

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES

2016 - 2019

ORGANIZAÇÃO

José Dínio Vaz Mendes
Rosana Marques Ferro Cruz
Silvany Lemes Cruvinel Portas

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Departamento de Planejamento da CPS

PROJETO GRÁFICO
Id Artes e Eventos

EDIÇÃO
Carolina Lopes Zanatta - CPS
Naide Oliveira - CPS
Paulo Ribeiro de Calais Jesus - CPS
Rosana Marques Ferro Cruz - CPS
Telma Regina Attizani - CPS
Thaís Sune Christiano Pipolo - CPS
Vivian Silva de Oliveira - CPS
Helma Kátia Senna da Silva - Id Artes e Eventos
Pablo Valença - Id Artes e Eventos
Jadson Alves - Id Artes e Eventos

CAPA (PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA)
Id Artes e Eventos

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA-APOIO
Id Artes e Eventos

REVISÃO
Departamento de Planejamento da CPS

CTP, IMPRESSÃO E ACABAMENTO
Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

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

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Geraldo Alckmin

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

David Everson Uip

SECRETÁRIO ADJUNTO

Wilson Modesto Pollara

CHEFE DE GABINETE

Nilson Ferraz Paschoa

COORDENADORES

Benedicto Accácio Borges Neto - *Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS)*

Eduardo Ribeiro Adriano - *Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)*

Eloiso Vieira Assunção Filho - *Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF)*

Geraldo Reple Sobrinho - *Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)*

Haino Burmester - *Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH)*

Jorge Alberto Lopes Fernandes - *Coordenadoria Geral de Administração (CGA)*

Marcos Boulos - *Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)*

Sérgio Swain Muller - *Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde (CCTIES)*

Silvany Lemes Cruvinel Portas - *Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)*

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

David Everson Uip

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

Stênio José Correia Miranda

COORDENAÇÃO GERAL

Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Alethea Matos Hayashida - CPS

Carolina Lopes Zanatta - CPS

Naide Oliveira - CPS

Paulo Ribeiro de Calais Jesus - CPS

Telma Regina Attizani - CPS

Thaís Sune Christiano Pipolo - CPS

Rosana Marques Ferro Cruz - CPS

Vivian Silva de Oliveira - CPS

PARTICIPAÇÃO

Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (CES)

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

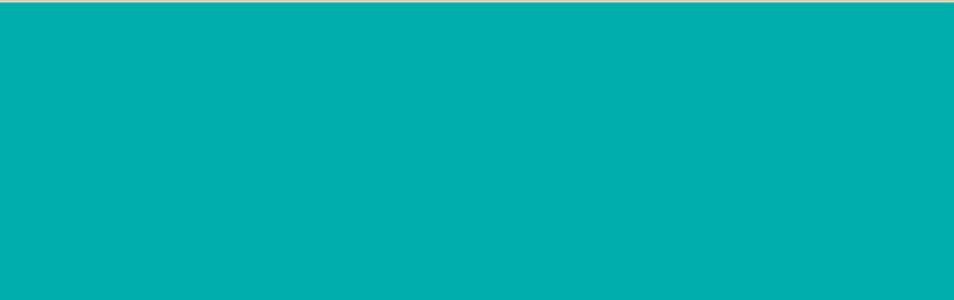
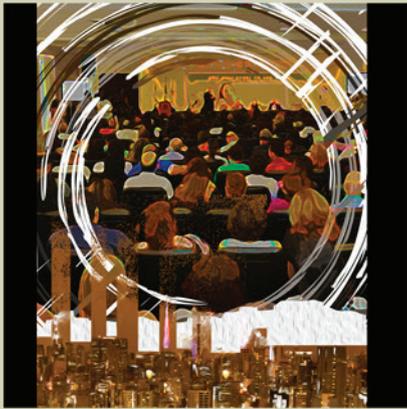
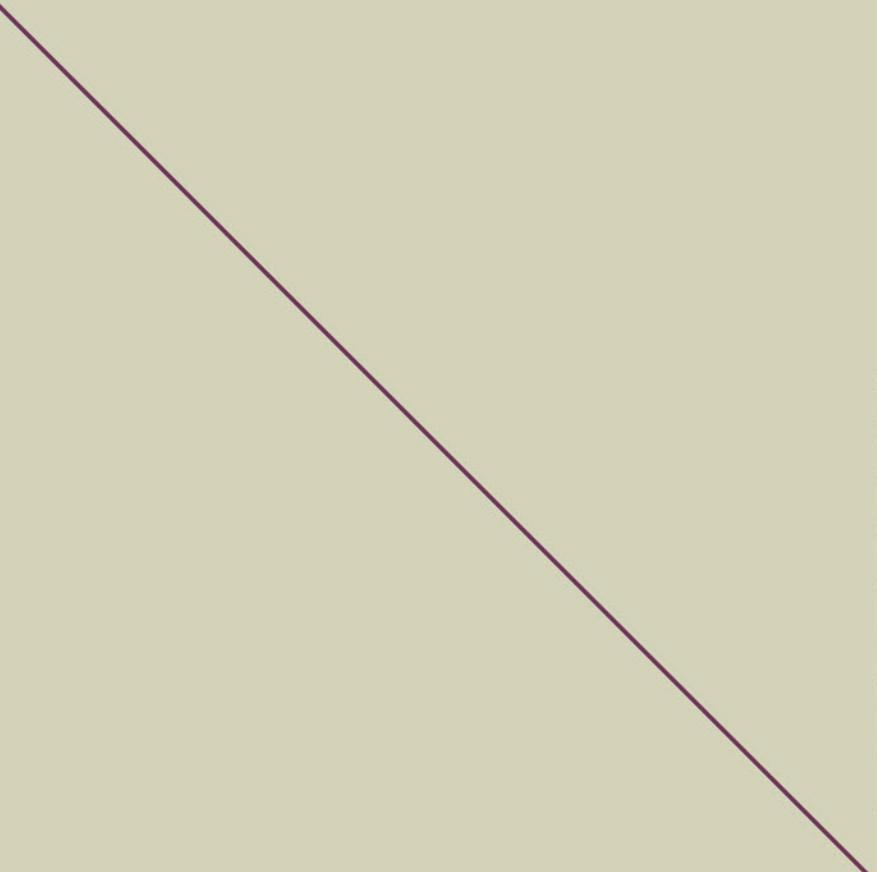
SUCEN - Escritórios Regionais

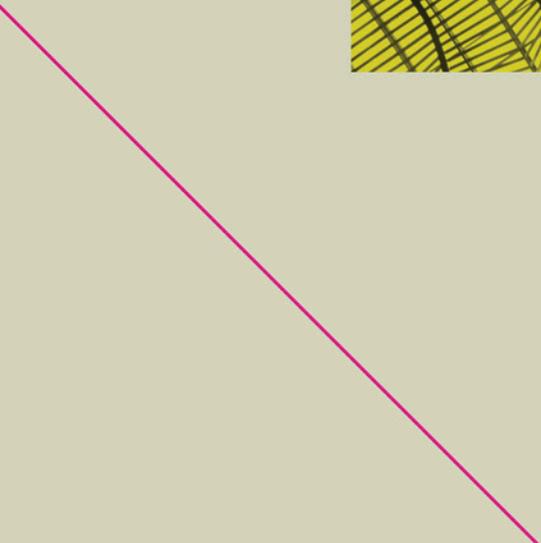
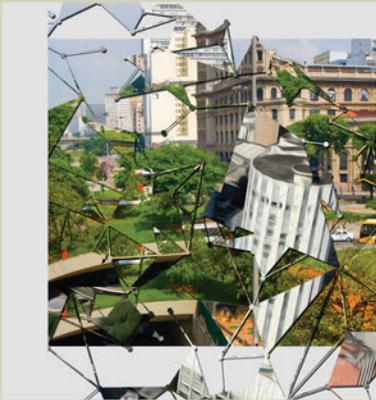
CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Adilson Soares	CCD - SES/SP
Adriana Ruzene	CRS - DRS VIII - Franca
Adriane Lopes Medeiros	CCTIES - SES/SP
Ailde Rosina Guedes	CRS - DRS I - Grande São Paulo
Akemi Fuonke Ferreira	CRS - DRS IX - Marília
Alessandra Denize de Souza	CRH - SES/SP
Amélia Keiko Samoto	CRS - DRS VII - Campinas
Ana Beatriz Braga de Carvalho	CRH - SES/SP
Andréa de Cássia Rodrigues da Silva	CCD - Instituto Pasteur - SES/SP
Angela Maria Calcini Vitonto	CRS - DRS XIII - Ribeirão Preto
Angélica Marcos Basso Mimoto	CRS - DRS V - Barretos
Anísio Diego de Sousa Dourado	Secretaria Executiva - CES/SP
Anna Volochko	CPS - SES/SP
Antonio Carlos Paes Machado	CRH - SES/SP
Antonio Jorge Martins	CSS - HGVNC "Dr. Álvaro Simões de Souza"
Antonio Martins de Oliveira	CRS - DRS III - Araraquara
Arnaldo Sala	CRS - SES/SP
Belfari Garcia Guiral	Secretaria Executiva - CES/SP
Carmela Maggiuzzo Grindler	CPS - SES/SP
Carmem Aparecida de Freitas Oliveira	CCD - Instituto Adolfo Lutz - SES/SP
Carolina Lopes Zanatta	CPS - SES/SP
Cássia Marinho Tubone	Secretaria Executiva - CES/SP
Cícero Leite de Oliveira	CCD - SES/SP
Claudia de Souza Queiroz Melchior	CGA - SES/SP
Claudia Marina Fló	CRS - SES/SP
Claudia Monteiro Ferrazzi Ferreira	CRS - DRS XV - São José do Rio Preto
Claudia Walleska Ronaib Silva	CCD - SES/SP
Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda	CCD - SES/SP
Cristiane Maria Tranquillini Rezende	CCD - SES/SP
Cristina Ferreira Santos Petrucci	CRS - DRS IV - Baixada Santista
Cristina Maria Poli	CRS - DRS I - Grande São Paulo
Cristina Rossi de Almeida Alonso	CRH - SES/SP
Dalva Regina Massuia	CPS - SES/SP
Danila Rondinelli Cossi Pinezi	CRS - DRS XIV - São João da Boa Vista
Dante Langhi	Gabinete - SES/SP
Denise da Cunha Araujo	CGCSS - SES/SP
Doroti da Conceição Vieira Alves Ferreira	CRS - DRS VI - Bauru
Edna I. F. Benguelle	CRS - DRS XII - Registro
Eduardo Jorge Martins Sobrinho	CRS - SES/SP
Eliana de Fátima Paulo	CCD - SES/SP
Eliana Satiko Shiine Gravinez	CCTIES - SES/SP
Eliana Takahashi	CPS - SES/SP
Elisa Azevedo	CCD - SES/SP
Elisabeth Christina Nunes Tenório	CCTIES - Instituto Butantan - SES/SP
Eliseu Diniz	CCD - SES/SP
Erica Aparecida Setten Pedronetti	CRS - DRS X - Piracicaba

Érika Domenica Nascimento dos Santos	NTH - SES/SP
Fátima Palmeira Bombarda	UCP - SES/SP
Geni Lopes Fernandes	CRS - DRS XII - Registro
Glalco Cyriaco	CSS - SES/SP
Helena Barbosa	CCD - SES/SP
Helena Caruso Torres	CRS - SES/SP
Irma Terezinha Rodrigues Neves Ferreira	CCD - SUCEN - SES/SP
Janilton de Sousa Santana	Grupo de Informática - SES/SP
Jaqueline de Pascali	CRS - DRS I - Grande São Paulo
Jean Carlos de Oliveira Dantas	CCD - SES/SP
Jorge Alberto Lopes Fernandes	CGA - SES/SP
Jorge Avelino Bento	CCD - SES/SP
José Dinio Vaz Mendes	CPS - SES/SP
Jovana Thomas Constantinidon Mascarenhas	CPS - SES/SP
Juliana de Souza Ferreira	CRH - SES/SP
Karin Cristiane Catapani de Aguiar	CPS - SES/SP
Lan Hee Suh	CCD - Instituto Adolfo Lutz - SES/SP
Lúgia Maria Carvalho de A. Soares	CPS - SES/SP
Luciana Hardt Gomes	CCD - Instituto Pasteur - SES/SP
Luís Carlos de Paula e Silva	CRS - DRS IX - Marília
Márcia Bevilacqua	CRS - DRS VII - Campinas
Marcio Biczuk	Gabinete - SES/SP
Marco Aurélio D. Maida	Grupo de Informática - SES/SP
Marcos Barreto da Costa	CRS - DRS XVII - Taubaté
Maria Alice da Nobrega Barboza	CRS - SES/SP
Maria Angélica Abeid Furio Crivellaro	CRS - DRS VI - Bauru
Maria Aparecida Novaes	CRH - SES/SP
Maria Aparecida Ribeiro Singer	CRS - SES/SP
Maria Clara Gianna	CCD - CRT - DST/AIDS - SES/SP
Maria Clélia Bauer	CRS - DRS X - Piracicaba
Maria Fernanda de Montezuma Tricoli	CPS - SES/SP
Maria José Martins de Souza	CCTIES - FURP - SES/SP
Maria Luiza Rebouças Stucchi	CPS - SES/SP
Marinilda Bartorills Janoian	CPS - SES/SP
Marisa Ferreira da Silva Lima	CRS - SES/SP
Marizete Peixoto Medeiros	CPS - SES/SP
Marta Campagnoni Andrade	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Marta Moraes Ramos	CRS - DRS XIII - Ribeirão Preto
Matilde da Costa	CGA - SES/SP
Maura Cir de Souza	CRS - DRS XI - Presidente Prudente
Monica Aparecida Marcondes Cecílio	CPS - SES/SP
Naide Aparecida de Oliveira	CPS - SES/SP
Nayara Begalli Scalco Vieira	CRS - SES/SP
Neide Miyako Hasegawa	CRS - DRS I - Grande São Paulo
Neil Boaretti	CRS - SES/SP
Nelson Yatsuda	CRS - SES/SP
Nilson Rezende Lara	CRS - DRS XII - Registro

Nivaldo Carneiro Junior	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Patrícia Novoa	CCTIES - SES/SP
Paula Covas Borges Calipo	CRS - DRS IV - Baixada Santista
Paulo Leite Cambauva Júnior	CRS - DRS II - Araçatuba
Paulo Ribeiro de Calais Jesus	CPS - SES/SP
Rafael Bernardon Ribeiro	Gabinete - SES/SP
Renata Cunha Zamberlan	CRS - DRS I - Grande São Paulo
Renata Pinheiro de Almeida	CPS - SES/SP
Renato Espírito Santo Dias Tatit	CGOF - SES/SP
Ricardo Braga	CCTIES - Instituto Butantan - SES/SP
Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz	CCD - SES/SP
Ricardo Tardelli	UCP - SES/SP
Roberta Ricardes Pires	CRS - SES/SP
Rosana Marques Ferro Cruz	CPS - SES/SP
Rosângela Elias	Saúde Mental - SES/SP
Rosângela Sartori	CCD - SES/SP
Roseli Casado Mota	CPS - SES/SP
Rossana Flávia R. Silverio dos Santos	CRS - DRS XV - São José do Rio Preto
Roxane Alencar Coutinho	Saúde Mental - SES/SP
Sandra Regina Sestokas Zorzeto	CSS - SES/SP
Silvany Lemes Cruvinel Portas	CPS - SES/SP
Sílvia Alice Ferreira	CCD - SES/SP
Sílvia Maria Ferreira Abrahão	CRS - DRS XVI - Sorocaba
Sílvia Naghirniac Carvalho	CGA - SES/SP
Sílvia Rossi Cabral Milanello	CPS - SES/SP
Sílvio César Santos Órfão	CRS - DRS II - Araçatuba
Simone Alves dos Santos	CCD - SES/SP
Sonia Maria Alves de Assis	CRS - SES/SP
Stela Félix Machado Guillin Pedreira	Gabinete - SES/SP
Sueli Yasumaro Diaz	CCD - SUCEN - SES/SP
Suely Vallim	CRS - SES/SP
Susana Lambert de Brito Silva	Hemorrede - SES/SP
Sylmara Berger Del Zotto	CSS - SES/SP
Telma Aparecida Ferreira da Silva	CGOF - SES/SP
Telma Regina Attizani	CPS - SES/SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa	Instituto de Saúde - SES/SP
Thais Sune Christiano Pipollo	CPS - SES/SP
Vanderlei Camargo Freitas	NTH - SES/SP
Vera Cristina Cardoso Dalam	CRH - CEFOR - SES/SP
Vera Lucia da Glória Malheiro	CCD - SES/SP
Vera Lucia Rodrigues Lopes Osiano	CPS - SES/SP
Virgínia Garcia Leme	CRS - DRS I - Grande São Paulo
Vivian Silva de Oliveira	CPS - SES/SP
Wilson Pereira de Souza	CRS - SES/SP





ÍNDICE

13 APRESENTAÇÃO

15 INTRODUÇÃO

18 I - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS
E SOCIOECONÔMICOS

26 II - PERFIL DA MORBIMORTALIDADE
NO ESTADO DE SÃO PAULO

28 2.1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DA
MORTALIDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO

59 2.2 - MORBIDADE HOSPITALAR NO SUS/SP

68 2.3 - DOENÇAS ENDÊMICAS E EPIDÊMICAS E
OUTROS FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE

104 2.4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

106 2.5 - SAÚDE AMBIENTAL

109 2.6 - VIGILÂNCIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS DE
SAÚDE E SERVIÇOS DE INTERESSE A SAÚDE

114 2.7 - PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

116 III - CARACTERIZAÇÃO DO SUS/SP

118 3.1 - DIVISÃO REGIONAL
DE SAÚDE DO ESTADO

121 3.2 - SAÚDE SUPLEMENTAR

124 3.3 - CAPACIDADE INSTALADA NO SUS/SP





146

EIXO I - QUALIFICAÇÃO DO ACESSO
E DA ATENÇÃO À SAÚDE

156

EIXO II - DESENVOLVIMENTO DE
PROGRAMAS E AÇÕES PARA SEGMENTOS
ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

170

EIXO III - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

186

EIXO IV - FORTALECIMENTO DA GESTÃO
DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO

194

EIXO V - FORTALECIMENTO DA
PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO
CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS

198

EIXO VI - CAPACITAÇÃO DE PESSOAS

204

EIXO VII - CIÊNCIA, TECNOLOGIA
E INOVAÇÕES EM SAÚDE

210

EIXO VIII - INTEGRAR A SES/
SP NA POLÍTICA ESTADUAL DE
MUDANÇAS CLIMÁTICAS - PEMC

216

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

220

ANEXOS



APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Com 27 anos de existência, o Sistema Único de Saúde - SUS enfrenta, atualmente, grandes desafios na busca da concretização de suas premissas: por um lado, a insuficiência no financiamento das ações e dos serviços de saúde, agravada pelo envelhecimento da população (transição demográfica), pelo gradual crescimento de doenças crônico-degenerativas (transição epidemiológica), pela incorporação tecnológica e constante encarecimento dos serviços de saúde e por outro, a ampliação das exigências dos cidadãos, pela quantidade, presteza e qualidade dos serviços prestados pelo Sistema.

No cenário de grave crise econômica do país, além das justas reivindicações do setor saúde pela ampliação do financiamento, o SUS precisa avançar no planejamento e na organização do sistema, superar a fragmentação da atenção, integrar e otimizar recursos, evitar desperdícios, melhorar a eficiência dos serviços e a qualidade de suas ações.

O Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019 é um dos principais instrumentos para aperfeiçoar a atuação da Secretaria de Estado da Saúde - SES e, a partir da avaliação de planos anteriores, das informações e diagnóstico atual da situação de saúde, pretende destacar os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria e sustentabilidade do SUS/SP, buscando sempre, a equidade entre as regiões e a qualidade de vida e de saúde da população do estado de São Paulo.

Os técnicos e demais funcionários do nível central e regional da SES, os gestores municipais de saúde e os segmentos da sociedade civil, representados no Conselho Estadual de Saúde, devem ser parabenizados pela inestimável colaboração na realização desta enorme tarefa.

Sabemos que o caminho que ainda temos que trilhar para atingir os objetivos maiores do SUS revela-se difícil e complexo e, convidamos a todos, para que participem da concretização das tarefas propostas neste Plano, bem como para sua contínua revisão e aperfeiçoamento, permitindo que o SUS/SP atenda cada vez mais às expectativas de todos os cidadãos.

São Paulo, dezembro de 2015.

David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde de São Paulo



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Planejamento de saúde: conceitos, características e instrumentos.

De uma forma geral planejamento pode ser compreendido como o ato de projetar um trabalho, serviço ou empreendimento. É um processo racional e lógico, que busca construir caminhos que possam tornar possíveis a realização de determinadas atividades e ações. O planejamento é realizado com vistas à solução de problemas e necessidades de ordem individual e coletiva existentes em nossa realidade.

No âmbito da saúde, o interesse pelo planejamento tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida a partir da segunda metade do século passado, como consequência do grande desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na área neste período. As transformações decorrentes da prestação de serviços e mudanças ocorridas nas condições de vida e saúde da população também foram fatores que impulsionaram a necessidade da incorporação do planejamento.

Na América Latina e no Brasil, o processo de introdução do planejamento na área da saúde se deu de forma mais acentuada a partir da década de 1960, sofrendo marcante influência de autores como Carlos Matus e Mario Testa.

Mario Testa formulou o diagnóstico situacional, o postulado de coerência e de poder. Carlos Matus por sua vez, definiu quatro momentos para o planejamento de saúde: o explicativo que refere-se a seleção de problemas e suas causas, o normativo que caracteriza-se pela elaboração das ações a serem desenvolvidas, o estratégico quando são identificados complicadores e facilitadores que interferem no momento normativo e o tático-operacional que se transforma na ação concreta para proporcionar a mudança da realidade para melhorá-la.

No Brasil, apesar de já terem existido experiências de inclusão do tema saúde em planos de ação do governo federal, não havia uma prática sistemática e organizada de planejamento no setor de saúde, ou um campo de conhecimento específico nesta área.

Na década de 1980 o Movimento de Reforma Sanitária passou a se aproximar das ideias desses autores e com a criação do Sistema Único de Saúde, os métodos de planejamento foram incorporados às legislações de saúde e gradativamente aprimorados, tornando-se importantes ferramentas para mudanças na realidade de saúde da população.

Em 2006 passa a ser implantado o PlanejaSUS, que surge por iniciativa do Ministério da Saúde juntamente com gestores e técnicos de planejamento de governos estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar/organizar o processo de planejamento no âmbito do SUS e de garantir resolutividade e qualidade na gestão das ações e serviços prestados.

Dentre as características principais do PlanejaSUS temos: objetivos claramente definidos a respeito das responsabilidades de cada esfera de gestão (federal, estadual e municipal); nenhuma forma de subordinação entre as três esferas de governo; organização e operacionalização baseadas em processos que permitam seu funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS; processos resultantes de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada um; proximidade dos níveis de decisão do SUS, buscando permanente pactuação das bases de funcionamento do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS.

O PlanejaSUS utiliza-se de instrumentos que lhe dão concretude. São eles: o Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Quadrimestrais e Anuais de Gestão (RQG) e (RAG). Esses instrumentos compõem os produtos básicos a serem promovidos inicialmente pelo PlanejaSUS.

