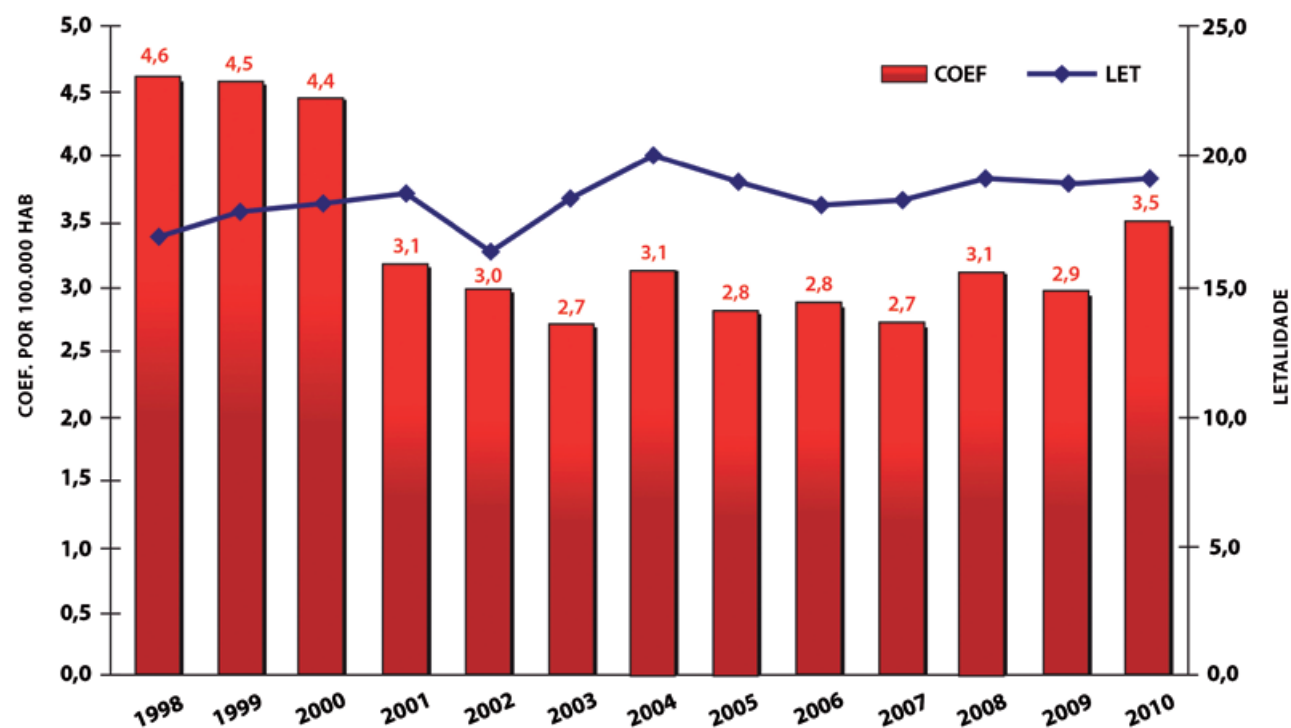
\*\*\* 2011 dados parciais



## • Meningites

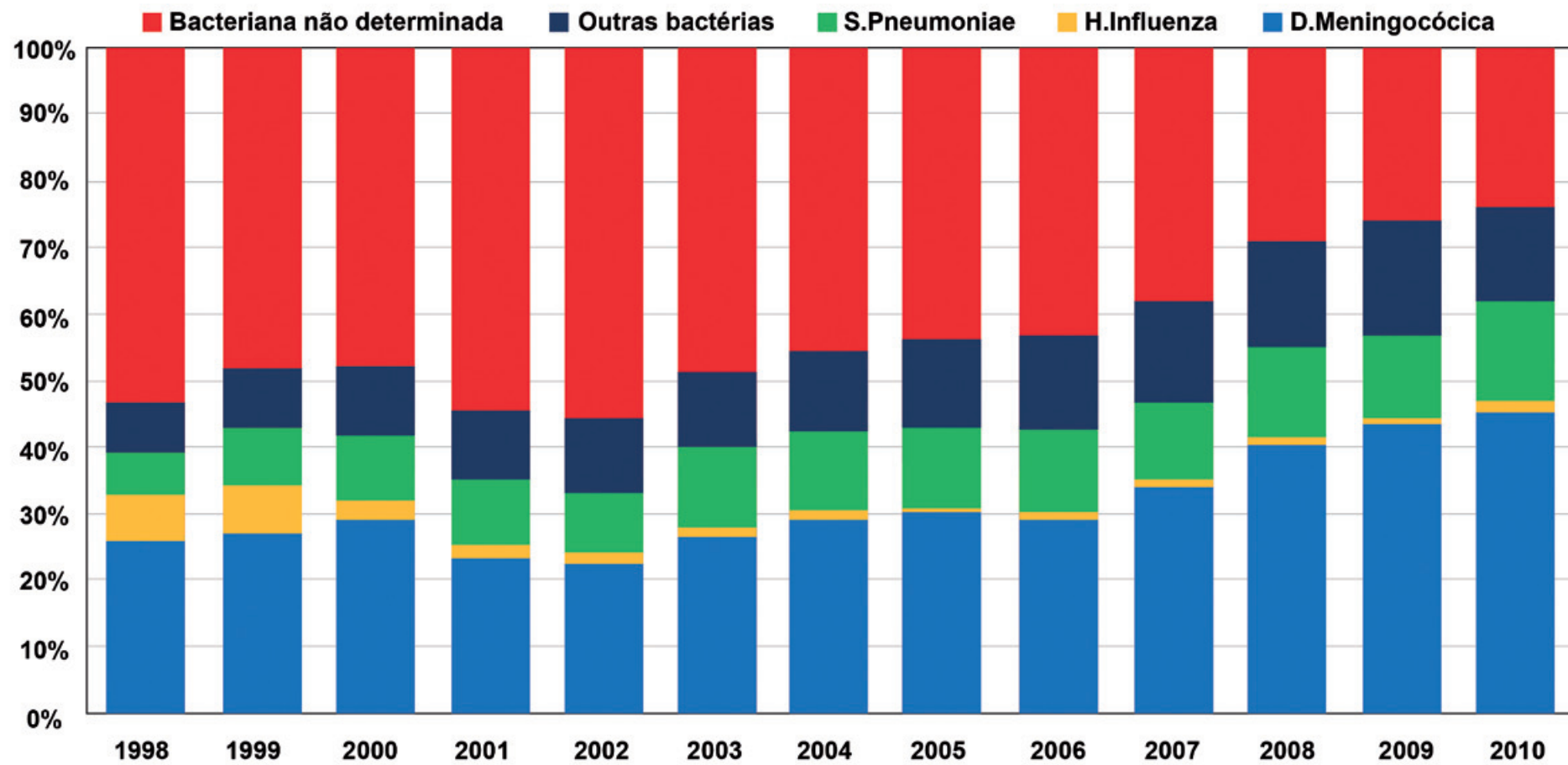
O principal objetivo da vigilância das meningites é identificar seu comportamento epidemiológico para desencadear as medidas de controle específicas conforme a etiologia. No Estado, até 2006, cerca de 40% das meningites bacterianas notificadas ao sistema de vigilância não tinham seu agente etiológico 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**



Fonte: SINAN NET / D.D.T.R. / CVE.

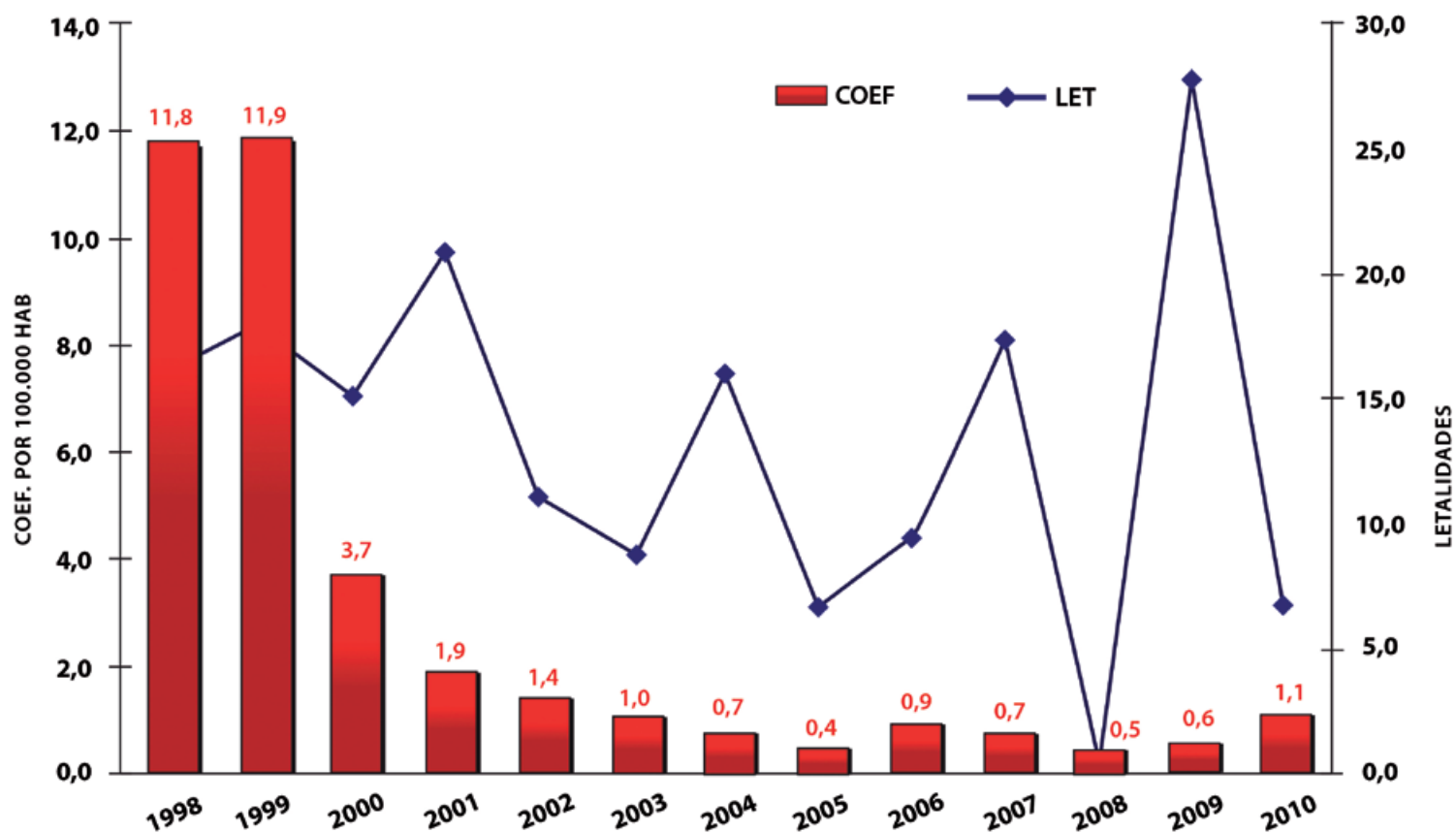
GRÁFICO 13 – Distribuição percentual das meningites bacterianas segundo etiologia Estado de São Paulo – 1998-2010



Fonte: SINAN NET / D.D.T.R. / CVE.

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

**MENINGITES POR *Haemophilus influenzae b* EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE:  
INCIDÊNCIA E LETALIDADE, ESTADO DE SÃO PAULO, 1998 A 2010.**



Fonte: SINAN NET / D.D.T.R. / CVE .

### • 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 triplice 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 (Gráfico 15), 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 16).

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

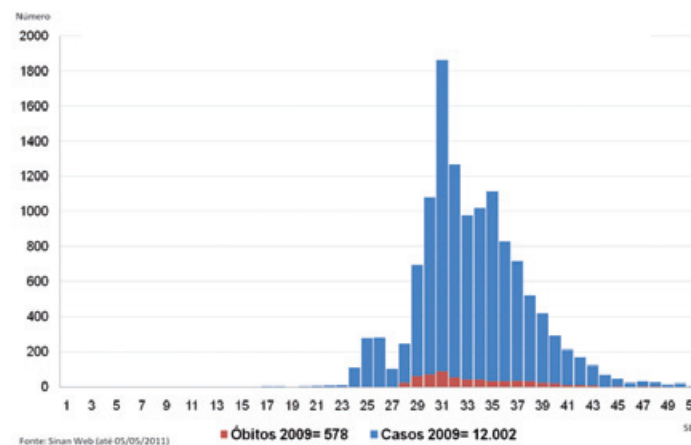
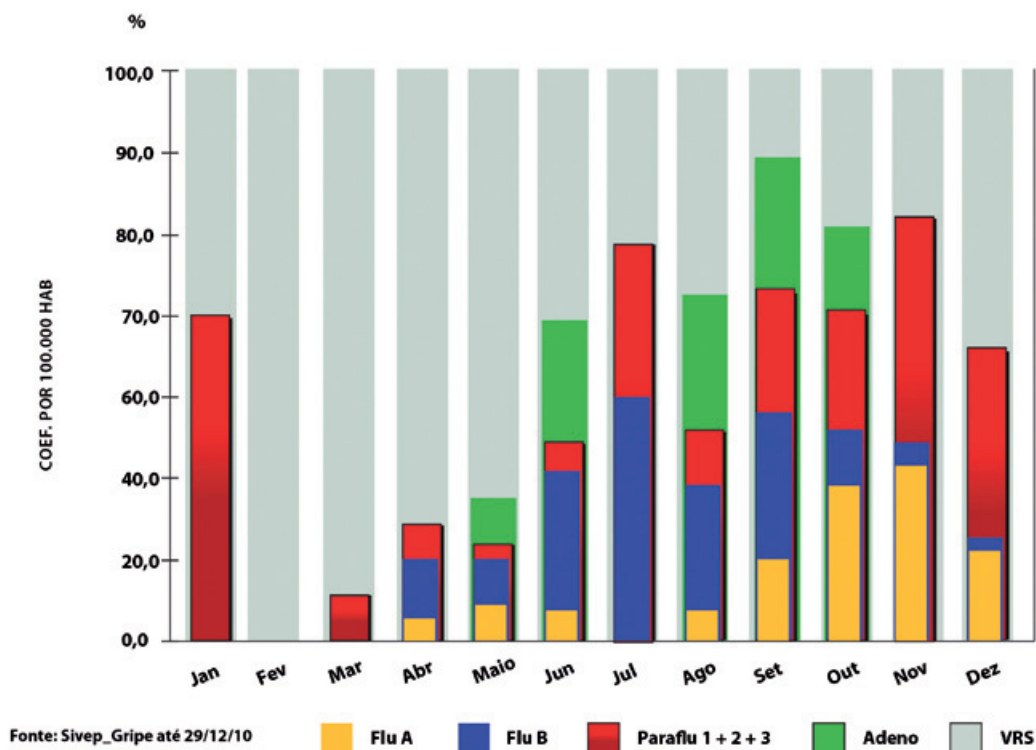


Gráfico 16. Distribuição do percentual de identificação dos vírus respiratórios nas unidades-sentinelas, segundo mês de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2010.



### • 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 (CV) 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 (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 VACINAA DTP de CÉLULAS INTEIRAS E DTP ACELULAR

(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

(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

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.

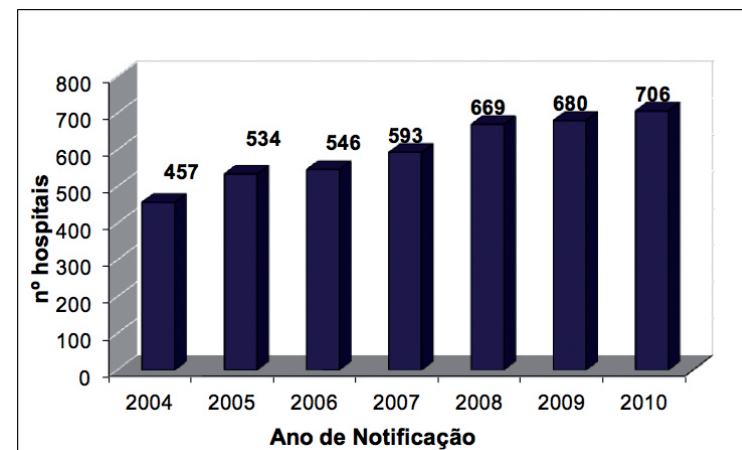
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cabe às autoridades de saúde desenvolver um sistema para monitorizar infecções selecionadas e avaliar a efetividade de intervenções.

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 :

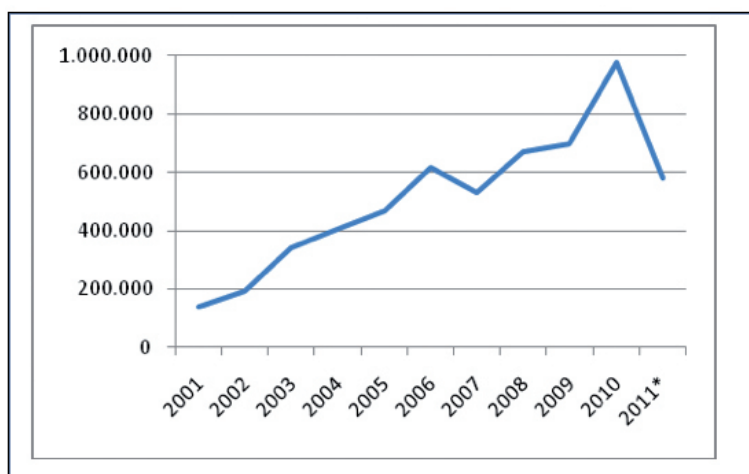
- **Monitorização da Doença Diarreica Aguda (MDDA)** - Vigilância Síndromica da Diarreia :

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\***



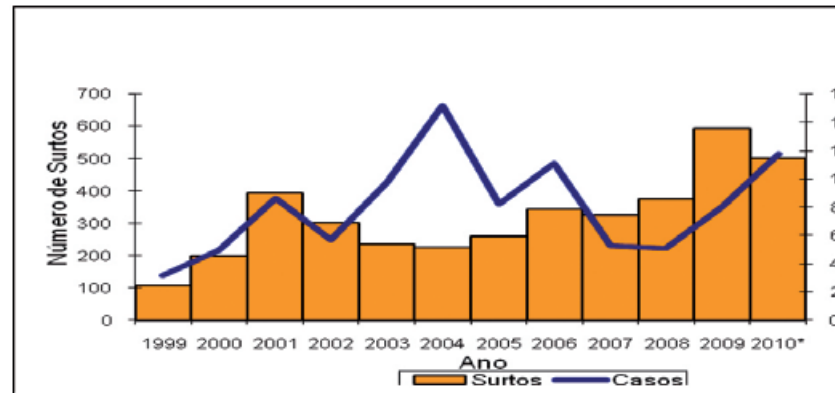
Fonte: DDTHA/CVE  
 (\*) 2011 – Dados preliminares

#### -Sistema de Vigilância de Surtos 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 frequentes 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

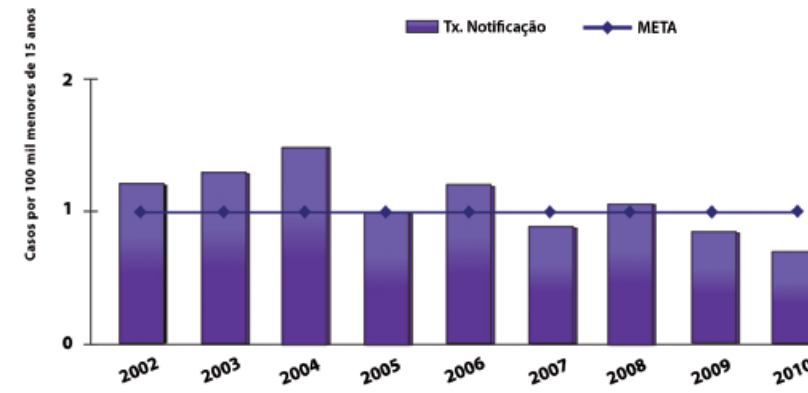
(\*) 2010 – Dados preliminares

**- 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 Estado de São Paulo 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 (Gráfico 20). 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 Bauri, 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 eletroneuromiografia (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. Apóia-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 diflobotríase 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**

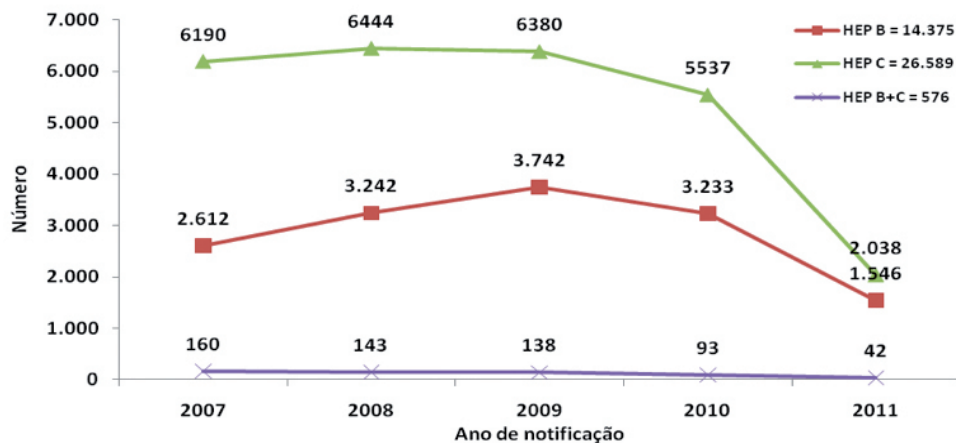
Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam, que existem 170 milhões de indivíduos infectados pelo vírus da Hepatite C, em todo o mundo, e cerca de 2 bilhões de

peças 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.

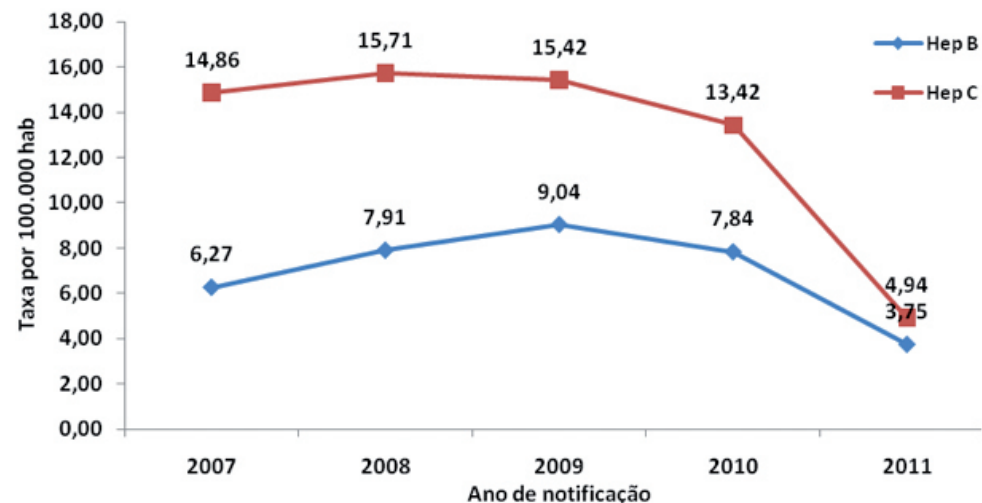
**Gráfico 21 – Números de casos de Hepatite B, C e B + C por ano de notificação no Estado de São Paulo 2007-2011\***



\*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 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 (Tabela 20).

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 para 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***			Razão de Sexo	
	Casos	TI	Casos	TI	Casos	Casos	TI	M/F	%
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
<b>Total</b>	<b>143.892</b>	<b>-</b>	<b>67.839</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>211.749</b>	<b>-</b>	<b>2/1</b>	<b>2,12</b>

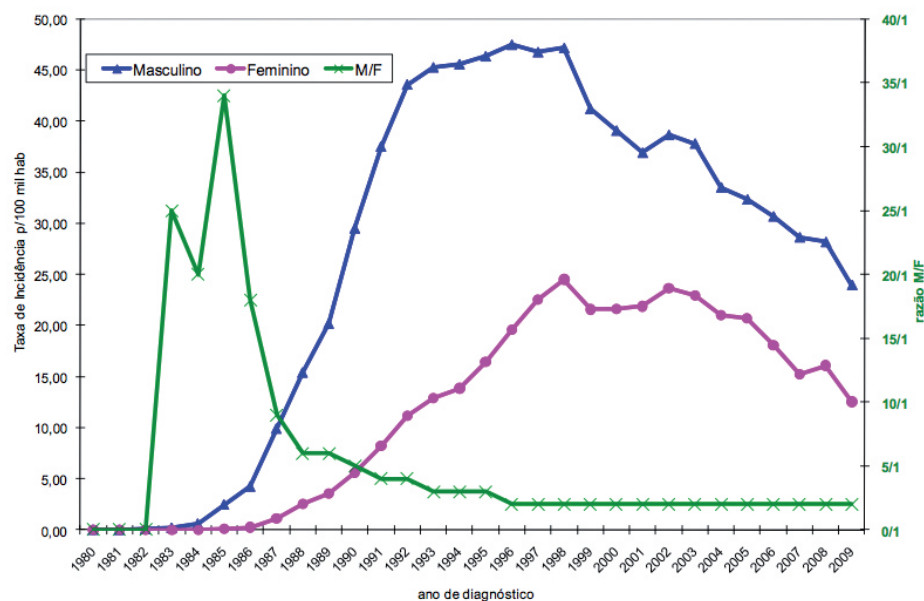
Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação SEADE  
MS/SVS/Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais

(\*) 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\***



### • 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 concepto. 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**

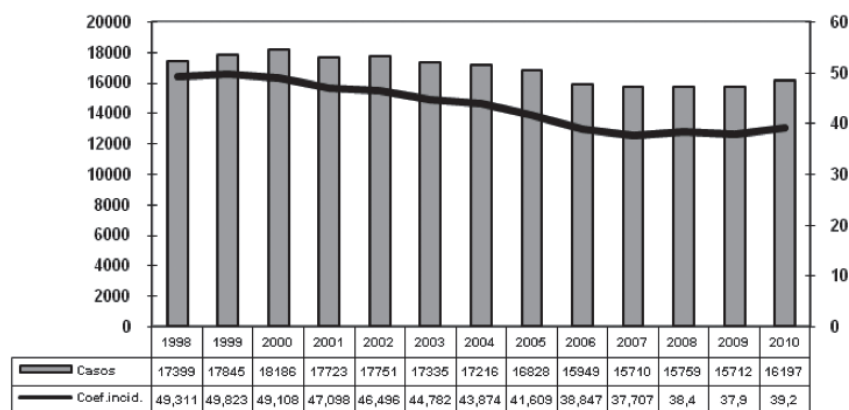
Desde as últimas décadas do século XX a tuberculose vem sendo alvo de renovadas preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

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.