O Plano Estadual de Saúde que será aqui apresentado é um instrumento de planejamento contemplado no PlanejaSUS e concretiza desta forma uma das fases do planejamento de saúde no nível estadual.

O Plano Estadual de Saúde tem o objetivo de apresentar as intenções e os resultados a serem buscados pela gestão de saúde no período de quatro anos expressos em objetivos, diretrizes e metas. A elaboração do presente Plano Estadual de Saúde foi constituída por esses dois momentos e será descrita de forma detalhada a seguir.

Desenvolvimento do Plano Estadual de Saúde 2016-2019

O processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) de 2016-2019 iniciou-se em dezembro de 2014 com a organização de um grupo de trabalho composto por representantes das áreas técnicas de todas as Coordenadorias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

Inicialmente foi elaborado e apresentado ao grupo de trabalho o diagnóstico da situação de saúde do estado de São Paulo com o intuito de subsidiar a definição dos eixos, diretrizes e objetivos para o próximo quadriênio.

Posteriormente foi elaborada, pelo grupo de trabalho, uma versão preliminar do PES 2016-2019, que foi apresentada ao Conselho Estadual de Saúde (CES) em 2 oficinas realizadas em agosto e setembro de 2015. O objetivo das oficinas foi o de compatibilizar as propostas oriundas da 7ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo aos eixos, diretrizes e objetivos do novo PES. Os encontros propiciaram uma ampla interação entre técnicos de todas as Coordenadorias da SES/SP e dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) com os Conselheiros de Saúde.

Em dezembro de 2015, o PES 2016-2019 foi apreciado e aprovado pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo e será o principal subsídio para a elaboração de ações pela SES/SP no próximo quadriênio.

Estrutura do Plano Estadual de Saúde 2016-2019

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 contém 8 eixos estratégicos que expressam as prioridades do governo e que orientarão a formulação de políticas para os próximos 4 anos.

EIXO I	Qualificação do Acesso e da Atenção à Saúde.
EIXO II	Desenvolvimento de Programas e Ações para Segmentos Específicos da População.
EIXO III	Vigilância em Saúde.
EIXO IV	Fortalecimento da Gestão do SUS no Estado de São Paulo.
EIXO V	Fortalecimento da Participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS.
EIXO VI	Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas.
EIXO VII	Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde.
EIXO VIII	Integração da SES/SP na Política Estadual de Mudanças Climáticas / PEMC

Os eixos do PES se desdobram em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. As diretrizes estabelecem as linhas das ações que serão seguidas. Os objetivos expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. As metas expressam um compromisso para que os objetivos sejam alcançados e quantificam os objetivos. Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas, consistindo em ferramenta essencial para o processo de monitoramento e avaliação do PES.



I - Aspectos Demográficos e Socioeconômicos



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 42,6 milhões de habitantes (estimativa SEADE/2014) o que representa 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 socioeconômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território.

Segundo a Fundação SEADE, o crescimento populacional de São Paulo na última década foi o menor desde 1950, fruto de uma acentuada queda da fecundidade, combinada à redução do ritmo migratório, e por estes motivos a taxa de crescimento na primeira década do século XXI (de 1,09% ao ano) foi um pouco inferior àquela registrada pelo total da população brasileira (1,17%), que deve ficar em 1,6% no primeiro quinquênio do Século XXI. Além disso,

o componente migratório do crescimento paulista se reduziu fortemente, passando de 42% na década de 70 para 11% na primeira década do século XXI¹.

A **Taxa de Fecundidade Total** (o número médio de filhos de uma mulher ao final do seu período fértil) no estado de São Paulo manteve sua queda nos últimos anos, passando de 1,78 em 2009 para 1,63 em 2013² (no Brasil passou de 1,94 para 1,77 no mesmo período), valores muito inferiores aos encontrados duas décadas atrás (Brasil – 2,73 e São Paulo - 2,22 em 1991³).

A **Taxa Bruta de Natalidade** (número de nascidos vivos por mil habitantes) também apresentou queda no estado, passando de 19,99 em 1991 para 14,68 em 2011².

Verifica-se 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 77,2 anos em 2013 (**Tabela 1**), com diferença de cerca de sete anos entre os sexos neste último ano, que em grande parte ocorre pela mortalidade maior do sexo masculino em faixas etárias mais jovens, principalmente relacionada com as mortes violentas e acidentes, como pode 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, 2010 e 2013.

Anos	Brasil			Estado de São Paulo		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
1991	63,2	70,9	66,9	65,1	74,2	69,5
2000	66,0	73,9	69,8	67,0	76,1	71,4
2010	70,2	77,6	73,9	72,6	79,6	76,1
2013	71,3	78,6	74,9	73,9	80,4	77,2

Fonte: IBGE/MS/IDB 20123 e IBGE 2013.

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).

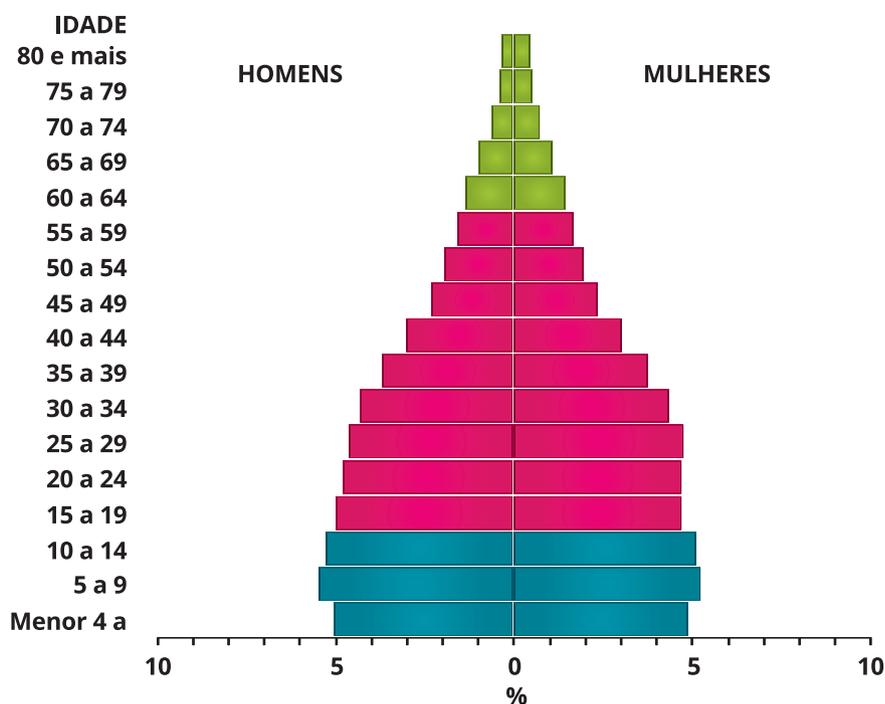
Esta redução proporcional das faixas etárias mais jovens na pirâmide populacional do estado, também ocorreu, com intensidade variável, nas regiões dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, conforme apontado em trabalho que compara inúmeros dados demográficos e de saúde no estado, nos anos de 1998 a 2008⁴.

No estado, em 1991, o grupo de crianças e adolescentes até 19 anos representava 40,1%, no ano de 2010 representava 29,5% e em 2014, 28,3%. Por outro lado, o grupo de mais

de 60 anos, que representava 7,7% em 1999, passou a ser 11,6% em 2010 e 12,5% em 2014. Em estudo referente ao ano de 2010, já se observava que oito regiões dos DRS da SES/SP registravam percentual de idosos superior a 13%⁵.

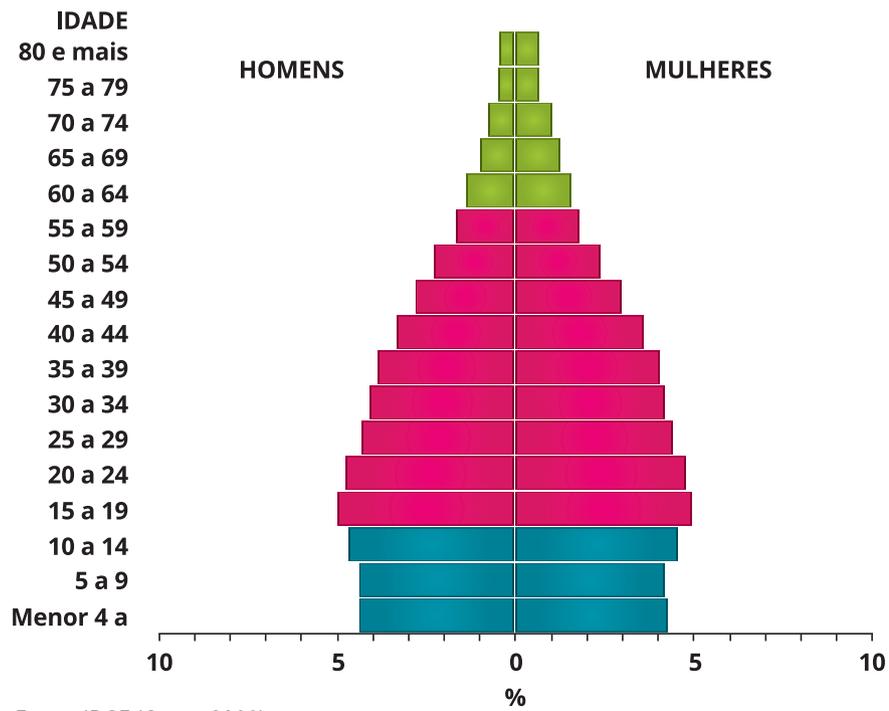
O envelhecimento da população traz óbvias consequências para o setor saúde, como a modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas, atendimento geriátrico e saúde mental), cujo tratamento envolve medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos. Além disso, estudos comprovam que as taxas de internação, as médias de permanência e os valores das internações são bem superiores no grupo de idosos com mais de 60 anos. De fato, segundo dados levantados em 2010, nesta faixa etária as internações no SUS/SP são mais que o dobro da população geral; os valores médios das internações são 30% maiores e as médias de permanência 20% maiores⁵.

Figura 1 - Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 1991.



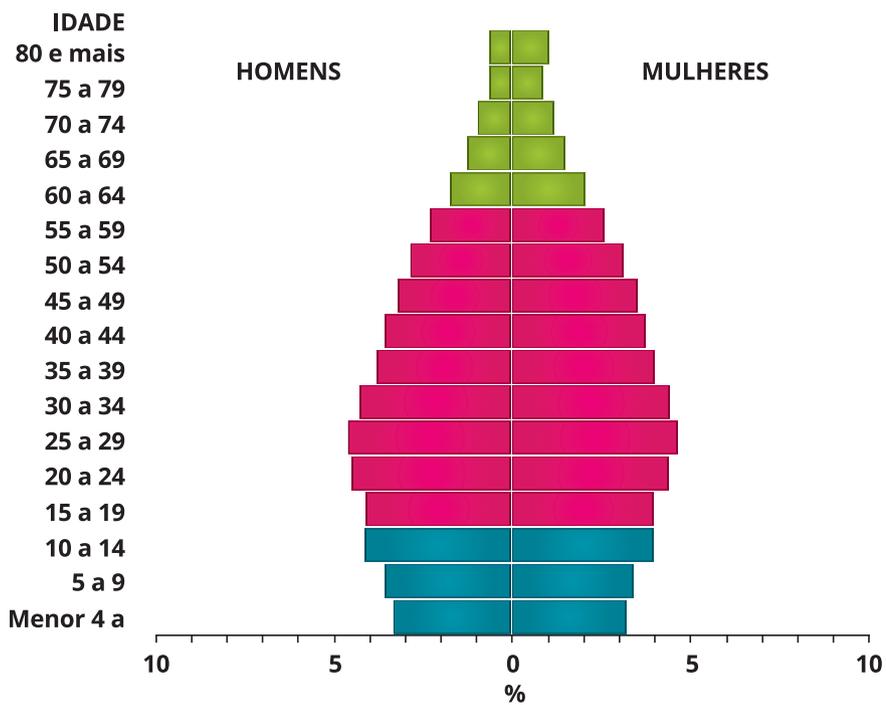
Fonte: IBGE (Censo 1991).

Figura 2 - Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2000.



Fonte: IBGE (Censo 2000).

Figura 3 - Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2010.



Fonte: IBGE (Censo 2010).

No estado de São Paulo, o Índice de Envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos) atinge 64% em 2014, 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 no **Quadro 1** que 96% da população do estado já habita em situação urbana, que quase 100% da população é atendida pela coleta de lixo e por abastecimento de água tratada e 95% pela coleta de esgotamento sanitário. A Taxa de Analfabetismo é baixa e está caindo, passando de 4,75 em 2009 para 3,71 em 2013.

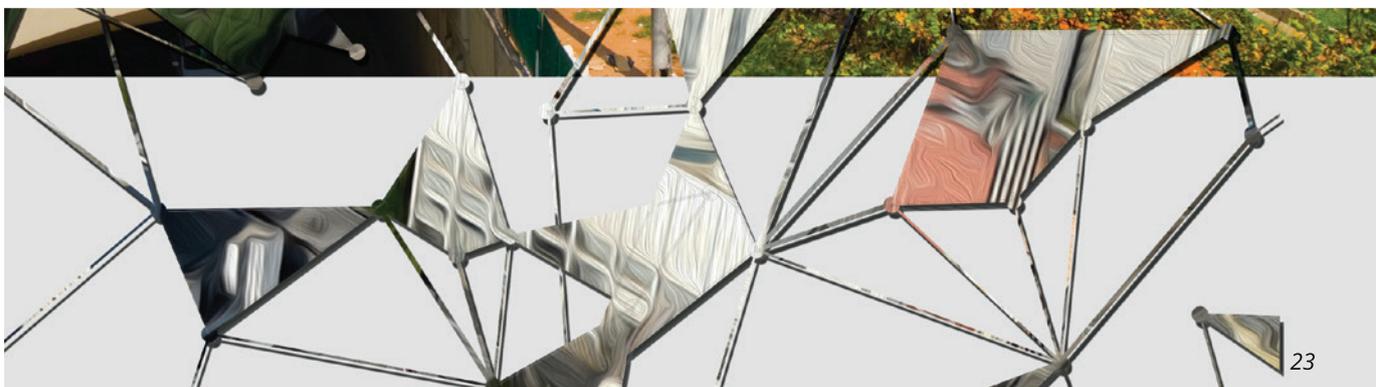
As médias dos indicadores sintéticos calculados pela Fundação SEADE para o estado de São Paulo para o **Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS**, nas dimensões riqueza, longevidade e escolaridade, atingem valores que são classificados na categoria alta para cada uma das três dimensões.

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 (278 com menos de 10 mil habitantes), sendo que a maior parte da população (76%) 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 consequências 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.

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 (297 ou 46%) possui baixo desenvolvimento econômico segundo a classificação do IPRS, de 2010 (versão 2012). Embora o número de municípios nestas categorias seja relativamente alto, a população que neles vive é proporcionalmente menor (15,1%) (**Tabela 3**).

Em algumas regiões é alto o percentual de municípios mais pobres (87% na região de Registro, 70% em São João da Boa Vista e 69% na região de Presidente Prudente), indicando as desigualdades regionais que persistem no estado, apesar de seu desenvolvimento econômico.



Quadro 1 - Perfil Geral do Estado.

Dados populacionais	Ano	Estado
População residente (estimativa SEADE)	2014	42.673.386
Área (em Km ²)	2014	248.222,36
Densidade demográfica (hab/Km ²)	2014	171,92
Urbanização (%)	2014	96,21
População com menos de 15 anos (%)	2014	19,99
População com 60 anos e mais (%)	2014	12,85
Índice de envelhecimento (%)	2014	64,32

Habitação e infraestrutura urbana	Ano	Estado
Nível de atendimento de abastecimento de água (%)	2013	98,76
Nível de atendimento de esgoto sanitário (%)	2013	94,87
Nível de atendimento de coleta de lixo (%)	2013	99,89

Educação	Ano	Estado
Taxa de analfabetismo população de 15 anos e mais	2013	3,71
Média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos	2013	9,46
População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo (%)	2013	33,92
População de 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2013	69,62

Economia	Ano	Estado
PIB (em milhões de reais correntes)	2012	1.408.903,87
PIB per Capita (em reais de correntes)	2012	33.593,32

Condições de Vida	Ano	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	2010	45
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	2010	69
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade	2010	48
Renda Domiciliar per Capita Média (Em reais de setembro de 2009)	2013	1.423
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2013	3,56
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2013	11,42

Fonte: Fundação SEADE.

Tabela 2 - Municípios do Estado de São Paulo segundo faixas populacionais – 2012.

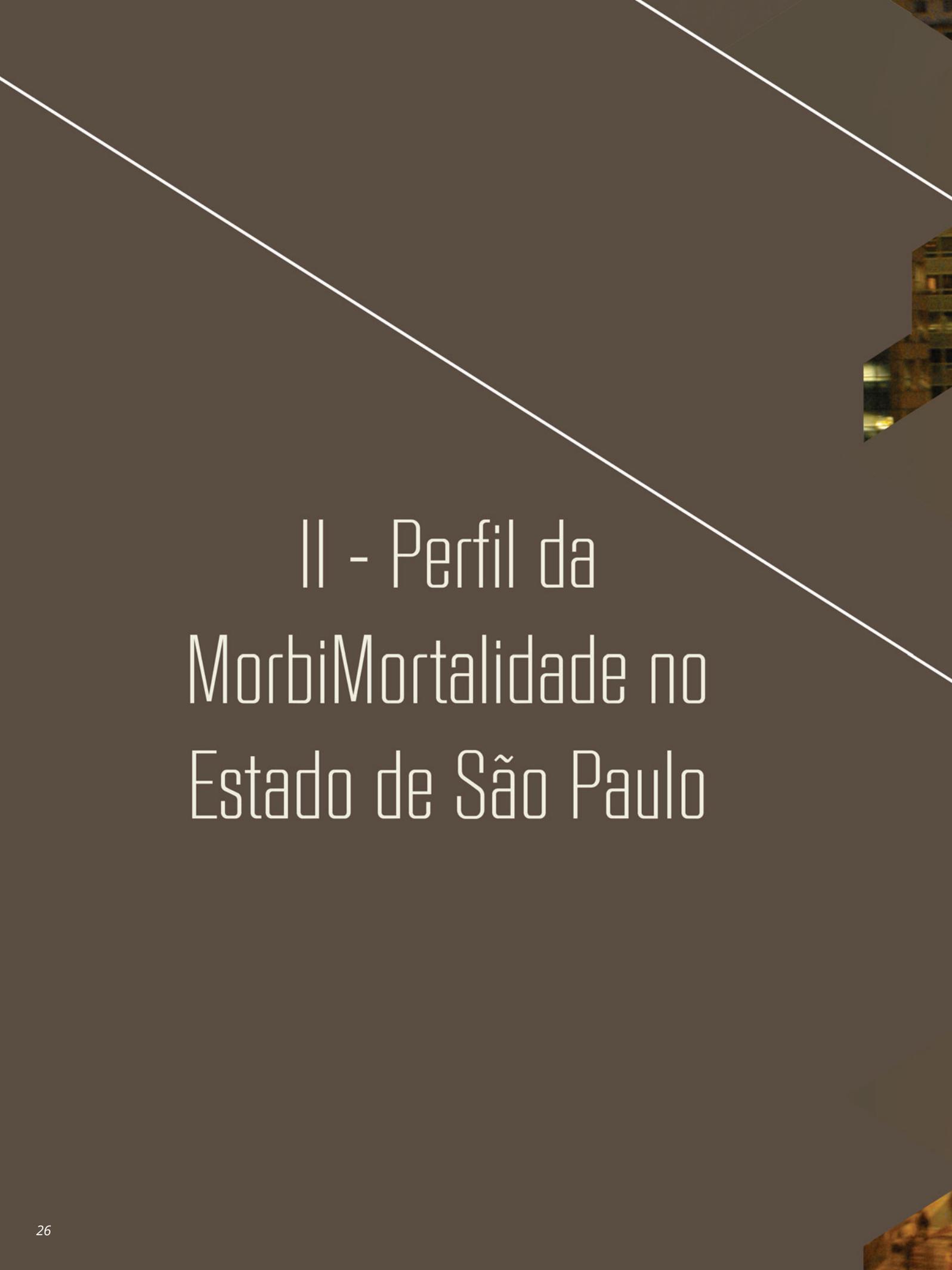
Faixa da população	Nº de Municípios	% de Municípios	População Total	% Pop.
< 10 mil	278	43,1	1.380.447	3,3
10 - 49 mil	240	37,2	5.612.787	13,6
50 - 99 mil	52	8,1	3.610.039	8,8
> 100 mil	75	11,6	31.297.946	75,9
Total	645	100,0	41.252.160	100,0

Fonte: IBGE/DATASUS/MS.

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

DRS/Reg Saúde	Total de Municípios	População Censo 2010	Nº de municípios com IPRS 4 e 5	População dos municípios com IPRS 4 e 5 *	% de municípios com IPRS 4 e 5	% de população dos municípios com IPRS 4 e 5
3501 Grande São Paulo	39	19.683.975	15	1.592.554	38,5	8,1
3502 Aracatuba	40	719.323	19	149.628	47,5	20,8
3503 Araraquara	24	920.257	10	187.670	41,7	20,4
3504 Baixada Santista	9	1.664.136	4	525.568	44,4	31,6
3505 Barretos	18	409.267	5	48.382	27,8	11,8
3506 Bauru	68	1.624.623	39	507.465	57,4	31,2
3507 Campinas	42	4.031.910	7	111.785	16,7	2,8
3508 Franca	22	649.807	5	96.807	22,7	14,9
3509 Marília	62	1.068.408	35	315.561	56,5	29,5
3510 Piracicaba	26	1.412.584	7	171.972	26,9	12,2
3511 Presidente Prudente	45	722.192	31	407.553	68,9	56,4
3512 Registro	15	273.566	13	235.700	86,7	86,2
3513 Ribeirão Preto	26	1.327.989	10	249.087	38,5	18,8
3514 S. João Boa Vista	20	773.781	14	396.524	70,0	51,2
3515 S. José do Rio Preto	102	1.472.771	28	193.773	27,5	13,2
3516 Sorocaba	48	2.243.016	27	494.468	56,3	22,0
3517 Taubaté	39	2.264.594	28	544.838	71,8	24,1
Total	645	41.262.199	297	6.229.335	46,0	15,1

Fonte: IBGE e Fundação SEADE. Nota (*): Grupo 4 - Baixo Desenvolvimento econômico e em transição social e Grupo 5 - Baixo desenvolvimento.



II - Perfil da Morbimortalidade no Estado de São Paulo



2.1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DA MORTALIDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO

O **coeficiente de mortalidade geral bruto** no estado (óbitos/mil hab.) é de 6,5 em 2013, um pouco maior que o nacional que é de 6,0 em 2012⁶, refletindo o envelhecimento da população paulista.

O perfil das causas de morte no estado de São Paulo reflete a transição epidemiológica e demográfica (envelhecimento) já citados, com a redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias e a maior proporção de doenças crônico-degenerativas e neoplasias, embora também se salientem como causa de morte, as causas externas (violências e acidentes).

No período de 2010 a 2013 pode-se observar que as principais causas de mortalidade, segundo os capítulos da CID 10, mantiveram suas posições de forma muito semelhante neste quadriênio, com as doenças do aparelho circulatório mantendo-se como a primeira causa de mortalidade entre os paulistas, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho respiratório e das causas externas (**Tabela 4**).

Os coeficientes de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) dos principais capítulos da CID – 10 se modificaram pouco no quadriênio apontado, com ligeiro aumento das neoplasias e das doenças do aparelho respiratório e queda das causas externas.

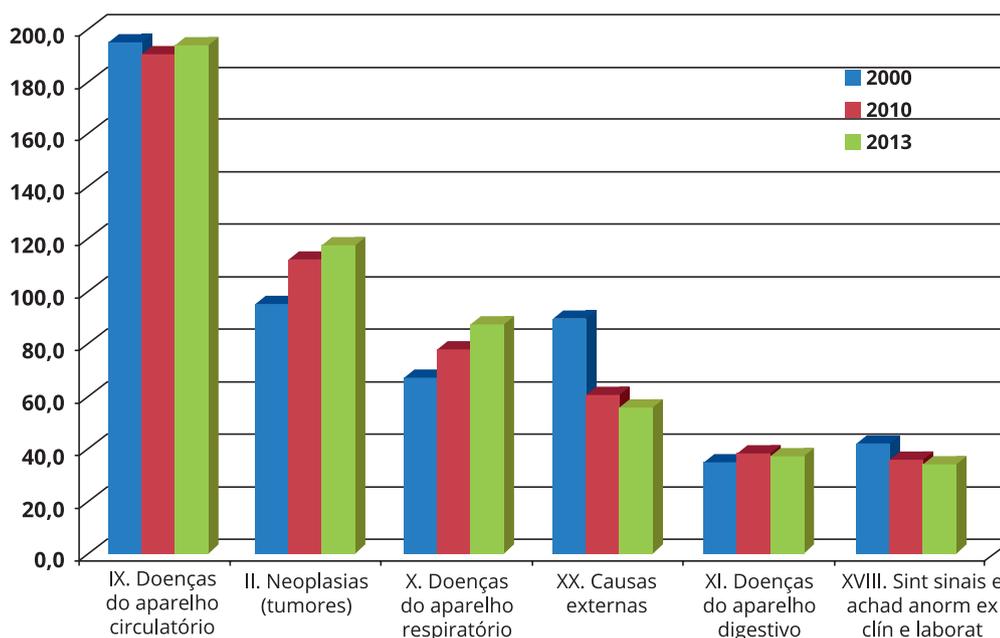
Tabela 4 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por capítulo da CID-10 no Estado de São Paulo – 2010 a 2013.

Causa(Cap CID10)	2010			2011			2012			2013		
	Óbitos	%	Coef									
IX. Doenças do aparelho circulatório	78.771	29,9	190,9	81.022	30,1	194,8	80.185	29,6	191,4	81.959	29,6	193,7
II. Neoplasias (tumores)	46.403	17,6	112,5	47.217	17,5	113,5	48.844	18,1	116,6	49.925	18,0	118,0
X. Doenças do aparelho respiratório	32.264	12,2	78,2	34.607	12,8	83,2	34.415	12,7	82,1	37.161	13,4	87,8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	25.089	9,5	60,8	23.896	8,9	57,5	25.041	9,3	59,8	23.805	8,6	56,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	15.846	6,0	38,4	15.441	5,7	37,1	15.479	5,7	36,9	15.809	5,7	37,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	14.887	5,6	36,1	15.872	5,9	38,2	15.127	5,6	36,1	14.563	5,3	34,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12.252	4,6	29,7	13.499	5,0	32,5	13.068	4,8	31,2	13.416	4,8	31,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11.161	4,2	27,0	10.390	3,9	25,0	10.222	3,8	24,4	10.324	3,7	24,4
VI. Doenças do sistema nervoso	7.124	2,7	17,3	7.598	2,8	18,3	7.904	2,9	18,9	8.290	3,0	19,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7.626	2,9	18,5	7.259	2,7	17,5	7.776	2,9	18,6	8.178	3,0	19,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.111	1,6	10,0	4.154	1,5	10,0	4.221	1,6	10,1	4.088	1,5	9,7
Todas as demais	7.983	3,0	19,3	8.448	3,1	20,3	8.208	3,0	19,6	9.534	3,4	22,5
Total	263.517	100,0	638,6	269.403	100,0	647,8	270.490	100,0	645,5	277.052	100,0	654,9

Fonte: SIM/SES. Pop. IBGE e FSEADE (2013).

No **Gráfico 1**, pode-se observar a evolução dos coeficientes brutos entre 2000 e 2013 para as principais causas: fica mais clara a relativa estabilidade nos coeficientes do aparelho circulatório e a ampliação dos coeficientes de neoplasias e aparelho respiratório, bem como uma queda acentuada das causas externas que passaram de 90,5 em 2000 para 56,3 em 2013. As causas mal definidas mantêm-se com valores abaixo de 6% do total de óbitos. O aumento verificado nos coeficientes brutos entre 2000 e 2013, em especial para as neoplasias, podem estar refletindo a mudança da estrutura etária da população neste período (envelhecimento proporcional).

Gráfico 1 - Coeficiente Bruto* de Mortalidade nos principais grupos da CID-10 - Estado de São Paulo - 2000, 2010 e 2013.



Fonte: 2000/Fundação SEADE e 2010/2013 SIM/SES/SP * (óbitos/100 mil hab.).

Em estudo que comparava a mortalidade por neoplasias nos biênios de 1999/2000 e 2009/2010 no estado de São Paulo, observou-se a redução da taxa de mortalidade padronizada por idade, confirmando a relevância do processo de envelhecimento da população nestes indicadores⁷.

De acordo com os dados brasileiros de mortalidade disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2011, os valores nacionais são ligeiramente diferentes dos paulistas, em especial porque o terceiro grupo é o de causas externas: as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de óbito (30,6%) seguidas das neoplasias (16,9%), das causas externas (13,4%), das doenças respiratórias (11,6%) e de causas mal definidas (6,7%) no Brasil³.

2.1.1 - Mortalidade por sexo, faixa etária e causas específicas no Estado de São Paulo em 2013

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 já assinalada desde o ano 2000, ainda representa 12,3% dos óbitos masculinos em 2013, contra apenas 4% dos óbitos femininos. Por outro lado, em 2013, as mulheres têm porcentagens ligeiramente maiores nas doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias (**Tabela 5 e Gráficos 2 e 3**).

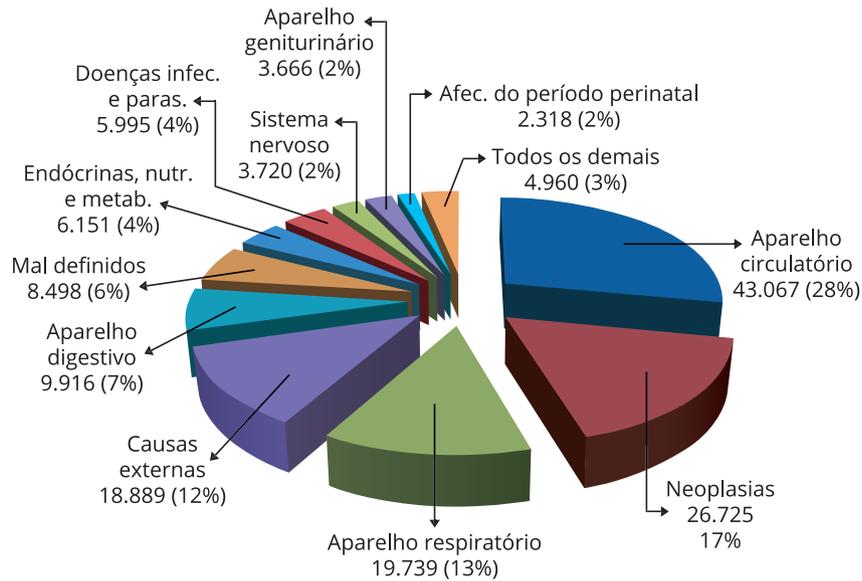
Tabela 5 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo – 2013.

Causa(Cap CID10)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
IX. Doenças do aparelho circulatório	43.067	28,0	209,2	38.888	31,5	179,1	81.959	29,6	193,7
II. Neoplasias (tumores)	26.725	17,4	129,8	23.199	18,8	106,8	49.925	18,0	118,0
X. Doenças do aparelho respiratório	19.739	12,8	95,9	17.421	14,1	80,2	37.161	13,4	87,8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18.889	12,3	91,8	4.894	4,0	22,5	23.805	8,6	56,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	9.916	6,5	48,2	5.891	4,8	27,1	15.809	5,7	37,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8.498	5,5	41,3	6.051	4,9	27,9	14.563	5,3	34,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6.151	4,0	29,9	7.265	5,9	33,5	13.416	4,8	31,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.995	3,9	29,1	4.328	3,5	19,9	10.324	3,7	24,4
VI. Doenças do sistema nervoso	3.720	2,4	18,1	4.570	3,7	21,0	8.290	3,0	19,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.666	2,4	17,8	4.511	3,7	20,8	8.178	3,0	19,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.318	1,5	11,3	1.769	1,4	8,1	4.088	1,5	9,7
Todos os demais	4.960	3,2	24,1	4.557	3,7	21,0	9.534	3,4	22,5
Total	153.644	100,0	746,3	123.344	100,0	567,9	277.052	100,0	654,9

Fonte: SIM/SES. Pop. FSEADE. Obs. Não considerados os óbitos com sexo ignorado.

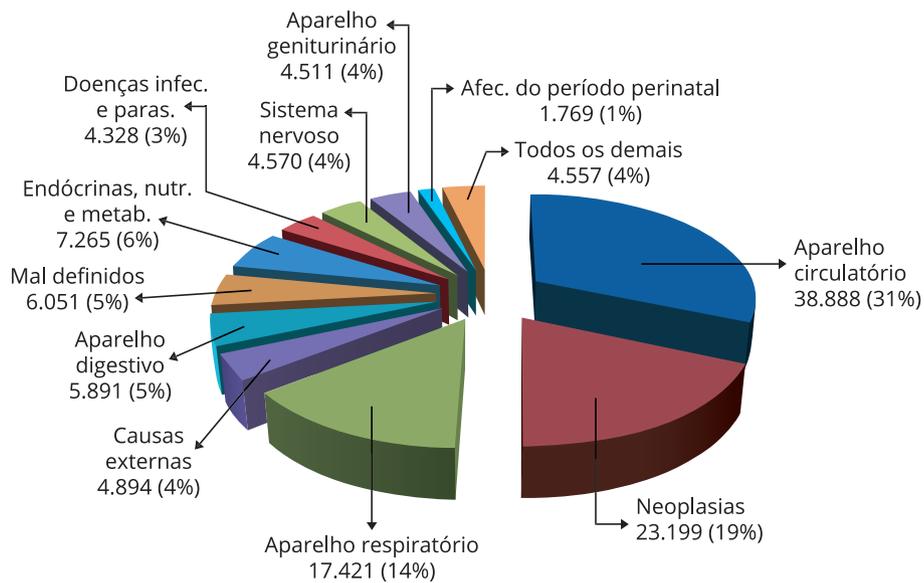
Saliente-se que o sexo feminino tem maior esperança de vida ao nascer, o que justifica a proporção ligeiramente superior de doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias, que incidem mais fortemente entre os mais idosos. Mesmo assim, quando se analisam os coeficientes de mortalidade por sexo, pode-se verificar que os coeficientes femininos são menores que os masculinos, para todos os principais grupos de doenças, com especial destaque para a diferença nas causas externas que é quatro vezes maior nos homens (91,8 para 22,5) e do aparelho digestivo, em que o coeficiente masculino é quase o dobro do feminino (48,2 a 27,1).

Gráfico 2 - Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo masculino no Estado de São Paulo - 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

Gráfico 3 - Os Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo feminino no Estado de São Paulo - 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

2.1.2 - Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares representam mais de 50% dos óbitos em ambos os sexos. Pode-se observar, contudo, que os coeficientes brutos de mortalidade masculinos são bem superiores aos femininos nas doenças isquêmicas do coração (81,7 a 54,7) e apenas ligeiramente maior nas doenças cerebrovasculares (56,9 a 55,8) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Circulatório e Sexo – Estado de São Paulo - 2013.

Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 068 Doenças isquêmicas do coração	16.812	39,0	81,7	11.872	30,5	54,7	28.686	35,0	67,8
... 068.1 Infarto agudo do miocárdio	12.676	29,4	61,6	8.614	22,2	39,7	21.292	26,0	50,3
. 067 Doenças hipertensivas	3.606	8,4	17,5	4.284	11,0	19,7	7.890	9,6	18,7
. 070 Doenças cerebrovasculares	10.925	25,4	53,1	10.604	27,3	48,8	21.529	26,3	50,9
Todas as demais	11.724	27,2	56,9	12.128	31,2	55,8	23.854	29,1	56,4
Total de doenças do ap. circulatório	43.067	100,0	209,2	38.888	100,0	179,1	81.959	100,0	193,7

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

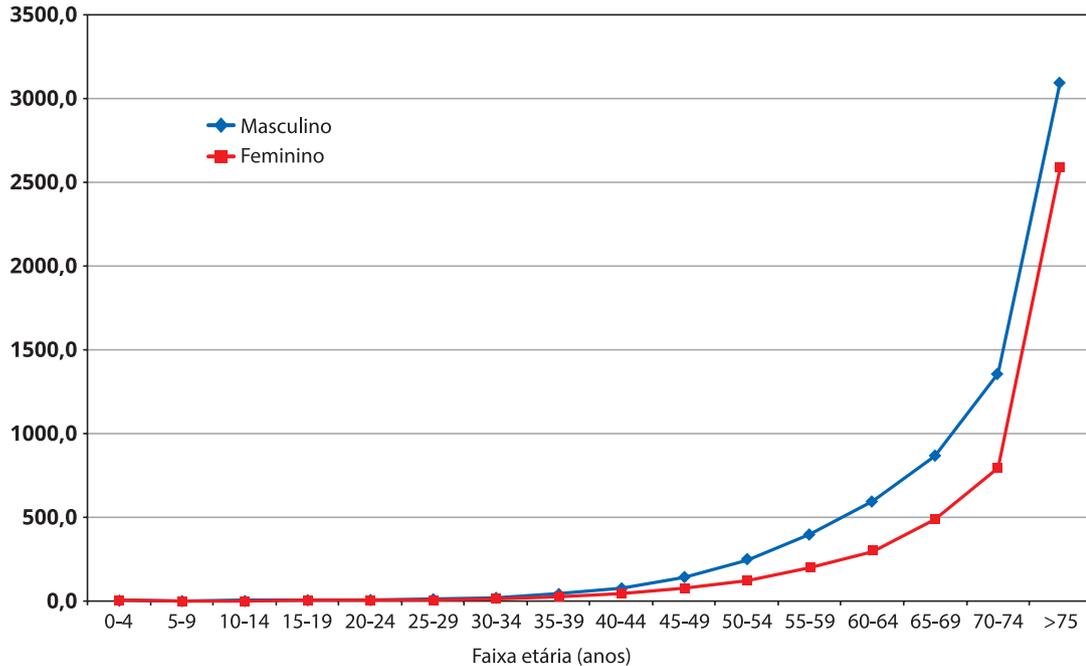
As doenças isquêmicas do coração, além de representarem 35% das doenças do aparelho circulatório, também são a primeira causa específica de mortalidade no estado de São Paulo totalizando 10,4% do total de óbitos do estado (conferir **Tabela 11**, com as 30 principais causas específicas de mortalidade).

Conforme estudo da SES/SP, o coeficiente bruto de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no estado de São Paulo manteve-se praticamente o mesmo de 2000 a 2012, sempre com predomínio do sexo masculino, com a Razão entre os coeficientes masculino/feminino, da ordem de 1,4 em todos os anos. O mesmo estudo mostra que, quando o coeficiente para doenças isquêmicas do coração é ajustado por idade, verifica-se sua redução entre 2000 e 2012, para o total e para ambos os sexos. Contudo a razão entre os sexos aumenta, passando de 1,82 no início da série histórica para 1,97 em 2012. Ocorre que neste período a queda do coeficiente padronizado de mortalidade feminino para doenças isquêmicas foi bem maior que no sexo masculino⁸.

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 44 anos, ampliando-se o diferencial nas faixas etárias mais elevadas (**Gráfico 4**).

Pode-se supor que as doenças circulatórias em geral e as doenças isquêmicas em particular, ocasionem mortalidade maior e mais precoce no sexo masculino que no feminino, tendo em vista que os homens buscam atendimento em serviços de saúde com menos frequência que as mulheres, comportamento que atrasa os diagnósticos de possíveis doenças, seu acompanhamento adequado e as medidas preventivas e terapêuticas necessárias.

Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por Doença do Ap. Circulatório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

2.1.3 - Mortalidade por neoplasias

Com relação às neoplasias verifica-se que apenas oito tipos de neoplasias são responsáveis por 56% 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 em 2013. Entre os homens o coeficiente bruto de câncer de pulmão é bem superior ao feminino (17,9 a 11,1). 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. Entretanto, estudo da SES/SP demonstrou que o coeficiente de mortalidade padronizado de câncer de pulmão no estado está diminuindo nos homens entre os biênios de 1999/2000 e 2009/2010 e aumentando entre as mulheres no mesmo período⁷, provavelmente um efeito da ampliação do tabagismo entre as mulheres em décadas anteriores.

Entre as mulheres no estado de São Paulo, o câncer de mama é o mais frequente, seguido do câncer de cólon e o de pulmão ocupa a terceira posição. Este quadro já era apontado no decênio de 87/98⁹, com crescimento nos coeficientes destes 3 tipos de câncer e redução do câncer de colo de útero, doença evitável, por meio da realização do exame de Papanicolaou (colpocitologia oncótica).

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



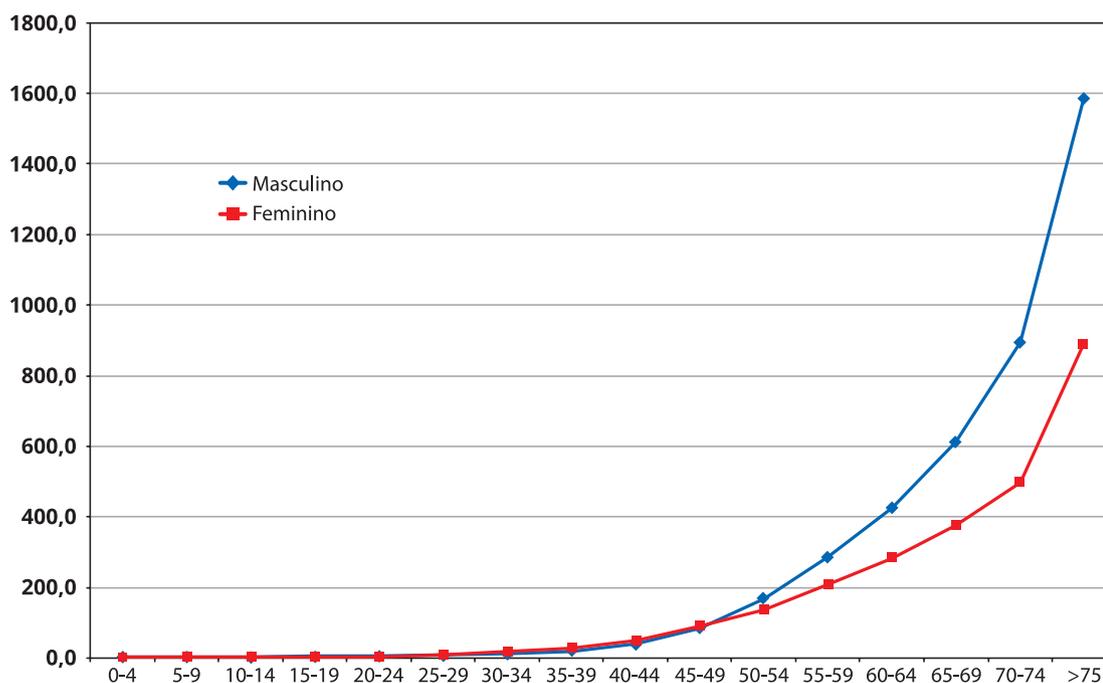
Tabela 7 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Neoplasia e Sexo – Estado de São Paulo - 2013.

Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 039 Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	3.695	13,8	17,9	2.408	10,4	11,1	6.103	12,2	14,4
. 035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	2.382	8,9	11,6	2.460	10,6	11,3	4.843	9,7	11,4
. 041 Neoplasia maligna da mama	31	0,1	0,2	3.732	16,1	17,2	3.763	7,5	-
. 034 Neoplasia maligna do estômago	2.317	8,7	11,3	1.318	5,7	6,1	3.635	7,3	8,6
. 045 Neoplasia maligna da próstata	2.734	10,2	13,3	-	-	-	2.734	5,5	-
. 037 Neoplasia maligna do pâncreas	1.212	4,5	5,9	1.236	5,3	5,7	2.448	4,9	5,8
. 036 Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	1.345	5,0	6,5	870	3,8	4,0	2.215	4,4	5,2
. 047 Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	1.057	4,0	5,1	997	4,3	4,6	2.054	4,1	4,9
. 032 Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	1.546	5,8	7,5	320	1,4	1,5	1.866	3,7	4,4
. 033 Neoplasia maligna do esôfago	1.400	5,2	6,8	264	1,1	1,2	1.664	3,3	3,9
. 042 Neoplasia maligna do colo do útero	-	-	-	828	3,6	3,8	828	1,7	-
Todas as demais	9.006	33,7	43,7	8.766	37,8	40,4	17.772	35,6	42,0
Total de neoplasias	26.725	100,0	129,8	23.199	100,0	106,8	49.925	100,0	118,0

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

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

Gráfico 5 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Neoplasia, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

2.1.4 - Mortalidade por doenças do aparelho respiratório

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 57% do total de óbitos deste grupo em 2013. 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 - 2013.