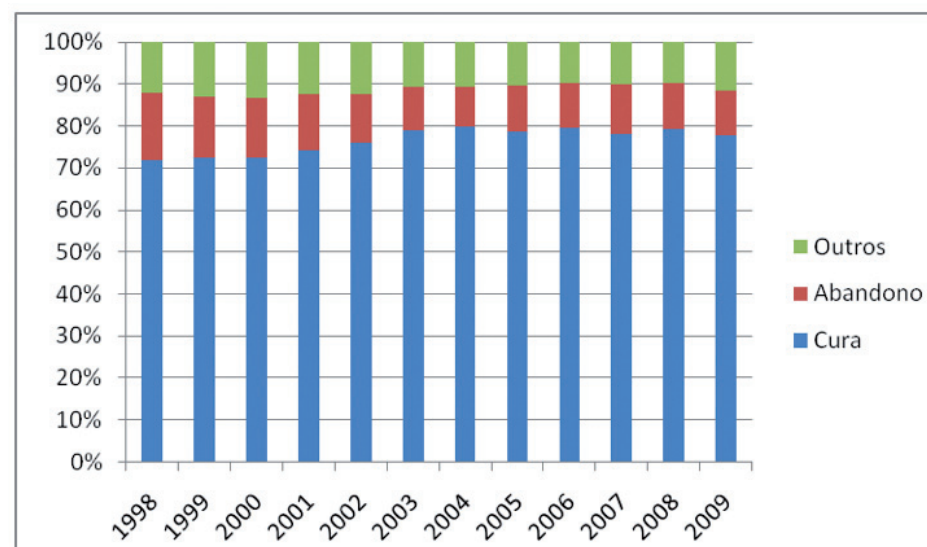
A taxa de incidência - 39 casos por 100 000 habitantes em 2010 se assemelha à média nacional e declinou 23% nos últimos 10 anos ( Gráfico 24 ). No entanto essa queda não é suficiente para atingir a meta da OMS, que é diminuir as taxas de incidência observada em 1990 pela metade, até o ano 2015.

**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 25 ) a taxa de curas aumentou 11,7% e os abandonos diminuíram 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 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 municípios 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.

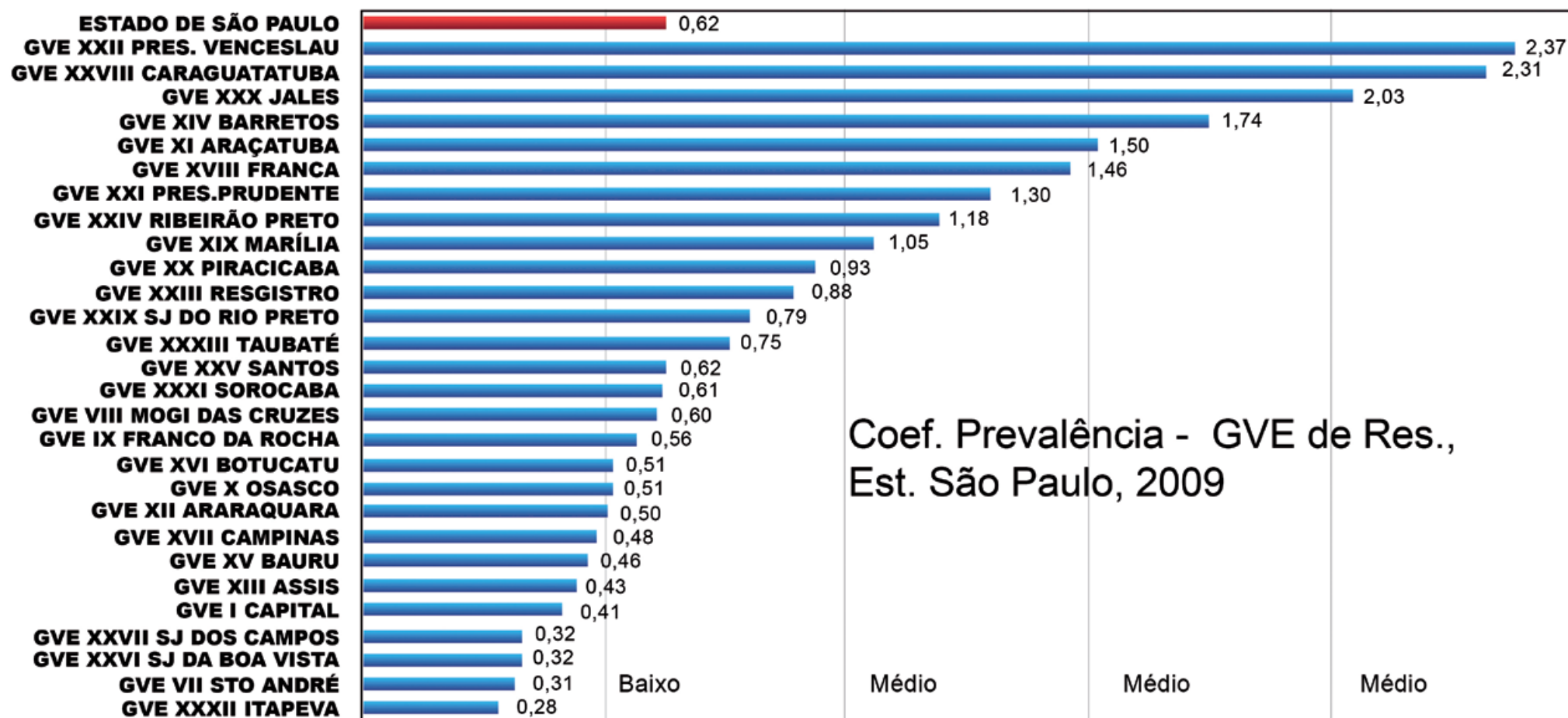
O norte para a sustentação da eliminação da hanseníase no nível estadual, regional e municipal deve continuar sendo o aumento da oferta de serviços de saúde da rede básica, integrando: atividades de diagnóstico precoce de todos os casos da doença, tratamento-padrão (PQT/OMS) gratuito, prevenção de incapacidades,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

#### • **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.

**Gráfico 26 – Coeficiente de prevalência de Hanseníase por GVE de residência no Estado de São Paulo – 2009**  
 Fonte: CVE/SES.





## • 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.

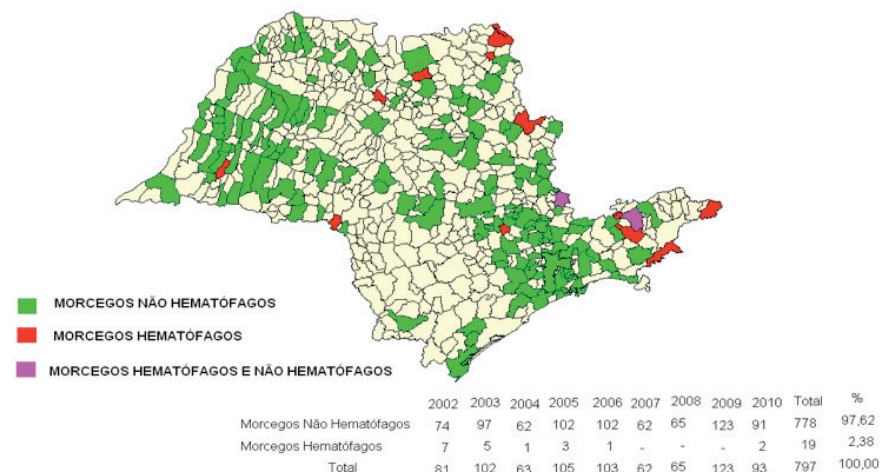
Redução acentuada dos casos de raiva em cães e gatos (90%: 1996 – 104 e 1997 – 11 casos) é observada decorrente de inúmeras capacitações realizadas em todo o Estado. O último caso de raiva humana por variante canina do vírus rábico foi em 1997 e o último caso de raiva em cão, por essa mesma variante, 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). (Mapa 10)

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 Sequenciamento 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.

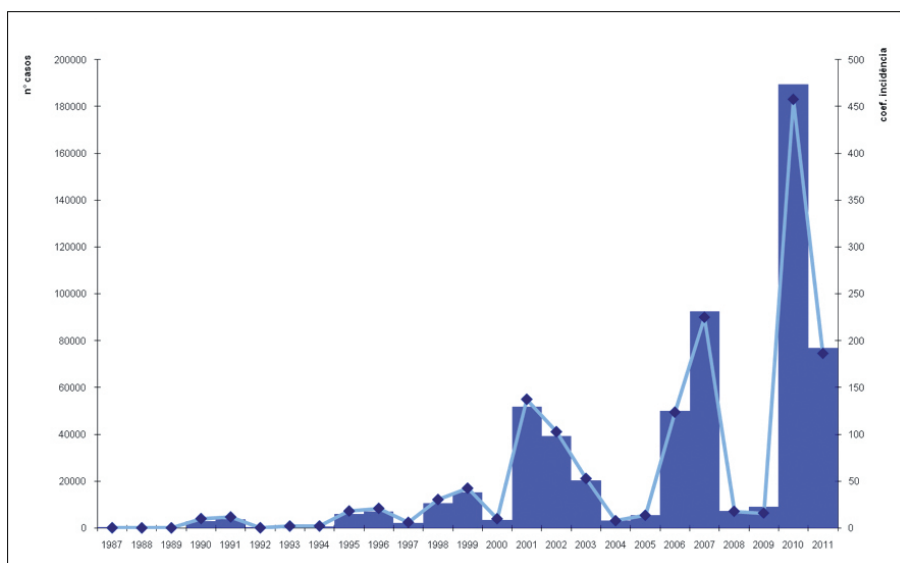
Missão atribuída à Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), o controle das doenças transmitidas por vetores (dengue e febre amarela), daquelas cujos mamíferos representam um elo importante na cadeia epidemiológica da doença (como a Leishmaniose Visceral Americana – LVA) ou que participam como 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 27). 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.

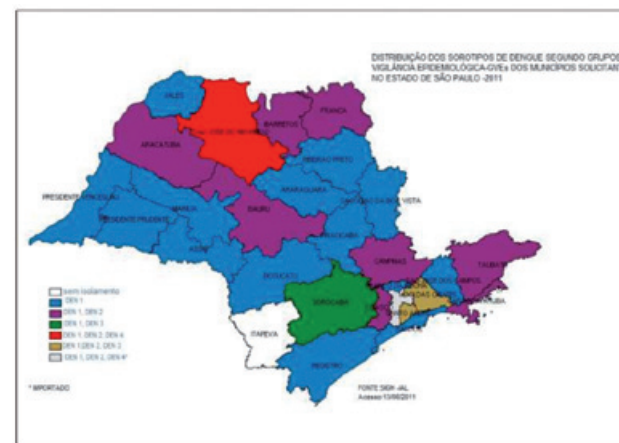
**GRÁFICO 27 - Número de casos, incidência (por 100.000 hab) de dengue segundo ano e principais sorotipos circulantes – Estado de São Paulo – 1987 a 2011**



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

A infestação nos 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 11 a distribuição dos municípios de acordo com a densidade larvária e distribuição dos sorotipos de dengue. (Índice de Breteau – IB).

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



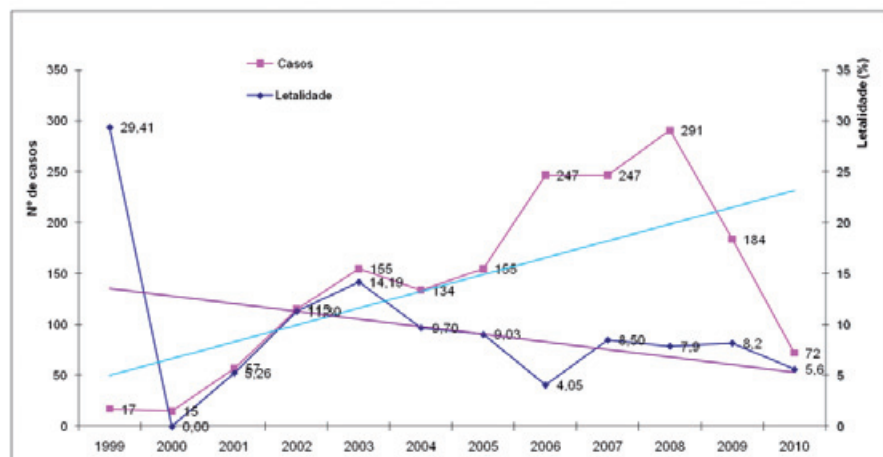
Fonte: Instituto Adolfo Lutz CCD/SES-SP. Dados provisórios atualizados em 13/06/2011.

## - 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, Bauru, 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.

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

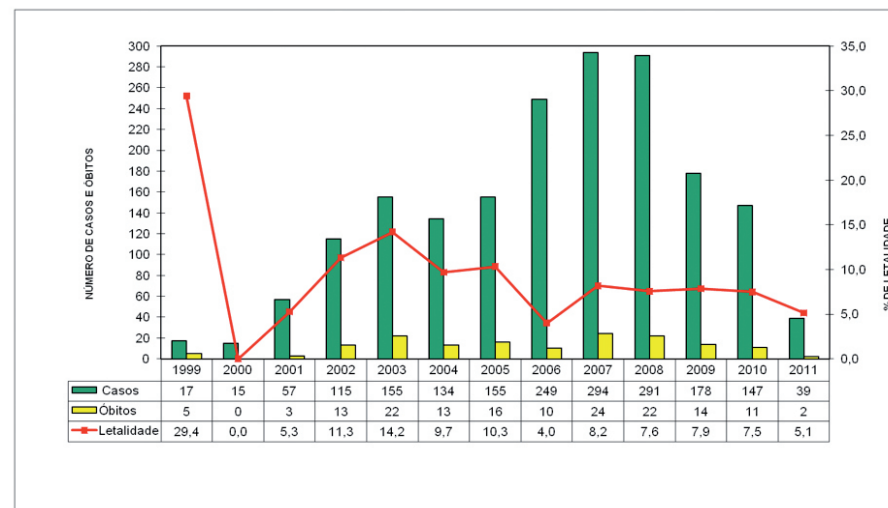


Fonte: SINAN, Divisão Zoonoses CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios até agosto de 2011.

**- Leptospirose**

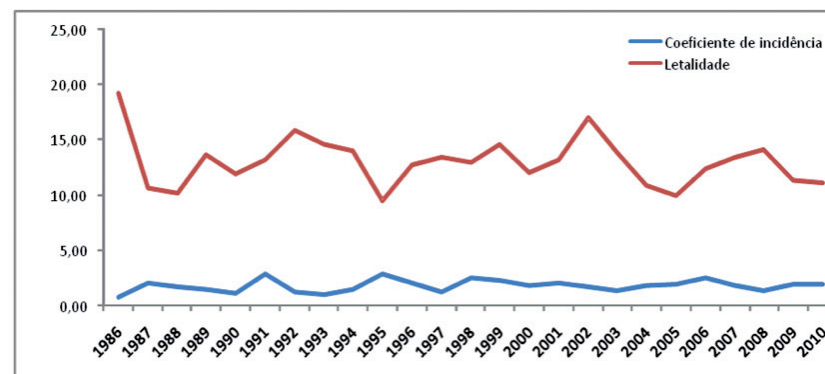
Doença aguda associada à presença de roedores na área urbana apresentou mais de 3 700 casos confirmados nos últimos cinco anos, com maior concentração na região metropolitana (62%) e letalidade entre 10% e 20% (Gráfico 30).

**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.

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

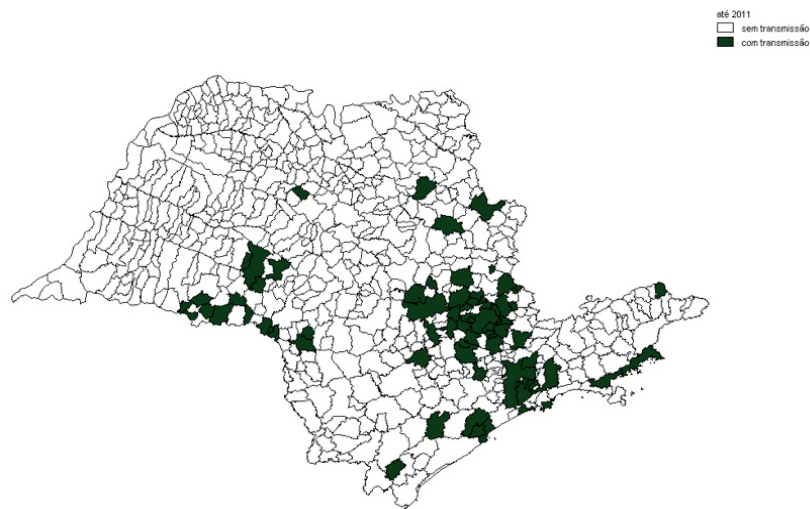


Fonte: SINAN e Div. Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. Dados provisórios até 26/04/11

### - Febre Maculosa

Em relação ao controle das doenças transmitidas por carrapatos, entre 2006 e 2010, foram realizadas pesquisas acarológicas em 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 12).

**Mapa 12- 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.

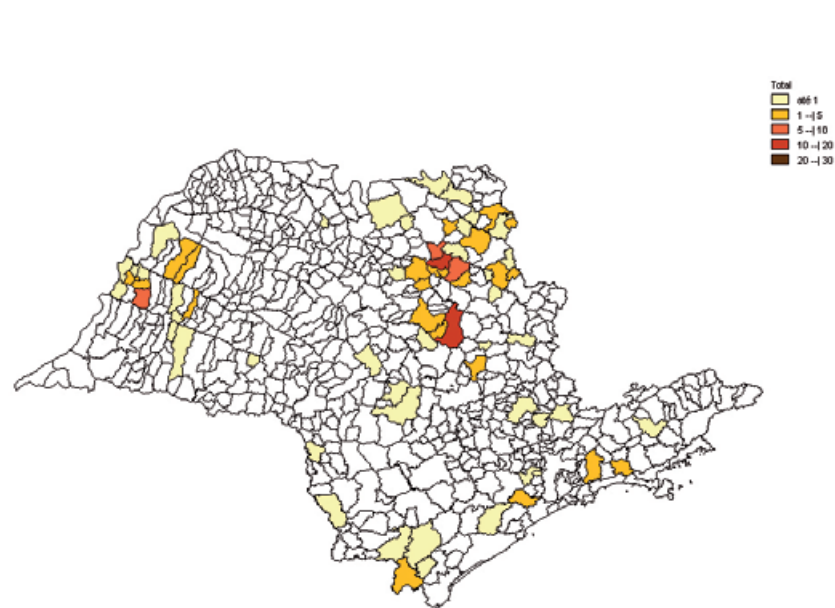
### - Doença de Chagas

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 13).

**Mapa 13- 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.

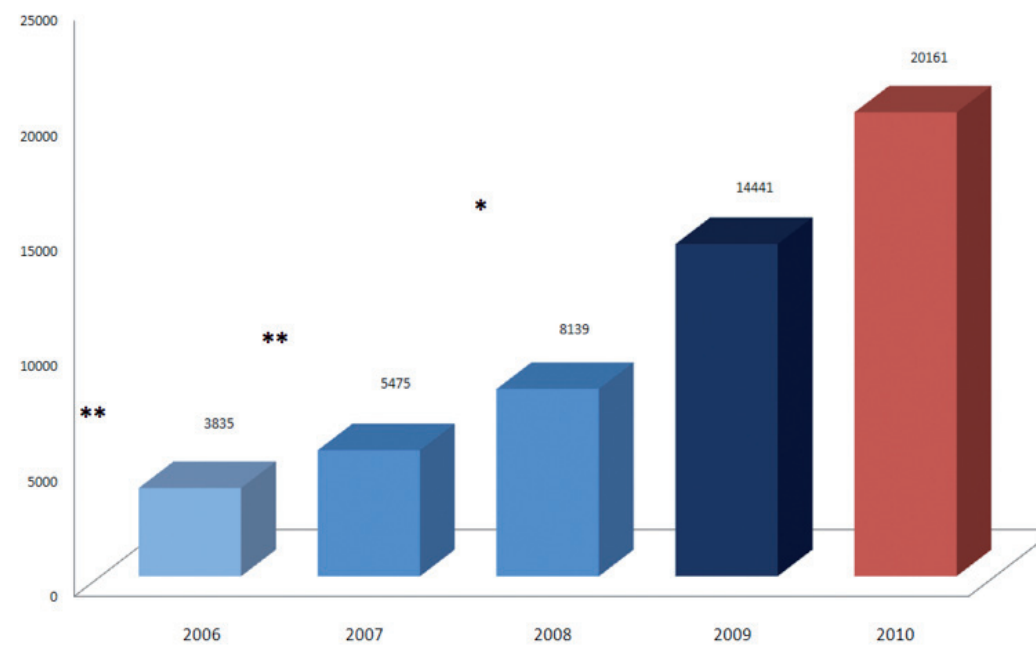
A partir de 2006, em consonância com a legislação vigente (Estatuto da Criança e Adolescente, Lei Federal nº 10.778/03 e Lei Estadual nº 10.498/03), foi implantado o sistema de notificação de violências doméstica, sexual e outras (Gráfico 31).

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 (Gráfico 32).

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% (Gráfico 33).

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.

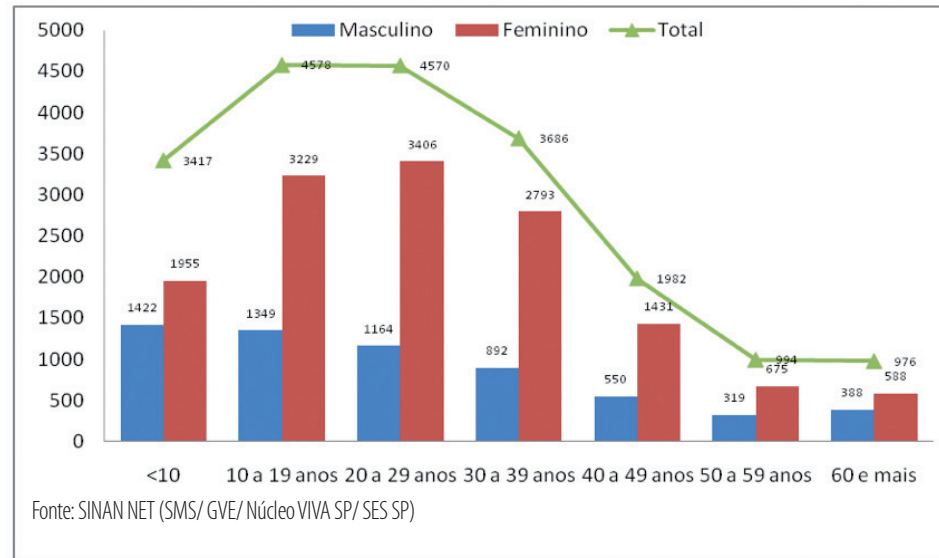
**Gráfico 31 - Notificação de violências no Estado de São Paulo segundo o ano de notificação, 2006 a 2010.**



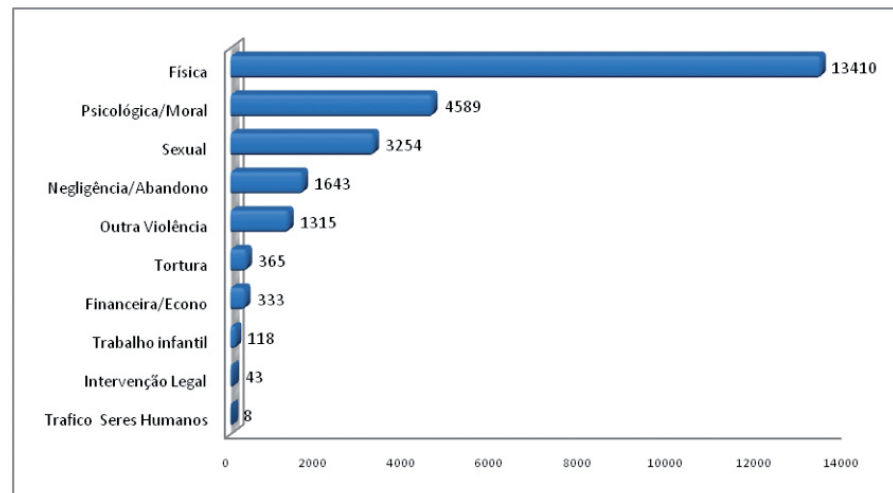
Fonte: SMS/ GVE/ Núcleo VIVA SP/ SES SP (EPI INFO +SINAN)

\* Fonte: EPI INFO (2007 a 2008 – dados provisórios)  
\*\* Fonte: SINAN dados fechados em, 04/05/2010)

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



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



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

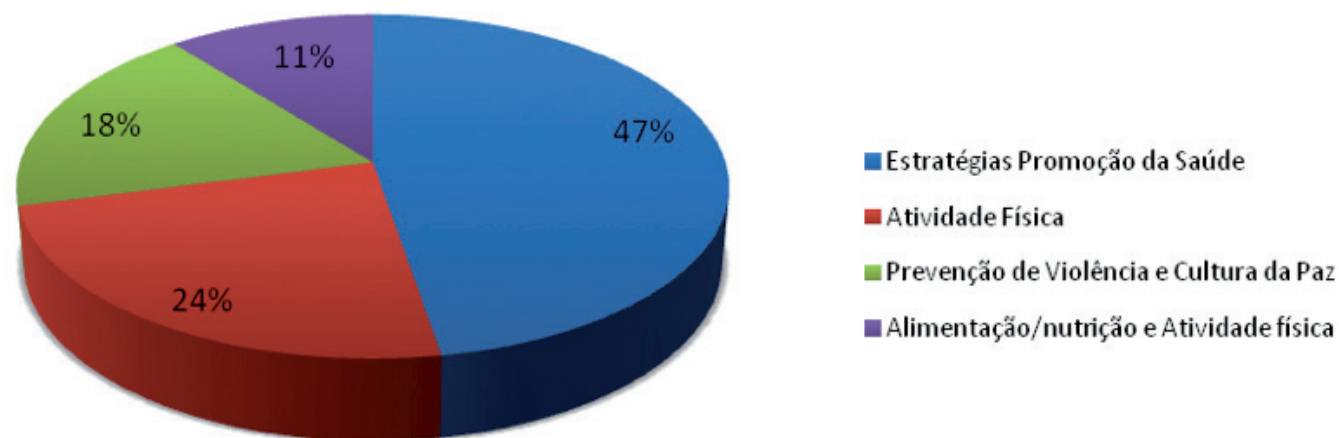
## 7. Promoção da Saúde

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) 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).