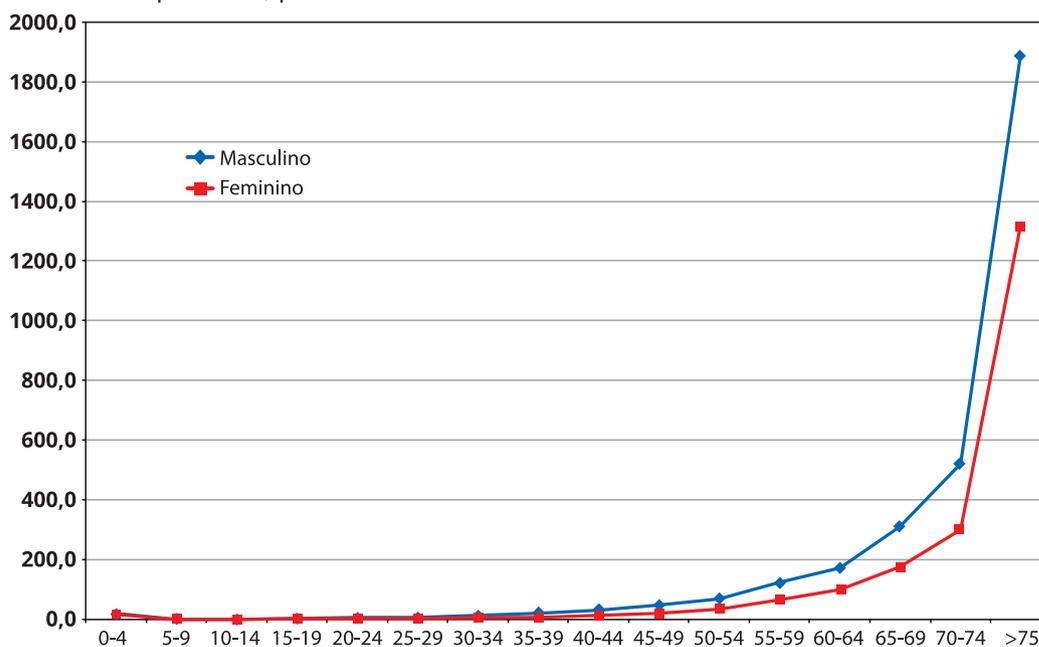
Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 074 Pneumonia	10.912	55,3	53,0	10.321	59,2	47,5	21.233	57,1	50,2
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5.798	29,4	28,2	4.416	25,3	20,3	10.214	27,5	24,1
Todas as demais	3.029	15,3	14,7	2.684	15,4	12,4	5.714	15,4	13,5
Total de doenças do aparelho respiratório	19.739	100,0	95,9	17.421	100,0	80,2	37.161	100,0	87,8

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

As doenças crônicas das vias aéreas inferiores são a segunda maior causa de óbito deste grupo e representam 27,5% do total. Os homens têm coeficiente de mortalidade 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 Saúde¹⁰, 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 40 anos, mantendo-se mais altos até os grupos etários mais idosos (**Gráfico 6**).

Gráfico 6 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por Doença do Ap. Respiratório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

2.1.5 - Mortalidade por acidentes e violências

A redução observada na mortalidade por causas externas entre 2000 e 2012, se deu principalmente pela grande diminuição de óbitos por homicídios verificada no estado de São Paulo, razão pela qual em 2013, os acidentes de transportes passaram a ser a primeira causa deste grupo^{11,12} (**Tabela 9**).

Tabela 9 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por tipo de Causa Externa (lesões) e Sexo – Estado de São Paulo - 2013.

Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 104 Acidentes de transporte	5.629	29,8	27,3	1.296	26,5	6,0	6.928	29,1	16,4
. 110 Agressões	5.163	27,3	25,1	606	12,4	2,8	5.781	24,3	13,7
. 105 Quedas	2.197	11,6	10,7	1.274	26,0	5,9	3.471	14,6	8,2
. 109 Suicídios	1.709	9,0	8,3	446	9,1	2,1	2.156	9,1	5,1
Todas as demais	4.190	22,2	20,4	1.256	25,7	5,8	5.452	22,9	12,9
Total de causas externas	18.889	100,0	91,8	4.894	100,0	22,5	23.805	100,0	56,3

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

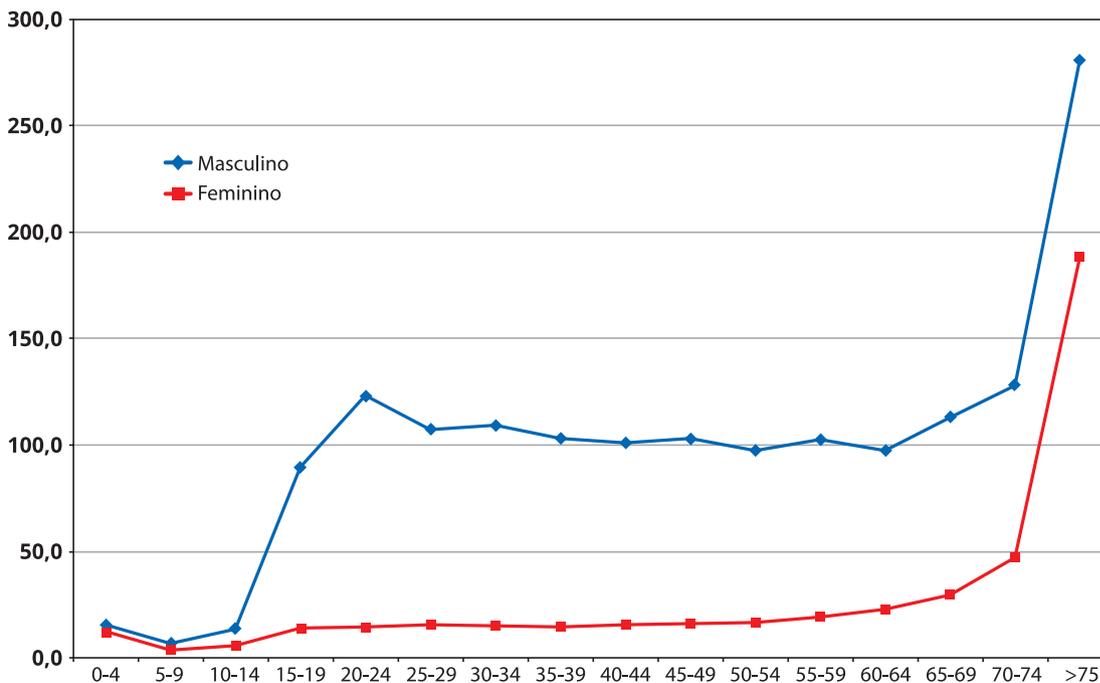
O coeficiente bruto de mortalidade por acidentes de transporte elevou-se ligeiramente entre 2000 e 2012¹² sendo bem maior entre os homens. Em 2013, observa-se que o coeficiente de mortalidade masculino por acidentes de transporte (27,3) é quatro vezes maior que o feminino (6,0).

A segunda causa de mortalidade do grupo de causas externas são os homicídios, que também predominam fortemente entre os homens, com coeficientes de mortalidade até nove vezes maiores que os femininos.

A terceira causa deste grupo são as quedas que predominam entre os idosos¹³. Neste e na quarta causa (suicídios), os coeficientes brutos de mortalidade também indicam o predomínio acentuado do sexo masculino.

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

Gráfico 7 - Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil hab) por Causas Externas, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

2.1.6 - Mortalidade por doenças do aparelho digestivo

O sexto grupo de mortalidade mais importante em 2013 é o de doenças do aparelho digestivo. As doenças hepáticas representam quase metade das causas de morte deste grupo e nos homens, atingem 54% dos óbitos (**Tabela 10**).

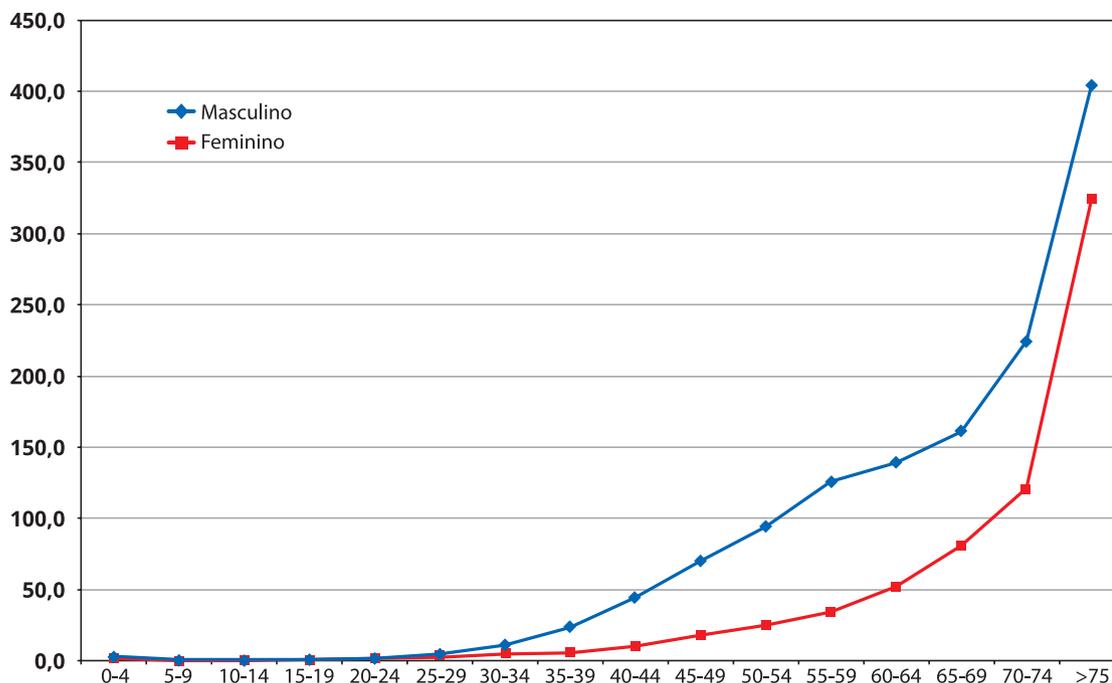
Tabela 10 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Digestivo e Sexo – Estado de São Paulo - 2013.

Causa(CID10 IISBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 080 Doenças do fígado	5.301	53,5	25,7	1.416	24,0	6,5	6.718	42,5	15,9
... 080.1 Doença alcoólica do fígado	2.101	21,2	10,2	243	4,1	1,1	2.344	14,8	5,5
... 080.2 Fibrose e cirrose do fígado	1.977	19,9	9,6	631	10,7	2,9	2.608	16,5	6,2
... 080.3 Outras doenças do fígado	1.223	12,3	5,9	542	9,2	2,5	1.766	11,2	4,2
Demais doenças do aparelho digestivo	4.615	46,5	22,4	4.475	76,0	20,6	9.091	57,5	21,5
Total de doenças do ap. digestivo	9.916	100,0	48,2	5.891	100,0	27,1	15.809	100,0	37,4

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

Os coeficientes de mortalidade entre os homens são significativamente maiores que entre as mulheres, fato provavelmente relacionado ao alcoolismo masculino, mais predominante que o feminino. 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**).

Gráfico 8 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doença do Ap. Digestivo, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

As 30 primeiras causas específicas de óbitos no estado de São Paulo em 2013 (segundo a Lista de Tabulação CID-BR da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 disponível no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS do Ministério da Saúde) são responsáveis por cerca de 82% dos óbitos e entre elas se encontram com destaque, as doenças isquêmicas do coração, as doenças vasculares cerebrais e as pneumonias em ambos os sexos, já comentadas anteriormente, que estão nos três primeiros lugares.

Entre as doenças que não foram citadas nos capítulos da CID 10 mencionados anteriormente, destaca-se a diabetes mellitus como sexta causa de morte no total, com 9.795 óbitos em 2013. As doenças hipertensivas também aparecem como a nona causa no total. Os acidentes de transporte e homicídios estão na 11ª e 14ª posição no total. Entre os homens estas causas aparecem em 7ª posição (acidentes de transporte) e 9ª posição (homicídios).

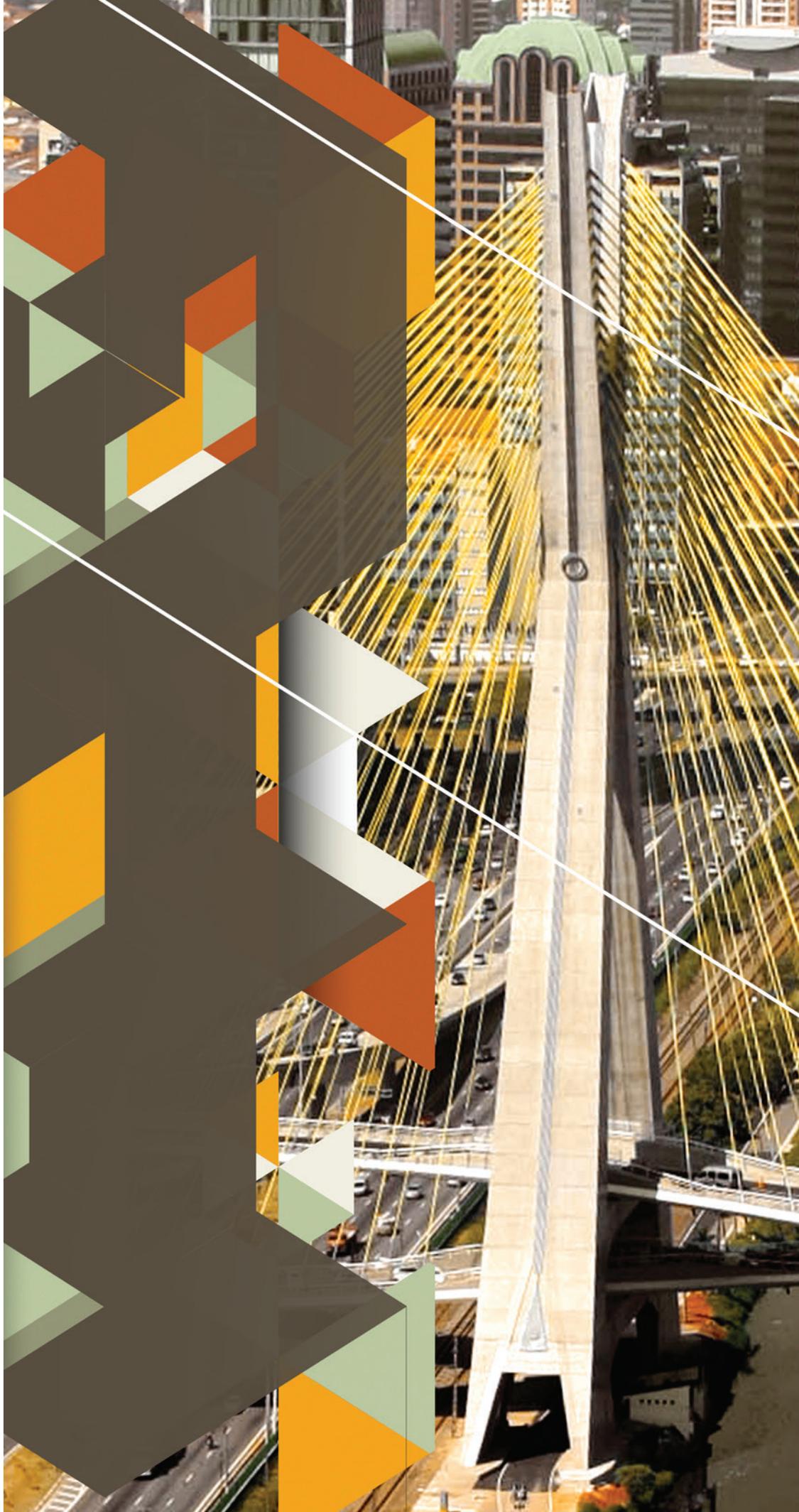
Embora o câncer de pulmão esteja na 13ª posição no total, entre as mulheres, é o câncer de mama que aparece como a décima causa de morte, antes do câncer de pulmão. Entre os homens o câncer de próstata ocupa a 16ª posição.

Tabela 11 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab.) Sexo nas 30 principais causas de morte (Lista BR da CID 10) – Estado de São Paulo – 2013.

nº	Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
		Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
1	. 068 Doenças isquêmicas do coração	16.812	10,9	81,7	11.872	9,6	54,7	28.686	10,4	67,8
2	. 070 Doenças cerebrovasculares	10.925	7,1	53,1	10.604	8,6	48,8	21.529	7,8	50,9
3	. 074 Pneumonia	10.912	7,1	53,0	10.321	8,4	47,5	21.233	7,7	50,2
4	. 069 Outras doenças cardíacas	8.738	5,7	42,4	9.287	7,5	42,8	18.027	6,5	42,6
5	. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5.798	3,8	28,2	4.416	3,6	20,3	10.214	3,7	24,1
6	. 055 Diabetes mellitus	4.435	2,9	21,5	5.360	4,3	24,7	9.795	3,5	23,2
7	. 103 Rest sint, sin e ach anorm clín e laborat	5.789	3,8	28,1	3.900	3,2	18,0	9.703	3,5	22,9
8	. 052 Restante de neoplasias malignas	4.751	3,1	23,1	4.375	3,5	20,1	9.126	3,3	21,6
9	. 067 Doenças hipertensivas	3.606	2,3	17,5	4.284	3,5	19,7	7.890	2,8	18,7
10	. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	3.701	2,4	18,0	3.641	3,0	16,8	7.343	2,7	17,4
11	. 104 Acidentes de transporte	5.629	3,7	27,3	1.296	1,1	6,0	6.928	2,5	16,4
12	. 080 Doenças do fígado	5.301	3,5	25,7	1.416	1,1	6,5	6.718	2,4	15,9
13	. 039 Neopl malign da traquéia, brônquios e pulmões	3.695	2,4	17,9	2.408	2,0	11,1	6.103	2,2	14,4
14	. 110 Agressões	5.163	3,4	25,1	606	0,5	2,8	5.781	2,1	13,7
15	. 077 Restante doenças do aparelho respiratório	2.813	1,8	13,7	2.486	2,0	11,4	5.300	1,9	12,5
16	. 072 Rest doenças do aparelho circulatório	2.614	1,7	12,7	2.270	1,8	10,5	4.884	1,8	11,5
17	. 035 Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	2.382	1,6	11,6	2.460	2,0	11,3	4.843	1,7	11,4
18	. 087 Rest doenças do aparelho geniturinário	1.790	1,2	8,7	2.712	2,2	12,5	4.503	1,6	10,6
19	. 061 Doença de Alzheimer	1.439	0,9	7,0	2.808	2,3	12,9	4.247	1,5	10,0
20	. 102 Morte sem assistência médica	2.400	1,6	11,7	1.590	1,3	7,3	3.990	1,4	9,4
21	. 016-023 Doenças virais	2.490	1,6	12,1	1.313	1,1	6,0	3.803	1,4	9,0
22	. 041 Neoplasia maligna da mama	31	0,0	0,2	3.732	3,0	17,2	3.763	1,4	-
23	. 034 Neoplasia maligna do estômago	2.317	1,5	11,3	1.318	1,1	6,1	3.635	1,3	8,6
24	. 007-015 Outras doenças bacterianas	1.739	1,1	8,4	1.778	1,4	8,2	3.518	1,3	8,3
25	. 105 Quedas	2.197	1,4	10,7	1.274	1,0	5,9	3.471	1,3	8,2
26	. 063 Restante das doenças do sistema nervoso	1.804	1,2	8,8	1.460	1,2	6,7	3.264	1,2	7,7
27	. 086 Insuficiência renal	1.489	1,0	7,2	1.265	1,0	5,8	2.754	1,0	6,5
28	. 045 Neoplasia maligna da próstata	2.734	1,8	13,3	-	-	-	2.734	1,0	-
29	. 037 Neoplasia maligna do pâncreas	1.212	0,8	5,9	1.236	1,0	5,7	2.448	0,9	5,8
30	. 057 Rest doenças endócr, nutricion e metabólicas	1.087	0,7	5,3	1.329	1,1	6,1	2.416	0,9	5,7
Total das 30 causas mais frequentes		125.793	81,9	611,0	102.817	83,4	473,4	228.649	82,5	540,5
Todas as demais		27.851	18,1	135,3	20.527	16,6	94,5	48.403	17,5	114,4
Todos os óbitos		153.644	100,0	746,3	123.344	100,0	567,9	277.052	100,0	654,9

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

O perfil de mortalidade apresentado neste trabalho aponta um conjunto de doenças e fatores importantes que os gestores do SUS devem levar em conta na estruturação da rede de assistência do sistema e nas políticas públicas para o setor. Estas causas podem ser minimizadas por ações de prevenção e promoção de saúde, diagnóstico precoce, acompanhamento adequado e tratamento oportuno.



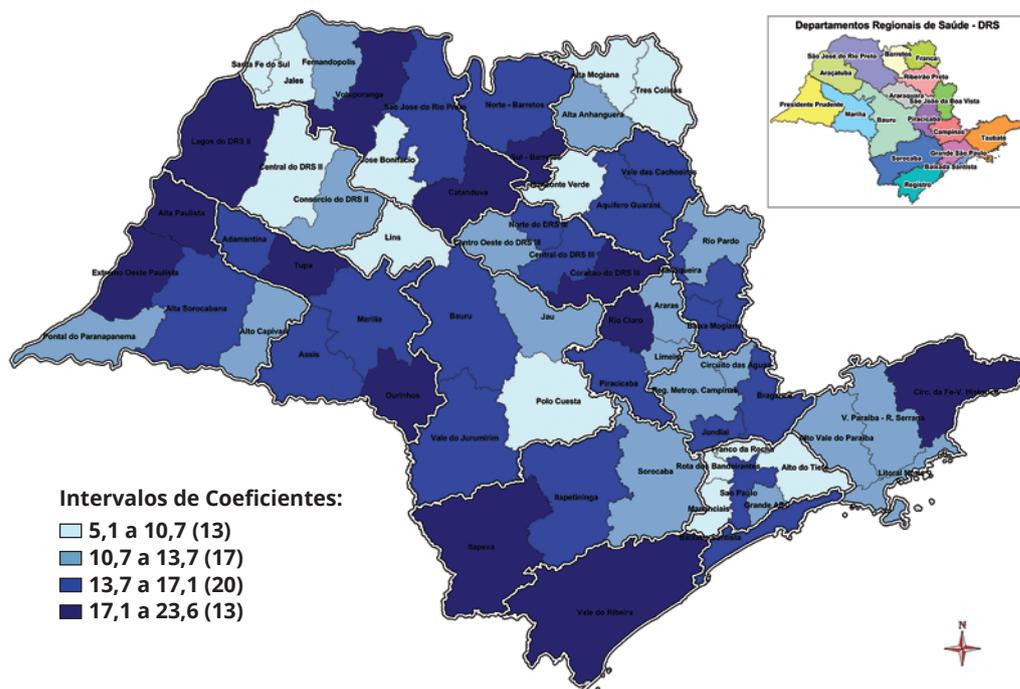
Há causas de mortalidade que não são de inteira governabilidade do setor saúde, como é o caso da violência e dos acidentes de trânsito. Porém o sistema de saúde precisa estar preparado, não somente para oferecer o tratamento mais adequado (por exemplo, os atendimentos da rede de urgência e emergência), como também para agir preventivamente, em conjunto com outros setores sociais, como no caso da prevenção de alcoolismo e tabagismo.

Por outro lado, perfis regionais precisam ser conhecidos pelos gestores locais, pois inúmeros trabalhos mostram as grandes diferenças regionais no estado.

Como exemplo, são apresentados os Mapas 1 – 8 com a distribuição do coeficiente de mortalidade, por câncer de próstata, câncer de mama, homicídios, acidentes de transporte, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e pneumonia, segundo as regiões dos colegiados de gestão regional – CGR para 2013 (a tabela com os coeficientes específicos de cada região está no quadro 4 que se segue aos Mapas).

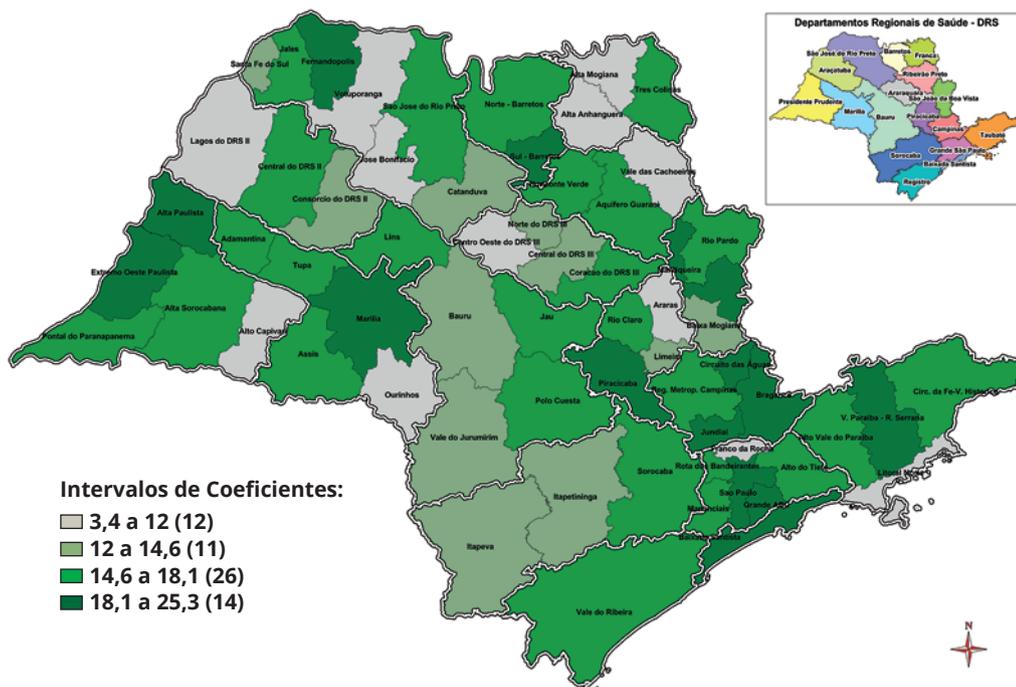
Podem-se observar as grandes diferenças entre as regiões dos CGR e por este motivo, torna-se fundamental que o diagnóstico de saúde seja detalhado em cada região, com análise pormenorizada das principais causas de mortes e estratégias diferenciadas para atuação do setor saúde.

Mapa 1 - Coeficiente de mortalidade de Neoplasia de Próstata segundo Regiões de Saúde de Residência. Estado de São Paulo, 2013.



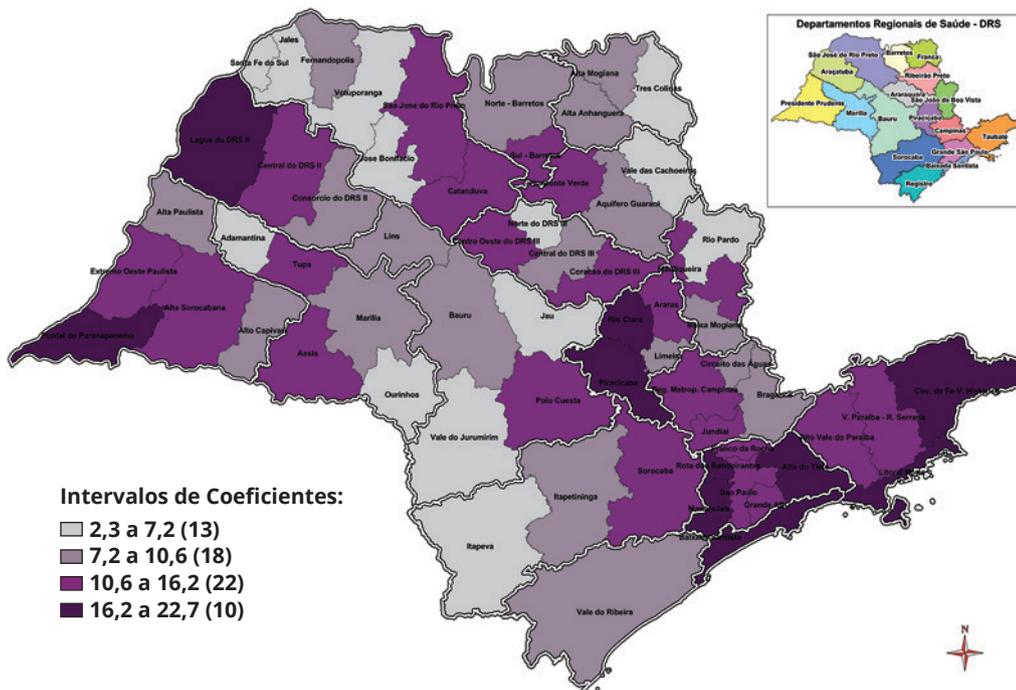
Fonte: Óbitos: SESSP/CD-Sistema de informações sobre mortalidade – SIM e População: FSEADE Coeficiente por 100.000 habitantes.
Nota: Coeficiente do Estado= 13,28 óbitos/100mil hab.

Mapa 2 - Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Mama segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.



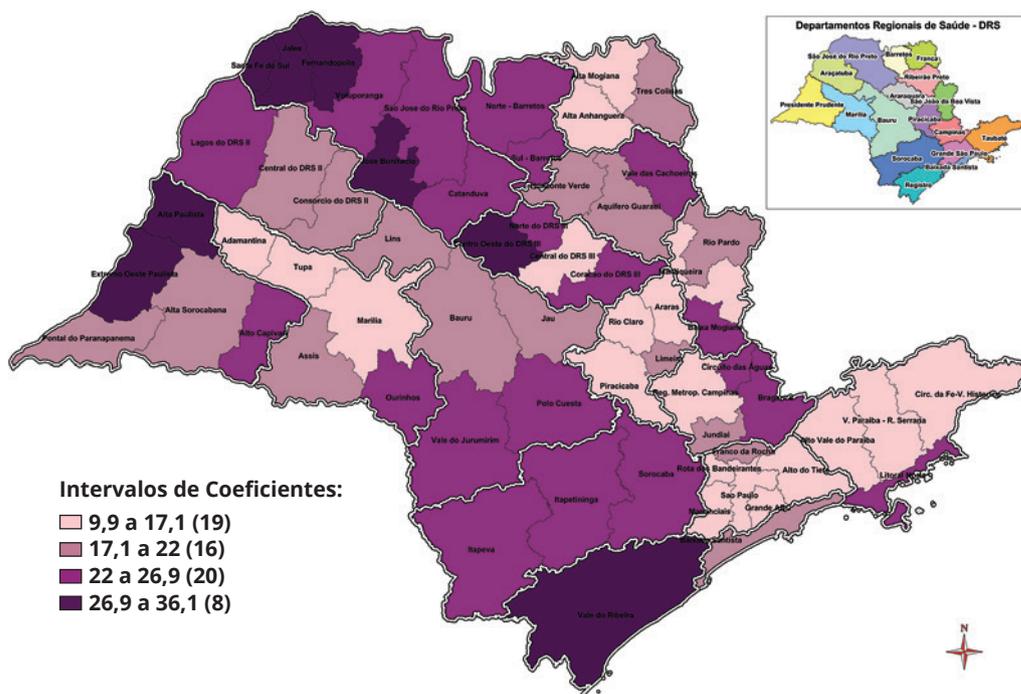
Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado= 17,18 óbitos/100mil hab.

Mapa 3 - Coeficiente de Mortalidade por Homicídio segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.



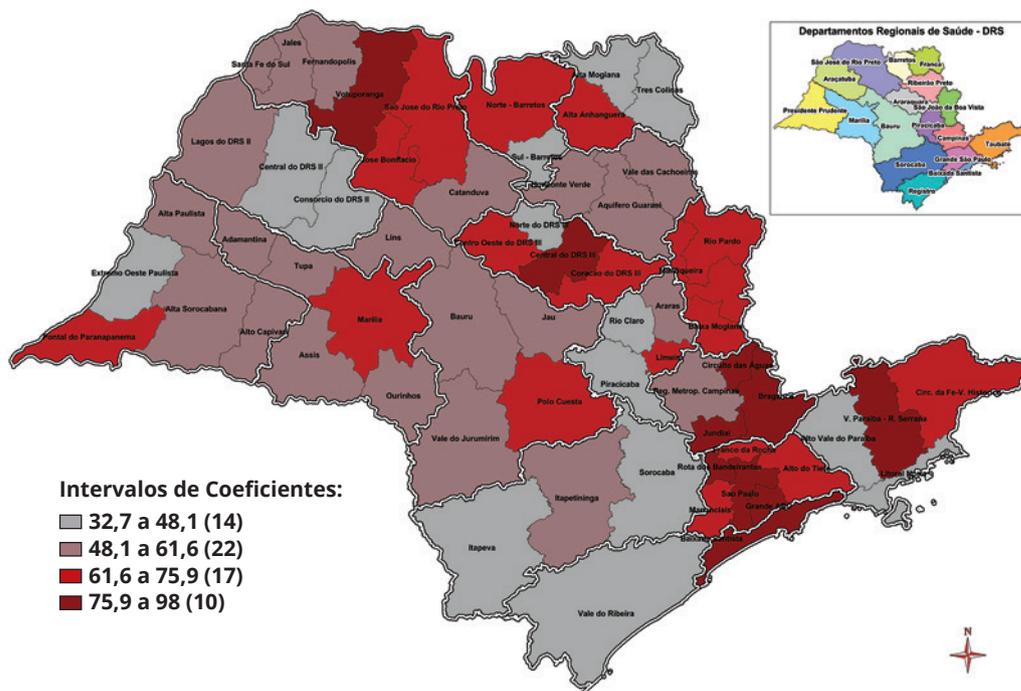
Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistema de informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado= 13,67 óbitos/100mil hab.

Mapa 4 - Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Transportes segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.



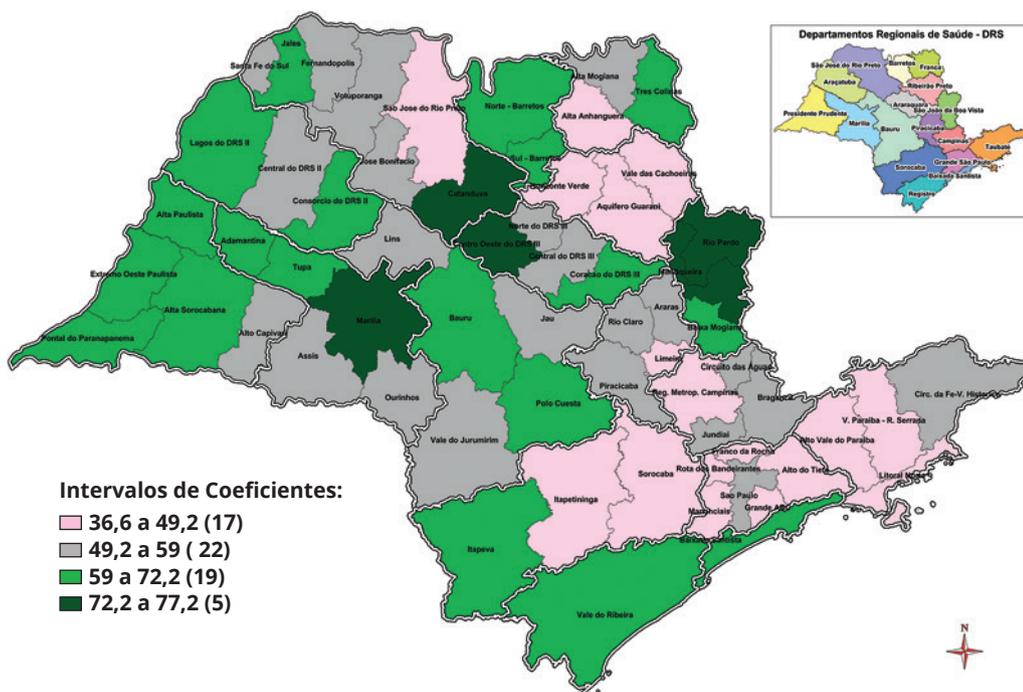
Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado = 16,38/100mil hab.

Mapa 5 - Coeficiente de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.



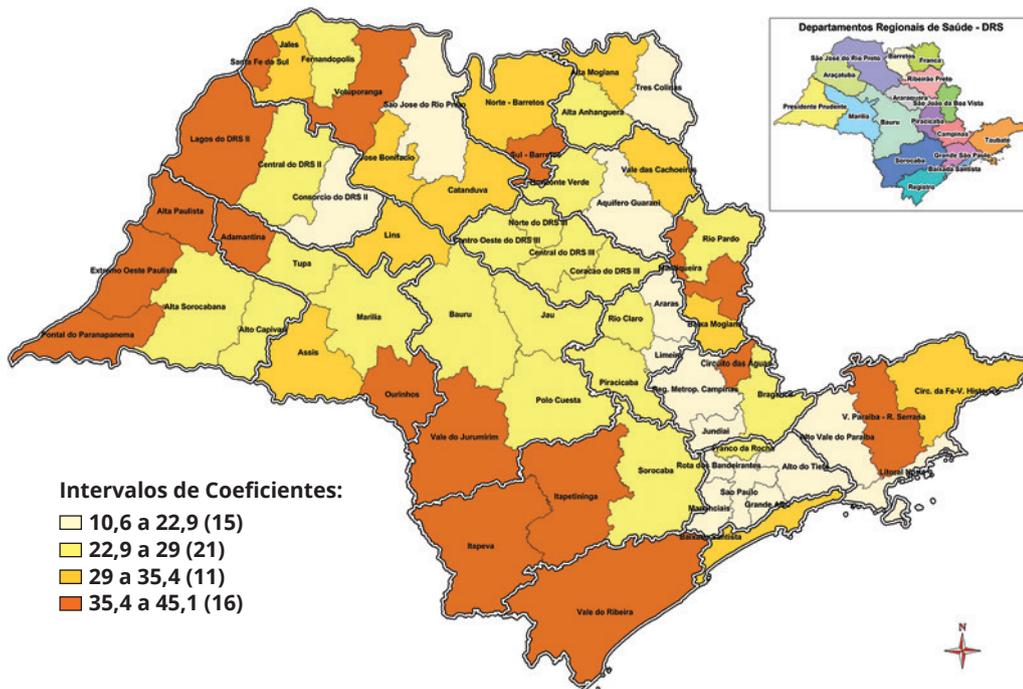
Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado = 67,81 óbitos/100mil hab.

Mapa 6 - Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.



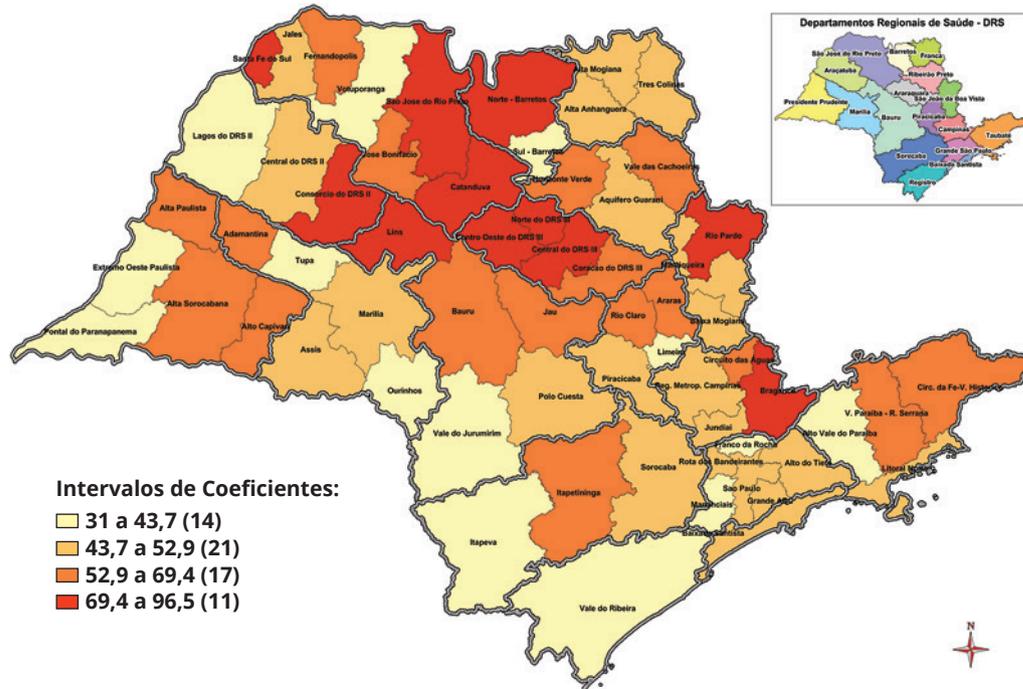
Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado = 50,89 óbitos/100mil hab.

Mapa 7 - Coeficiente de Mortalidade por Diabetes segundo as Regiões de Saúde de residência.



Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado=23,15 óbitos/100mil hab.

Mapa 8 - Coeficiente de Mortalidade por Pneumonia segundo Regiões de Saúde e residência. Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Óbitos: SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e População: FSEADE
 Coeficiente por 100.000 habitantes
 Nota: Coeficiente do Estado = 50,19 óbitos/100mil hab.

Quadro 2 - Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) selecionados segundo os DRS e Regiões de Saúde – Estado de São Paulo – 2013. (1ª parte)

DRS/ Regiões de Saude (Res.)	Neoplasia Próstata	Neoplasia Mama*	Diabetes Mellitus	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovasculares	Acidentes de Transportes	Agressões	Pneumonia
3501 Grande Sao Paulo	12,5	18,6	19,8	76,3	47,5	12,1	15,3	47,3
.. 35011 Alto do Tiete	10,4	15,1	21,3	63,4	44,8	14,1	17,2	44,9
.. 35012 Franco da Rocha	9,6	9,2	25,8	67,0	38,1	18,8	12,5	40,7
.. 35013 Mananciais	9,7	14,6	17,3	66,7	45,1	12,6	22,7	37,6
.. 35014 Rota dos Bandeirantes	9,0	16,3	14,3	76,0	44,2	12,0	18,4	46,7
.. 35015 Grande ABC	12,4	18,7	18,0	81,2	43,9	9,9	14,0	51,9
.. 35016 Sao Paulo	14,0	20,5	20,6	79,7	50,2	11,7	14,2	48,1
3502 Aracatuba	12,1	14,1	24,5	45,0	58,9	20,4	11,7	54,7
.. 35021 Central do DRS II	9,3	16,6	23,3	42,0	52,6	19,4	11,7	51,2
.. 35022 Lagos do DRS II	17,3	10,6	36,3	53,9	66,9	22,3	16,6	38,4
.. 35023 Consorcio do DRS II	11,0	13,9	17,1	41,6	59,8	20,2	8,2	70,7
3503 Araraquara	15,9	13,4	24,4	67,3	59,5	22,3	9,6	65,1
.. 35031 Central do DRS III	15,3	13,3	23,1	76,1	53,0	16,0	8,1	72,7
.. 35032 Centro Oeste do DRS III	11,9	7,4	26,7	73,4	75,6	29,6	12,6	71,9
.. 35033 Norte do DRS III	14,9	12,0	26,3	44,5	54,6	22,2	6,7	71,4
.. 35034 Coracao do DRS III	18,3	16,2	23,8	67,4	60,8	24,6	11,0	53,9
3504 Baixada Santista	15,1	22,3	34,1	98,0	66,9	18,6	16,3	45,9
.. 35041 Baixada Santista	15,1	22,3	34,1	98,0	66,9	18,6	16,3	45,9
3505 Barretos	16,6	19,1	33,5	58,5	67,0	24,8	10,6	58,5
.. 35051 Norte - Barretos	14,9	15,9	30,0	68,2	68,5	25,6	10,3	71,5
.. 35052 Sul - Barretos	19,8	25,2	40,1	40,1	64,0	23,2	11,3	33,8
3506 Bauru	12,0	14,6	27,3	57,8	57,7	20,6	7,6	57,9
.. 35061 Vale do Jurumirim	15,5	12,1	35,4	48,9	55,6	24,1	5,3	31,9
.. 35062 Bauru	14,0	13,8	23,8	59,4	60,6	17,9	7,6	60,9
.. 35063 Polo Cuesta	9,1	15,1	26,1	68,1	62,2	22,2	11,5	51,8
.. 35064 Jau	11,1	16,3	26,8	55,4	52,4	21,0	5,2	63,1
.. 35065 Lins	5,1	17,5	29,1	53,8	53,8	20,9	10,1	93,0
3507 Campinas	12,5	16,4	18,0	65,8	47,2	17,5	12,4	49,8
.. 35071 Braganca	16,4	19,3	25,3	95,4	55,0	22,1	9,1	69,4
.. 35072 Reg. Metrop. Campinas	11,4	15,4	17,8	56,3	44,8	15,9	13,0	47,2
.. 35073 Jundiai	14,4	18,1	10,7	80,7	51,3	20,4	12,9	47,7
.. 35074 Circuito das Águas	13,0	20,3	40,5	96,2	50,1	23,1	7,9	53,3
3508 Franca	9,8	12,5	22,7	48,5	54,9	16,6	6,2	47,3
.. 35081 Tres Colinas	9,8	15,9	16,9	46,3	60,2	17,2	4,6	48,0
.. 35082 Alta Anhanguera	12,0	7,9	28,5	61,7	41,8	16,6	7,3	43,8
.. 35083 Alta Mogiana	6,9	6,7	34,8	39,0	54,3	14,4	10,2	49,2
3509 Marilia	16,7	16,1	31,9	58,8	62,3	18,4	8,1	44,8
.. 35091 Adamantina	16,4	16,2	38,1	53,6	66,1	16,3	3,1	62,9
.. 35092 Assis	15,2	17,3	33,4	58,4	52,6	20,9	11,3	49,6
.. 35093 Marilia	15,6	19,7	25,9	65,2	72,3	15,5	9,0	44,7
.. 35094 ourinhos	18,4	8,0	38,8	51,9	52,8	23,0	4,5	35,2
.. 35095 Tupa	19,6	17,4	28,2	58,7	64,4	16,1	11,3	33,8

Continua...