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.

Importante ressaltar que o Decreto Federal 7508, de julho de 2011, introduziu o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP - para expressar os acordos interfederativos referente a organização e integração de ações e serviços de saúde no âmbito regional. A implantação do referido decreto exigirá o aprimoramento da gestão estadual e regional.

## 1. Regionalização e Descentralização no Estado SUS/SP

A época da elaboração da análise situacional em 2011, a regionalização tinha a seguinte configuração: 64 Regiões de Saúde (63 atualmente), 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 foram agregados em 17 RRAS .

**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	%
<b>Noroeste</b>	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
	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>160</b>	<b>2.601.361</b>	<b>6,3</b>
<b>Nordeste</b>	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
	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>92</b>	<b>3.671.834</b>	<b>8,9</b>
<b>Sul</b>	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
	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>150</b>	<b>26.129.287</b>	<b>63,3</b>
<b>Centro-oeste</b>	Bauru	5	68	1.624.623	3,9
	Marília	5	62	1.068.408	2,6
	Presidente Prudente	5	45	722.192	1,8
	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>175</b>	<b>3.415.223</b>	<b>8,3</b>
<b>Centro-leste</b>	Campinas	4	42	4.031.910	9,8
	Piracicaba	4	26	1.412.584	3,4
	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>68</b>	<b>5.444.494</b>	<b>13,2</b>
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>17</b>	<b>64</b>	<b>645</b>	<b>41.262.199</b>	<b>100</b>

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

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

<b>ARAÇATUBA</b>	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
<b>ARARAQUARA</b>	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
<b>BAIXADA SANTISTA</b>	BAIXADA SANTISTA	1.664.136	4,03
<b>BARRETOS</b>	NORTE-BARRETOS	270.969	0,66
	SUL-BARRETOS	140.721	0,34
<b>BAURU</b>	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
<b>CAMPINAS</b>	BRAGANÇA	416.655	1,01
	CAMPINAS	1.665.989	4,04
	JUNDIAÍ	811.964	1,97
	OESTE VII	1.137.302	2,76
<b>FRANCA</b>	ALTA ANHANGUERA	146.942	0,36
	ALTA MOGIANA	116.161	0,28
	TRÊS COLINAS	386.704	0,94
<b>GRANDE S.PAULO</b>	ALTO DO TÊTE	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

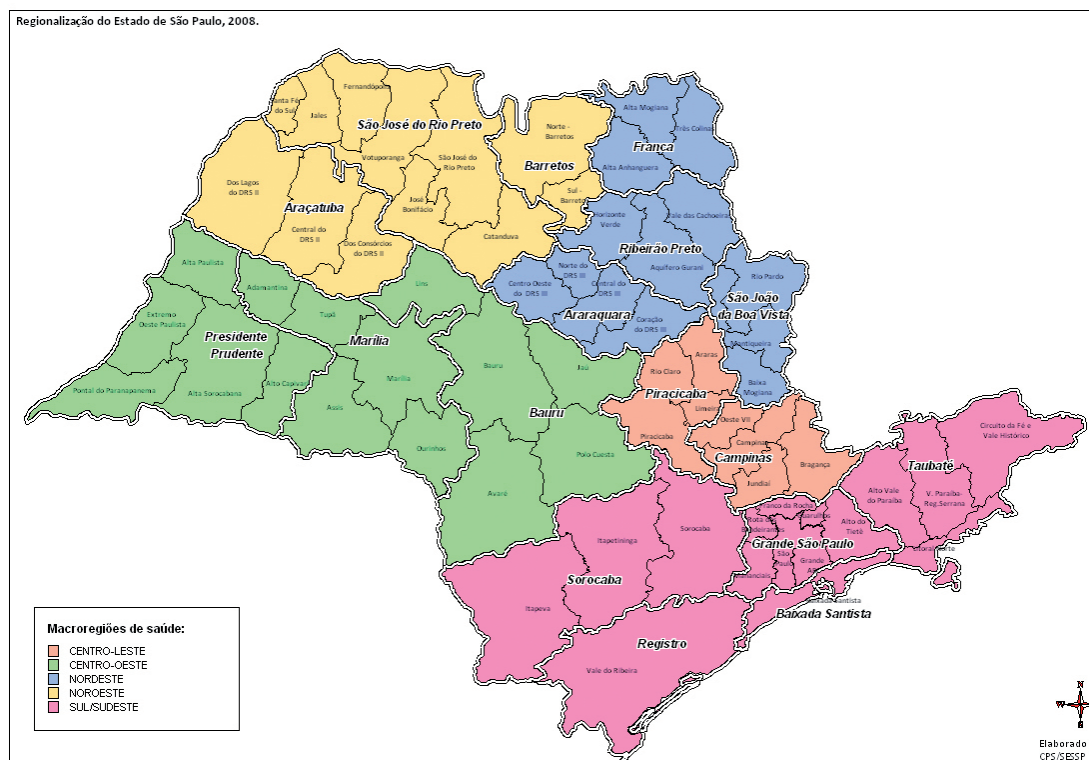
**Quadro 6 - População por Região de Saúde, Estado de São Paulo, 2010**

<b>MARÍLIA</b>	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
<b>PIRACICABA</b>	ARARAS	309.911	0,75
	LIMEIRA	332.852	0,81
	PIRACICABA	532.227	1,29
	RIO-CLARO	237.594	0,58
<b>PRESIDENTE PRUDENTE</b>	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
<b>REGISTRO</b>	VALE DO RIBEIRA	273.566	0,66
<b>RIBEIRÃO PRETO</b>	AQUÍFERO GUARANI	807.106	1,96
	HORIZONTE VERDE	393.431	0,95
	VALE DAS CACHOEIRAS	127.452	0,31
<b>S.JOÃO BOA VISTA</b>	BAIXA MOGIANA	302.331	0,73
	MANTIQUEIRA	262.825	0,64
	RIO-PARDO	208.625	0,51
<b>S.JOSÉ R.PRETO</b>	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
<b>SOROCABA</b>	VOTUPORANGA	184.091	0,45
	ITAPETININGA	397.799	0,96
	ITAPEVA	326.276	0,79
<b>TAUBATÉ</b>	SOROCABA	1.518.941	3,68
	ALTO VALE DO PARAÍBA	975.338	2,36
	CIRCUITO DA FE - VALE HISTÓRICO	450.280	1,09
	LITORAL NORTE	281.779	0,68
	V. PARAÍBA - REG.SERRANA	557.197	1,35

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 (Mapa 14).

**MAPA 14 – Estado de São Paulo segundo os Departamentos Regionais de Saúde DRS da Secretaria de Estado da Saúde**



Na configuração atual, há 63 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 infra-estrutura 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.

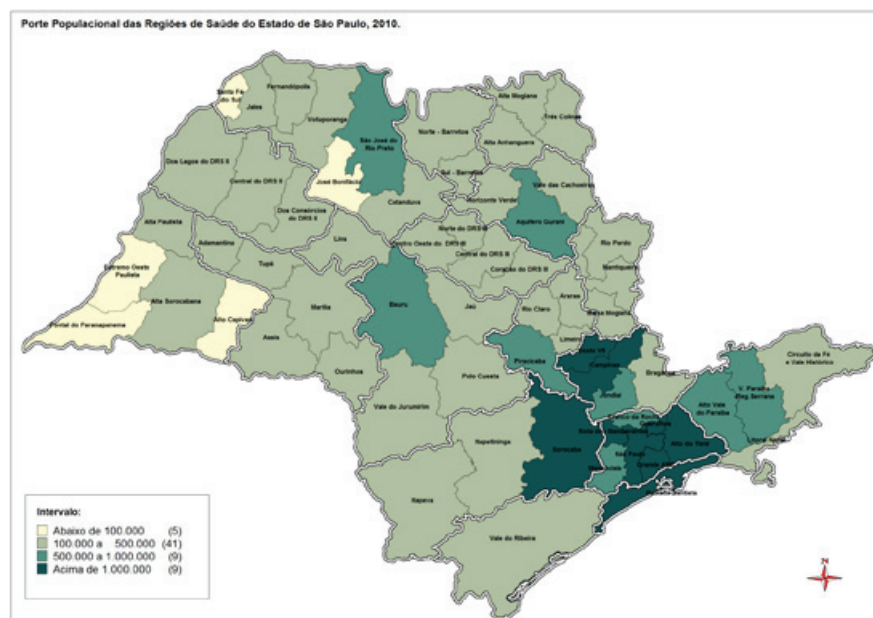
Estas Regiões apresentam grande diversidade econômica, social e assistencial, assim, o planejamento estadual deve priorizar o papel das instâncias regionais - DRS e CGR na identificação dos problemas de saúde, investimentos e programas necessários para minimizar essas disparidades regionais.

Tanto as Macrorregiões 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 Campinas, 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 15 – Porte Populacional das Regiões da Saúde do Estado de São Paulo 2010**



## 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	Total	%
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	273.518	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
<b>Total</b>	<b>41.252.160</b>	<b>18.102.899</b>	<b>43,9</b>

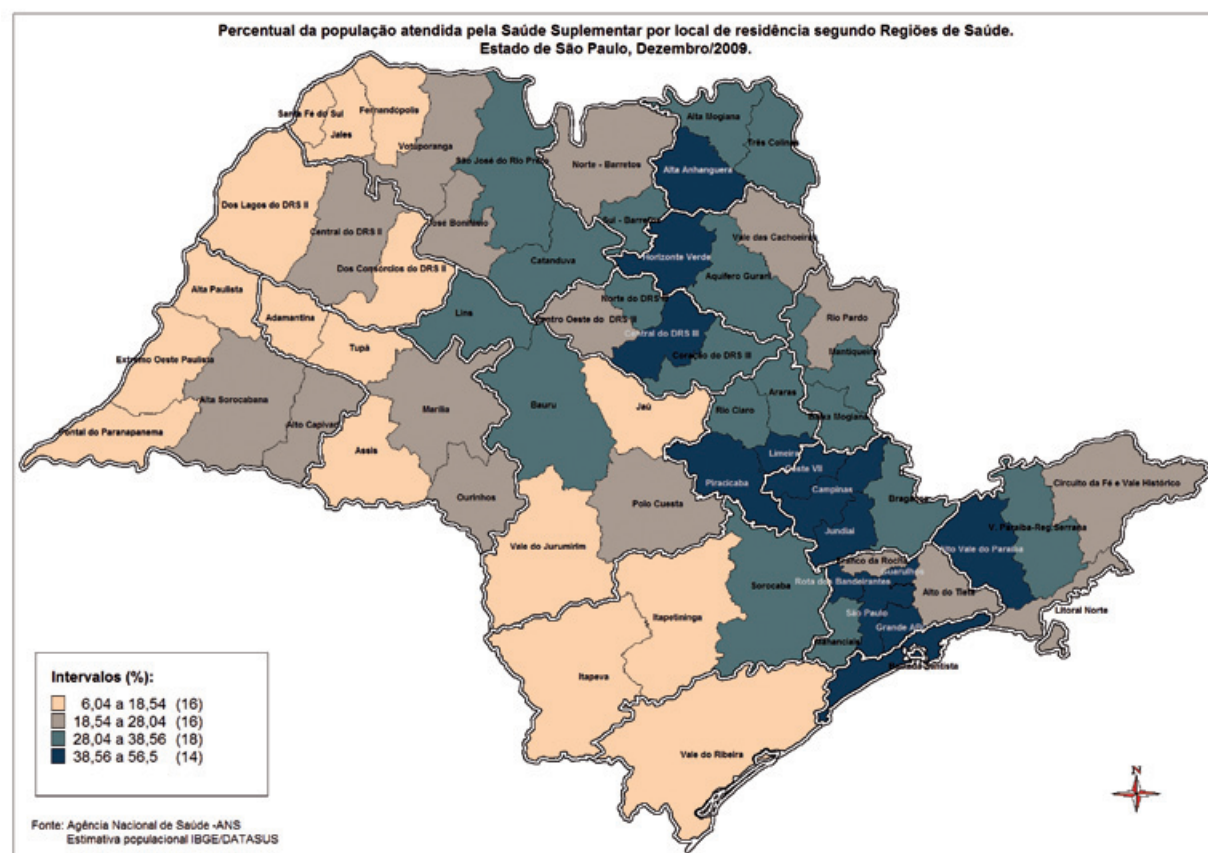
Fonte: IBGE (Censo 2010) e ANS/MS (Dez/2010).



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 16 Percentual da população atendida 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 ambulatorios 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**

DRS	Unidades Básicas*	Centro de Atenção Psicossocial	Ambulatórios de Especialidade*	Unidade Mista	Hospital Dia	Hospitais
1. Grande São Paulo	1.106	104	397	6	5	149
2. Araçatuba	119	3	37	1	0	23
3. Araraquara	154	6	47	1	0	20
4. Baixada Santista	151	21	78	0	3	15
5. Barretos	87	3	31	4	1	12
6. Bauru	291	13	84	0	2	50
7. Campinas	447	37	164	2	5	49
8. Franca	115	3	44	0	0	13
9. 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. São João Boa Vista	120	11	55	0	0	24
15. São 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
<b>Total</b>	<b>4.517</b>	<b>287</b>	<b>1.469</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>582</b>

Fonte: CNES/dez/2010. \*Unidades básicas: Centro de Apoio a Saúde da Família, Centro de Saúde/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 São 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. Presidente 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. São João Boa Vista	6	228	170	8	827	579	3	534	407	17	1.589	1.156
15. São José do 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
<b>São Paulo</b>	<b>161</b>	<b>5.312</b>	<b>3.899</b>	<b>188</b>	<b>17.300</b>	<b>13.032</b>	<b>136</b>	<b>40.390</b>	<b>32.524</b>	<b>485</b>	<b>63.002</b>	<b>49.455</b>

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

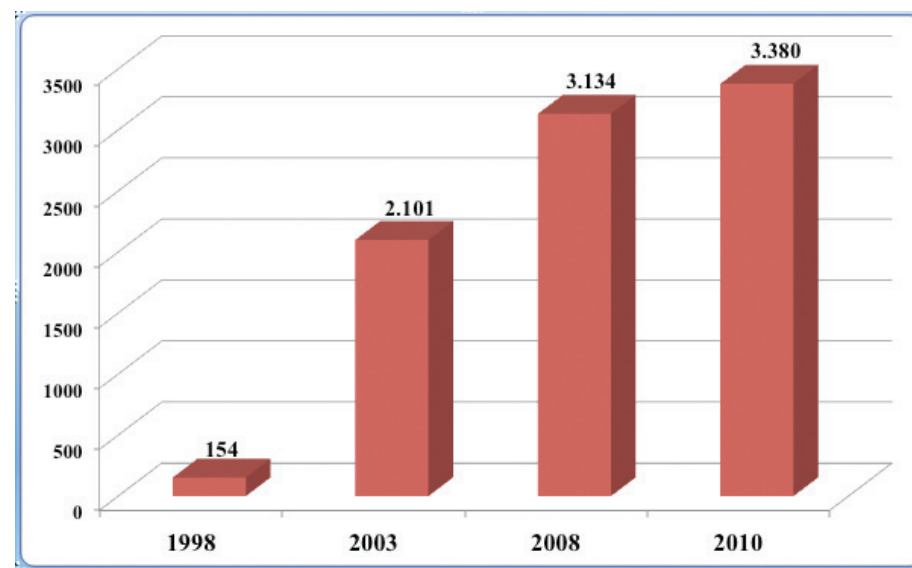
Finalmente, existem 54 hospitais psiquiátricos no SUS/SP em 2010 com 13,5 mil leitos. Com relação à evolução histórica, os leitos psiquiátricos existentes na rede SUS/SP caíram de 39 mil em 1980 para 13,5 mil em 2010. Esta grande redução foi devido à queda das internações em saúde mental, parte do modelo 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 34.

**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 3.380 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.

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

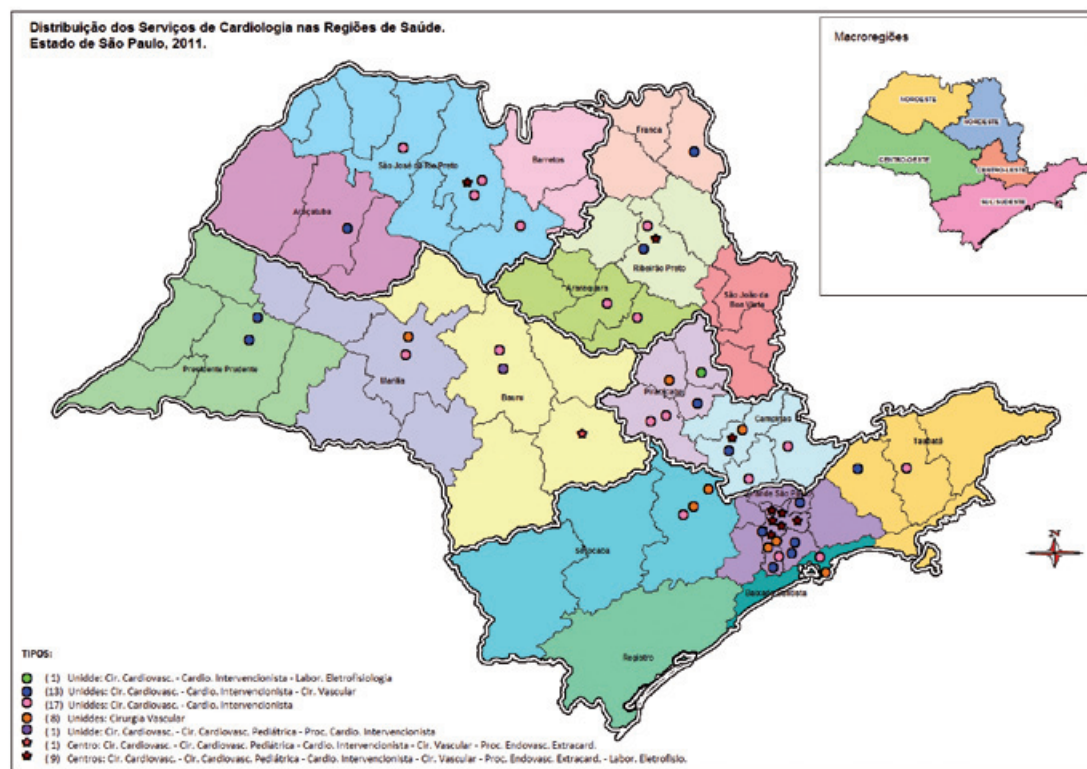
***Cobertura Estimada da População nas Equipes  
de Saúde da Família Implantadas***  
**Estado de São Paulo, 2001 e 2010**

<b>DRS</b>	<b>ESF Implantados 2001</b>	<b>POPULAÇÃO ESTIMADA 2001</b>	<b>% Estimado da População Acompanhada 2001</b>	<b>ESF Implantados 2010</b>	<b>POPULAÇÃO CENSO 2010</b>	<b>% Estimado da População Acompanhada 2010*</b>
1. Grande São 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	722.781	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. São João Boa Vista	26	738.731	12,14	53	773.781	23,63
15. São José do Rio 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
<b>Total geral</b>	<b>1.175</b>	<b>37.630.105</b>	<b>10,77</b>	<b>3.380</b>	<b>41.262.199</b>	<b>28,26</b>

Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS e IBGE/Datasus.  
(\* ) Nº de ESF x 3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma ESF).

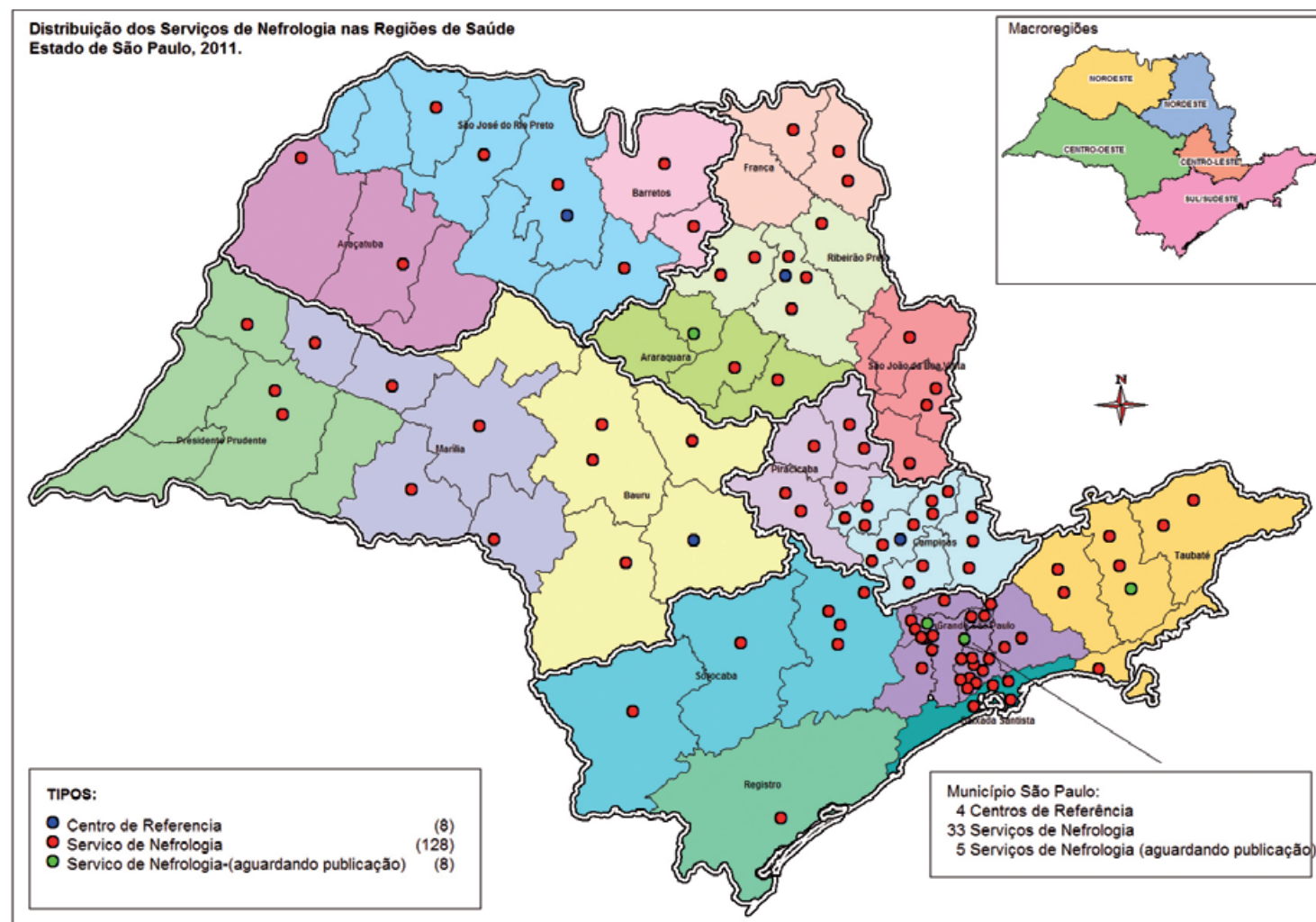
Finalmente, o SUS / SP possui grande quantidade de serviços de alta complexidade e apresentam-se nos Mapas 17 a 21 a situação das redes de alta complexidade já implantadas no SUS / SP, oncologia, cardiologia, nefrologia, neurologia, traumatologia-ortopedia, conforme as normas do Ministério da Saúde.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