Quadro 2 - Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) selecionados segundo os DRS e Regiões de Saúde – Estado de São Paulo – 2013. (2ª parte)

DRS/ Regiões de Saúde (Res.)	Neoplasia Próstata	Neoplasia Mama*	Diabetes Mellitus	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovasculares	Acidentes de Transportes	Agressões	Pneumonia
3510 Piracicaba	14,8	15,9	24,3	47,8	51,0	17,2	14,8	49,7
.. 35101 Araras	12,7	9,3	21,7	48,7	53,1	16,0	13,8	53,1
.. 35102 Limeira	11,2	12,7	21,3	68,2	47,8	19,2	9,0	37,0
.. 35103 Piracicaba	15,6	21,3	27,8	41,2	49,3	16,9	16,3	50,6
.. 35104 Rio Claro	20,6	17,0	24,1	32,7	56,4	16,3	20,8	60,9
3511 Presidente Prudente	16,8	16,8	32,1	55,2	60,2	21,5	13,0	52,8
.. 35111 Alta Paulista	18,5	19,2	40,1	55,8	63,7	29,1	8,6	64,4
.. 35112 Alta Sorocabana	16,4	17,2	26,1	56,7	60,5	17,6	14,5	55,9
.. 35113 Alto Capivari	10,7	3,5	22,9	56,4	52,9	22,9	8,8	52,9
.. 35114 Extremo Oeste Paulista	23,5	19,4	45,1	39,7	59,0	29,0	12,9	39,7
.. 35115 Pontal do Paranapanema	11,8	17,7	41,3	66,4	59,0	17,7	16,2	31,0
3512 Registro	21,1	17,5	39,0	44,5	66,3	36,1	10,2	36,5
.. 35121 Vale do Ribeira	21,1	17,5	39,0	44,5	66,3	36,1	10,2	36,5
3513 Ribeirão Preto	12,6	14,4	22,4	55,3	45,4	20,6	9,5	54,0
.. 35131 Horizonte Verde	9,8	15,3	25,8	50,2	48,2	19,7	11,8	65,7
.. 35132 Aquífero Guarani	13,7	15,1	19,7	57,4	44,7	20,8	9,4	47,8
.. 35133 Vale das Cachoeiras	13,9	7,6	29,2	58,3	41,4	22,3	2,3	56,8
3514 S.João Boa Vista	14,1	15,7	32,1	69,2	70,4	19,4	8,0	56,7
.. 35141 Baixa Mogiana	13,8	13,5	30,8	66,8	65,2	23,3	9,1	45,4
.. 35142 Mantiqueira	15,2	18,5	37,4	67,7	73,0	14,6	10,9	49,4
.. 35143 Rio Pardo	13,3	15,3	27,2	74,5	75,0	19,6	2,9	82,6
3515 S.José do Rio Preto	15,5	13,9	26,4	66,0	57,0	25,1	9,0	74,9
.. 35151 Catanduva	22,3	12,1	31,7	48,2	77,2	23,9	10,8	71,1
.. 35152 Santa Fé do Sul	9,2	13,1	38,0	51,4	49,2	31,3	6,7	87,2
.. 35153 Jales	8,0	15,8	33,8	53,7	63,7	28,8	3,0	47,8
.. 35154 Fernandópolis	11,0	21,2	27,0	51,2	54,8	27,0	8,1	53,0
.. 35155 São José do Rio Preto	15,3	15,5	19,0	72,6	48,9	23,8	10,6	96,4
.. 35156 José Bonifácio	8,4	4,2	29,6	68,7	52,8	28,5	5,3	59,2
.. 35157 Votuporanga	17,1	10,7	35,8	87,6	55,5	25,1	6,9	36,3
3516 Sorocaba	13,9	14,6	31,0	42,9	49,3	24,3	11,0	51,1
.. 35161 Itapetininga	14,6	13,9	35,7	49,1	46,3	24,5	9,0	59,2
.. 35162 Itapeva	17,5	12,4	43,1	39,4	65,3	22,6	6,2	38,7
.. 35163 Sorocaba	13,1	15,2	27,5	41,7	47,3	24,5	12,5	50,9
3517 Taubaté	14,1	15,5	25,8	52,4	43,4	14,9	15,5	46,6
.. 35171 Alto Vale do Paraíba	13,1	15,6	18,0	34,7	36,7	14,6	13,3	37,2
.. 35172 Circ. da Fe-V. Histórico	18,3	15,5	31,5	67,0	54,1	15,3	17,7	55,4
.. 35173 Litoral Norte	12,3	10,1	22,0	34,2	44,7	24,1	21,3	44,0
.. 35174 V. Paraíba - R. Serrana	13,4	18,3	36,8	81,4	45,8	10,5	14,5	57,5
Total	13,3	17,2	23,2	67,8	50,9	16,4	13,7	50,2

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE. *em mulheres.

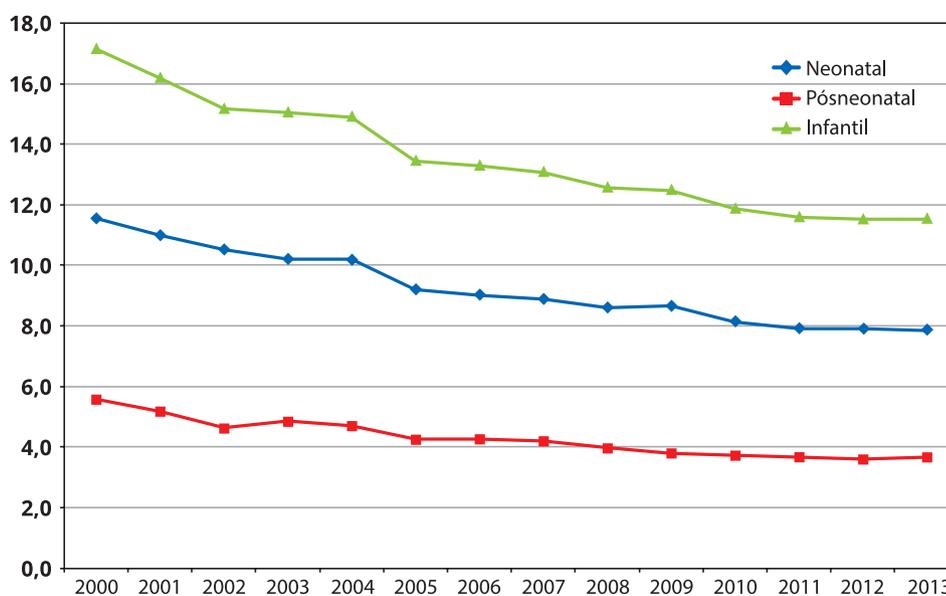
2.1.7 - Mortalidade Infantil

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 socioeconômicas 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). No início da década de 80, a taxa de mortalidade neonatal - TMNN (óbitos de 0 a 27 dias/mil nascidos vivos) superou a taxa de mortalidade pós-neonatal, tornando-se o principal componente da mortalidade infantil, a partir de 1983, até os dias de hoje¹⁴.

No **Gráfico 9** apresenta-se a queda da TMI e de seus principais componentes no estado de São Paulo no período de 2000 a 2013.

Gráfico 9 - Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal Estado de São Paulo, 2000 – 2013.



Fonte: SIM/SINASC/SES/SP.

Em 2013, o estado de São Paulo teve 7.052 óbitos de menores de um ano (SIM, atualizado até agosto de 2014) e 611.565 nascidos vivos. A TMI do Estado foi de 11,5, a TMPN foi de 3,7 e a TMNN foi de 7,9. São valores inferiores aos nacionais, que também tem se reduzido: em 2012 a TMI brasileira foi de 14,6, a TMPN foi de 4,3 e a TMNN foi de 10,3⁶.

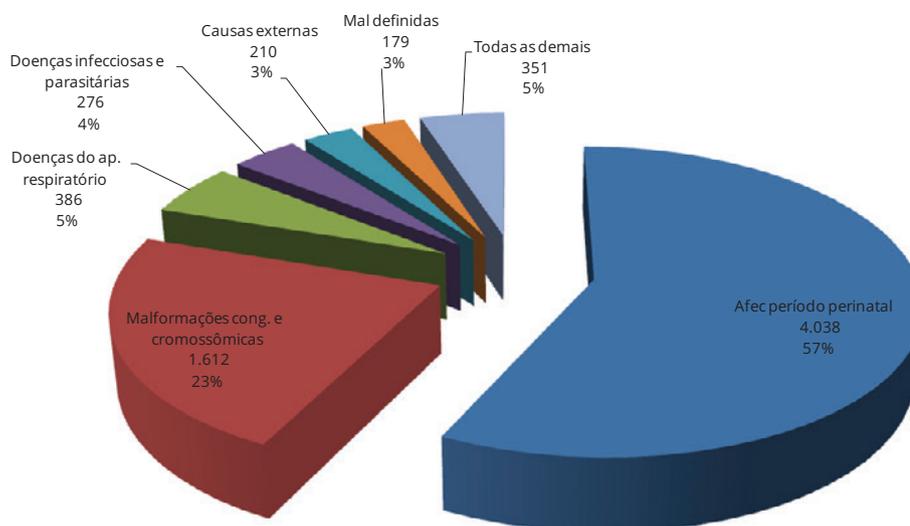
Pode-se observar que nos últimos anos no estado de São Paulo, a curva da taxa de mortalidade infantil praticamente estabilizou-se, embora ainda em níveis bem superiores aos de nações desenvolvidas.

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

A mortalidade neonatal, por outro lado, reflete principalmente as condições de assistência à gravidez, ao parto e ao período perinatal. Sua diminuição 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 UTI pediátricas e neonatais com variados níveis de complexidade e com qualidade de atendimento, adequada classificação de risco da mãe e do recém-nascido, protocolos adequados para as intervenções, o que além de exigir pessoal tecnicamente habilitado, pode exigir moderna tecnologia, o que a torna de implementação mais custosa e complexa.

Com relação ao tipo de causa dos óbitos em menores de um ano no estado, em 2013 as doenças perinatais (57%) e congênicas e anomalias cromossômicas (23%) tornam-se as principais causas de mortalidade infantil acentuando-se a redução nas doenças infecciosas como causas de óbito (4%).

Gráfico 10 - Causas (CID-10) dos óbitos de menores de 1 ano Estado de São Paulo – 2013.



Fonte: SIM/SES/SP.

Nos dois capítulos da CID 10 com maior frequência de óbitos de menores de um ano em 2013 é possível observar alguns destaques:

- Entre as malformações congênitas 41% dos óbitos são de malformações do aparelho circulatório e 12% do aparelho nervoso (**Tabela 12**);
- Entre as perinatais, as septicemias bacterianas do recém-nascido representam 15,5% dos óbitos e o desconforto respiratório 12,2%, que somados com outras dificuldades respiratórias (asfixia ao nascer, outras afecções respiratórias originadas no período perinatal e síndrome de aspiração neonatal) atingem 24%. Os transtornos dos recém-nascidos relativos às afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez, acrescidas com as complicações maternas relativas à gravidez somam 18,5% dos óbitos e 8,6% dizem respeito à prematuridade e baixo peso ao nascimento.

Tabela 12 - Óbitos de menores de um ano segundo as causas do Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas da CID-10 Estado de São Paulo – 2013.

Causa	Óbitos	%
Malf congênitas do aparelho circulatório (Q00-Q07)	662	41,1
Malformações congênitas do sistema nervoso (Q20-Q28)	189	11,7
Todas as demais	761	47,2
Total	1.612	100,0

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP.

Tabela 13 - Óbitos de menores de um ano segundo as causas do Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal da CID-10 Estado de São Paulo – 2013.

Causa(CID10 3C)	óbitos	%
P36 Septicemia bacter do recém-nascido	625	15,5
P22 Desconforto respirat do recém-nascido	492	12,2
P01 Fet rec-nasc afet complic maternas gravidez	382	9,5
P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	378	9,4
P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	347	8,6
P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr	240	5,9
P21 Asfixia ao nascer	201	5,0
P96 Outr afecções originadas período perinatal	170	4,2
P28 Outr afecções respirat orig per perinatal	161	4,0
P77 Enterocolite necrotizante do feto e rec-nasc	154	3,8
P24 Sindr de aspiração neonatal	115	2,8
Todos os demais	773	19,1
Total	4.038	100,0

Fonte: SIM/SINASC/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 Presidente Prudente) entre 2000 e 2013, outras tiveram reduções de menos de 15% no mesmo período (Registro e Baixada Santista), sendo a média estadual, redução de 32,7%. Existem três DRS em 2013, com valores inferiores a 10 (São José do Rio Preto, Campinas e Piracicaba) e as maiores taxas foram em Registro, na Baixada Santista e Sorocaba, todas acima de 13 (**Tabela 14**).

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade Infantil nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2000 - 2013.

DRS Resid.	TMI		Variação %
	2000	2013	00 - 13
3512 Registro	20,0	17,6	-11,9
3504 Baixada Santista	16,9	15,9	-5,9
3516 Sorocaba	19,7	13,4	-32,1
3517 Taubate	13,8	11,9	-14,0
3506 Bauru	14,4	11,7	-18,4
3501 Grande Sao Paulo	17,7	11,7	-34,2
3508 Franca	17,1	11,6	-31,9
3509 Marília	17,4	11,3	-34,8
3511 Presidente Prudente	19,3	11,3	-41,7
3505 Barretos	16,3	10,8	-33,5
3503 Araraquara	14,1	10,8	-23,9
3502 Aracatuba	18,1	10,7	-41,2
3514 S.Joao da Boa Vista	17,2	10,2	-40,4
3513 Ribeirao Preto	14,9	10,2	-31,3
3515 S.Jose do Rio Preto	16,4	9,8	-40,1
3507 Campinas	22,2	9,5	-57,2
3510 Piracicaba	12,5	8,9	-28,7
Total	17,1	11,5	-32,7

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP.

Apresentamos por meio do **Mapa 9** a taxa de mortalidade infantil por regiões dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) em 2013.

A redução contínua da TMI no estado de São Paulo oculta importantes diferenças entre as regiões. Tanto o valor do indicador no ano de 2013, como sua evolução histórica são peculiares a cada região do estado e, portanto, exigem a avaliação da TMI de suas causas loco regionais, para elencar as prioridades de ação e de intervenção, que devem ser efetuadas no sistema público de saúde.

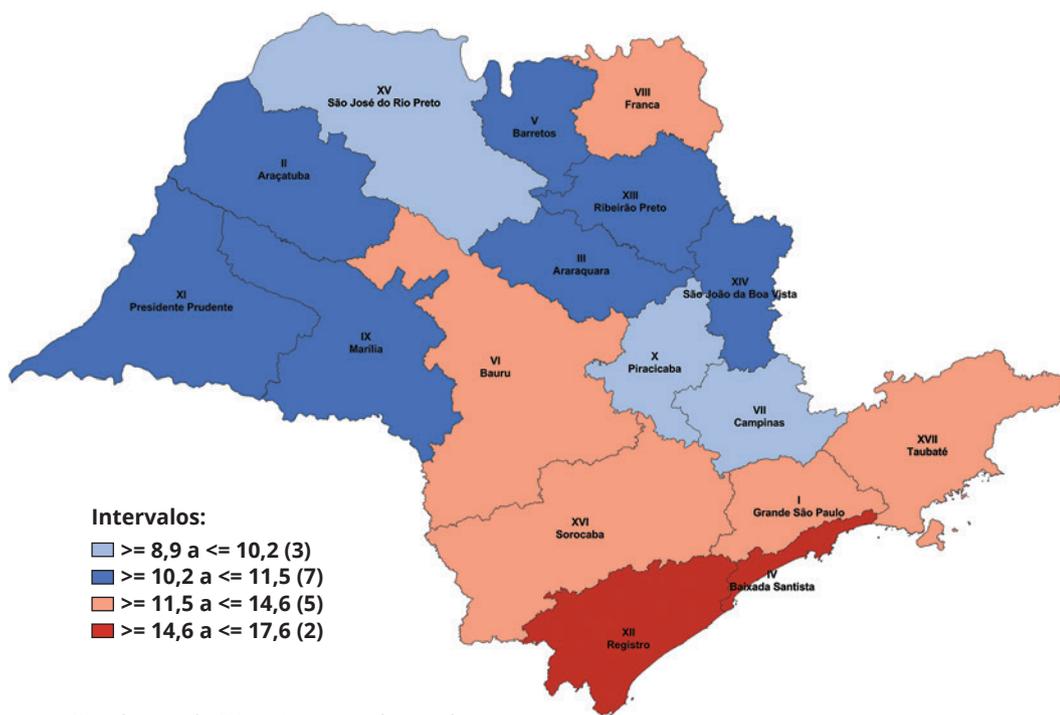
Estações precisam abarcar desde a atenção básica em saúde, no estabelecimento de condutas técnicas adequadas e estruturadas (linha de cuidado, avaliação de risco das mães e dos recém-nascidos), na assistência ao parto (identificação de riscos, encaminhamento regulado para unidades de referência), ao recém-nascido (reanimação e cuidados intensivos neonatais) e no sistema de referência e contra referência entre a assistência hospitalar e a atenção básica.

Da mesma forma são necessárias melhorias na investigação dos óbitos e no aprimoramento de registros e sistemas de informação, principalmente na atuação dos Comitês Regionais de Vigilância a Morte Materna e Infantil.

Finalmente o aperfeiçoamento da assistência depende do treinamento, capacitação e acompanhamento de profissionais de saúde envolvidos.

Assim, os gestores do SUS precisam estabelecer um conjunto de medidas que envolvam toda a rede de saúde do sistema, objetivando acelerar a queda do número de óbitos infantis, ainda distante daquele verificado em países desenvolvidos.

Mapa 9 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo DRS da SES/SP. Estado de São Paulo, 2013.



Nota: CMI do Estado SP = 11,5 por mil nascidos vivos
- tons em azul: coeficientes abaixo do valor do Estado
- tons em vermelho: coeficiente igual ou acima do valor do Estado

Fonte: SIM e SINASC - CCD/SESSP - Base atualizada até março/2015



2.1.8 - Mortalidade Materna

Conforme referido em estudo da SES/SP, *"enquanto países desenvolvidos como a França, Finlândia, Noruega, Japão, Suécia e outros, possuíam Razão de Mortalidade Materna – RMM inferior a 10 (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos) em 2010, diversos países em desenvolvimento, na África ou na Ásia, como a Nigéria, Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e outros, apresentaram a RMM igual ou maior que 200 para o mesmo ano"*¹⁵.

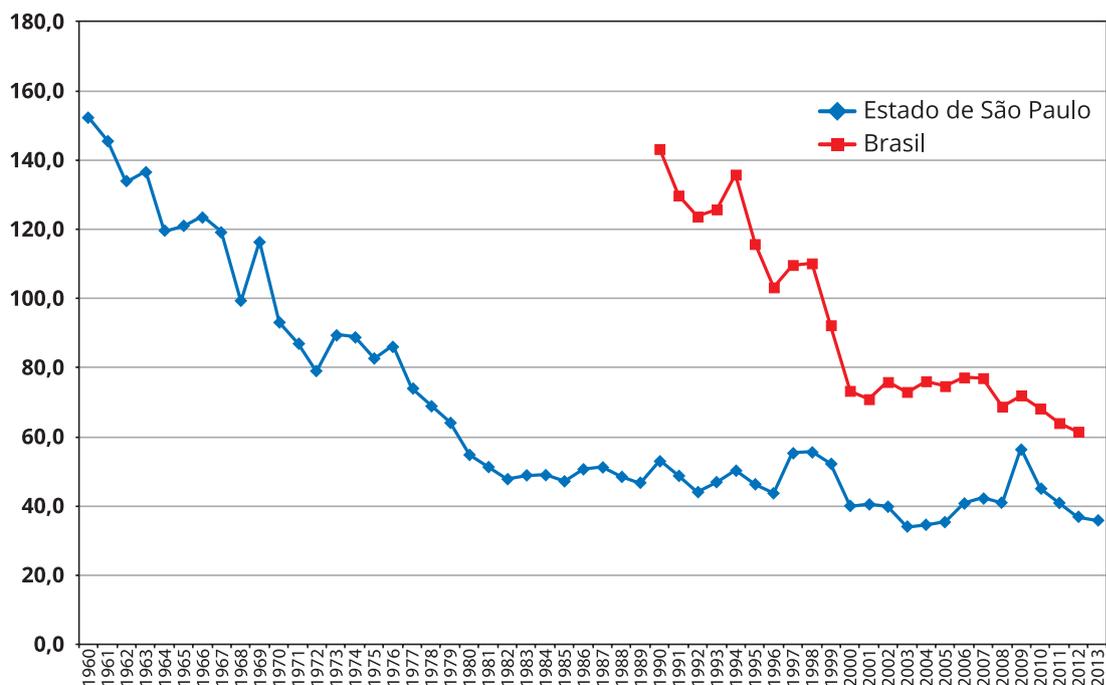
No Brasil, embora se registre a redução do indicador desde 1990, quando atingia valores próximos a 140, a RMM foi de 62 em 2012⁶, um valor ainda bastante alto.

Na análise da tendência temporal, devem-se levar em conta as dificuldades na identificação das mortes maternas e a melhoria da notificação deste tipo de evento. De fato, a partir de 1996, iniciou-se o processo de investigação de óbitos maternos, com correções efetuadas pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, que ocasionaram aumento na detecção das mortes maternas, perceptível na curva temporal.

Além disso, conforme descrito no Plano Estadual de Saúde do estado de São Paulo – 2012 – 2015¹⁶, até o final dos anos 90, as informações sobre os óbitos, provinham apenas das declarações de óbitos dos Cartórios de Registro Civil, processadas pela Fundação SEADE. A implantação do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM e do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC pelo Ministério da Saúde, acrescentou outra fonte de informação, pois estes sistemas passaram a ser alimentados diretamente pelos municípios paulistas. A partir de 2006, unificaram-se as informações do registro civil e municipais pela Secretaria de Estado da Saúde, com ampliação da base de captação destas informações. Outra iniciativa que colaborou no mesmo sentido foi a ampliação dos comitês de investigação de óbitos maternos e infantis para todas as demais regiões do estado. Desta forma elevou-se a possibilidade de identificação das mortes maternas.

No Estado de São Paulo a queda dos maiores valores da RMM ocorreu em período anterior ao nacional, com valores superiores a 140 no início da década de 60 e, apesar de apresentar alguns anos com elevações irregulares, apresentou tendência de queda significativa até valores próximos a 50 na década de 80. Desde então o comportamento da curva tornou-se mais estável (**Gráfico 11**).

Gráfico 11 - Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos). Estado de São Paulo, 1960 a 2013 e Brasil, 1990 a 2012.



Fonte: Estado de São Paulo – 1960 a 1979 – Fundação SEADE apud Laurenti⁷. 1980 a 1995 – Fundação SEADE (Informações dos Municípios Paulistas – IM). 1996 a 2013 – SIM/SINASC/ DATASUS/MS. Brasil – 1990 a 2011 – IDB 2012/DATASUS/MS. 2012 –Saúde Brasil 2013⁶.

Obs.: A partir de 1996 as informações de São Paulo passaram a ser corrigidas pelos Comitês de Mortalidade. 2013 – informações preliminares.

Observa-se uma queda muito mais lenta da RMM a partir dos anos 90, com alguns períodos de elevação. Mesmo assim, observa-se a redução discreta na RMM entre 2000 e 2008, comparados aos valores da década anterior. Porém, registra-se um aumento importante em 2009, o qual é atribuído na análise situacional do Plano Estadual anterior, já citado, à gravidade da epidemia de Influenza A H1N1 para as mulheres grávidas, não só pelos óbitos diretos de grávidas pela Influenza, mas também pela elevação da letalidade de outras emergências obstétricas que requerem cuidado intensivo, cuja oferta à época, esteve dramaticamente comprometida pelos casos da epidemia. De qualquer forma, se pode verificar que a RMM voltou a cair no estado de São Paulo em 2010, atingindo o valor de 35,9 em 2013 (dados preliminares).

2.1.9 - Causas de óbito materno

Na última década, nota-se que o número absoluto de óbitos maternos no Estado reduziu-se de 2000 (275 óbitos) para 2013 (219 óbitos), com RMM passando de 40,0 para 35,8 (dados preliminares) ou redução de 10%, conforme a **Tabela 15**. Contudo, observa-se uma diferença na proporção do tipo de causa obstétrica das mortes maternas: uma redução de 22% nas causas obstétricas diretas e um aumento de 20% nas causas obstétricas indiretas no período de 2000 a 2013 no estado de São Paulo.