**MAPA 17 - Distribuição dos Serviços de Cardiologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011**



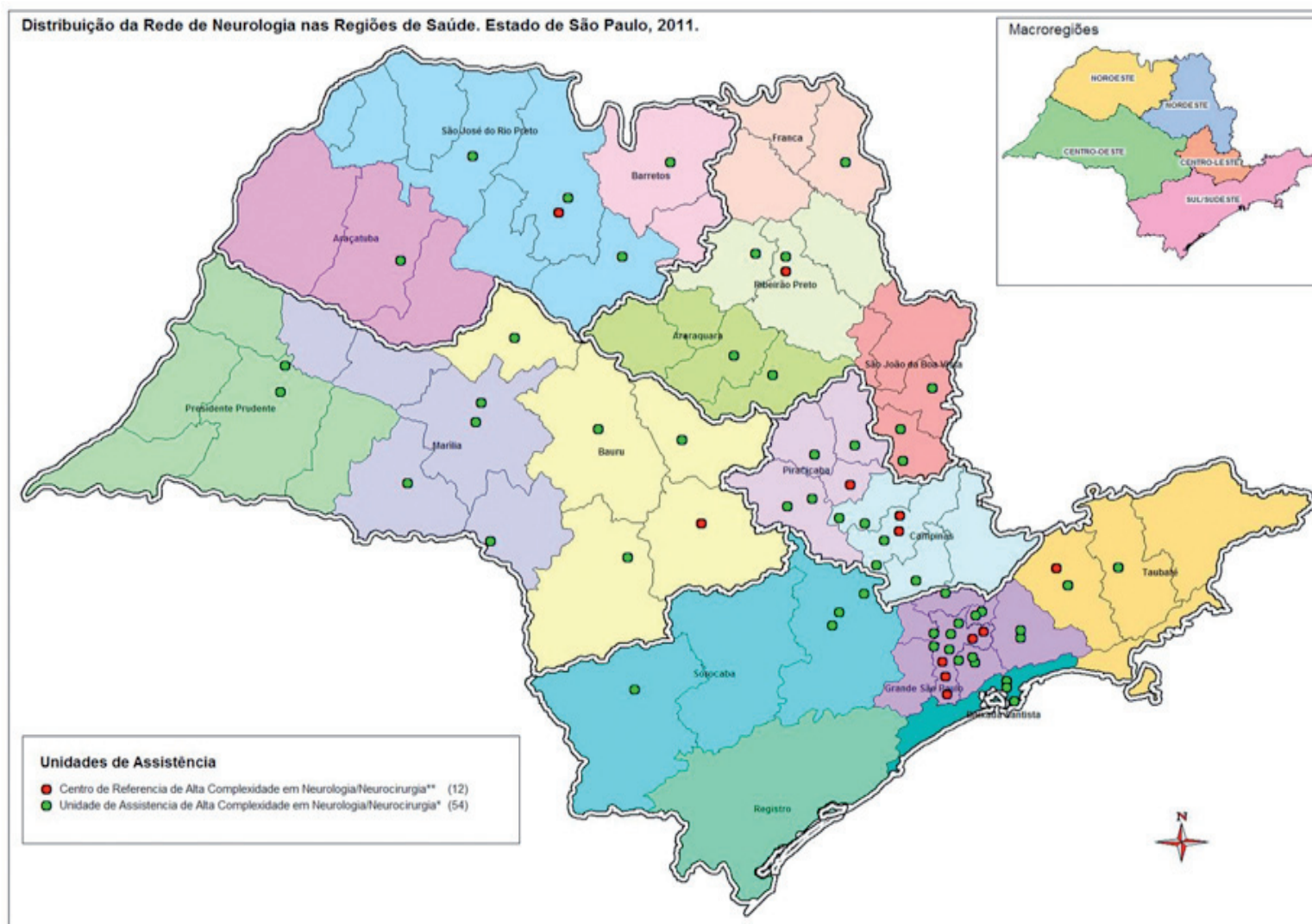
É neste cenário desafiador, mas repleto de possibilidades, que os gestores de forma solidária, devem planejar e executar suas políticas de saúde, prestando contas à sociedade

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

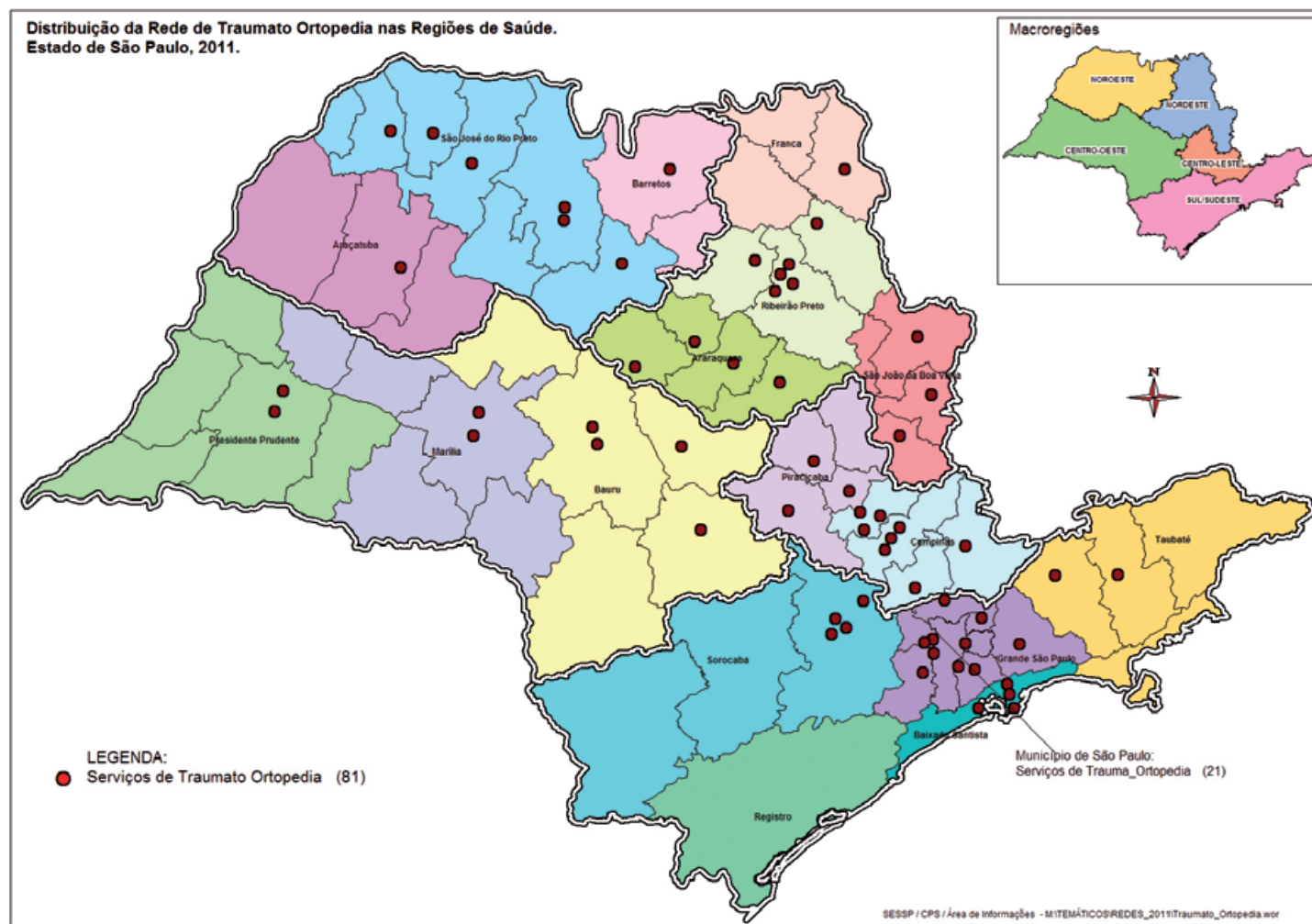




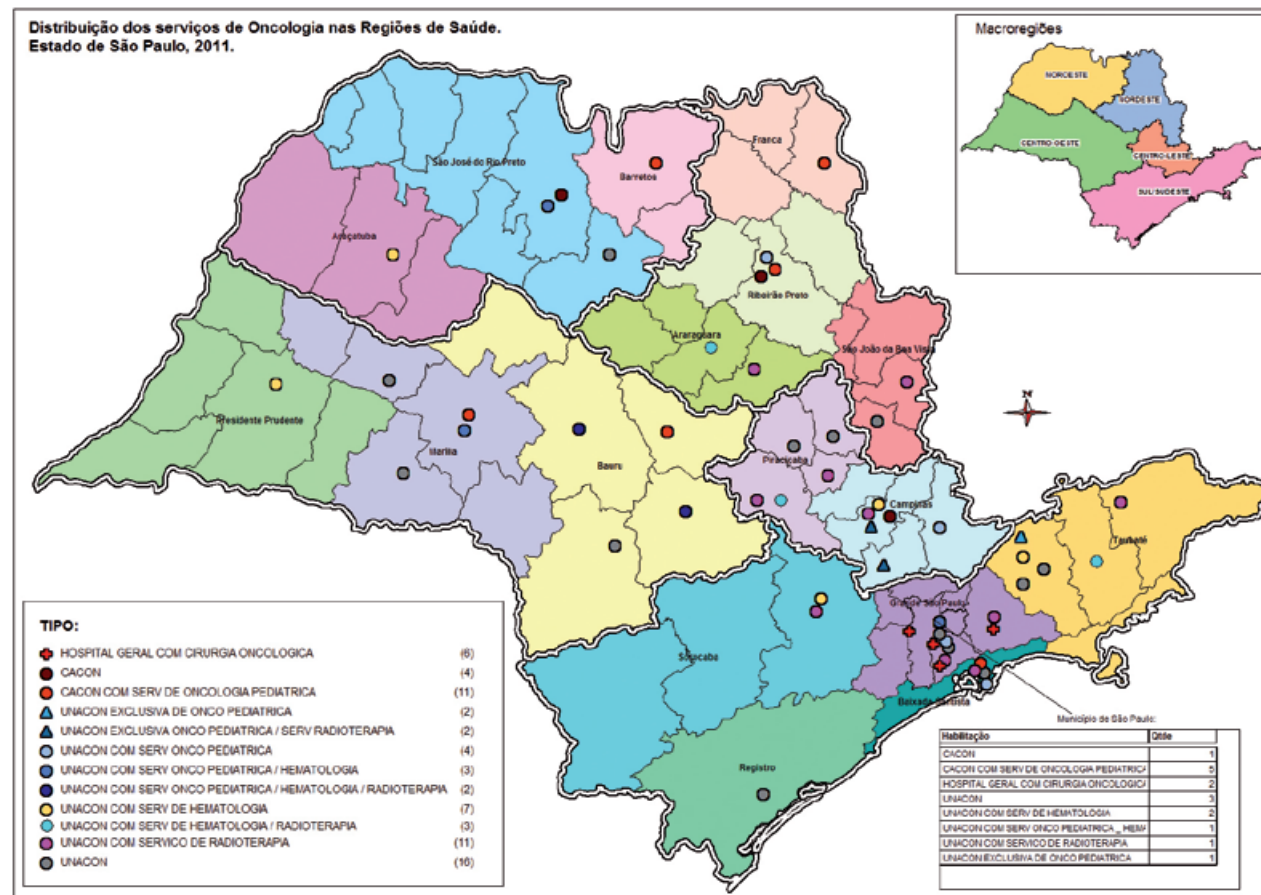
**Mapa 19 – Distribuição dos Serviços de Neurologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.**



**Mapa 20 – Distribuição dos Serviços de Traumatologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.**



Mapa 21 – 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 25, 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**

<b>DRS de Ocorrência</b>	<b>Valor Pago 2001</b>	<b>Valor Pago 2010</b>	<b>Variação % no período</b>
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
<b>Total</b>	<b>2.716.878.623,13</b>	<b>7.154.237.389,90</b>	<b>163,33</b>

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.

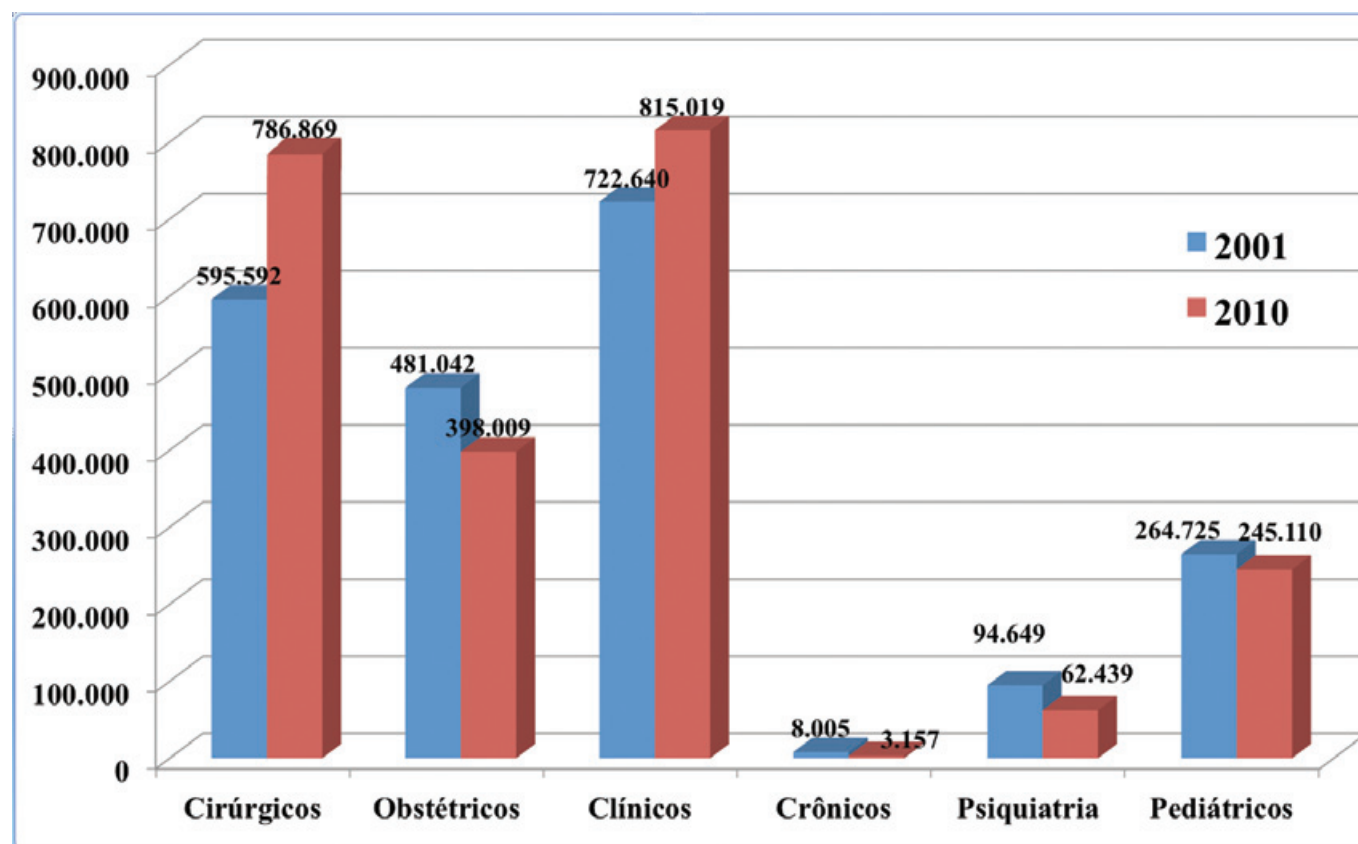
**Tabela 26. Número de Internações e respectivo percentual segundo especialidade no SUS/SP – 2001 e 2010**

<b>Especialidade</b>	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>2010</b>	<b>%</b>	<b>Variação % 10/01</b>
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
<b>Total</b>	<b>2.178.661</b>	<b>100,00</b>	<b>2.351.181</b>	<b>100,00</b>	<b>7,9</b>

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 e Gráfico 36).

**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. Cirúrgicos	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. Clínicos	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
06. 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
<b>Total</b>	<b>8.457</b>	<b>0,36</b>	<b>30.100</b>	<b>1,28</b>	<b>705.692</b>	<b>30,02</b>	<b>421.579</b>	<b>17,93</b>	<b>1.184.978</b>	<b>50,41</b>	<b>2.350.806</b>	<b>100,00</b>

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

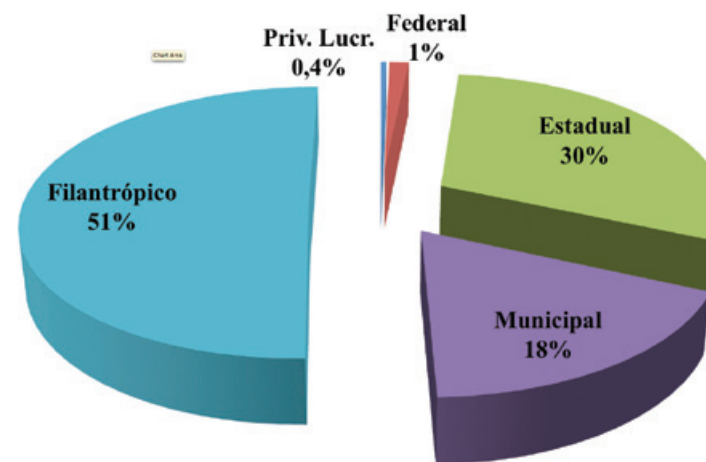
Existem muito poucos prestadores privados lucrativos no SUS/SP, com menos de 1% das internações (exceto na área de psiquiatria, na qual ainda mantém 8% das internações).

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 (Tabela 28).

Ocorre que em parte das regiões há oferta de leitos em 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.

Uma das excessões 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.

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



**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
1. Grande São Paulo	18.128.061	781.765	43,12	19.683.975	1.020.989	51,87
2. Araçatuba	664.089	49.833	75,04	719.323	50.622	70,37
3. Araraquara	838.247	57.895	69,07	920.257	54.527	59,25
4. Baixada Santista	1.505.898	84.794	56,31	1.664.136	78.388	47,10
5. Barretos	392.241	34.135	87,03	411.690	29.763	72,29
6. Bauru	1.490.971	125.292	84,03	1.624.623	121.610	74,85
7. Campinas	3.464.825	202.783	58,53	4.031.910	195.726	48,54
8. Franca	600.194	40.581	67,61	649.807	40.818	62,82
9. Marília	1.020.225	100.408	98,42	1.068.408	86.700	81,15
10. Piracicaba	1.273.441	73.817	57,97	1.412.584	68.720	48,65
11. Presidente Prudente	689.580	52.320	75,87	722.781	67.633	93,65
12. Registro	274.066	15.487	56,51	273.566	15.165	55,43
13. Ribeirão Preto	1.156.019	79.105	68,43	1.327.989	83.476	62,86
14. São João Boa Vista	738.731	66.873	90,52	773.781	58.517	75,62
15. São José do Rio Preto	1.349.933	126.461	93,68	1.470.348	122.269	83,16
16. Sorocaba	2.012.364	137.239	68,20	2.243.016	118.006	52,61
17. Taubaté	2.031.220	125.163	61,62	2.264.594	118.217	52,20
<b>Total</b>	<b>37.630.105</b>	<b>2.153.951</b>	<b>57,24</b>	<b>41.262.199</b>	<b>2.331.146</b>	<b>56,50</b>

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



**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 Resid	2000			2009			Taxa Cesárea	
	Normal	Cesárea	Total <sup>1</sup>	Normal	Cesárea	Total <sup>1</sup>	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
<b>Total</b>	<b>345.581</b>	<b>332.681</b>	<b>687.262</b>	<b>253.649</b>	<b>344.309</b>	<b>597.958</b>	<b>48,41</b>	<b>57,58</b>

Fonte: SINASC/SEADE.

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 30).

Observa-se 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	2001			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
<b>Total</b>	<b>231.496</b>	<b>103.114</b>	<b>334.610</b>	<b>195.890</b>	<b>115.009</b>	<b>310.899</b>	<b>30,82</b>	<b>36,99</b>

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
		%	Class.		%	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 osteonuscular e tec conjuntivo	32.668698,63	2,8	13	66.242.231,26	2,5	12	102,77
XVII. Malf cong deformid e animalias 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
<b>Total</b>	<b>1.185.001.099,52</b>	<b>100,0</b>		<b>2.666.094.486,30</b>	<b>100,0</b>		<b>124,99</b>

Fonte: SIHSUS - DATASUS/MS

## 6. Produção ambulatorial do SUS

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 32). 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 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 (Tabela 33). 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
<b>Total</b>	<b>60.333.590</b>	<b>43.524.456</b>	<b>103.858.046</b>	<b>72.644.218</b>	<b>72.044.602</b>	<b>144.688.820</b>	<b>20,4</b>	<b>65,5</b>	<b>39,3</b>

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	Especializada	Total	Básica	Especializada	Total	Básica	Especializada	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
<b>Total</b>	<b>1,60</b>	<b>1,16</b>	<b>2,76</b>	<b>1,76</b>	<b>1,75</b>	<b>3,51</b>	<b>9,8</b>	<b>51,0</b>	<b>27,1</b>

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 35)

**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	Filantropico	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	162.956,6	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 Assist. 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	59.9965,9	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 hemoterapia	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	23.994,9	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 - Peg 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	221,1	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 osteomolecular	3,6	8,9	719,5	2.138,2	1.530,9	4.401,1
32. 0404 - Cirurgia vias aéreas superiores, cabeça pescoço	1,2	55,1	412,8	2.138,2	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. órgãos 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
<b>Total</b>	<b>381.569,9</b>	<b>53.638,6</b>	<b>1.583.157,3</b>	<b>1.086.839,2</b>	<b>1.321.316,1</b>	<b>4.426.521,1</b>

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	Privado	Federal	Estadual	Municipal	Filantropico
1. 0301 - Consultas / 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 Assist. Farmaceutica	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 hemoteria	99.793,83	0,09	3,02	49,72	3,73	43,45
11. 0501 - Coleta / exame p. doação orgãos, 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. nbo 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 cirurgic	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 - Peg. 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 osteomolecular	4.401,12	0,08	0,20	16,35	48,58	34,78
32. 0404 - Cirurgia vias aéreas superiores, cabeça pescoço	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. órgãos 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	-
<b>Total</b>	<b>4.426.521,1</b>	<b>8,62</b>	<b>1,21</b>	<b>35,77</b>	<b>24,55</b>	<b>29,85</b>

Fonte: SIA/SUS.



## 7. 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 Atenção Básica 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 organizar 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.

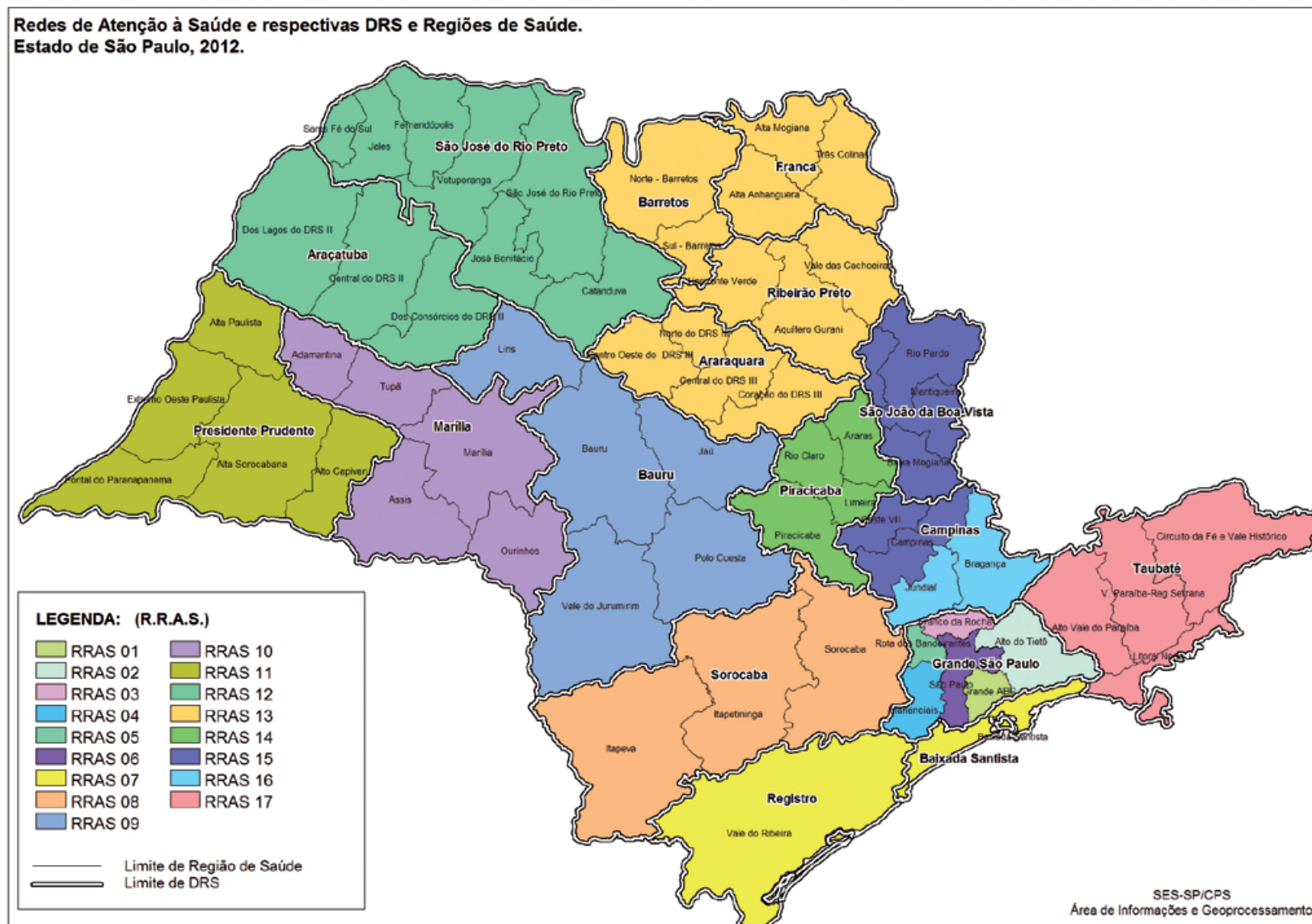
Esta necessidade de organização dos serviços de saúde está sendo discutido nas regiões de saúde para a implantação das RRAS, que tem como objetivo principal garantir a população o acesso a serviços de saúde com qualidade construindo assim a universalidade do sistema com integralidade da atenção e como 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 22 – Redes de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde no Estado de São Paulo, 2012



# Eixos, Diretrizes & 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 política, técnica 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.
- Conforme o Decreto Federal 7508 e a Lei Federal Complementar 141 as prioridades nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Saúde e as pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite devem balizar as discussões para a definição das prioridades da atual gestão estadual, como podemos observar na tabela ao lado:

PRIORIDADES NACIONAIS (CNS/ CIT)	PRIORIDADES ESTADUAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>GARANTIR ACESSO DE QUALIDADE EM TEMPO ADEQUADO, APRIMORANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA COM IMPLANTAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE – RRAS;</li> <li>APOIAR TÉCNICA E FINANCEIRAMENTE A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE;</li> <li>IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.</li> <li>APRIMORAR A SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE SÃO PAULO.</li> <li>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>PROMOVER ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA E IMPLANTAR A “REDE CEGONHA”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAR A REDE TEMÁTICA PRÉ NATAL/ PARTO/ PUERPÉRIO – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A REDE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, INTEGRANDO-A AS DEMAIS REDES.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A REDE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>FORTALECER A REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO “CRACK” E OUTRAS DROGAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>INSTITUIR PROGRAMA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</li> <li>REORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>GARANTIR A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.</li> <li>APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE EM ONCOLOGIA.</li> <li>IMPLEMENTAR LINHAS DE CUIDADO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA /DIABETES MELLITUS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>REDUZIR RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE POR MEIO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA (ÊNFASE: DENGUE).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>REDUZIR RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE POR MEIO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA .</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>GARANTIR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAR O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>CONTRIBUIR PARA A ADEQUADA GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>FORTALECER O COMPLEXO PRODUTIVO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE C&amp;T NO ESTADO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAR NOVO MODELO DE GESTÃO E RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS (GESTÃO POR RESULTADOS, PARTICIPAÇÃO E FINANCIAMENTO ESTÁVEL).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAR A GESTÃO REGIONAL DESCENTRALIZADA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>APRIMORAR A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPLEMENTAR O “REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE PAULISTA”.</li> </ul>

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***



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.

<b>EIXO I - APERFEIÇOAMENTO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE</b>		
<b>DIRETRIZ I.1 - INTEGRAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO EM REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS)</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
I.1.1 - Estruturar as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo.	100% dos Comitê Gestor de Redes (CGRedes) implementados	Nº de CGRedes em funcionamento / nº total de RRAS X 100.
I.1.2- Estabelecer a Política Estadual de Sistema de Transporte Sanitário para o estado de São Paulo com atribuições da gestão estadual e municipal, integrando pontos de atenção das Redes.	Aprovação da política de Transporte Sanitário.	Política aprovada.
I.1 .3 - Organizar a Rede Temática Materno - Infantil (RTMI)/ "Rede de Proteção a Mãe Paulista" (Lei Estadual 14.544/11), de acordo com a regionalização.	Organizar a rede temática materno infantil em 100% das RRAS.	Nº de RRAS com a RTMI implantada/ RRAS existentes X 100.
I.1 .4 - Organizar os equipamentos pré-hospitalar móvel (SAMU); pré hospitalar fixo (Unidades Básicas de Saúde; Pronto Atendimento; Salas de Estabilização; Referências Hospitalares) em Rede de Urgência e Emergência de acordo com a regionalização.	Organizar 100% dos equipamentos de saúde em Rede de Urgência e Emergência implantadas por RRAS.	Nº de Rede de Urgência e Emergência com os equipamentos organizados / nº Rede de Urgência e Emergência implantadas X 100.
I.1 .5 - Reorganizar e ampliar a rede de atenção à saúde mental / álcool e outras drogas *	Organizar a rede temática de saúde mental/ álcool e outras drogas em 100% das RRAS.	Nº de RRAS com saúde mental implantada/ RRAS existentes X 100
I.1 .6 - Reorganizar e readequar os serviços da Rede Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de acordo com as principais diretrizes da Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência e do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.	Organizar a rede temática em 100% das RRAS.	Nº de RRAS com rede temática organizada/ RRAS existentes X 100.
I.1 .7 - Reorganizar a rede de atenção de Oncologia	Organizar a rede de atenção de Oncologia em 100% das RRAS.	Nº de RRAS com rede organizada/ RRAS existentes X 100.
* <b>Objetivo Específico:</b> Apoiar a implantação de Residências Terapêuticas – SRT, Centros de atenção Psicossocial – CAPS e leitos em Hospital Geral de acordo com a pactuação regional feita com os gestores municipais nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde)		

<b>DIRETRIZ I.2 - FORTALECER A POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (AB)</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
I.2.1 - Ampliar incentivos aos municípios para melhoria de infraestrutura das unidades básicas de saúde.	Co financiar a adequação, ampliação e/ou reforma, de equipamento e mobiliário das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do estado consideradas inadequadas, segundo pesquisa do Ministério da Saúde.	Nº de unidades readequadas/nº de unidades inadequadas segundo pesquisa do MS de 2011 X 100.
I.2.2 - Apoiar a capacidade de gestão municipal da AB - Ampliar o programa de Articuladores Institucionais de AB.	Ampliar de 90 (noventa) para 100 (cem) o número total de vagas do programa considerando as especificidades das RRAS.	Nº de Articuladores contratados/ 10 X 100.
I.2.3 - Estabelecer e induzir processos de Avaliação e Monitoramento da AB.	Avaliar e monitorar 100% dos municípios do estado de SP.	Nº de municípios avaliados e monitorados/ total de municípios X 100.
I.2.4 - 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 / nº de unidades que se habilitarem X 100
I.2.5 - Induzir uma política de apoio à gestão de pessoas junto aos municípios de menor porte populacional em regiões de saúde com maior iniquidade no Estado.	Atingir 80% dos municípios que aderirem ao projeto de gestão de pessoas, prioritariamente nas regiões de Presidente Prudente, Registro, Sorocaba e Taubaté.	Nº municípios atendidos / nº municípios que aderirem ao projeto x 100.
I.2.6 - Induzir política de apoio aos municípios para tutorias, matriciamento, regulação e implantação de protocolos na AB incluindo implantação linhas de cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica / Diabetes Mellitus.	Certificar 5.000 (cinco mil) profissionais ao final do quadriênio 2012/2015.	Nº de profissionais certificados.
I.2.7 - Implementar as ações de vigilância em saúde na AB.	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 capacitadas / nº total de unidades básicas X 100.
I.2.8 - Participar do custeio tripartite da AB em 100% dos municípios do Estado de São Paulo.	100% dos municípios com co- financiamento do Estado de São Paulo.	Nº municípios com cofinanciamento / nº municípios do estado (645)x 100



<b>DIRETRIZ I.3 – INVESTIR E QUALIFICAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ESTADUAIS PRÓPRIOS</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
I.3.1 - Investir na modernização e na adequação dos serviços da rede própria estadual.	Manter 80 % 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 X 100.
I.3.2 - 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 adm. direta com Contrato Programa / nº total de hospitais estaduais da adm. direta X 100.
<b>DIRETRIZ I.4 - APERFEIÇOAR O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
I.4 .1 - Estabelecer a Política do Sistema de Assistência Farmacêutica integrada e regionalizada para o Estado de São Paulo.**	Promover a pactuação do modelo proposto do Sistema de Assistência Farmacêutica em 100% das RRAS.	Nº de RRAS pactuadas / nº total de RRAS X 100.
<p><b>**Nota técnica Ações para Elaborar esta Política</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar Diagnóstico da Assistência Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção a Saúde;</li> <li>- Desenhar a Assistência Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção a Saúde;</li> <li>- Implantar o Modelo do Sistema de Assistência Farmacêutica Integrada: Infraestrutura; Procedimentos Operacionais Padrão; Protocolos da Assistência Farmacêutica.</li> <li>- Criar a Comissão de Farmacologia e Câmaras Técnicas;</li> <li>- Implementar a interoperabilidade dos Sistemas Informatizados;</li> <li>- Desenvolver Programas de Capacitação para Assistência Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde;</li> <li>- Definir Recursos Financeiros para implantação do Modelo proposto.</li> </ul>		

<b>DIRETRIZ I.5 – APERFEIÇOAR A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS ESSENCIAIS PARA O SUS.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
I.5.1 - Produzir soros e vacinas segundo as necessidades do Plano Nacional de Imunização estabelecidas pelo Ministério da Saúde - MS para o Instituto Butantan.	Atender 100% das demandas estabelecidas pelo MS para Instituto Butantan.	Unidades produzidas / demanda X 100.
I.5.2 - 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.
I.5.3 - Produzir e distribuir medicamentos demandados dos componentes da assistência farmacêutica para o Estado de São Paulo	Atender 100% da necessidade demandada para o atendimento dos componentes da assistência farmacêutica	Nº de medicamentos produzidos/ necessidades demandadas x 100
<b>DIRETRIZ I.6 – INSTITUCIONALIZAR A REDE REGIONALIZADA DA HEMORREDE, COM DEFINIÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS HEMOCENTROS.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
I.6.1 - Atender as necessidades de sangue e hemocomponentes	3% da população doadora de sangue para atender 100% das necessidades de sangue e hemoderivados.	Nº de coletas de sangue para Transfusão / (População IBGE) X 100.
I.6.2 - Implementar nas RRAS a rede de atenção aos portadores de Hemoglobinopatias.	100% dos serviços integrados ao Programa Estadual de Triagem Neo-Natal (PETNN).	Nº de serviços integrados PETNN/ Total de serviços X 100.
I.6.3 - 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 X 100.

## ***Eixo II - 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, organizadas a partir da atenção primária e segundo princípios da integralidade e equidade.

<b>EIXO II – DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS.</b>		
<b>DIRETRIZ II.1 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II.1.1 - Reduzir a mortalidade infantil.	Reduzir a mortalidade infantil para um dígito no Estado de São Paulo	Coefficiente de mortalidade infantil
II.1.2 - Reduzir a mortalidade materna.	Reduzir a mortalidade materna em 80% das regiões com razão superior ao valor do Estado de São Paulo	Razão de mortalidade materna
II.1.3 - Reduzir partos cesáreos no SUS.	Reduzir em 5 % os partos cesáreos SUS.	Taxa de cesáreas no SUS

<b>EIXO II – DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS DA POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS.</b>		
<b>DIRETRIZ II.2 – APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II.2.1 - 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 crônicas/ recidivantes).	<p>Meta 1: Implementar 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 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.</p> <p>Meta 2: Implementar a linha de cuidado da infância (0 a 3 anos).</p>	<p>Indicador 1 - Nº de RRAS com o programa implementado / nº total de RRAS X 100.</p> <p>Indicador 2 – Nº de RRAS com a linha de cuidado implementada / nº total de RRAS X 100</p>
II.2.2 - Implementar a Linha de Cuidado a partir da proposta do MS para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. (Ação conjunta com municípios, 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 violência sexual e doméstica contra a criança/ adolescente no Estado de São Paulo.	Nº de casos diagnosticados por região de saúde.

<b>DIRETRIZ II.3 – APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II.3.1 - 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 X 100.
II.3.2 - Ampliar o acesso das mulheres as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de colo do útero e de mama.	Implementar as linhas de cuidado para o enfrentamento do câncer de colo do útero e do câncer de mama.	Razão exames colpocitológicos em mulheres com 25 a 64 anos/número de mulheres com 25 a 64 anos.  Razão no. de mamografias em mulheres com 50 a 69 anos/no. de mulheres com 50 a 69 anos  Taxa de detecção de câncer em mulheres em mamografia subsequente .
II.3.3 - Ampliar o acesso das mulheres aos serviços que assistem vítimas de violência doméstica e sexual, de acordo com suas necessidades e quando necessário, profilaxia de DST, distribuição, orientação de uso da pílula do dia seguinte e acesso aos serviços que realizam aborto previsto em lei.	Criar a linha de cuidado para atenção a mulheres vítimas de violência doméstica e sexual.	Linha de cuidado criada.
II.3.4 - Ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres com base na integralidade da atenção à saúde.	Desenvolver projetos com foco na integralidade da saúde da mulher.	Projetos desenvolvidos.

<b>DIRETRIZ II. 4 – AMPLIAR A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL/ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II.4.1 - Desenvolver processo de planejamento e implementação da Rede de Atenção Psicossocial - Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - EIXO I, DIRETRIZ 1	Organizar a rede temática de saúde mental/ álcool e outras drogas em 100% das RRAS.	Nº de RRAS com saúde mental implantada/ RRAS existentes X 100
II.4.2 - Elaborar e implantar política pública interseccional de Saúde Mental para o cuidado de pessoas com o diagnóstico de autismo e seus familiares na rede regionalizada de atenção a saúde.	Elaboração e implementação da proposta da política por um grupo de trabalho de familiares de pessoas com diagnóstico de autismo, profissionais da área, universidades, área técnica de Saúde mental, COSEMS E CES.	Política Publicada
II.4.3 - Promover e apoiar Articulações Intersetoriais para a Atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas.	Desenvolver ao menos 3 projetos com outras secretarias estaduais.	Nº de projetos implementados/ Secretarias de Estado de áreas afins
II.4.4 - Planejar e executar a política de educação permanente em atenção psicossocial. (Atenção Básica, CAPS, rede ambulatorial, hospitais gerais).	Integração nos PAREPS regionais - Construção em 100% dos CGR	Nº de CGR participantes/ 63
II. 4. 5 - Planejar e executar a política de educação permanente em atenção psicossocial para o acompanhamento de pessoas com autismo (Atenção Básica, CAPS, rede ambulatorial, hospitais gerais).	Integração nos PAREPS regionais - Construção em 100% dos CGR	Nº de CGR participantes/ 63
II. 4. 6 - Planejar e executar a política de educação permanente em atenção para o acompanhamento de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas. (Atenção Básica, CAPS, rede ambulatorial, hospitais gerais).	Integração nos PAREPS regionais - Construção em 100% dos CGR	Nº de CGR participantes/ 63
II.4.7 - Instituir supervisão clínico institucional para os profissionais da rede psicossocial, atenção básica e hospital geral.	Construção em 100% das RRAS	Nº de RRAs participantes / 17
II.4.8 - Planejar e executar Política de aplicação da lei 10.216/2001 nas medidas de segurança	Meta 1: elaboração da Política e início do projeto piloto.  Meta2 : implementar a política de tratamento iniciada com o piloto.	Indicador 1: Política elaborada e piloto em execução  Indicador 2: Nº de pacientes atendidos pelo programa/número de pacientes em medida de segurança hospitalar

<b>DIRETRIZ II. 5 – APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II. 5 .1- Implementar o serviço de Odontologia Hospitalar nos hospitais estaduais com modelo próprio.	Implementar 27 serviços de Odontologia Hospitalar nos hospitais estaduais.	Total de serviços implementados / total de hospitais previstos.
II. 5 .2 - Avaliar, monitorar e propor estratégia de ampliação do programa Sorria SP, com revisão dos critérios.	Ampliar o programa em 50%	Nº municípios contemplados após ampliação / total de municípios atendidos atualmente
II. 5 .3 - Ampliar o acesso à Atenção aos pacientes com câncer bucal.	Ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer bucal.	Nº de procedimentos diagnósticos por ano/ número atual.
I. 5 .4 - Realizar levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Estado de São Paulo (SBSP).	Estabelecer metodologia de pesquisa com amostra significativa.	Dados SBSP apurados no levantamento / Dados SBSP2002
II. 5 .5 - Realizar projeto “Comunidades Quilombolas do Estado de São Paulo”, localizadas no Vale do Ribeira para avaliação epidemiológica e atenção a esse segmento da população.	Avaliar e assistir 13 comunidades quilombolas concentradas no Vale do Ribeira.	Nº de comunidades quilombolas avaliadas e assistidas / 13 comunidades quilombolas do Vale do Ribeira.
II. 5 .6 - Realizar Ciclos de capacitação em Saúde Bucal.	Capacitar os 17 Articuladores Regionais de Saúde Bucal dos DRS e 2 gestores por CGR.	Nº de articuladores regionais capacitados / 17 articuladores regionais Nº de gestores capacitados / 126 gestores propostos (63 CGRx2)

<b>DIRETRIZ II. 6 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
<p>II. 6.1 - Implementar o Comitê Estadual Técnico Científico Multidisciplinar para a Saúde da Pessoa com Deficiência, dedicado a discutir e implementar ações destinadas a plena execução dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência.</p>	<p>Comitê Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência organizado e funcionando com reuniões periódicas</p>	<p>Comitê Estadual com Regimento Interno publicado em Diário Oficial .</p>
<p>II. 6.2 - Promover mecanismos de formação para profissionais de saúde de forma a garantir a integralidade da atenção às pessoa com deficiência na atenção primária nos centros especializados, na área hospitalar em especial na atenção as urgências e emergências.</p>	<p>Capacitar profissionais de saúde para constituir equipes de referência nas principais portas de entrada do SUS, em especial a de Urgência e Emergência .</p>	<p>Nº de equipes capacitadas, no período.</p>
<p>II. 6.3 - Incentivar projetos para promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência intersetorialmente.</p>	<p>Desenvolver 03 projetos com Secretarias de áreas afins ao tema.</p>	<p>Nº de projetos implantados/ Número de projetos propostos</p>
<p>II. 6.4 - Incentivar planos de adequação física das unidades de saúde, com vistas a promover acessibilidade, de acordo com a Normatização arquitetônica (Norma Brasileira 9050 ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas).</p>	<p>Meta 1: Avaliar e implementar em 30% a Norma Brasileira 9050 ABNT nas unidades próprias da SES (hospitais, AME, farmácias)</p> <p>Meta 2: 100% das unidades básicas com reformas/ ampliações realizadas com cofinanciamento estadual (ver EIXO I, DIRETRIZ 2).</p>	<p>Indicador 1: Percentual das unidades próprias da SES com programa de acessibilidade e adequadas arquitetonicamente.</p> <p>Indicador 2: Percentual das unidades básicas programa de acessibilidade e adequadas arquitetonicamente.</p>



<b>DIRETRIZ II. 7- ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II. 7 .1 - Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.	<p>Meta 1 : Realizar 5 oficinas intersetoriais de envelhecimento ativo de âmbito estadual e nas regiões prioritárias.</p> <p>Meta 2: Implementar o selo paulista das cidades amigas do idoso em 30 cidades nas várias regiões do estado e 5 bairros do município de São Paulo.</p>	<p>Indicador 1: Oficinas realizadas</p> <p>Indicador 2: Cidades com projetos em andamento</p>
II. 7.2 - Organizar e qualificar a rede de atenção e estimular estratégias de gestão do cuidado no sentido de manter e recuperar a autonomia e independência da pessoa idosa.	<p>Meta 1: Elaborar as linhas de cuidado de saúde da pessoa idosa</p> <p>Meta 2: Informatizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa</p> <p>Meta 3: Desenvolver metodologia de certificação para serviços amigos dos idosos no SUS.</p> <p>Meta 4: Implementar o selo dos serviços de saúde e sociais amigos da pessoa idosa nas modalidades hospitalar, ambulatorial, atenção primária em saúde e Instituições de Longa Permanência para Idosos em 30 serviços.</p>	<p>Indicador 1: Documento publicado e divulgado.</p> <p>Indicador 2: Software disponível e validado</p> <p>Indicador 3: Metodologia disponível e validada</p> <p>Indicador 4: Nº de serviços selados</p>
II. 7. 3 - Implementar novos serviços geriátricos gerontológicos	<p>Meta 1: Implementar 5 CRIs (Centros de Referência do Idoso) nas regiões prioritárias (Ribeirão Preto, Campinas, Baixada Santista, ABC e Botucatu)</p> <p>Meta 2: Implementar Centro Dia de Cuidados Integrados em São Paulo como serviço piloto para idosos semidependentes</p> <p>Meta 3: Implementar 160 leitos de retaguarda de cuidados prolongados em Hospitais nas regiões nordeste e noroeste do estado.</p>	<p>Indicador 1: Nº de serviços implementados</p> <p>Indicador 2 : Serviço implementado</p> <p>Indicador 3: Nº de leitos implementados</p>
II. 7.4 - Capacitar profissionais de saúde do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa.	Capacitar 800 profissionais de saúde da atenção básica e de hospitais do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa	Nº de profissionais capacitados

<b>DIRETRIZ II. 8- INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
<p>II. 8.1 - Promover a atenção à saúde indígena, garantindo o acesso diferenciado, como previsto na Política Nacional.</p>	<p>Organizar a Rede de Atenção à Saúde Indígena no Estado de São Paulo, pactuando as referências intermunicipais e a forma de acesso.</p>	<p>Nº de CGR que pactuaram saúde indígena / n. de CGR com população indígena X 100</p>
<p>II. 8.2 - 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.</p>	<p>Capacitar 100% dos serviços que compõem a Rede Estadual de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas das áreas prioritárias do Estado de São Paulo</p>	<p>Nº de serviços capacitados/nº serviços que compõem a Rede Estadual de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas x 100</p>
<p>II. 8.3 - Organizar planos de ação intersecretariais e interinstitucionais visando a melhora da qualidade de vida nas aldeias do estado de São Paulo.</p>	<p>Redução da morbi-mortalidade nessas comunidades.</p>	<p>Nº de óbitos infantis nas aldeias</p>

<b>DIRETRIZ II. 9 – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II. 9.1 - Implementar política de atenção integral às pessoas com 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.	Nº RRAS com a rede temática implantada/ nº de RRAS x 100
II. 9.2 - Elaborar e implantar Política Pública Intersetorial da População Quilombola	Elaboração da Política	Política publicada
II. 9.3 - Monitorar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da População Negra.	<p>Meta 1: Monitoramento da implementação do quesito raça/cor nos serviços de saúde de todo o Estado tendo como meta cobertura de 95% das Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs e Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.</p> <p>Meta 2: Incentivar publicações científicas, de orientação e informativas que contemple o recorte étnico-racial. Mínimo de uma publicação para cada objetivo.</p>	<p>Indicador 1: Proporção de AIHs e SIABs sem informação do quesito cor.</p> <p>Indicador 2: Nº de publicações técnicas por objetivos</p>
II. 9.4 Promover estudos acerca da realidade epidemiológica do estado de São Paulo com vistas ao estabelecimento de políticas.	<p>Meta 1: Realizar uma avaliação tecnológica dos regimes terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos para o manejo adequado da hipertensão na população negra.</p> <p>Meta 2: Realizar uma avaliação tecnológica sobre os efeitos adversos dos métodos contraceptivos hormonais sobre a saúde sexual, reprodutiva e geral das mulheres negras.</p>	<p>Indicador 1 : Nº de avaliações tecnológicas realizadas publicadas</p> <p>Indicador 2 : Nº de protocolos/políticas estabelecidas /publicadas</p>

<b>DIRETRIZ II. 10- APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO E DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II. 10.1 - Apoiar tecnicamente o aperfeiçoamento da atenção à saúde da população do sistema penitenciário.	<p>Meta 1 : Pactuar referências assistenciais média, alta e urgência em 100% das RRAS.</p> <p>Meta 2 : Apoiar tecnicamente 100% dos municípios sede de unidades prisionais através dos DRS.</p> <p>Meta 3 : Apoiar ações de humanização voltadas as gestantes e puérperas privadas de liberdade (em conjunto com a área de humanização da SES).</p>	<p>Indicador 1: N° de RRAS com fluxo estabelecido/n° de RRAS) x 100.</p> <p>Indicador2: N° de municípios com apoio técnicos dos DRS /n° de municípios sede x 100</p> <p>Indicador 3 : Plano de ação implantado.</p>
II. 10-.2 - Aperfeiçoar a atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei.	<p>Meta 1: Pactuar referências média, alta e urgência assistenciais em 100% das RRAS.</p> <p>Meta 2 : Apoio aos municípios sede de unidades da Fundação Casa para elaboração do Plano de Ação Municipal segundo diretrizes da PORTARIA INTERMINISTERIAL n° 1426/GM de 14 de julho de 2004, através dos DRS.</p>	<p>Indicador 1 : N° de RRAS com fluxo estabelecido/n° de RRAS x 100.</p> <p>Indicador 2: N° de municípios com apoio técnicos de articuladores regionais / municípios sede de unidades da Fundação Casa x 100</p>
<b>DIRETRIZ II. 11 – INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
II. 11 .1 - Incentivar e assessorar a implementação das ações da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.	Capacitar 100% dos municípios, em parceria com outras áreas temáticas, os profissionais de saúde para detecção precoce de doenças e agravos mais prevalentes nesta população	N° de municípios capacitados / 645 municípios.

## Eixo III - Vigilância em Saúde



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 às 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 com 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 III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
DIRETRIZ III. 1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
III. 1 .1 - Coordenar o Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado.	Encerrar oportunamente 85% ou mais dos casos notificados.	Percentual de casos notificados, encerrados oportunamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
III. 1 .2- Manter elevada cobertura com a vacina tetravalente(Vacina Tríplice Bacteriana - DPT+ Haemophilus influenzae tipo b - Hib) em crianças menores de 01 ano no Estado.	Atingir 95% ou mais de cobertura vacinal tetravalente em crianças menores de 01 ano	Nº da 3ª dose da vacina tetravalente em menores de 1 ano/população estimada de menores de 1 ano X 100
III. 1 .3– Implementar a vigilância das doenças transmitidas por vetores.	<p>Meta 1-Reduzir para 7% a taxa de letalidade das formas grave de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD /Síndrome do Choque da Dengue -SCD /Dengue Com Complicações – DCC) ao final de 2015. (linha base = 11% 2011)</p> <p>Meta 2- Investigar 100% das Epizootias em Primatas não Humanos notificadas no SinanNet.</p> <p>Meta 3 – Prestar apoio técnico para 100% dos municípios com transmissão de Dengue (Linha de base em 2010 -464 municípios)</p> <p>Meta 4 – Atingir 100% de cobertura das pesquisas entomológicas em municípios vulneráveis para Leishmaniose visceral americana até final de 2015. (330 municípios vulneráveis em 2011)</p> <p>Meta 5 – Realizar investigação acarológica em 100% das áreas com casos confirmados da Febre Maculosa Brasileira (linha de base – 52 municípios com casos confirmados no período de 2008 -2011).</p> <p>Meta 6 - Atender 100% da demanda municipal para capacitação de profissionais em ações de vigilância e controle vetorial ( 9113 profissionais capacitados/ano).</p> <p>Meta 7 – Assessorar 100% dos municípios prioritários do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD em planos de Educação, Comunicação e Mobilização Social para controle de dengue (57 municípios)</p>	<p>Indicador 1: número de óbitos confirmados de FHD/SCD + DCC/ número de casos confirmados de FHD/SCD + DCC) X 100</p> <p>Indicador 2: Nº de epizootias investigadas/ número de epizootias notificadas X 100</p> <p>Indicador 3:Nº de Municípios que receberam Apoio Técnico /municípios com transmissão X 100%</p> <p>Indicador 4:Nº de Municípios com apoio técnico realizado/ municípios vulneráveis X 100%</p> <p>Indicador 5:Nº de áreas investigadas/ nº de areas com casos confirmados de FMB X 100%</p> <p>Indicador 6:Porcentagem de profissionais capacitados</p> <p>Indicador 7: Nº de municípios com projetos desenvolvidos / nº de municípios prioritários X 100</p>



OBJETIVO	META	INDICADOR
III. 1 .4 - Reduzir a morbimortalidade por tuberculose (TB).	Meta 1 - Atingir 85% de cura nos pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera. Linha de base 2010 = 81%.	(nº de pacientes com tuberculose bacilífera curados/ nº de pacientes com tuberculose bacilífera) X 100
	Meta 2 –Reduzir o coeficiente de mortalidade por TB em 15%. Linha de base 2010 = 2,06/100.000 habitantes.	Nº de óbitos por TB/população X 100.000
III. 1 .5 - Eliminar a hanseníase em todas as regiões do Estado.	Meta 1 – Atingir 90% de taxa cura nas coortes de pacientes em todos os Grupos de Vigilância Epidemiológicas - GVE	nº de pacientes de hanseníase curados no ano / nº de pacientes de hanseníase diagnosticados no ano X 100.
	Meta 2 – Atingir a meta de menos de 1 caso/10.000 habitantes em todos os GVE	nº de GVEs com menos de 1 caso/10.000
III. 1 .6 - Ampliar o diagnóstico, ações de prevenção das DST/HIV e a atenção integral às pessoas vivendo com HIV	Meta 1 - Fornecer apoio técnico e logístico para a ampliação do diagnóstico e ações de prevenção de DST/HIV a 100% dos municípios do ESP. (645 municípios)	Nº de municípios com ações de controle implantadas/645 municípios X 100%
	Meta 2 - Apoiar tecnicamente 100% dos municípios prioritários (145) na atenção integral às pessoas vivendo com HIV.	Número de municípios com ações de apoio desenvolvidas/ número de municípios prioritários X 100
III. 1 .7 - 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.