Tabela 15 - Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna* segundo o Tipo de Causa Obstétrica. Estado de São Paulo, 2000 e 2013.

Tipo causa obstétrica	2000		2013	
	Óbitos	RMM	Óbitos	RMM
Morte materna obstétrica direta	200	29,1	138	22,6
.. Hipertensão	73	10,6	31	5,1
.. Hemorragias	31	4,5	33	5,4
.. Infecção puerperal	12	1,7	15	2,5
.. Aborto	13	1,9	9	1,5
..Todas as demais	71	10,3	50	8,2
Morte materna obstétrica indireta	72	10,5	77	12,6
..Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério	1	0,1	2	0,3
..Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	32	4,7	8	1,3
..Todas as demais	39	5,7	67	11,0
Morte materna obstétrica não especificada	3	0,4	4	0,7
Total de Mortes Maternas	275	40,0	219	35,8

Fonte: SIM / SINASC / DATASUS /MS. * (por 100 mil Nascidos Vivos).

Entre as causas de morte materna obstétrica direta (63% do total de óbitos), as hemorragias (15%) e a hipertensão na gestação (14%) permanecem como as causas diretas mais frequentes em 2013, e dependem fundamentalmente de assistência hospitalar pronta e qualificada às emergências e ao parto. Estas e outras causas podem ser prevenidas por meio da integração da atenção básica em saúde de boa qualidade com a assistência hospitalar, pronta e qualificada às emergências e ao parto.

Diversas medidas podem colaborar para a redução dos óbitos maternos no SUS: a implantação e acompanhamento da linha de cuidados de Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP; a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; a classificação de risco da gestante, como por exemplo, a identificação adequada da pré-eclâmpsia; ações de educação permanente para a qualificação de médicos e enfermeiros para a atenção pré- natal, ao parto e às emergências obstétricas; o fortalecimento dos Comitês de Vigilância à Morte Materna para se conhecer as dimensões verdadeiras do problema em cada região. Conhecer os fatos, identificar os problemas assistenciais e propor soluções são fundamentais para desencadear as mudanças que se fazem necessárias para a redução mais rápida do indicador.

Foto Ken Chu



2.2 - MORBIDADE HOSPITALAR NO SUS/SP

O número total de internações teve aumento muito pequeno (0,23%) nos dois anos comparados (2010 e 2014). A gravidez, o parto e o puerpério representam o capítulo da CID 10 com a maior proporção de internações no SUS/SP, atingindo 19% do total de internações nos dois anos comparados (2010 e 2014), com ligeiro aumento (0,5%) no número absoluto de internações (**Tabela 16**).

A segunda causa mais frequente de internação são as doenças do aparelho circulatório, que se reduziram no período passando de 11,3% para 10,9% (queda de 3,3% no número absoluto de internações).

Entre os demais capítulos da CID 10 mais frequentes, algumas variações podem ser destacadas entre os anos considerados, como o grande crescimento no número absoluto de internações de neoplasias (20%); o crescimento da ordem de 3% nas internações de doenças do aparelho digestivo e 3,6% nas internações de lesões por causas externas, assim como a queda de 8% nas internações por doenças do aparelho respiratório, de 14% nas internações por transtornos mentais e de 12,5% nas doenças endócrinas.

Tabela 16 - N° de Internações SUS e percentual segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) - Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Causa Cap CID10	2010			2014			Diferença % 14/10
	N°	%	Classif.	N°	%	Classif.	
XV. Gravidez parto e puerpério	441.994	18,95	1	444.215	19,01	1	0,50
IX. Doenças do aparelho circulatório	264.247	11,33	2	255.663	10,94	2	-3,25
XI. Doenças do aparelho digestivo	231.124	9,91	4	238.265	10,19	3	3,09
X. Doenças do aparelho respiratório	254.127	10,90	3	232.676	9,96	4	-8,44
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	223.888	9,60	5	231.944	9,92	5	3,60
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	167.518	7,18	6	175.509	7,51	6	4,77
II. Neoplasias (tumores)	141.515	6,07	7	169.356	7,25	7	19,67
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	108.638	4,66	8	106.461	4,56	8	-2,00
V. Transtornos mentais e comportamentais	75.837	3,25	9	65.190	2,79	9	-14,04
XXI. Contatos com serviços de saúde	60.302	2,59	10	56.388	2,41	10	-6,49
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	51.331	2,20	12	53.091	2,27	11	3,43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	46.399	1,99	14	52.663	2,25	12	13,50
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	53.962	2,31	11	47.194	2,02	13	-12,54
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	51.327	2,20	13	46.129	1,97	14	-10,13
VI. Doenças do sistema nervoso	45.714	1,96	15	42.933	1,84	15	-6,08
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	42.915	1,84	16	38.006	1,63	16	-11,44
VII. Doenças do olho e anexos	24.947	1,07	17	36.243	1,55	17	45,28
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21.786	0,93	18	20.998	0,90	18	-3,62
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	17.056	0,73	19	18.162	0,78	19	6,48
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7.257	0,31	20	6.110	0,26	20	-15,81
Total	2.331.884	100,00		2.337.196	100,00		0,23

Fonte: SIHSUS.

Na **Tabela 17** se apresentam os coeficientes de internação SUS por mil habitantes para a população total e para a população usuária exclusiva SUS no estado de São Paulo, nos anos de 2010 e 2014. Optou-se por apresentar os coeficientes de internação SUS também pela população usuária exclusiva SUS porque o estado de São Paulo tem grande proporção de população coberta pela assistência médica de planos privados de saúde suplementar (45% da população total em 2014), que também possuem a possibilidade de internação na rede de hospitais da saúde suplementar.

Tabela 17 - Coeficiente de Internação (internações SUS por mil habitantes) para a população total e a população usuária exclusiva SUS segundo principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Causa Cap CID10	Coeficiente (int/mil hab)		Variação %	Coeficiente (int/mil hab)		Variação %
	Pop total			Pop exclusiva SUS		
	2010	2014	2010	2014		
XV. Gravidez parto e puerpério	10,7	10,4	-2,8	18,8	18,8	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	6,4	6,0	-6,4	11,2	10,8	-3,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,6	5,6	-0,3	9,8	10,1	2,6
X. Doenças do aparelho respiratório	6,2	5,5	-11,5	10,8	9,8	-8,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	5,4	5,4	0,2	9,5	9,8	3,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4,1	4,1	1,3	7,1	7,4	4,3
II. Neoplasias (tumores)	3,4	4,0	15,7	6,0	7,2	19,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,6	2,5	-5,2	4,6	4,5	-2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,8	1,5	-16,9	3,2	2,8	-14,5
Todos os demais	10,3	9,8	-4,5	18,0	17,7	-1,7
Total das internações	56,5	54,8	-3,1	99,0	98,8	-0,3

Fonte: SIHSUS.

Os coeficientes de internação entre 2010 e 2014 apresentam discreta redução no total do estado e na maioria dos principais capítulos da CID 10, com graus variados de redução. Entretanto, destaca-se que os coeficientes de neoplasias continuam com variação positiva no período. Nota-se ainda, que os coeficientes para população usuária exclusiva do SUS são significativamente maiores, mas com a evolução no tempo, semelhantes ao coeficiente para a população total, com redução um pouco menor e aumento maior das internações por neoplasias.

As internações por transtornos mentais tiveram a maior redução de coeficiente entre os capítulos da CID 10 e, provavelmente, trata-se de resultado da política de desospitalização em curso no Brasil. Em estudo da SES/SP já se apontava em 2012, que ocorria queda no número de internações de saúde mental no estado de São Paulo em toda a década, principalmente para certos tipos de causas específicas de transtornos mentais predominantes no passado (pacientes com esquizofrenia, retardo mental e distúrbios relativos ao uso de álcool) embora com aumento das internações pelo uso de substâncias psicoativas¹⁷.

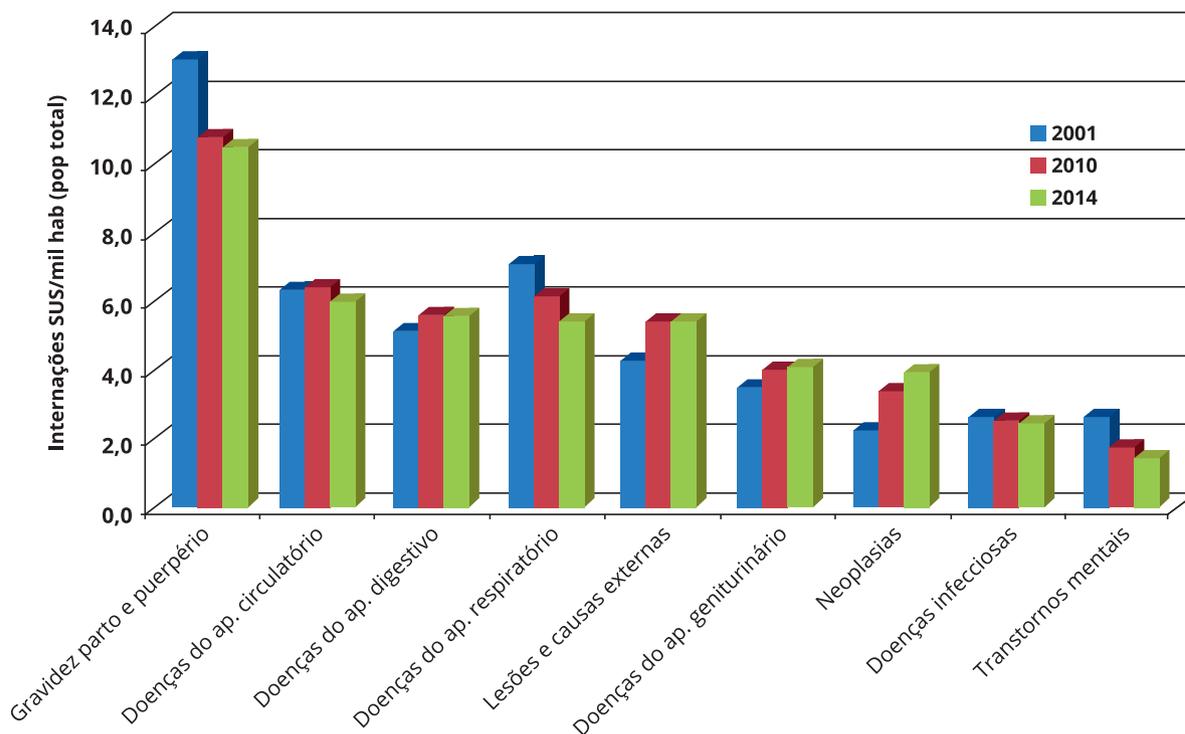
No **Gráfico 12** apresenta-se o coeficiente de internação para a população total pelos principais capítulos da CID 10, em três momentos, 2001, 2010 e 2014. Nota-se a tendência de queda nas internações por gestação e partos, porém com desaceleração nos dois anos mais recentes. Por outro lado há estabilização das internações por doenças circulatórias. As causas externas apresentam significativo aumento em 2001 e 2010 e estabilização no último período.

As neoplasias tem crescimento contínuo das internações e os transtornos mentais tem redução em todo o período apresentado.

Quanto ao valor pago pelas internações SUS no estado de São Paulo (valores da tabela de procedimentos do sistema), pode-se observar que as doenças circulatórias estão em primeiro lugar nos dois anos considerados, com discreta redução entre 2010 e 2014 (22,7% a 22%), seguidas pelas neoplasias (cujo valor aumentou de 7,8% para 10,9%) e pelas lesões e causas externas (que permaneceram com 9,7%) (**Tabela 18**).

O valor pago pelas internações por gravidez e doenças respiratórias que representavam a segunda e terceira posições em 2010 teve redução para a quarta e quinta posições, respectivamente, em 2014. O valor pago (da tabela de procedimentos do SUS) pelas internações na média total do estado aumentou 21% entre os anos considerados.

Gráfico 12 - Coeficiente de internações SUS (internações SUS por mil hab.) para a população total segundo principais Capítulos da CID 10. Estado de São Paulo, 2001, 2010 e 2014.



Fonte: SIHSUS - DATASUS/MS.

Tabela 18 - Valor Pago* (R\$) por internações SUS e percentual segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) - Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Causa Cap CID10	2010			2014			Variação % 14/10
	Valor	%	Class.	Valor	%	Class.	
IX. Doenças do aparelho circulatório	559.314.385,14	22,67	1	647.598.866,86	21,65	1	15,78
II. Neoplasias (tumores)	192.896.818,48	7,82	6	325.324.261,05	10,87	2	68,65
XIX. Lesões emven e alg out conseq causas externas	240.714.434,18	9,76	4	290.936.443,75	9,73	3	20,86
XV. Gravidez parto e puerpério	247.205.199,20	10,02	3	258.149.917,54	8,63	4	4,43
X. Doenças do aparelho respiratório	252.418.030,07	10,23	2	256.540.853,41	8,58	5	1,63
XI. Doenças do aparelho digestivo	208.710.402,88	8,46	5	254.661.966,27	8,51	6	22,02
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	140.499.585,19	5,70	7	200.270.784,77	6,69	7	42,54
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	121.375.079,40	4,92	9	172.673.257,24	5,77	8	42,26
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	137.688.812,25	5,58	8	157.609.622,86	5,27	9	14,47
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	65.121.889,48	2,64	10	72.646.819,62	2,43	10	11,56
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	52.459.176,77	2,13	11	67.173.891,67	2,25	11	28,05
VI. Doenças do sistema nervoso	51.739.702,94	2,10	12	60.059.115,43	2,01	12	16,08
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	34.253.400,25	1,39	14	40.717.971,00	1,36	13	18,87
V. Transtornos mentais e comportamentais	50.635.987,41	2,05	13	40.126.961,46	1,34	14	-20,75
VII. Doenças do olho e anexos	20.819.534,22	0,84	17	32.991.732,61	1,10	15	58,47
XXI. Contatos com serviços de saúde	23.858.974,89	0,97	15	30.231.833,31	1,01	16	26,71
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	23.409.307,78	0,95	16	28.442.134,86	0,95	17	21,50
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20.483.214,32	0,83	18	26.176.978,19	0,88	18	27,80
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	12.654.935,97	0,51	19	16.776.616,57	0,56	19	32,57
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10.648.568,38	0,43	20	12.468.262,61	0,42	20	17,09
Total	2.466.907.439,20	100,00		2.991.578.291,08	100,00		21,27

Fonte: SIHSUS.

Quando se observam as causas de internação, conforme Lista de Tabulação para morbidade da CID 10, fornecida pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS para classificação da causa básica de internação pode-se notar que em 2014, as primeiras 40 causas de internação respondem por 63% das internações e 58% do valor pago pelo sistema. O parto continua sendo a primeira causa de internação (8,1%) e outras complicações da gravidez e do parto estão em terceiro lugar (**Tabela 19**).

Entre outras doenças frequentes, registram-se como internações do aparelho respiratório, as pneumonias, outras doenças respiratórias, a bronquite e as doenças obstrutivas crônicas e a asma; entre lesões e causas externas temos as fraturas de outros ossos, as fraturas do fêmur e o traumatismo intracraniano; nas internações do aparelho circulatório salienta-se a insuficiência cardíaca, o infarto do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração, o acidente vascular cerebral e a hipertensão arterial; e entre outras causas variadas de internação, ainda se destacam a diabetes, as hérnias, a colelitíase e a colecistite, o aborto, a urolitíase etc.

As 40 principais causas de internação, não correspondem necessariamente na mesma ordem aos gastos do sistema com as internações como se pode observar na tabela citada, pois as doenças isquêmicas do coração são as com maior gasto (6,2%), seguidas das pneumonias (4,6%).

Da mesma forma, quando separamos as 40 principais causas de internação por sexo (**Tabelas 20 e 21**) podem ser observadas significativas diferenças.

Entre as 40 causas principais de internação masculinas, algumas se destacam das femininas pela frequência com que aparecem, como as internações pelos transtornos relativos ao uso de álcool (30ª posição) e de substâncias psicoativas (34ª), o infarto agudo do miocárdio (10ª), o AVC (11ª) e as lesões e traumas que se tornam causas bem mais importantes de internação masculina (2ª, 3ª e 8ª causas) que feminina.

No sexo feminino nenhuma das duas causas de internação mais frequentes por transtornos mentais citadas para os homens aparecem entre as 40 principais causas de internação. Adquirem importância como causa de internação, a neoplasia de mama (18ª), a coledocite e colecistite (5ª), o aborto espontâneo (12ª) e o leiomioma de útero (24ª).

A diabetes aparece para ambos os sexos, como 28ª causa de internação para homens e 31ª causa entre as mulheres. O mesmo com a fratura de fêmur, 26ª causa de internação para homens e 32ª causa entre as mulheres.

Tabela 19 - 40 Principais causas de internação SUS e valor pago em R\$ de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). Estado de São Paulo – 2014.

Lista Morbidade CID-10	Internações	%	Valor Total	%
1 .. 243 Parto único espontâneo	189.296	8,10	110.695.145,14	3,70
2 .. 242 Outras complicações da gravidez e do parto	133.020	5,69	79.253.836,15	2,65
3 .. 169 Pneumonia	128.592	5,50	138.324.357,51	4,62
4 .. 274 Fratura de outros ossos dos membros	77.046	3,30	55.304.680,62	1,85
5 .. 195 Colelitíase e colecistite	50.930	2,18	40.074.940,02	1,34
6 .. 217 Outras doenças do aparelho urinário	46.600	1,99	22.367.176,26	0,75
7 .. 239 Out assis mãe rel c fet e amni,e prob parto	46.471	1,99	34.439.968,45	1,15
8 .. 151 Insuficiência cardíaca	42.729	1,83	71.063.516,66	2,38
9 .. 148 Outras doenças isquêmicas do coração	39.519	1,69	179.973.285,41	6,02
10 .. 199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	36.346	1,56	17.728.099,68	0,59
11 .. 281 Out traum de reg espec e ne de reg múltipl	32.515	1,39	22.111.788,30	0,74
12 .. 155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	29.165	1,25	37.834.365,38	1,26
13 .. 270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	28.521	1,22	20.685.257,37	0,69
14 .. 188 Outras hérnias	27.644	1,18	18.751.013,36	0,63
15 .. 197 Outras doenças do aparelho digestivo	27.235	1,17	20.887.510,33	0,70
16 .. 293 Anticoncepção	26.956	1,15	14.561.346,21	0,49
17 .. 017 Septicemia	26.918	1,15	109.771.092,24	3,67
18 .. 147 Infarto agudo do miocárdio	26.799	1,15	91.444.308,28	3,06
19 .. 187 Hérnia inguinal	26.463	1,13	15.968.382,11	0,53
20 .. 018 Outras doenças bacterianas	24.959	1,07	53.096.027,73	1,77
21 .. 186 Doenças do apêndice	24.854	1,06	15.800.502,21	0,53

Lista Morbidade CID-10	Internações	%	Valor Total	%
22 .. 278 Traumatismo intracraniano	24.819	1,06	41.268.178,88	1,38
23 .. 179 Outras doenças do aparelho respiratório	24.743	1,06	71.880.255,66	2,40
24 .. 192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	23.399	1,00	27.826.283,08	0,93
25 .. 214 Insuficiência renal	22.317	0,95	97.708.235,29	3,27
26 .. 096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	22.051	0,94	30.757.418,81	1,03
27 .. 288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	21.914	0,94	53.965.506,90	1,80
28 .. 215 Urolitíase	21.529	0,92	12.215.479,25	0,41
29 .. 236 Outras gravidezes que terminam em aborto	21.513	0,92	5.706.948,19	0,19
30 .. 115 Esquizofrenia,trans esquizotip e delirantes	21.426	0,92	15.045.810,36	0,50
31 .. 273 Fratura do fêmur	21.306	0,91	48.479.896,92	1,62
32 .. 104 Diabetes mellitus	20.986	0,90	16.453.524,03	0,55
33 .. 162 Veias varicosas das extremidades inferiores	20.324	0,87	13.861.479,71	0,46
34 .. 297 Pessoas cont c srv saúde p cuid e proc esp	19.714	0,84	13.714.552,78	0,46
35 .. 133 Catarata e outros transtornos do cristalino	19.216	0,82	11.188.617,44	0,37
36 .. 253 Out afec originadas no período perinatal	19.154	0,82	13.662.479,37	0,46
37 .. 175 Bronquite,enfisema e doen pulmon obstr cron	18.197	0,78	18.273.847,02	0,61
38 .. 150 Transt de condução e arritmias cardíacas	16.690	0,71	64.496.349,57	2,16
39 .. 198 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	16.317	0,70	8.448.878,51	0,28
40 .. 173 Doen crônicas das amígdalas e das adenóides	16.271	0,70	7.313.111,38	0,24
Total das 40 causas principais	1.484.464	63,51	1.742.403.452,57	58,24
Total	2.337.196	100,00	2.991.578.291,08	100,00

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

Tabela 20 - 40 Principais causas de internação SUS (CID 10*) no sexo masculino. Estado de São Paulo - 2014.

Lista Morbidade CID-10	Internações	%
1 .. 169 Pneumonia	68.693	6,89
2 .. 274 Fratura de outros ossos dos membros	54.597	5,47
3 .. 281 Out traum de reg espec e ne de reg múltipl	24.095	2,42
4 .. 148 Outras doenças isquêmicas do coração	23.961	2,40
5 .. 187 Hérnia inguinal	22.838	2,29
6 .. 151 Insuficiência cardíaca	21.625	2,17
7 .. 199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	18.526	1,86
8 .. 278 Traumatismo intracraniano	18.507	1,86
9 .. 217 Outras doenças do aparelho urinário	17.908	1,80
10 .. 147 Infarto agudo do miocárdio	17.303	1,74
11 .. 155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	15.443	1,55
12 .. 270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	15.133	1,52
13 .. 197 Outras doenças do aparelho digestivo	14.983	1,50
14 .. 186 Doenças do apêndice	14.768	1,48
15 .. 017 Septicemia	14.303	1,43
16 .. 188 Outras hérnias	14.252	1,43
17 .. 179 Outras doenças do aparelho respiratório	13.974	1,40
18 .. 221 Prepúcio redundante, fimose e parafimose	13.947	1,40
19 .. 018 Outras doenças bacterianas	13.600	1,36
20 .. 214 Insuficiência renal	12.954	1,30
21 .. 192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	12.778	1,28
22 .. 115 Esquizofrenia,trans esquizotip e delirantes	12.585	1,26
23 .. 297 Pessoas cont c srv saúde p cuid e proc esp	12.539	1,26
24 .. 288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	12.467	1,25
25 .. 195 Colelitíase e colecistite	12.108	1,21
26 .. 273 Fratura do fêmur	11.206	1,12
27 .. 293 Anticoncepção	10.875	1,09
28 .. 104 Diabetes mellitus	10.543	1,06
29 .. 215 Urolitíase	10.309	1,03
30 .. 113 Transt mentais e comp dev ao uso de álcool	9.875	0,99
31 .. 198 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	9.749	0,98
32 .. 253 Out afec originadas no período perinatal	9.676	0,97
33 .. 175 Bronquite,enfisema e doen pulmon obstr cron	9.525	0,96
34 .. 114 Trans ment e comp dev uso out subst psicoat	9.397	0,94
35 .. 096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	8.834	0,89
36 .. 150 Transt de condução e arritmias cardíacas	8.681	0,87
37 .. 249 Out trans respirat origin no per perinatal	8.608	0,86
38 .. 173 Doen crônicas das amígdalas e das adenóides	8.401	0,84
39 .. 133 Catarata e outros transtornos do cristalino	8.196	0,82
40 .. 005 Diarréia e gastroenterite ori infec presum	7.807	0,78
Total da 40 principais causas	635.569	63,73
Total	997.238	100,00

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

Tabela 21 - 40 Principais causas de internação SUS (CID 10 *) no sexo feminino. Estado de São Paulo - 2014.