<b>DIRETRIZ III. 1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
III. 1 .8 -Aprimorar a vigilância e o controle das doenças e agravos de transmissão respiratória no Estado	<p>Meta 1- Identificar, dentro dos parâmetros preconizados, a etiologia de 50% dos casos notificados de meningite bacteriana. (meta quadriênio anterior 45%)</p> <p>Meta 2- Encerrar pelo critério laboratorial 90% dos casos notificados de rubéola e sarampo.</p> <p>Meta 3 – Coletar 80% de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado. (Nota: preconizado 5 amostras semanais para cada unidade sentinela)</p>	<p>Indicador 1 : N° de casos de meningite bacteriana confirmada por critério laboratorial, por residência / n° de casos de meningite bacteriana notificados por residência) X 100.</p> <p>Indicador 2 : N° de casos suspeitos de sarampo e rubéola encerrados laboratorialmente / total de casos notificados de sarampo e rubéola X 100.</p> <p>Indicador 3: Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico do vírus influenza em unidades sentinelas/ soma do número de amostras preconizadas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em unidades sentinelas X 100.</p>
III. 1 .9 – Aprimorar a Vigilância das doenças transmitidas por água e alimentos (DTAA) no âmbito municipal e regional.	<p>Meta 1- Notificar pelo menos 1 caso de paralisia flácida em menores de 15 anos para 100 mil habitantes</p> <p>Meta 2– Concluir 85% das investigações de surtos de DTAA no Estado</p>	<p>Indicador 1.1 : N° de casos de paralisia flácida notificados/população de menores de 15 anos x 100</p> <p>Indicador 1.2 : N° de casos de paralisia flácida com coleta oportuna/N° de casos de paralisia flácida notificados x 100</p> <p>Indicador 2 : N° de surtos com investigação concluída/surtos notificado X 100%</p>
III. 1 .10– Implementar a Vigilância da Infecção Hospitalar no âmbito municipal e regional.	<p>Atingir o percentual de 85% dos hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES realizando notificação de Infecção Hospitalar (IH). Linha de base 80%.</p>	<p>N° de hospitais com notificações enviadas / n° de hospitais no CNES X 100</p>

<b>DIRETRIZ III. 1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
III. 1 .11 - Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças oculares.	<p>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.</p> <p>Linha de Base: Municípios com coeficiente de detecção de 10% ou maior : Birigui, Borá, Caçapava, Cajati, Candido Mota, Eldorado, Fernandópolis, Francisco Morato, Indaiatuba, Indiaporã, Itanhaem, Itapeva, Itapeví, Jacareí, Jacupiranga, Lutécia, Piedade, Pirajuí, Pitangueiras, Rincão, Rinópolis, Rubinéia, São João das Duas Pontes, Taiaçú, Taiúva, Turiúba</p>	Nº de municípios com 5% ou mais das crianças de um a nove anos de idade com casos de tracoma inflamatório
III. 1 .12 – Promover, estimular e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento de ações de vigilância de acidentes e violências	<p>Ampliar a cobertura da Ficha de notificação/Investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em 50% até 2015 (média nos últimos 3 anos = 19 mil fichas/ ano)</p>	Nº de notificações/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências.
III. 1 .13 - Apoiar e induzir os municípios em iniciativas relativas às ações de promoção à saúde voltadas para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	<p>Meta 1 Acompanhar 65% dos municípios do Estado com projetos de Promoção da Saúde aprovados pelo MS até 2015.</p> <p>Meta 2: 85% dos municípios por DRS com registro do estado nutricional de crianças e adolescentes no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN-WEB até 2015.</p>	<p>Indicador 1 : Nº de municípios acompanhados / nº total de municípios com projetos aprovados pelo MS</p> <p>Indicador 2 : Nº de municípios por DRS com registro do estado nutricional de crianças e adolescentes no SISVAN-WEB/ nº total de municípios por DRS X 100</p>
III. 1 .14- Implementar a resposta rápida aos riscos e emergências de saúde pública.	Implantar 8 novos Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS em regiões prioritárias do Estado até o final de 2015.	Nº de CIEVS regionais implantados.

<b>DIRETRIZ III. 1 – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
III. 1 .15 – Coordenar o Programa Estadual de Controle da Raiva.	Manter o estado sem casos de raiva humana.	Nº de casos confirmados de raiva humana.
III. 1 .16- Fortalecer as ações de capacitação, pesquisa e métodos educativos em vigilância epidemiológica no âmbito municipal regional e estadual.	Meta 1 - Realizar anualmente 1 avaliação das ações educativas no modelo de Ensino à Distância	Nº de avaliações realizadas
III. 1 .17 – Reduzir a transmissão vertical de sífilis e HIV.	Meta 1 - Atingir o valor de 0,5 casos de sífilis congênita para 1000 nascidos vivos ao final de 2015 (linha de base em 2010 - 1,9 casos de Sífilis Congênita /1000 nascidos vivos)  Meta 2 - Atingir o valor de 2 crianças com HIV+ para 100 gestantes com HIV+ ao final de 2015 ( linha de base em 2010 - 2,7 crianças/100 gestantes HIV+)	Indicador 1 : Nº de casos notificados de sífilis congênita/número de nascidos vivos X 1000  Indicador 2 : Nº de crianças expostas infectadas pelo HIV /número de gestantes HIV+ X 100

DIRETRIZ III. 2 – FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
III. 2.1- Implementar a Programação das Ações 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 anualmente com 100% dos municípios para a elaboração e operacionalização do PAVISA para o quadriênio 2012-2015.	Nº de municípios com PAVISA 2012-2015 com metas aprovados/reajustadas na CIB anualmente / 645 x 100
III. 2.2 - Fortalecer a gestão da Vigilância Sanitária no âmbito municipal e regional.	Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária - municipais (645) e regionais (28) – para utilizar o Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária - SIVISA	Nº de equipes de vigilância sanitária capacitadas para alimentar o SIVISA / 673 x 100
III. 2.3 - Qualificar os profissionais das equipes municipais e estaduais de vigilância sanitária nas suas diferentes áreas de atuação.	<p>Meta 1: Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária com Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS - regionais (28) e municipais (3) - para controlar o risco sanitário, no quadriênio</p> <p>Meta 2: Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária - regionais (28) e municipais (645) – e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST Regionais (41) para investigar acidentes de trabalho graves e fatais; e desenvolvimento de ações em toxicovigilância no quadriênio</p>	<p>Indicador 1: Nº de equipes de vigilância sanitária capacitadas para controlar o risco sanitário de TRS / 31 x 100</p> <p>Indicador 2: Nº de equipes de vigilância sanitária e CEREST Regionais capacitadas para investigar acidentes de trabalho graves e fatais e desenvolvimento de ações de toxicovigilância / 714 x 100</p>
III. 2.4 - Implementar o controle do risco sanitário nos Serviços de Saúde.	<p>Meta 1: Controlar o risco sanitário de 100% dos Serviços de Saúde com internação de atenção à gestante e ao recém-nascido cadastradas pelo gestor estadual no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária- SIVISA (544), no quadriênio</p> <p>Meta 2: Investigar 100% das notificações de eventos sentinelas relacionados à transfusão sanguínea recebidas por ano do quadriênio</p>	<p>Indicador 1: Nº de serviços de saúde com internação de atenção à gestante e ao recém-nascido inspecionados / 544 x 100</p> <p>Indicador 2: Nº de notificações de eventos sentinelas relacionados à transfusão sanguínea investigadas no ano / Nº total de notificações de eventos sentinelas relacionados à transfusão sanguínea recebidas no ano x 100</p>

<b>DIRETRIZ III. 2 – FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
III. 2.5- Implementar o controle do risco sanitário nos Serviços de Interesse da Saúde.	<p>Meta 1: Controlar o risco sanitário de 100% das Instituições Geriátricas (IG) cadastradas pelo gestor estadual no SIVISA (750), no quadriênio</p> <p>Meta 2: Controlar o risco sanitário de 100% das Comunidades Terapêuticas (CT) cadastradas pelo gestor estadual no SIVISA (160), por ano do quadriênio</p>	<p>Indicador 1: Nº de IG inspecionadas / 750 x 100</p> <p>Indicador 2: Nº de CT inspecionadas no ano / 160 x 100</p>
III. 2.6 - Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)	Monitorar semestralmente o desenvolvimento dos Programas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (PVISAT) efetuado pelas equipes de vigilância sanitária – regionais (28) e municipais (645) – e CEREST Regionais (41) no quadriênio.	<p>Um evento semestral para monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos PVISAT(*), no quadriênio</p> <p>(*) PVISAT Canavieiros; PVISAT de Postos de Combustíveis; PVISAT Expostos ao Amianto e PVISA de Acidentes Graves e Fatais.</p>
III. 2.7 Aprimorar a Rede de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST).	<p>Meta 1: Avaliar e monitorar os Planos e Programação das Ações dos 100% dos CEREST Regionais</p> <p>Meta 2: Implementar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito regional em 100% dos CGRs</p>	<p>Indicador 1: Um evento semestral para monitoramento e avaliação das ações programadas pelos CEREST Regionais</p> <p>Indicador 2: Nº de Colegiados de Gestão Regional (CGR) com interlocutores de saúde do trabalhador definidos / Nº total de CGR x 100</p>

DIRETRIZ III. 2 – FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
III. 2.8 Monitorar a qualidade e a segurança dos produtos de interesse da saúde fabricados, dispensados e comercializados no estado.	<p>Meta 1: 100% dos Grupos de Vigilância Sanitária (GVS) (28) com Programas Anuais de Monitoramento da Qualidade Sanitária de Produtos e de Estabelecimentos na área de alimentos, elaborados e executados</p> <p>Meta 2: 100% das notificações recebidas pelo sistema on-line "PERIWEB" de suspeita de reações adversas e de desvio de qualidade de medicamentos (QT), monitoradas durante o quadriênio</p> <p>Meta 3: Desenvolver e implantar o sistema de monitoramento de eventos adversos e desvios de qualidade de produtos para a saúde</p> <p>Meta 4: Desenvolver e implantar o sistema de monitoramento de eventos adversos e desvios de qualidade de produtos de higiene pessoal e saneantes de uso em estabelecimentos de assistência à saúde</p>	<p>Indicador 1: Nº de GVS com Programas de Monitoramento da Qualidade Sanitária de Produtos e de Estabelecimentos na Área de Alimentos, elaborados e executados no ano / 28 x 100</p> <p>Indicador 2: Nº de notificações de suspeita de reações adversas e de QT analisadas / Nº total de notificações de suspeita de reações adversas e de QT recebidas x 100</p> <p>Indicador 3: Um sistema de monitoramento de eventos adversos e desvios de qualidade de produtos para a saúde, implantado ao término do quadriênio</p> <p>Indicador 4: Um sistema de monitoramento de eventos adversos e desvios de qualidade de produtos de higiene pessoal e saneantes de uso em estabelecimentos de assistência à saúde, implantado ao término do quadriênio</p>
III. 2.9 Implementar o Sistema Estadual de Toxicovigilância.	Pactuar a inclusão da Rede de Atenção Temática em Toxicologia em 100% das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS) do estado de SP	Nº de RRAS com fluxos de referência e contra-referência para as linhas de cuidado dos eventos toxicológicos incluídos no quadriênio / Nº total de RRAS x 100

DIRETRIZ III. 3 – APERFEIÇOAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR
III. 3.1 - Implementar o desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde ambiental.	Capacitar 100% dos grupos regionais de vigilância sanitária (28) e epidemiológica (28) para desenvolver atividades de vigilância em saúde ambiental no quadriênio	Nº de GVS e GVE capacitados para desenvolver atividades de vigilância em saúde ambiental / 56 x 100
III. 3.2 - Aprimorar a vigilância da qualidade da água para consumo humano	Meta 1: Monitorar 100% dos municípios (645) que executam ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano  Meta 2: Aprimorar o Sistema de Informação do PROÁGUA - Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano	Indicador 1: Nº de municípios com dados cadastrais e de potabilidade no Sistema PROÁGUA / 645 x 100  Indicador 2: Nova versão do Sistema de Informação do PROÁGUA implantado
III. 3.3- Ampliar a cobertura das ações de avaliação e gerenciamento de fatores ambientais de risco à saúde em áreas contaminadas	100% dos municípios com áreas contaminadas cadastradas pela Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB, orientados e capacitados	Nº de municípios orientados e capacitados / Nº total de municípios com áreas contaminadas cadastrados pela CETESB x 100
III. 3.4- 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 3 artigos/ informes sobre saúde ambiental por ano no Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA. (12 informes/artigos publicados no quadriênio)  Meta2: Estabelecer duas ações de comunicação social em saúde ambiental anualmente.	Indicador 1: Três publicações de saúde ambiental ao ano no Boletim Epidemiológico Paulista.  Indicador 2: Nº de ações de comunicação realizadas.



DIRETRIZ III. 4 – APRIMORAR A REDE LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
III. 4.1 - Fortalecer e Aprimorar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado de São Paulo.	Monitorar a cada biênio 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 integrantes da rede X 100.
III. 4.2 - Fortalecer a rede laboratorial do Instituto Adolfo Lutz - IAL para atender o controle de doenças e demais ações programáticas da vigilância epidemiológica.	<p>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.</p> <p>Meta 2: Ampliar 25% da produção de exames de média complexidade na rede de laboratórios regionais do IAL para atender as demandas regionais de doenças emergentes e reemergentes (até o final de 2015)</p> <p>Meta 3: Realizar investimentos para implantação de três serviços de recebimento de amostras, processamento e liberação oportuna de resultados dos exames da vigilância sanitária por ano (12 serviços até o final de 2015).</p>	<p>Indicador 1 : Nº de novas metodologias implantadas/ano.</p> <p>Indicador 2 : Nº de exames realizados por ano / Nº de exames realizados no ano anterior X 100.</p> <p>Indicador 3 : Nº de serviços implantados/ano.</p>
III. 4.3- Desenvolver pesquisas técnico-científicas voltadas à melhoria da qualidade diagnóstica e à análise e de produtos de interesse sanitário.	<p>Meta 1: Submeter um projeto de pesquisa/ano para cada Grupo de Pesquisa da Plataforma Lattes (20 grupos), do IAL ( 80 projetos até o final de 2015)</p> <p>Meta 2: Apresentar uma proposta de parceria público/público para o desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas de cada Centro Técnico do IAL por ano, e em situações especiais uma proposta de parceria público-privada (referendado pela Consultoria Jurídica e CES) (4 propostas até o final de 2015)</p>	<p>Indicador 1 : Nº de Projetos submetidos ano.</p> <p>Indicador 2 : Nº de Propostas apresentadas.</p>

DIRETRIZ III. 4 – APRIMORAR A REDE LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
<p>III. 4.4 - 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.</p>	<p>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. (16 novas metodologias até o final de 2015)</p> <p>Meta 2: Ampliar o atendimento das demandas dos programas pactuados com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Programas Estaduais das Vigilâncias em 30% até o final de 2015.</p>	<p>Indicador 1 : Nº de Novas metodologias padronizadas e implantadas.</p> <p>Indicador 2 : Nº de demandas atendidas no ano / Nº de demandas atendidas no ano anterior X 100.</p>
<p>III. 4.5 - 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.</p>	<p>Manter 4 programas de ensino (1-Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD de "Pesquisas laboratoriais em Saúde pública", 2- Programa de Aprimoramento Profissional no Laboratório de Saúde Pública ;3- Programa de Bolsas de Pesquisa do IAL e 4- Programa de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC (CNPQ).</p>	<p>Nº de programas de ensino mantidos</p>

## Eixo IV - Fortalecimento do gestor estadual na coordenação do SUS



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. 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.

<b>EIXO IV – FORTALECIMENTO DO GESTOR ESTADUAL NA COORDENAÇÃO DO SUS .</b>		
<b>DIRETRIZ IV. 1 – FORTALECER O PLANEJAMENTO ESTADUAL DE FORMA ASCENDENTE E PARTICIPATIVA.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
IV. 1.1 - 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).	Monitorar e avaliar 100% das metas de saúde propostas no plano.	Metas de saúde monitoradas e avaliadas / metas de saúde propostas X 100.
IV. 1.2 - 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.
IV. 1.3 - Elaborar e implementar um Plano Diretor de Investimentos para o estado, nas RRAS.	Elaborar e implementar em 100% das RRAS no Estado de São Paulo.	Nº de RRAS com PDI implementado / nº de regiões de saúde x 100.
IV. 1.4 - Estimular o planejamento municipal.	100% dos municípios do estado com Plano Municipal de Saúde e RAG elaborados	Percentual de municípios do estado com Plano elaborado e RAG apresentado ao Conselho Municipal de Saúde – CMS.

<b>DIRETRIZ IV. 2 – FORTALECER A GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA DO SUS/SP.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
IV. 2.1 - 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.
<b>DIRETRIZ IV. 3 - IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO QUE ABRANGE A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTRATAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA ESTADUAL.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
IV. 3.1- Manter , atualizar e readequar contratos e convênios com todos os serviços que prestam atendimento, em caráter complementar à rede pública, sob gestão estadual, adequando-os às RRAS e redes temáticas implantadas.	100% dos serviços privados (filantrópicos, sem fins lucrativos e lucrativos) com convênios ou contratos vigentes e atualizados.	Nº de serviços conveniados ou contratados com convênios ou contratos atualizados/ nº de serviços privados prestando atendimento ao SUS x 100.
IV. 3.2 -Organizar a regulação do acesso nas RRAS 07 à 17 (Interior do estado).	Complexos reguladores do acesso implantados em 100% das RRAS 07 à 17.	Nº de complexos reguladores implantados das RRAS 07 à 17/11 x100.
IV. 3.3 - Reorganizar a central estadual de regulação do acesso com abrangência da RRAS 1 à 06 – Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP).	Central estadual de regulação do acesso organizada em 100% das RRAS de 1 à 06.	Nº RRAS com regulação do acesso organizado/ RRAS 01 à 06/06 X 100.
IV. 3.4 -Contribuir para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde com foco nas redes de atenção através da análise crítica e sistemática dos serviços conveniados.	Auditar 100% dos serviços de saúde sob gestão estadual pré definidos dentro de redes de assistência em todos os pontos de atenção, conforme programação anual.	Nº de serviços auditados / Nº de serviços programados.
IV. 3.5 - Fortalecer o componente estadual de auditoria em saúde, tornando-o apto e legalmente constituído, para auditar sistemas, ações e serviços de saúde sob gestão estadual do SUS, de acordo com a legislação específica	Componente Estadual de Auditoria reestruturado e reorganizado com base nas novas competências e atribuições perante o Decreto 7.508 e a Lei Federal 141.	Publicação de resolução pelo GS no segundo semestre de 2013, em substituição a Resolução SS nº 9 de 26/01/2007 com a composição da auditoria, suas competências, atribuições legais e atividades, na estrutura da SES SP

**DIRETRIZ IV. 4 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE.**

<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
IV. 4.1 - Implementar a infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) na SES.	Atualizar 100% da infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação na SES, segundo levantamento de necessidades.	Parque de equipamentos de TI atualizado / total de equipamentos com necessidade de atualização X 100.
IV. 4.2 - 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.
IV. 4.3 - Implementar o Registro Eletrônico de Saúde.	100% dos usuários SUS com registro individualizado.	Percentual de usuários SUS com registro individualizado.

<b>DIRETRIZ IV. 5 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SUS/SP.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
IV. 5.1 - Elaborar e acompanhar rol de indicadores de saúde e de gestão do SUS/SP.	Publicar anualmente rol de indicadores selecionados.	1 (um) rol de indicadores por ano.
IV. 5.2 - Buscar integração e qualificação das informações sobre serviços e ações de saúde geradas por diferentes sistemas da SES e do SUS.	Manter grupo técnico da SES (Grupo de Avaliação e Informações de Saúde - GAIS) para melhorar a qualidade das informações contidas nos sistemas de informação do SUS e propor intervenções na qualidade das informações.	Nº de orientações/criticas produzidas / informações analisadas pelo GAIS.
IV. 5.3 - Aprimorar a análise e a divulgação de informações por diferentes mídias.	Meta 1 : Realizar 220 levantamentos anuais de informações para subsidiar as ações dos órgãos da SES e outras instituições. Meta 2: Publicar 12 artigos anuais, documentos técnicos e análises.	Indicador 1: Nº levantamentos realizados. Indicador 2: Nº documentos publicados.



**DIRETRIZ IV. 6 – IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.**

<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
IV. 6.1 - Estimular a criação, fortalecimento e integração de práticas e planos de gestão e atenção humanizadas considerando as áreas temáticas: humanização da assistência ao parto, saúde do idoso, saúde mental, entre outros.	80% das unidades de Saúde SES com planos de intervenção em Humanização construídos e validados. Unidades de saúde SES = unidades de saúde participantes da PEH *.	Nº de Planos de Humanização construídos e validados / Nº de unidades SES participantes da PEH X 100.
IV. 6.2 - Estimular a integração, cultura do diálogo e cooperação entre as unidades de saúde, considerando a perspectiva das redes regionais de atenção à saúde.	80% dos DRS com equipe de humanização composta no mínimo por diretor de Humanização e Articulador de Humanização.	Nº de equipes de humanização nos DRS / Nº de DRS X 100.
IV. 6.3 - Fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão e forma de participação e controle social.	80% das unidades de saúde com implementação de processos de análise compartilhada da voz do usuário **	Nº de unidades com processos de análise implementados / Nº de unidades SES participantes da PEH X 100.
IV. 6.4 - Qualificar e apoiar gestores e profissionais com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios.	80% das unidades de saúde* participantes dos encontros de Apoio e Formação em Humanização.	Nº de unidades participantes nos encontros de Apoio e Formação/ Nº de unidades de saúde participantes da PEH X 100.
* = Unidades participantes: unidades com adesão aos processos de apoio e formação da PEH ** = Voz do Usuário: Ouvidoria, Pesquisa de Satisfação SES, Conte Comigo, Serviço de Atenção ao Usuário - SAU		

## ***Eixo V- 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.

<b>EIXO V- FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS.</b>		
<b>DIRETRIZ V.1 - FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
V.1.1 - Aperfeiçoar e ampliar as condições materiais, técnicas, administrativas, financeiras e de recursos humanos para o funcionamento regular do CES.	Meta 1: Promover reuniões previstas no Regimento Interno e deliberadas pelo Pleno do CES Meta 2: Equipar a área administrativa do CES para atender as necessidades de trabalho	Indicador 1: Nº de reuniões realizadas/previstas  Indicador 2: Especificação e Nº de Equipamentos adquiridos.
V.1.2 - Organizar e prover as condições necessárias para a realização de Conferências Estaduais do âmbito do controle social conforme legislação pertinente.	Realização de conferências deliberadas pelo Pleno do CES	Nº de Conferências realizadas / deliberadas
V.1.3 - Implementar a Política Estadual de Educação Permanente para os conselheiros estaduais	Estabelecimento de política para formação dos conselheiros municipais	Nº de conselheiros formados
V.1.4 - Apoiar o processo de formação dos conselheiros municipais.	Estabelecimento de política de formação dos conselheiros municipais	Nº de municípios que aderiram a política de formação de conselheiros/ 645
V.1.5 - Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral com vistas ao fortalecimento da participação social.	Criar material informativo regular sobre o Controle Social no site da Secretaria Estadual de Saúde e em outras formas de mídias.	Nº de materiais informativos criados
V.1.6 - Implementar Conselho Gestor nas unidades de saúde.  <i>Obs: Ação Direta de Inconstitucionalidade em face da Lei Estadual nº 12.516/2007 ainda não julgada.</i>	100% das unidades de saúde com Conselho Gestor implantado	Nº de unidades com conselho gestor implantado
V.1.7 - Ampliar a articulação entre as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST - no âmbito municipal e a CIST Estadual. (Portaria MS 2728/2009).	100% dos municípios sede de CEREST com CIST organizada	Percentual de municípios-sede de CEREST com CIST organizada

## ***Eixo VI – 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 VI – GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS		
DIRETRIZ VI. 1 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE EDUCAÇÃO, PARA QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DO SUS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
VI. 1.1 - Executar a Política de Educação Permanente (EP) em Saúde para o SUS/SP considerando as necessidades regionais.	<p>Meta 1: 100% dos 63 PAREPS (Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde) executados.</p> <p>Meta 2: Execução de 100% dos Projetos de EP encaminhados pelos CGR / Centro de Desenvolvimento e qualificação do SUS - CDQS a Coordenação de Recursos Humanos - CRH / GSDRH.</p>	<p>Indicador 1 : Nº de PAREPS desenvolvidos.</p> <p>Indicador 2: Nº de projetos executados / número de projetos encaminhados. x 100</p>
VI. 1.2 - Ampliar a metodologia do ensino na modalidade de Educação à Distância (EAD) nos cursos promovidos pelo GSDRH - Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos	<p>Meta 1: Criar versão EAD para cursos que demandem várias turmas e/ou público-alvo disperso em diferentes localidades – 4 cursos novos por ano. Totalizando 16 cursos na versão EAD até 2015.</p> <p>Meta 2: Incorporar duas novas ferramentas de EAD para realização dos cursos promovidos pelo GSDRH.</p>	<p>Indicador 1: Nº de cursos criados na versão EAD / 16 x 100.</p> <p>Indicador 2 : Nº de novas ferramentas adquiridas pelo GSDRH / 2 novas ferramentas x 100</p>
VI. 1.3 - Gerenciar programas de qualificação para profissionais da saúde de acordo com as necessidades do SUS: Residência Médica, Aprimoramento Profissional, Estágios e Pós-graduação.	<p>Meta1: Conceder 1.176 bolsas no Programa de Aprimoramento Profissional anuais (Total = 4.704 bolsas).</p> <p>Meta 2: Conceder 5.312, 5.637, 5.933, 6.214 bolsas no Programa de Residência Médica nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015, respectivamente (Total = 23.096 bolsas).</p> <p>Meta 3: Realizar estudo acerca da necessidade de especialistas, com vistas à política de regulação e de indução da formação de médicos em determinadas especialidades.</p>	<p>Indicador 1: Nº de bolsas utilizadas / Nº de bolsas concedidas X 100.</p> <p>Indicador 2: Nº de bolsas utilizadas / Nº de bolsas concedidas X 100.</p> <p>Indicador 3: Estudo realizado.</p>
VI. 1.4 – Ampliar a oferta de processos formativos adequados ao aperfeiçoamento dos processos de gestão do SUS	Elaborar Curso de Gestão em Saúde para 100 servidores da área hospitalar da SES.	Nº alunos inscritos / Nº alunos concluintes X 100
VI. 1.5 – Ampliar a proposição e execução de formação técnica em saúde de nível médio pelas Escolas técnicas do SUS/SP – ETSUS/SP	Elaborar e aprovar planos de cursos de especialização para técnicos de enfermagem nas áreas oncologia, neonatologia e terapia renal substitutiva.	Nº de planos elaborados e aprovados / planos de cursos propostos nas três áreas x 100.

<b>DIRETRIZ VI. 2 – APRIMORAR A GESTÃO DO TRABALHO PARA VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS DA SES/SP.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
VI. 2 .1 - 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.	Nº de UD´s com SESMT implementado com equipe técnica completa / Nº de UD´s X 100.
<b>DIRETRIZ VI. 3 – FORTALECER A GESTÃO DE RH NO SUS/SP</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
VI. 3.1 - 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.  Meta 2: Propor e participar de 100% das ações desenvolvidas pelo Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS - PROGESUS no Estado de São Paulo – componente 03.	Indicador 1: Curso revisto e atualizado em todos os seus Módulos.  Indicador 2: Nº de participações nas ações promovidas pelo PROGESUS no Estado – componente 03/ ações promovidas pelo PROGESUS no Estado – componente 03 x 100.
VI. 3.2 - Estudar e adequar o quadro de RH da SES/SP	Meta 1: Aprimoramento das bases de dados em Recursos Humanos na SES/SP.  Meta 2: Elaboração de sistema de informação em processos educacionais na SES/SP.  Meta 3: Executar e avaliar o processo formativo dos CDQS.  Meta 4: Adequar o quadro funcional às novas necessidades da Secretaria de Estado da Saúde.	Indicador 1: Sistema de informação aprimorado até final de 2015.  Indicador 2: Sistema elaborado e implantado até final de 2015.  Indicador 3: Processo formativo realizado e avaliado até final de 2015. Indicador 4: Nº de vagas preenchidas / nº vagas do quadro funcional readequado x 100
VI.3.3 - Implementar Planos de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS para servidores da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.	PCCS implementado até Dezembro de 2015.	PCCS implementado
VI.3.4 – Orientar tecnicamente as Secretarias Municipais de Saúde para a implementação de PCCS no âmbito municipal	Desenvolver manual de orientação técnica para elaboração de PCCS no âmbito municipal até Dezembro de 2014.	Manual desenvolvido

## ***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 VII. 1- IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA ESTADUAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.		
OBJETIVO	META	INDICADOR
<p>VII. 1.1 - Implementar Política de CT&amp;I-Saúde e apoio à agenda de prioridades de pesquisa em Saúde.</p> <p>- contemplar 3 grande eixos, considerados áreas prioritárias para o fortalecimento do SUS no Estado de São Paulo nos quais os projetos de pesquisa deverão ser enquadrados em iniciativas de Desenvolvimento e Implementação de Protocolos Clínicos (RRAS e Judicialização) ou Controle e Prevenção de:</p> <p>1.1. Doenças Não Transmissíveis  1.2. Doenças transmissíveis  1.3. Violência, Álcool e Drogas  1.4 Vigilância à Saúde  1.5. Atenção Materno-Infantil  1.6. Morbimortalidade por causas externas</p>	<p>Abrir ou firmar 4 editais / contratos ou convênios para apoiar agenda de prioridades de pesquisa</p>	<p>Nº de editais / contratos / convênios para apoio à agenda de prioridades de pesquisa.</p>
<p>VII. 1.2 - Apoiar a constituição de Núcleos de Inovação Tecnológica e de Avaliação de Tecnologias em Saúde.</p>	<p>Meta 1: Estimular a formação de 6 novos Núcleos de Avaliação Tecnológica (NAT) e promover o desenvolvimento dos 4 existentes.</p> <p>Meta 2: Promover o desenvolvimento de 7 Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT) nos Institutos de Pesquisa, criados por Decreto.</p>	<p>Indicador 1: Nº de Núcleos de Avaliação Tecnológica criados nos Institutos de pesquisa e hospitais da SES-SP.</p> <p>Indicador 2: Nº de Núcleos de Inovação de Tecnologias em Saúde implantados nos Institutos de pesquisa e hospitais da SES-SP.</p>
<p>VII. 1.3 - Apoiar a Avaliação de tecnologias de produtos e processos com a finalidade de estabelecer protocolos, incorporar e desincorporar tecnologias em saúde.</p>	<p>Realizar 4 avaliações de tecnologia de produto e/ou processo em saúde.</p>	<p>Nº de Avaliações de Tecnologias em Saúde realizadas.</p>
<p>VII. 1.4- Promover a revisão do elenco de medicamentos disponibilizados pela Fundação para o Remédio Popular –FURP.</p>	<p>Revisão do elenco de medicamentos disponibilizados pela FURP.</p>	<p>Incorporação de novos medicamentos (no mínimo 4).</p>



<b>DIRETRIZ VII. 2 - PROMOVER O ENSINO E A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
VII. 2.1 Apoiar o desenvolvimento e manutenção da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS-Rede de Informação e Conhecimento e do Portal de Revistas Científicas da SES-SP.	Firmar 2 acordos de cooperação da Centro Latino americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME/ Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS para desenvolver projetos de apoio à gestão de bibliotecas no âmbito do SUS-SP.	Nº 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.
<b>DIRETRIZ VII. 3 – ESTIMULAR A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM PÓS-GRADUAÇÃO (STRICTO SENSU) PARA O FORTALECIMENTO DA ÁREA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO SUS.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>
VII. 3.1 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.	Nº 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 implementação 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.	<p><b>DIRETRIZ 1</b> – INTEGRAR OS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO EM REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS)</p> <p><b>DIRETRIZ 2</b> – FORTALECER A POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (AB)</p> <p><b>DIRETRIZ 3</b> – INVESTIR E QUALIFICAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ESTADUAIS PRÓPRIOS</p> <p><b>DIRETRIZ 4</b> – APERFEIÇOAR O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.</p> <p><b>DIRETRIZ 5</b> – APERFEIÇOAR A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS ESSENCIAIS PARA O SUS.</p> <p><b>DIRETRIZ 6</b> – 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 – DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA SEGMENTOS POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEIS, COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS E RISCOS À SAÚDE PRIORITÁRIOS.	<p><b>DIRETRIZ 1</b> - REDUZIR A MORTALIDADE MATERNO INFANTIL</p> <p><b>DIRETRIZ 2</b> – APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA.</p> <p><b>DIRETRIZ 3</b> – APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</p> <p><b>DIRETRIZ 4</b> – AMPLIAR A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL/ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> <p><b>DIRETRIZ 5</b>– APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL</p> <p><b>DIRETRIZ 6</b> – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.</p> <p><b>DIRETRIZ 7</b> – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.</p> <p><b>DIRETRIZ 8</b>– INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA</p> <p><b>DIRETRIZ 9</b> – ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.</p> <p><b>DIRETRIZ 10</b>- APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO E DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.</p> <p><b>DIRETRIZ 11</b> – INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM</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>
EIXO III – COORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<p><b>DIRETRIZ 1</b> – FORTALECER A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.</p> <p><b>DIRETRIZ 2</b> – FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA.</p> <p><b>DIRETRIZ 3</b> – APERFEIÇOAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL</p> <p><b>DIRETRIZ 4</b> – APRIMORAR A REDE LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA.</p>	<p>PROGRAMA 100 – SUPORTE ADMINISTRATIVO.</p> <p>PROGRAMA 932 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.</p>

EIXO	DIRETRIZES DO PES	PROGRAMAS DO PPA 2012-2015
EIXO IV - FORTALECIMENTO DO GESTOR ESTADUAL NA COORDENAÇÃO DO SUS.	<p>DIRETRIZ 1 – FORTALECER O PLANEJAMENTO ESTADUAL DE FORMA ASCENDENTE E PARTICIPATIVA.</p> <p>DIRETRIZ 2 – FORTALECER A GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZADA DO SUS.</p> <p>DIRETRIZ 3 - IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO QUE ABRANGE A REGULAÇÃO DO ACESSO, CONTRATAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA ESTADUAL.</p> <p>DIRETRIZ 4 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE.</p> <p>DIRETRIZ 5 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SUS.</p> <p>DIRETRIZ 6 – 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 V- FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS.	<p>DIRETRIZ 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>
EIXO VI– GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NO SUS.	<p>DIRETRIZ 1 – APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE EDUCAÇÃO, PARA QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DO SUS.</p> <p>DIRETRIZ 2 – APRIMORAR A GESTÃO DO TRABALHO PARA VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS (RH) DA SES/SP.</p> <p>DIRETRIZ 3 – FORTALECER A GESTÃO DE RH NO SUS</p>	<p>PROGRAMA 100 – SUPORTE ADMINISTRATIVO.</p> <p>PROGRAMA 941 – GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO.</p>
EIXO VII – CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES EM SAÚDE.	<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>

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE



A apresentação de uma proposta de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde 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 avaliação com o intuito de subsidiar o gestor estadual na tomada de decisão.

## CONSIDERAÇÕES

A elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se desenvolveu por meio de diversos atores, tempos e movimentos institucionais. O referencial teórico adotado permitiu maior flexibilidade metodológica, proporcionando, aos diferentes atores articular e arquitetar processos e métodos de forma ordenada e sistemática.

Ressaltamos, ainda, que o debate constante deste plano e seus ajustes anuais, possam produzir vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso contínuo a ser aperfeiçoado à luz das mudanças da realidade e na implantação do Decreto nº 7508 e na efetivação da Lei Federal Complementar nº 141, que enfatizam o planejamento de âmbito regional.



## LISTA DE SIGLAS

- AB** Atenção Básica  
**ABNT** Associação Brasileira de Normas Técnicas  
**AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
**AIH** Autorização de Internações Hospitalares  
**AME** Ambulatórios Médicos Especializados  
**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar  
**ANVISA** Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**API** Avaliação do Programa de Imunização  
**BCG** Bacilo de Calmette-Guérin  
**BEPA** Boletim Epidemiológico Paulista  
**BIPAIDS** Base Integrada Paulista de Aids  
**BIREME** Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde  
**BVS** Biblioteca Virtual em Saúde  
**CAPS** Centros de Atendimento Psicossocial  
**CCD** Coordenadoria de Controle de Doenças  
**CCTIES** Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos de Saúde  
**CDL** Centro de Distribuição e Logística  
**CDQS** Centros de Desenvolvimento e Qualificação do Sistema Único de Saúde  
**CEREST** Centro de Referência de Saúde do Trabalhador  
**CES** Conselho Estadual de Saúde  
**CETESB** Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental  
**CGA** Coordenadoria Geral de Administração  
**CGCSS** Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde  
**CGR** Colegiado de Gestão Regional  
**CG Redes** Comitê Gestor de Redes  
**CIB** Comissão Intergestora Bipartite  
**CID** Classificação Internacional de Doenças  
**CIEVS** Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde  
**CIST** Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador  
**CIT** Comissão Intergestores Tripartite  
**CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**CNPQ** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CMS** Conselho Municipal de Saúde  
**CNS** Conselho Nacional de Saúde  
**CONSEMA** Conselho Estadual do Meio Ambiente  
**COSEMS** Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
**CPS** Coordenadoria de Planejamento de Saúde  
**CRC** Cartórios de Registro Civil  
**CRH** Coordenadoria de Recursos Humanos  
**CRI** Centro de Referência do Idoso  
**CRIES** Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais  
**CRS** Coordenadoria de Regiões de Saúde  
**CRT** Centro de Referência e Tratamento de Aids  
**CSS** Coordenadoria de Serviços de Saúde  
**CT** Comunidades Terapêuticas  
**CTAR** Comissões Técnicas de Auditoria Regional  
**CV** Cobertura Vacinal  
**CVE** Centro de Vigilância Epidemiológica  
**CVS** Centro de Vigilância Sanitária  
**C&T** Ciência e Tecnologia  
**CT&I** Ciência, Tecnologia e Inovação  
**DAB** Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde  
**DATASUS** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
**DCA** Doença de Chagas Aguda  
**DCC** Dengue com Complicações  
**DDA** Doença Diarréica Aguda  
**DDTHA** Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar  
**DDTR** Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória  
**DIR** Direções Regionais de Saúde  
**DOE** Diário Oficial do Estado  
**DOT** Directly Observed Therapy  
**DRS** Departamento Regional de Saúde  
**DST** Doenças Sexualmente Transmissíveis  
**DTA** Doenças Transmitidas por Alimentos  
**DTHA** Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar  
**DTP + Hib** Vacina Tetravalente contra Difteria, Tétano, Coqueluche e Haemophilus influenzae tipo B  
**EAD** Educação à Distância  
**ENMG** Eletroneuromiografia  
**EP** Educação Permanente  
**ERSA** Escritórios Regionais de Saúde  
**ESF** Estratégia de Saúde da Família  
**ETSUS** Escolas Técnicas do SUS  
**FHD** Febre Hemorrágica da Dengue  
**FMB** Febre Maculosa Brasileira  
**FOSP** Fundação Oncocentro de São Paulo  
**FURP** Fundação para o Remédio Popular  
**GAIS** Grupo de Avaliação e Informações de Saúde  
**GM** Gabinete do Ministro  
**GNACS** Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde  
**GS** Gabinete do Secretário



**GSDRH** Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos  
**GTAE** Grupo Técnico de Ações Estratégicas  
**GVE** Grupo de Vigilância Epidemiológica  
**GVS** Grupo de Vigilância Sanitária  
**HAART** Terapia Anti-Retro Viral de Alta Potência  
**HSH** Homem que fazem Sexo com Homem  
**HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana  
**IAL** Instituto Adolfo Lutz  
**IB** Índice Breteau  
**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IDH** Índice de Desenvolvimento Humano  
**IG** Instituições Geriátricas  
**IH** Infecção Hospitalar  
**INCA** Instituto Nacional de Câncer  
**IP** Instituto Pasteur  
**IPRS** Índice Paulista de Responsabilidade Social  
**ITIL** Information Technology Infrastructure Library  
**LDO** Lei de Diretrizes Orçamentárias  
**LOA** Lei Orçamentária Anual  
**LOS** Lei Orgânica da Saúde  
**MEG** Modelo de Excelência de Gestão  
**MMDA** Monitorização da Doença Diarréica Aguda  
**MS** Ministério da Saúde  
**MSH** Sistema de Monitoramento da Hemorede  
**NCOP** Não Classificado em Outra Parte  
**NAT** Núcleo de Avaliação Tecnológica  
**NIT** Núcleo de Inovação Tecnológica  
**NIVE** Núcleo de Informação da Vigilância Epidemiológica  
**NOAS** Norma Operacional da Assistência à Saúde  
**NOB** Norma Operacional Básica do SUS  
**NV** Nascidos Vivos  
**OMS** Organização Mundial de Saúde  
**OPAS** Organização Pan-Americana de Saúde  
**OSS** Organizações Sociais de Saúde  
**PAB** Piso da Atenção Básica  
**PAS** Programação Anual de Saúde  
**PAREPS** Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde  
**PAVISA** Plano de Ação de Vigilância Sanitária  
**PAVS** Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde  
**PCCS** Plano de Cargos, Carreiras e Salários  
**PDI** Plano Diretor de Investimento

**PDR** Plano Diretor de Regionalização  
**PEDST** Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
**PEH** Política Estadual de Humanização  
**PERIWEB** Sistema de Notificação On-line de Reações Adversas e Qualidade de Medicamentos  
**PES** Plano Estadual de Saúde  
**PETNN** Programa Estadual de Triagem Neo-natal  
**PFA** Paralisias Flácidas Agudas  
**PFGE** Pulsed Field Gel Electrophoresis  
**PIB** Produto Interno Bruto  
**PIBIC** Programa de Bolsas de Iniciação Científica  
**PlanejaSUS** Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde  
**PN** Pré Natal  
**PNCD** Programa Nacional de Controle de Dengue  
**PNPS** Política Nacional de Promoção da Saúde  
**PPA** Plano Pluri Anual  
**PROAGUA** Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano  
**PROGESUS** Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde  
**PS** Plano de Saúde  
**PSF** Programa Saúde da Família  
**PQT** Poliquimioterapia  
**PVISAT** Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador  
**RAG** Relatório Anual de Gestão  
**RENAST** Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador  
**RH** Recursos Humanos  
**RMGSP** Região Metropolitana da Grande São Paulo  
**RRAS** Rede Regionais de Atenção à Saúde  
**RTMI** Rede Temática Materno Infantil  
**RT-PCR** Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction  
**SAMU** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SAU** Serviço de Atenção ao Usuário  
**SBS** Saúde Bucal no Estado de São Paulo  
**SC** Sífilis Congênita  
**SCD** Síndrome de Choque da Dengue  
**SCR** Sarampo, Caxumba e Rubéola  
**SEADE** Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados  
**SES** Secretaria de Estado da Saúde  
**SESMT** Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho  
**SEVISA** Sistema Estadual de Vigilância Sanitária  
**SIA** Sistema de Informações Ambulatoriais  
**SIAB** Sistema de Informações da Atenção Básica – Saúde da Família  
**SIH** Sistema de Informações Hospitalares

**SIM** Sistema de Informação de Mortalidade  
**SMS** Secretaria Municipal de Saúde  
**SINAN** Sistema Nacional de Agravos de Notificação  
**SINAS** Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
**SISLAB** Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública  
**SISVAN** Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
**SIVEP** Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica  
**SP** São Paulo  
**SS** Secretaria da Saúde  
**SUCEN** Superintendência de Controle de Endemias  
**SUS** Sistema Único de Saúde  
**SVE** Sistema de Vigilância Epidemiológica  
**SVS** Secretaria de Vigilância em Saúde  
**TI** Tecnologia da Informação  
**TI** Taxa de Incidência  
**TIC** Tecnologia da Informação e Comunicação  
**TM** Taxa de Mortalidade  
**TMI** Taxa de Mortalidade Infantil  
**TMNN** Taxa de Mortalidade Neo-Natal  
**TMPN** Taxa de Mortalidade Pós Neo-Natal  
**TO** Taxa de Ocupação  
**TRS** Terapia Renal Substitutiva  
**UBS** Unidade Básica de Saúde  
**UD** Unidade de Despesa  
**UDI** Usuários de Drogas Injetáveis  
**VE** Vigilância Epidemiológica  
**VPS** Vigilância e Promoção à Saúde  
**VS** Vigilância em Saúde  
**VIGISUS** Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde  
**VISA** Vigilância Sanitária  
**VISA-M** Vigilância Sanitária Municipal  
**VISAT** Vigilância em Saúde do Trabalhador

## LISTA DE TABELAS

**TABELA 1** Esperança de Vida ao Nascer no Brasil e no Estado de São Paulo, 1991, 2000 e 2009.

**TABELA 2** Municípios do Estado de São Paulo segundo faixas populacionais, 2010.

**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.

**TABELA 4** Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo - 2000.

**TABELA 5** Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo - 2009.

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

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

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

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

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

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

**TABELA 12** Causas mais frequentes de morte materna no Estado de São Paulo -2008.

**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

**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.

**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.

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

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

**TABELA 18** CASOS CONFIRMADOS - SINAN NET - Frequência segundo Ano da Notificação - 2007 a 2011.

**TABELA 19** Imunizações do Estado de São Paulo - 2000-2010.

**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.

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

**TABELA 22** Tipos de Unidades de Saúde do SUS por Departamento Regional de Saúde - DRS da Secretaria de Estado da Saúde, 2010.

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

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

**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.

**TABELA 26** Número de Internações e respectivo percentual segundo especialidade no SUS/SP - 2001 e 2010.

**TABELA 27** Internações no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador - 2010.

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

**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.

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

**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.

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

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

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

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

## LISTA DE GRÁFICOS

**GRÁFICO 1** Coeficiente\* de Mortalidade nos principais grupos de CID-10 – Estado de São Paulo – 2000 e 2009.

**GRÁFICO 2** Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo masculino no Estado de São Paulo – 2009.

**GRÁFICO 3** Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo feminino no Estado de São Paulo – 2009.

**GRÁFICO 4** Coeficiente\* de Mortalidade por Doença do Ap. Circulatório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2009.

**GRÁFICO 5** Coeficiente\* de Mortalidade por Neoplasia, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2009.

**GRÁFICO 6** Coeficiente\* de Mortalidade por Doença do Ap. Respiratório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2009.

**GRÁFICO 7** Coeficiente\* de Mortalidade por Causas Externas, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2009.

**GRÁFICO 8** Coeficiente\* de Mortalidade por Doença do Ap. Digestivo, por faixa etária no Estado de São Paulo – 2009.

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

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

**GRÁFICO 11** Razão de Mortalidade Materna Estado de São Paulo – 1980-2009.

**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 influenza b em menores de 5 anos – Estado de São Paulo – 1998-2010.

**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.

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

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

**GRÁFICO 19** Surtos de DTA, Estado de São Paulo, 1999 a 2010\*

**GRÁFICO 20** Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas - Taxa de Notificação, 2002 a 2010, 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\*.

**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\*.

**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\*.

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

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

**GRÁFICO 26** Coeficiente de prevalência de Hanseníase por GVE de residência no Estado de São Paulo – 2009.

**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.

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

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

**GRÁFICO 30** Coeficiente de Incidência e Letalidade da leptospirose, ESP – 1986 a 2010.

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

**GRÁFICO 32** Notificação de violências segundo sexo e faixa etária. Estado de São Paulo, 2010.

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

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

**GRÁFICO 35** Número de Internações segundo especialidade no SUS/SP – 2001 e 2010.

**GRÁFICO 36** Produção de AIHs segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2010

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1** Coeficiente de Mortalidade por Doenças Alcoólicas do Fígado 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.

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

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

**QUADRO 5** Composição Regional da Saúde, segundo macrorregião, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Região de Saúde, São Paulo, 2010.

**QUADRO 6** População por Região de Saúde, Estado de São Paulo – 2010.

## LISTA DE MAPAS

**MAPA 1** Coeficiente de Mortalidade por Doenças Alcoólicas do Fígado segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2000.

**MAPA 2** Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia de Próstata segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2000.

**MAPA 3** Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia de Mama segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2000.

**MAPA 4** Coeficiente de Mortalidade por Homicídios segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.

**MAPA 5** Coeficiente de Mortalidade por Acidente de Transporte segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.

**MAPA 6** Coeficiente de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.

**MAPA 7** Coeficiente de Mortalidade por Doenças isquêmicas do coração segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.

**MAPA 8** Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2009.

**MAPA 9** Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo regiões de saúde do Estado de São Paulo – 2009.

**MAPA 10** Raiva em Morcegos – Hematófagos e não Hematófagos do Estado De São Paulo - 2002 2010.

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

**MAPA 12** Distribuição dos casos confirmados de Febre Maculosa Brasileira segundo município de infecção, Estado de São Paulo, 1995 a 2011.

**MAPA 13** Distribuição dos casos confirmados de Hantavirus segundo município de infecção, Estado de São Paulo, 1993 a 2011.

**MAPA 14** Estado de São Paulo segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde.

**MAPA 15** Porte Populacional dos municípios do Estado de São Paulo 2010.

**MAPA 16** Percentual da população atingida pela Saúde Suplementar por regiões de Saúde no Estado de São Paulo – 2009.

**MAPA 17** Distribuição dos Serviços de Cardiologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.

**MAPA 18** Distribuição dos Serviços de Nefrologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.

**MAPA 19** Distribuição dos Serviços de Neurologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.

**MAPA 20** Distribuição dos Serviços de Traumatologia e Ortopedia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.

**MAPA 21** Distribuição dos Serviços de Oncologia nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.

**MAPA 22** Rede de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde. Estado de São Paulo, 2012.

## LISTA DE FIGURAS

**FIGURA 1** Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 1991.

**FIGURA 2** Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2000.

**FIGURA 3** Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2010.

## REFERÊNCIAS

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](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](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).

# Anexo I





RRAS	REGIAO DE SAUDE	MUNICIPIO	Total
RRAS 01	GRANDE ABC	Diadema	386.089
		Mauá	417.064
		Ribeirão Pires	113.068
		Rio Grande da Serra	43.974
		Santo André	676.407
		São Bernardo do Campo	765.463
		São Caetano do Sul	149.263
	<b>GRANDE ABC Total</b>	<b>2.551.328</b>	
<b>RRAS 01 Total</b>			<b>2.551.328</b>
RRAS 02	ALTO DO TIETÊ	Arujá	74.905
		Biritiba-Mirim	28.575
		Ferraz de Vasconcelos	168.306
		Guararema	25.844
		Itaquaquecetuba	321.770
		Moji das Cruzes	387.779
		Poá	106.013
		Salesópolis	15.635
		Santa Isabel	50.453
		Suzano	262.480
		Guarulhos	1.221.979
		<b>ALTO DO TIETÊ Total</b>	<b>2.663.739</b>
	<b>RRAS 02 Total</b>		
RRAS 03	FRANCO DA ROCHA	Caieiras	86.529
		Cajamar	64.114
		Francisco Morato	154.472
		Franco da Rocha	131.604
		Mairiporã	80.956
	<b>FRANCO DA ROCHA Total</b>	<b>517.675</b>	
<b>RRAS 03 Total</b>			<b>517.675</b>
RRAS 04	MANANCAIS	Cotia	201.150
		Embu	240.230
		Embu-Guaçu	62.769

		Itapecerica da Serra	152.614
		Juquitiba	28.737
		São Lourenço da Serra	13.973
		Taboão da Serra	244.528
		Vargem Grande Paulista	42.997
	<b>MANANCIAIS Total</b>		<b>986.998</b>
<b>RRAS 04 Total</b>			<b>986.998</b>
RRAS 05	ROTA DOS BANDEIRANTES	Barueri	240.749
		Carapicuíba	369.584
		Itapevi	200.769
		Jandira	108.344
		Osasco	666.740
		Pirapora do Bom Jesus	15.733
		Santana de Parnaíba	108.813
	<b>ROTA DOS BANDEIRANTES Total</b>		<b>1.710.732</b>
<b>RRAS 05 Total</b>			<b>1.710.732</b>
RRAS 06	SÃO PAULO	São Paulo	11.253.503
	<b>SÃO PAULO Total</b>		<b>11.253.503</b>
<b>RRAS 06 Total</b>			<b>11.253.503</b>
RRAS 07	BAIXADA SANTISTA	Bertioga	47.645
		Cubatão	118.720
		Guarujá	290.752
		Itanhaém	87.057
		Mongaguá	46.293
		Peruíbe	59.773
		Praia Grande	262.051
		Santos	419.400
		São Vicente	332.445
	<b>BAIXADA SANTISTA Total</b>		<b>1.664.136</b>
	VALE DO RIBEIRA	Barra do Turvo	7.729
		Cajati	28.372
		Cananéia	12.226
		Eldorado	14.641
		Iguape	28.841
		Ilha Comprida	9.025
		Iporanga	4.299

		Itariri	15.471
		Jacupiranga	17.208
		Juquiá	19.246
		Miracatu	20.592
		Pariquera-Açu	18.446
		Pedro de Toledo	10.204
		Registro	54.261
		Sete Barras	13.005
	<b>VALE DO RIBEIRA Total</b>		<b>273.566</b>
<b>RRAS 07 Total</b>			<b>1.937.702</b>
RRAS 08	ITAPETININGA	Alambari	4.884
		Angatuba	22.210
		Campina do Monte Alegre	5.567
		Cerquilha	39.617
		Cesário Lange	15.540
		Guareí	14.565
		Itapetininga	144.377
		Quadra	3.236
		São Miguel Arcanjo	31.450
		Sarapuí	9.027
		Tatui	107.326
	<b>ITAPETININGA Total</b>		<b>397.799</b>
	ITAPEVA	Apiáí	25.191
		Barra do Chapéu	5.244
		Bom Sucesso de Itararé	3.571
		Buri	18.563
		Capão Bonito	46.178
		Guapiara	17.998
		Itaberá	17.858
		Itaóca	3.228
		Itapeva	87.753
		Itapirapuã Paulista	3.880
		Itararé	47.934
		Nova Campina	8.515
		Ribeira	3.358
		Ribeirão Branco	18.269

		Ribeirão Grande	7.422
		Riversul	6.163
		Taquarivaí	5.151
		<b>ITAPEVA Total</b>	<b>326.276</b>
	SOROCABA	Alumínio	16.839
		Araçariçuama	17.080
		Araçoiaba da Serra	27.299
		Boituva	48.314
		Capela do Alto	17.532
		Ibiúna	71.217
		Iperó	28.300
		Itu	154.147
		Jumirim	2.798
		Mairinque	43.223
		Piedade	52.143
		Pilar do Sul	26.406
		Porto Feliz	48.893
		Salto	105.516
		Salto de Pirapora	40.132
		São Roque	78.821
		Sorocaba	586.625
		Tapiraí	8.012
		Tietê	36.835
		Votorantim	108.809
		<b>SOROCABA Total</b>	<b>1.518.941</b>
		<b>RRAS 08 Total</b>	<b>2.243.016</b>
RRAS 09	BAURU	Agudos	34.524
		Arealva	7.841
		Avai	4.959
		Balbinos	3.702
		Bauru	343.937
		Borebi	2.293
		Cabrália Paulista	4.365
		Duartina	12.251
		Iacanga	10.013
		Lençóis Paulista	61.428

	Lucianópolis	2.249
	Macatuba	16.259
	Paulistânia	1.779
	Pederneiras	41.497
	Pirajuí	22.704
	Piratinga	12.072
	Presidente Alves	4.123
	Reginópolis	7.323
<b>BAURU Total</b>		<b>593.319</b>
JAU	Bariri	31.593
	Barra Bonita	35.246
	Bocaina	10.859
	Boracéia	4.268
	Brotas	21.580
	Dois Córregos	24.761
	Igaraçu do Tietê	23.362
	Itaju	3.246
	Itapuí	12.173
	Jaú	131.040
	Mineiros do Tietê	12.038
	Torrinha	9.330
<b>JAU Total</b>		<b>319.496</b>
LINS	Cafelândia	16.607
	Getulina	10.765
	Guaiçara	10.670
	Lins	71.432
	Pongaí	3.481
	Promissão	35.674
	Sabino	5.217
	Uru	1.251
<b>LINS Total</b>		<b>155.097</b>
POLO CUESTA	Anhembi	5.653
	Areiópolis	10.579
	Bofete	9.618
	Botucatu	127.328
	Conchas	16.288

		Itatinga	18.052
		Laranjal Paulista	25.251
		Pardinho	5.582
		Pereiras	7.454
		Porangaba	8.326
		Pratânia	4.599
		São Manuel	38.342
		Torre de Pedra	2.254
		<b>POLO CUESTA Total</b>	<b>279.326</b>
	VALE DO JURUMIRIM	Águas de Santa Bárbara	5.601
		Arandu	6.123
		Avaré	82.934
		Barão de Antonina	3.116
		Cerqueira César	17.532
		Coronel Macedo	5.001
		Fartura	15.320
		Iaras	6.376
		Itaí	24.008
		Itaporanga	14.549
		Manduri	8.992
		Paranapanema	17.808
		Piraju	28.475
		Sarutaiá	3.622
		Taguaí	10.828
		Taquarituba	22.291
		Tejupá	4.809
		<b>VALE DO JURUMIRIM Total</b>	<b>277.385</b>
		<b>RRAS 09 Total</b>	<b>1.624.623</b>
RRAS 10	ADAMANTINA	Adamantina	33.797
		Flórida Paulista	12.848
		Inúbia Paulista	3.630
		Lucélia	19.882
		Mariápolis	3.916
		Oswaldo Cruz	30.917
		Pacaembu	13.226
		Pracinha	2.858

	Sagres	2.395
	Salmourão	4.818
<b>ADAMANTINA Total</b>		<b>128.287</b>
ASSIS	Assis	95.144
	Borá	805
	Cândido Mota	29.884
	Cruzália	2.274
	Florínia	2.829
	Ibirarema	6.725
	Lutécia	2.714
	Maracáí	13.332
	Palmital	21.186
	Paraguaçu Paulista	42.278
	Pedrinhas Paulista	2.940
	Platina	3.192
	Tarumã	12.885
<b>ASSIS Total</b>		<b>236.188</b>
MARÍLIA	Álvaro de Carvalho	4.650
	Alvinlândia	3.000
	Campos Novos Paulista	4.539
	Echaporã	6.318
	Fernão	1.563
	Gália	7.011
	Garça	43.115
	Guaimbê	5.425
	Guarantã	6.404
	Júlio Mesquita	4.430
	Lupércio	4.353
	Marília	216.745
	Ocaçu	4.163
	Oriente	6.097
	Oscar Bressane	2.537
	Pompéia	19.964
	Quintana	6.004
Ubirajara	4.427	
Vera Cruz	10.769	

<b>MARÍLIA Total</b>		<b>361.514</b>
OURINHOS	Bernardino de Campos	10.775
	Canitar	4.369
	Chavantes	12.114
	Espírito Santo do Turvo	4.244
	Ipauçu	13.663
	Óleo	2.673
	Ourinhos	103.035
	Ribeirão do Sul	4.446
	Salto Grande	8.787
	Santa Cruz do Rio Pardo	43.921
	São Pedro do Turvo	7.198
Timburi	2.646	
<b>OURINHOS Total</b>		<b>217.871</b>
TUPÃ	Arco-Íris	1.925
	Bastos	20.445
	Herculândia	8.696
	Iacri	6.419
	Parapuã	10.844
	Queiroz	2.808
	Rinópolis	9.935
	Tupã	63.476
<b>TUPÃ Total</b>		<b>124.548</b>
<b>RRAS 10 Total</b>		<b>1.068.408</b>
RRAS 11	ALTA PAULISTA	
	Dracena	43.258
	Flora Rica	1.752
	Irapuru	7.789
	Junqueirópolis	18.726
	Monte Castelo	4.063
	Nova Guataporanga	2.177
	Ouro Verde	7.800
	Panorama	14.583
	Paulicéia	6.339
	Santa Mercedes	2.831
	São João do Pau d'Alho	2.103
	Tupi Paulista	14.269



<b>ALTA PAULISTA Total</b>		<b>125.690</b>
ALTA SOROCABANA	Alfredo Marcondes	3.891
	Álvares Machado	23.513
	Anhumas	3.738
	Caiabu	4.072
	Emilianópolis	3.020
	Estrela do Norte	2.658
	Indiana	4.825
	Martinópolis	24.219
	Narandiba	4.288
	Pirapozinho	24.694
	Presidente Bernardes	13.570
	Presidente Prudente	207.610
	Regente Feijó	18.494
	Ribeirão dos Índios	2.187
	Sandovalina	3.699
	Santo Anastácio	20.475
Santo Expedito	2.803	
Taciba	5.714	
Tarabai	6.607	
<b>ALTA SOROCABANA Total</b>		<b>380.077</b>
ALTO CAPIVARI	Iepê	7.628
	João Ramalho	4.150
	Nantes	2.707
	Quatá	12.799
	Rancharia	28.804
<b>ALTO CAPIVARI Total</b>		<b>56.088</b>
EXTREMO OESTE PAULISTA	Caiuá	5.039
	Marabá Paulista	4.812
	Piquerobi	3.537
	Presidente Epitácio	41.318
	Presidente Venceslau	37.910
<b>EXTREMO OESTE PAULISTA Total</b>		<b>92.616</b>
PONTAL DO PARANAPANEMA	Euclides da Cunha Paulista	9.585
	Mirante do Paranapanema	17.059
	Rosana	19.691

		Teodoro Sampaio	21.386
	<b>PONTAL DO PARANAPANEMA Total</b>		<b>67.721</b>
<b>RRAS 11 Total</b>			<b>722.192</b>
RRAS 12	CATANDUVA	Ariranha	8.547
		Catanduva	112.820
		Catiguá	7.127
		Elisiário	3.120
		Fernando Prestes	5.534
		Irapuã	7.275
		Itajobi	14.556
		Marapoama	2.633
		Novais	4.592
		Novo Horizonte	36.593
		Palmares Paulista	10.934
		Paraíso	5.898
		Pindorama	15.039
		Pirangi	10.623
		Sales	5.451
		Santa Adélia	14.333
		Tabapuã	11.363
		Urupês	12.714
		Embaúba	2.423
	<b>CATANDUVA Total</b>		<b>291.575</b>
	CENTRAL DO DRS II	Araçatuba	181.579
		Auriflamma	14.202
		Bento de Abreu	2.674
		Bilac	7.048
		Guararapes	30.597
		Guzolândia	4.754
		Nova Castilho	1.125
		Nova Luzitânia	3.441
		Rubiácea	2.729
		Santo Antônio do Aracanguá	7.626
		Valparaíso	22.576
	<b>CENTRAL DO DRS II Total</b>		<b>278.351</b>
	DOS CONSÓRCIOS DO DRS II	Alto Alegre	4.102

	Avanhandava	11.310
	Barbosa	6.593
	Birigui	108.728
	Braúna	5.021
	Brejo Alegre	2.573
	Buritama	15.418
	Clementina	7.065
	Coroados	5.238
	Gabriel Monteiro	2.708
	Glicério	4.565
	Lourdes	2.128
	Luiziânia	5.030
	Penápolis	58.510
	Piacatu	5.287
	Santópolis do Aguapeí	4.277
	Turiúba	1.930
<b>DOS CONSÓRCIOS DO DRS II Total</b>		<b>250.483</b>
DOS LAGOS do DRS II	Andradina	55.334
	Castilho	18.003
	Guaraçai	8.435
	Ilha Solteira	25.064
	Itapura	4.357
	Lavínia	8.779
	Mirandópolis	27.483
	Murutinga do Sul	4.186
	Nova Independência	3.068
	Pereira Barreto	24.962
	Sud Mennucci	7.435
	Suzanápolis	3.383
<b>DOS LAGOS do DRS II Total</b>		<b>190.489</b>
FERNANDÓPOLIS	Estrela d'Oeste	8.208
	Fernandópolis	64.696
	Guarani d'Oeste	1.970
	Indiaporã	3.903
	Macedônia	3.664
	Meridiano	3.855

	Mira Estrela	2.820
	Ouroeste	8.405
	Pedranópolis	2.558
	Populina	4.223
	São João das Duas Pontes	2.566
	São João de Iracema	1.780
	Turmalina	1.978
<b>FERNANDÓPOLIS Total</b>		<b>110.626</b>
JALES	Aparecida d'Oeste	4.450
	Aspásia	1.809
	Dirce Reis	1.689
	Dolcinópolis	2.096
	Jales	47.012
	Marinópolis	2.113
	Mesópolis	1.886
	Palmeira d'Oeste	9.584
	Paranapuã	3.815
	Pontalinda	4.074
	Santa Albertina	5.723
	Santa Salete	1.447
	Santana da Ponte Pensa	1.641
	São Francisco	2.793
	Urânia	8.836
	Vitória Brasil	1.737
<b>JALES Total</b>		<b>100.705</b>
JOSÉ BONIFÁCIO	Adolfo	3.557
	Jaci	5.657
	José Bonifácio	32.763
	Mendonça	4.640
	Monte Aprazível	21.746
	Nipoã	4.274
	Planalto	4.463
	Poloni	5.395
	Ubarana	5.289
	União Paulista	1.599
	Zacarias	2.335

<b>JOSÉ BONIFÁCIO Total</b>		<b>91.718</b>
SANTA FÉ DO SUL	Nova Canaã Paulista	2.114
	Rubinéia	2.862
	Santa Clara d'Oeste	2.084
	Santa Fé do Sul	29.239
	Santa Rita d'Oeste	2.543
	Três Fronteiras	5.427
<b>SANTA FÉ DO SUL Total</b>		<b>44.269</b>
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	Bady Bassitt	14.603
	Bálsamo	8.160
	Cedral	7.972
	Guapiaçu	17.869
	Ibirá	10.896
	Icém	7.462
	Ipiguá	4.463
	Mirassol	53.792
	Mirassolândia	4.295
	Neves Paulista	8.772
	Nova Aliança	5.891
	Nova Granada	19.180
	Onda Verde	3.884
	Orindiúva	5.675
	Palestina	11.051
	Paulo de Faria	8.589
	Potirendaba	15.449
São José do Rio Preto	408.258	
Tanabi	24.055	
Uchoa	9.471	
<b>SÃO JOSÉ DO RIO PRETO Total</b>		<b>649.787</b>
VOTUPORANGA	Álvares Florence	3.897
	Américo de Campos	5.706
	Cardoso	11.805
	Cosmorama	7.214
	Floreal	3.003
	Gastão Vidigal	4.193
	General Salgado	10.669

		Macaubal	7.663
		Magda	3.200
		Monções	2.132
		Nhandeara	10.725
		Parisi	2.032
		Pontes Gestal	2.518
		Riolândia	10.575
		Sebastianópolis do Sul	3.031
		Valentim Gentil	11.036
		Votuporanga	84.692
	<b>VOTUPORANGA Total</b>		<b>184.091</b>
<b>RRAS 12 Total</b>			<b>2.192.094</b>
RRAS 13	ALTA ANHANGUERA	Ipuã	14.148
		Morro Agudo	29.116
		Nuporanga	6.817
		Orlândia	39.781
		Sales Oliveira	10.568
		São Joaquim da Barra	46.512
	<b>ALTA ANHANGUERA Total</b>		<b>146.942</b>
	ALTA MOGIANA	Aramina	5.152
		Buritizal	4.053
		Guará	19.858
		Igarapava	27.952
		Ituverava	38.695
		Miguelópolis	20.451
	<b>ALTA MOGIANA Total</b>		<b>116.161</b>
	AQUÍFERO GUARANI	Cravinhos	31.691
		Guataporá	6.966
		Jardinópolis	37.661
		Luís Antônio	11.286
		Ribeirão Preto	604.682
		Santa Rita do Passa Quatro	26.478
		Santa Rosa de Viterbo	23.862
		São Simão	14.346
		Serra Azul	11.256
		Serrana	38.878

<b>AQUÍFERO GUARANI Total</b>		<b>807.106</b>
CENTRAL DO DRS III	Américo Brasiliense	34.478
	Araraquara	208.662
	Boa Esperança do Sul	13.645
	Gavião Peixoto	4.419
	Motuca	4.290
	Rincão	10.414
	Santa Lúcia	8.248
	Trabijú	1.544
<b>CENTRAL DO DRS III Total</b>		<b>285.700</b>
CENTRO OESTE DO DRS III	Borborema	14.529
	Ibitinga	53.158
	Itápolis	40.051
	Nova Europa	9.300
	Tabatinga	14.686
<b>CENTRO OESTE DO DRS III Total</b>		<b>131.724</b>
CORAÇÃO DO DRS III	Descalvado	31.056
	Dourado	8.609
	Ibaté	30.734
	Porto Ferreira	51.400
	Ribeirão Bonito	12.135
	São Carlos	221.950
<b>CORAÇÃO DO DRS III Total</b>		<b>355.884</b>
HORIZONTE VERDE	Barrinha	28.496
	Dumont	8.143
	Guariba	35.486
	Jaboticabal	71.662
	Monte Alto	46.642
	Pitangueiras	35.307
	Pontal	40.244
	Pradópolis	17.377
	Sertãozinho	110.074
<b>HORIZONTE VERDE Total</b>		<b>393.431</b>
NORTE DO DRS III	Cândido Rodrigues	2.668
	Dobrada	7.939
	Matão	76.786

	Santa Ernestina	5.568
	Taquaritinga	53.988
<b>NORTE DO DRS III Total</b>		<b>146.949</b>
NORTE-BARRETOS	Altair	3.815
	Barretos	112.101
	Cajobi	9.768
	Colina	17.371
	Colômbia	5.994
	Guaíra	37.404
	Guaraci	9.976
	Jaborandi	6.592
	Olímpia	50.024
	Severínia	15.501
<b>NORTE-BARRETOS Total</b>		<b>268.546</b>
SUL-BARRETOS	Bebedouro	75.035
	Monte Azul Paulista	18.931
	Taiaçú	5.894
	Taiúva	5.447
	Taquaral	2.726
	Terra Roxa	8.505
	Viradouro	17.297
	Vista Alegre do Alto	6.886
<b>SUL-BARRETOS Total</b>		<b>140.721</b>
TRÊS COLINAS	Cristais Paulista	7.588
	Franca	318.640
	Itirapuã	5.914
	Jeriquara	3.160
	Patrocínio Paulista	13.000
	Pedregulho	15.700
	Restinga	6.587
	Ribeirão Corrente	4.273
	Rifaina	3.436
	São José da Bela Vista	8.406
<b>TRÊS COLINAS Total</b>		<b>386.704</b>
VALE DAS CACHOEIRAS	Altinópolis	15.607
	Batatais	56.476



		Brodósqui	21.107
		Cajuru	23.371
		Cássia dos Coqueiros	2.634
		Santa Cruz da Esperança	1.953
		Santo Antônio da Alegria	6.304
	<b>VALE DAS CACHOEIRAS Total</b>		<b>127.452</b>
<b>RRAS 13 Total</b>			<b>3.307.320</b>
RRAS 14	ARARAS	Araras	118.843
		Conchal	25.229
		Leme	91.756
		Pirassununga	70.081
		Santa Cruz da Conceição	4.002
	<b>ARARAS Total</b>		<b>309.911</b>
	LIMEIRA	Cordeirópolis	21.080
		Engenheiro Coelho	15.721
		Iracemápolis	20.029
		Limeira	276.022
	<b>LIMEIRA Total</b>		<b>332.852</b>
	PIRACICABA	Águas de São Pedro	2.707
		Capivari	48.576
		Charqueada	15.085
		Elias Fausto	15.775
		Mombuca	3.266
		Piracicaba	364.571
		Rafard	8.612
		Rio das Pedras	29.501
		Saltinho	7.059
		Santa Maria da Serra	5.413
		São Pedro	31.662
	<b>PIRACICABA Total</b>		<b>532.227</b>
	RIO CLARO	Analândia	4.293
		Corumbataí	3.874
		Ipeúna	6.016
		Itirapina	15.524
		Rio Claro	186.253
		Santa Gertrudes	21.634

	<b>RIO CLARO Total</b>		<b>237.594</b>
<b>RRAS 14 Total</b>			<b>1.412.584</b>
RRAS 15	BAIXA MOGIANA	Estiva Gerbi	10.044
		Itapira	68.537
		Moji-Guaçu	137.245
		Moji-Mirim	86.505
	<b>BAIXA MOGIANA Total</b>		<b>302.331</b>
	CAMPINAS	Águas de Lindóia	17.266
		Amparo	65.829
		Campinas	1.080.113
		Indaiatuba	201.619
		Lindóia	6.712
		Monte Alegre do Sul	7.152
		Monte Mor	48.949
		Pedreira	41.558
		Serra Negra	26.387
		Valinhos	106.793
	Vinhedo	63.611	
	<b>CAMPINAS Total</b>		<b>1.665.989</b>
MANTIQUEIRA	Aguai	32.148	
	Águas da Prata	7.584	
	Espírito Santo do Pinhal	41.907	
	Santa Cruz das Palmeiras	29.932	
	Santo Antônio do Jardim	5.943	
	São João da Boa Vista	83.639	
	Tambaú	22.406	
	Vargem Grande do Sul	39.266	
<b>MANTIQUEIRA Total</b>		<b>262.825</b>	
OESTE VII	Americana	210.638	
	Artur Nogueira	44.177	
	Cosmópolis	58.827	
	Holambra	11.299	
	Hortolândia	192.692	
	Jaguariúna	44.311	
	Nova Odessa	51.242	
Paulínia	82.146		

		Santa Bárbara d'Oeste	180.009
		Santo Antônio de Posse	20.650
		Sumaré	241.311
	<b>OESTE VII Total</b>		<b>1.137.302</b>
	RIO PARDO	Caconde	18.538
		Casa Branca	28.307
		Divinolândia	11.208
		Itobi	7.546
		Mococa	66.290
		São José do Rio Pardo	51.900
		São Sebastião da Gramma	12.099
		Tapiratiba	12.737
	<b>RIO PARDO Total</b>		<b>208.625</b>
<b>RRAS 15 Total</b>			<b>3.577.072</b>
RRAS 16	BRAGANÇA	Atibaia	126.603
		Bom Jesus dos Perdões	19.708
		Bragança Paulista	146.744
		Joanópolis	11.768
		Nazaré Paulista	16.414
		Pedra Bela	5.780
		Pinhalzinho	13.105
		Piracaia	25.116
		Socorro	36.686
		Tuiuti	5.930
		Vargem	8.801
	<b>BRAGANÇA Total</b>		<b>416.655</b>
	JUNDIAÍ	Cabreúva	41.604
		Campo Limpo Paulista	74.074
		Itatiba	101.471
		Itupeva	44.859
		Jarinu	23.847
		Jundiaí	370.126
		Louveira	37.125
		Morungaba	11.769
		Várzea Paulista	107.089
	<b>JUNDIAÍ Total</b>		<b>811.964</b>

<b>RRAS 16 Total</b>			<b>1.228.619</b>
RRAS 17	ALTO VALE DO PARAÍBA	Caçapava	84.752
		Igaratá	8.831
		Jacareí	211.214
		Jambeiro	5.349
		Monteiro Lobato	4.120
		Paraibuna	17.388
		Santa Branca	13.763
		São José dos Campos	629.921
	<b>ALTO VALE DO PARAÍBA Total</b>		<b>975.338</b>
	CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO	Aparecida	35.007
		Arapeí	2.493
		Areias	3.696
		Bananal	10.223
		Cachoeira Paulista	30.091
		Canas	4.385
		Cruzeiro	77.039
		Cunha	21.866
		Guaratinguetá	112.072
		Lavrinhas	6.590
		Lorena	82.537
Piquete		14.107	
Potim		19.397	
Queluz		11.309	
Roseira	9.599		
São José do Barreiro	4.077		
Silveiras	5.792		
<b>CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO Total</b>		<b>450.280</b>	
LITORAL NORTE	Caraguatatuba	100.840	
	Ilha Bela	28.196	
	São Sebastião	73.942	
	Ubatuba	78.801	
<b>LITORAL NORTE Total</b>		<b>281.779</b>	
V. PARAÍBA-REG. SERRANA	Campos do Jordão	47.789	
	Lagoinha	4.841	
	Natividade da Serra	6.678	
		<b>20</b>	
	Pindamonhangaba	146.995	
	Redenção da Serra	3.873	
	Santo Antônio do Pinhal	6.486	
	São Bento do Sapucaí	10.468	
	São Luís do Paraitinga	10.397	
	Taubaté	278.686	
Tremembé	40.984		
<b>V. PARAÍBA-REG. SERRANA Total</b>		<b>557.197</b>	
<b>RRAS 17 Total</b>			<b>2.264.594</b>
Total geral			41.262.199