Lista Morbidade CID-10	Fem.	%
1 .. 243 Parto único espontâneo	189.296	14,13
2 .. 242 Outras complicações da gravidez e do parto	133.020	9,93
3 .. 169 Pneumonia	59.899	4,47
4 .. 239 Out assis mãe rel c fet e amni,e prob parto	46.471	3,47
5 .. 195 Colelitíase e colecistite	38.822	2,90
6 .. 217 Outras doenças do aparelho urinário	28.692	2,14
7 .. 274 Fratura de outros ossos dos membros	22.449	1,68
8 .. 236 Outras gravidezes que terminam em aborto	21.513	1,61
9 .. 151 Insuficiência cardíaca	21.104	1,57
10 .. 199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	17.820	1,33
11 .. 293 Anticoncepção	16.081	1,20
12 .. 234 Aborto espontâneo	16.037	1,20
13 .. 162 Veias varicosas das extremidades inferiores	15.805	1,18
14 .. 148 Outras doenças isquêmicas do coração	15.558	1,16
15 .. 237 Edema,proteinúria,hip na grav,parto e puerp	15.172	1,13
16 .. 233 Outros transt do aparelho geniturinário	14.274	1,07
17 .. 155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	13.722	1,02
18 .. 073 Neoplasia maligna da mama	13.614	1,02
19 .. 188 Outras hérnias	13.392	1,00
20 .. 270 Out sint,sin e ach anorm de ex cle lab ne	13.388	1,00
21 .. 096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	13.217	0,99
22 .. 017 Septicemia	12.615	0,94
23 .. 197 Outras doenças do aparelho digestivo	12.252	0,91
24 .. 092 Leiomioma do útero	12.187	0,91
25 .. 018 Outras doenças bacterianas	11.359	0,85
26 .. 215 Urolitíase	11.220	0,84
27 .. 133 Catarata e outros transtornos do cristalino	11.020	0,82
28 .. 179 Outras doenças do aparelho respiratório	10.769	0,80
29 .. 192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	10.621	0,79
30 .. 244 Compl pred rel a puerp e out afec obst ne	10.585	0,79
31 .. 104 Diabetes mellitus	10.443	0,78
32 .. 273 Fratura do fêmur	10.100	0,75
33 .. 186 Doenças do apêndice	10.086	0,75
34 .. 213 Doenças renais túbulo-intersticiais	9.881	0,74
35 .. 240 Trabalho de parto obstruído	9.527	0,71
36 .. 147 Infarto agudo do miocárdio	9.496	0,71
37 .. 253 Out afec originadas no período perinatal	9.478	0,71
38 .. 288 Compl precoc de traum e compl e ass med nc	9.447	0,71
39 .. 214 Insuficiência renal	9.363	0,70
40 .. 115 Esquizofrenia,trans esquizotip e delirantes	8.841	0,66
Total da 40 principais causas	938.636	70,05
Total	1.339.958	100,00

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



2.3 - DOENÇAS ENDÊMICAS E EPIDÊMICAS E OUTROS FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE

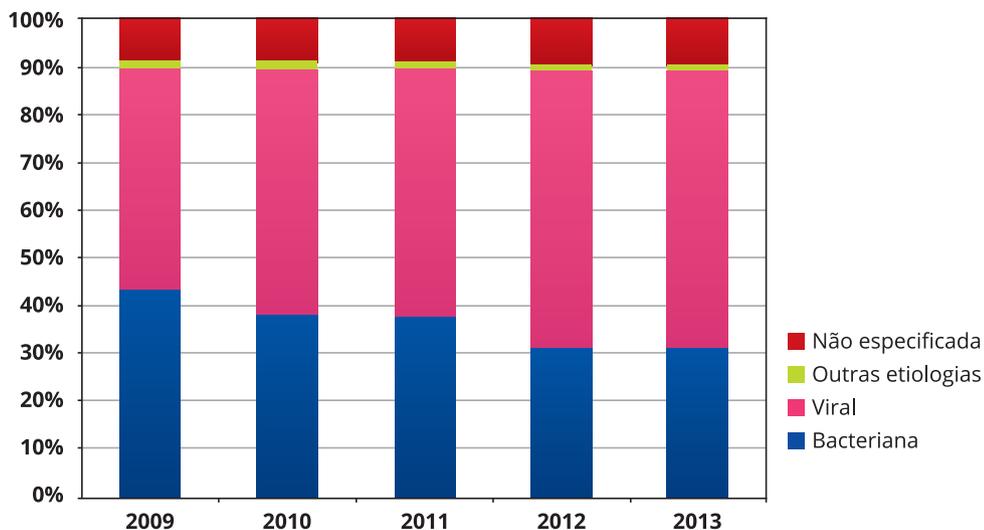
O conceito de Vigilância em Saúde é o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde. No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde as ações de Vigilância em Saúde são coordenadas pela Coordenadoria de Controle de Doenças, que é responsável pelo levantamento e sistematização dos dados relacionados às doenças endêmicas e epidêmicas e outros fatores de risco para a saúde que serão aqui apresentados. O aprimoramento da vigilância torna possível a prevenção e controle dos agravos e doenças que atingem a população do Estado.

2.3.1 - Meningites

As meningites de origem infecciosa, principalmente relacionadas às bactérias e aos vírus, são de importância significativa do ponto de vista de saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos/epidemias. A gravidade da doença, o tratamento e as medidas de controle diferem dependendo da causa.

No estado de São Paulo, no período de 2009 a 2013, 90% das meningites foram confirmadas com etiologia bacteriana e viral, em 10% não foi possível identificar o agente causal (meningites não especificadas), figura 4.

Figura 4 - Distribuição proporcional de casos confirmados de meningites, segundo etiologias, ESP, 2009-2013.



Fonte: SinanNet.

No que se refere às meningites bacterianas, até a metade da década de 2000, aproximadamente 50% eram classificadas como não determinadas, isto é, sem identificação do agente etiológico. Em 2007, houve a redução deste percentual para 20% com a introdução do exame da PCR (reação em cadeia de polimerase) em tempo real triplex (RT-PCR) para a *Neisseria meningitidis*, o *Haemophilus influenzae* e o *Streptococcus pneumoniae*.

No segundo semestre de 2010, foram introduzidas no calendário de vacinação de rotina a vacina conjugada contra o meningococo do sorogrupo C e a vacina 10 valente conjugada contra o pneumococo, para as crianças acima de dois meses de idade e menores de dois anos. A partir de 2011, constatou-se um decréscimo gradativo e importante na taxa de incidência da doença meningocócica pelo meningococo sorogrupo C nos menores de dois anos (de 10

para 2 por 100.000 hab.) e da taxa de incidência de meningite pelo pneumococo (de 9 para 6 por 100.000 habitantes).

No período de 2009 a 2013, o percentual de sorogrupagem da doença meningocócica no estado de São Paulo foi de aproximadamente 60%, com predomínio do sorogrupo C. Neste período, a doença meningocócica apresentou taxa de letalidade de aproximadamente 10% e a sepsis meningocócica 30%. Em relação ao pneumococo, a taxa de letalidade foi de aproximadamente 25%.

Os surtos representam um fenômeno epidemiológico fundamentalmente diferente da ocorrência endêmica da doença. Neste contexto, no decorrer do período, vários surtos de doença meningocócica sorogrupo C foram identificados no estado. As vacinas polissacarídica e a conjugada C foram utilizadas como medida adicional para o controle efetivo dos surtos no estado de São Paulo, aliadas às medidas de controle complementares.

2.3.2 - Doenças Exantemáticas

Estima-se que a transmissão endêmica do vírus do sarampo foi interrompida no estado de São Paulo (ESP) em 2000. De 2001 a 2009, o ESP registrou dois casos isolados e dois casos relacionados a um surto no Brasil, importados ou vinculados à importação do vírus de regiões do mundo, onde a doença ainda não foi controlada.

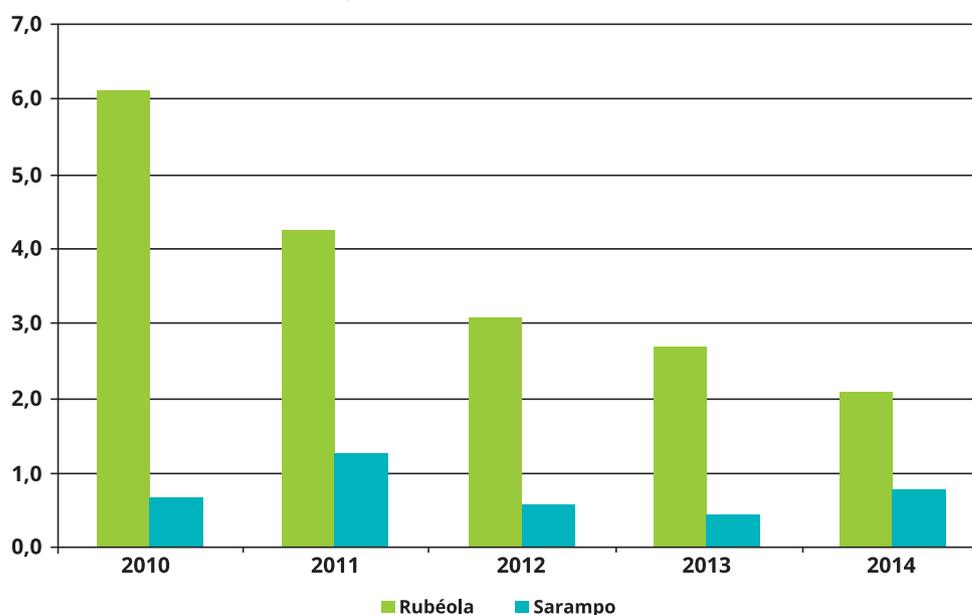
No período de 2010 a 2014 no ESP, houve em média 280 registros anuais de suspeita de sarampo, com a confirmação de um caso da doença em 2012 e sete casos em 2014.

A vigilância da rubéola integrada à do sarampo foi implantada em 1992 no ESP, quando da introdução da vacina tríplice viral (VTV) no calendário estadual e, em 1996, no Brasil. O último surto de rubéola no Brasil ocorreu em 2007, atingindo 21 estados, incluindo o ESP. A Campanha Nacional de Vacinação contra a Rubéola, realizada entre agosto e dezembro de 2008, alcançou a cobertura vacinal no ESP de 95%, na faixa etária de 20 a 39 anos, em ambos os sexos. A partir daí, estima-se que a circulação do vírus da rubéola tenha sido controlada em território nacional, incluindo o ESP, em 2009.

Desta maneira, a vigilância do sarampo e da rubéola tem como objetivo manter a interrupção da circulação endêmica viral, por meio da detecção precoce e resposta oportuna a qualquer introdução dos vírus no ESP. Neste sentido, torna-se imprescindível manter o alerta para rápida detecção, notificação, deflagração imediata das medidas de controle e conclusão laboratorial de qualquer caso suspeito de sarampo e rubéola.

No período de 2010 a 2014, a taxa de notificação de casos suspeitos de sarampo no ESP não atingiu a meta proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de pelo menos dois casos por 100.000 habitantes. No mesmo período, a taxa de notificação de casos suspeitos de rubéola no ESP ultrapassou esta meta, mas tem decrescido ao longo destes anos (**Figura 5**).

Figura 5 - Taxa de notificação de casos de Sarampo e Rubéola, ESP, 2010 - 2014.



Fonte: SinanNet.

O indicador pactuado no Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015, cuja meta preconizada é encerrar por critério laboratorial 90% dos casos notificados de rubéola e sarampo, ultrapassou a meta nos anos de 2010 a 2014, mantendo uma tendência constante.

A medida de prevenção mais eficaz contra o Sarampo e Rubéola é a vacinação. As coberturas vacinais altas e a homogeneidade devem ser mantidas, com vistas a garantir e sustentar a interrupção da circulação dos vírus em território paulista.

Igualmente, com o recrudescimento atual do sarampo em nível global, o risco potencial de importação de casos persiste e constitui uma ameaça premente para os países que se encontram em fase de eliminação deste agravo. Para tanto, o grande desafio é manter coberturas vacinais elevadas (95%) nas faixas etárias recomendadas e vigilância ativa e sensível a todo e qualquer caso suspeito de doença exantemática.

2.3.3 - Poliomielite - Manutenção da Erradicação e Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA)

O risco de importação de casos ou do vírus da Poliomielite pela existência de circulação do vírus em alguns países do mundo é um desafio permanente para as ações de vigilância epidemiológica.

Para manter a condição da erradicação da Poliomielite no território paulista as ações da Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA), de Vacinação com altas coberturas e o Monitoramento Ambiental de Poliovirose em esgotos de locais sentinelas tem se mostrado sensível, permitindo identificação de riscos na reintrodução do vírus. Em 2014, o monitoramento ambiental em esgoto sanitário identificou a presença de poliovírus 1 selvagem (PV1) no aeroporto de Viracopos-Campinas e do poliovírus vacinal derivado da vacina (VDPV) no porto de São Sebastião; estes achados não modificam a condição de doença erradicada no país e até o momento não houve nenhuma notificação de caso suspeito de Poliomielite no estado.

Para analisar a vigilância da PFA foram selecionados dois indicadores clássicos dos quatro principais recomendados pela OMS: a Taxa de Notificação de casos de PFA em menores de 15 anos por 100 mil (Meta - Notificar pelo menos 1 caso de PFA) e a Taxa de coleta oportuna de fezes – (Meta: coleta oportuna em pelo menos 80% dos casos notificados de PFA).

A meta da taxa de notificação foi alcançada nos anos de 2011, 2012 e 2014, sendo que nos anos de 2010 e 2013, estiveram próximas da meta, tabela 22. Nas regiões ou municípios que não atingem a meta são realizadas buscas ativas sistemáticas e supervisões nas unidades hospitalares, além de rastreamento sistemático na base de dados do Sistema de Informações Hospitalares. Os resultados destes trabalhos mostram que não há casos subnotificados e que há uma variabilidade na ocorrência anual de casos de PFA, especialmente da Síndrome de Guillain-Barré, que é a doença principal cuja frequência embasou os estudos da OMS na década de 90.

Tabela 22 - Taxa de notificação de Casos de PFA de 2010 a 2014.

Ano	Tx. Notif/100 mil < 15 anos	Meta - 1 caso/100 mil < 15 anos
2010	0,91	1
2011	1.04	1
2012	1.02	1
2013*	0,85	1
2014*	1.00	1

Fonte: Casos SINAN Net Corrigido - DDTHA/CVE e População – Estimativa IBGE 2010 a 2012

(*) não há estimativas do IBGE para 2013 e 2014 por faixa etária, segundo a recomendação da SVS/MS, utilizou-se a estimativa de 2012.

A Meta da taxa de coleta oportuna de fezes não tem sido atingida, o que pode ser explicado devido a notificações tardias, com conclusão de casos que descartam o diagnóstico de poliomielite utilizando métodos diagnósticos por imagem (IRM - imagem por ressonância magnética, ENMG - Eletro-neuromiografia) e líquido, exames considerados mais avançados e mais rápidos.

É importante ressaltar que todos os casos são rigorosamente analisados pela vigilância municipal, estadual e federal, verificando-se os diagnósticos e como resultado, observa-se 100% dos casos como não pólio, isto é, descartados para pólio selvagem.

2.3.4 - Influenza/SRAG

Em 2000, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) iniciou no país a implantação do modelo de vigilância sentinela para o vírus influenza, por meio da qual são monitorados os atendimentos por síndrome gripal (SG) e as cepas dos vírus da influenza que circulam no estado. O fluxo destas informações ocorre por meio de um sistema denominado Sivep-Gripe, via internet, gerenciado pela SVS/MS.

A Portaria 2.693/GM/MS, de novembro de 2011, instituiu incentivo financeiro para a vigilância sentinela da influenza, no sentido do fortalecimento deste modelo no país. Em 2013, houve a expansão de novas unidades de SG, incluindo os atendimentos dos casos internados com CID J09 a J18 e coleta de espécimes clínicos dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG internados em UTI, para análise das cepas dos vírus circulantes, nas capitais brasileiras.

Até 2014, totalizaram-se 21 unidades sentinela de SG e oito unidades de SRAG internados em UTI. Vale ressaltar que o processo de implantação foi heterogêneo, principalmente no que diz respeito à data de implantação e regularidade da coleta de amostras biológicas preconizadas por semana epidemiológica (80%).

Atualmente, o Sistema Sentinela de Vigilância da Influenza, no estado de São Paulo, segue o modelo de vigilância epidemiológica recomendado pelo Ministério da Saúde. Sendo que cada unidade sentinela promove, semanalmente, a coleta de cinco amostras respiratórias de pacientes com sintomas clínicos de síndrome gripal e a coleta das amostras de casos de SRAG internados em UTI. Todas as amostras biológicas são submetidas a exame



laboratorial no Instituto Adolfo Lutz, para identificação e caracterização antigênica e genômica do vírus de influenza. O diagnóstico diferencial por IFI (imunofluorescência indireta) para outros vírus do painel respiratório é realizado regularmente, apenas para amostras de cinco unidades sentinela ou em situações especiais como surtos ou agregados de casos e óbitos. As amostras positivas e classificadas por subtipo de influenza são liofilizadas e remetidas ao Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta (CDC), nos Estados Unidos, que é responsável pela complementação da caracterização viral. Baseada nessas análises, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina a formulação anual da composição da vacina contra a influenza para os laboratórios produtores, cuja recomendação é enviada aos países membros da rede de vigilância global.

De acordo com os dados disponíveis no Sivep-Gripe, de 2010 a 2014, observou-se, no estado de São Paulo, o cumprimento da meta de 80% dos casos de SG com coleta de amostra respiratória em relação ao preconizado, exceto em 2013 que coincidiu com o processo de reestruturação e fortalecimento da rede sentinela de influenza no país.

A vigilância universal de casos suspeitos hospitalizados de SRAG foi iniciada em 2009, em decorrência da pandemia de Influenza A(H1N1)pdm09. Na ocasião, houve o incremento do diagnóstico com a adição da RT-PCR, pelo laboratório de referência estadual.

Vale ressaltar a importância de ampliar e fortalecer o diagnóstico etiológico dos vírus respiratórios constantes do painel respiratório, com a descentralização da RT-PCR no âmbito estadual.

2.3.5 - Coqueluche

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, que compromete especificamente o aparelho respiratório inferior, sendo que as crianças menores de um ano apresentam quadros mais graves da doença.

Há 15 anos, o ESP opera com a vigilância universal e o modelo de vigilância sentinela da coqueluche, totalizando 33 unidades sentinela, estrategicamente distribuídas, com avaliações sistemáticas e periódicas por meio de indicadores específicos.

No período de 2010 a 2014, a taxa de incidência da coqueluche no estado recrudescer na faixa etária dos menores de um ano, de 30 para 257

por 100.000 habitantes. Este aumento ocorreu mais precisamente nos menores de dois e seis meses, que não estão completamente imunizados, podendo contrair a infecção geralmente transmitida por um membro da família e evoluir com complicações e óbito. A letalidade média no período foi de 3,7%.

Em 2014, a vacina tríplice bacteriana acelular foi incluída no calendário estadual para a população de gestantes e de profissionais de saúde que trabalham em maternidade e UTI neonatal, com o objetivo de reduzir a transmissão da coqueluche entre lactentes jovens (com idade pré-vacinação).

Atualmente, a coqueluche tem sido considerada uma doença reemergente. Em alguns países desenvolvidos com cobertura vacinal alta, a doença tem ressurgido. Há relatos de aumento de incidência, especialmente, entre adolescentes e adultos jovens.

2.3.6 - Surto de Varicela, Caxumba e Escarlatina

A varicela, caxumba e escarlatina são doenças que, em situações de surtos/ epidemias, devem ser devidamente registradas e monitoradas no boletim de notificação de surtos no Sinan, para que se conheça melhor o comportamento epidemiológico dessas doenças. Assim como a efetivação das medidas de prevenção e controle, que se encontram contempladas nas instruções normativas específicas.

Atualmente, conforme diretriz nacional, os casos internados e óbitos por varicela devem ser notificados no Sinan.

No segundo semestre de 2013, houve ampliação do calendário básico de vacinação com a vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), que substituiu a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) para as crianças de 15 meses de idade.

2.3.7 - Imunobiológicos

O Programa Estadual de Imunizações (PEI) tem como missão o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis.

As ações de vacinação estão voltadas para todos os grupos etários por meio de cinco calendários básicos: criança, adolescente, adulto, gestantes e idosos. Atualmente, são evitadas 17 doenças: tuberculose, hepatite B e A, difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, rotavírus, hemófilo B, pneumococo, meningococo, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, febre amarela e HPV.

Nos últimos cinco anos, foram incluídas no calendário básico nove vacinas que estavam faltando para a proteção das doenças imunopreveníveis:

- 2010: as vacinas conjugadas pneumocócica 10-valente e a meningocócica C e a vacina influenza para as crianças entre 6 meses e menores de 2 anos de idade.
- 2012: a vacina Pentavalente, uma vacina combinada que protege contra a difteria, tétano, coqueluche, hemófilo e hepatite B e a vacina inativada contra a poliomielite (VIP) com a implantação do esquema sequencial.
- 2013: a vacina HPV que irá prevenir contra o câncer do colo de útero e as verrugas genitais e a vacina varicela.
- 2014: vacina hepatite A e a dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto), que irá contribuir para a redução de casos de coqueluche entre os lactentes.

No período de 2010 a 2014, observa-se que no estado de São Paulo as coberturas vacinais são elevadas, mas não homogêneas, isto é, algumas regiões apresentam altas coberturas, enquanto outras podem levar a formação

de bolsões de pessoas suscetíveis à doença, possibilitando assim a reintrodução da mesma.

Neste período observou-se o controle das doenças imunopreveníveis. Destaca-se a tendência de queda das meningites por meningococo C e o pneumococo após a introdução das vacinas, a manutenção da erradicação da poliomielite e a não circulação endêmica do vírus do sarampo, apesar da circulação de ambos os vírus em vários países do mundo. A redução de internações por diarreia em crianças após a introdução da vacina rotavírus e a drástica redução de casos de difteria sendo notificados no máximo dois casos por ano nesse período, e do tétano neonatal que desde 1999 não há registro de nenhum caso no estado de São Paulo.

A inclusão da vacina HPV para as adolescentes de 9 a 13 anos de idade, terá um impacto importante na redução dos casos de câncer de colo de útero e das verrugas genitais e a inclusão da vacina dTpa para as gestantes, para redução de casos nos lactentes será um grande desafio.

O Programa Estadual de Imunização contribui de forma decisiva para a proteção e promoção da saúde da população paulista.

Tabela 23 - Cobertura e homogeneidade segundo vacina e ano. Estado de São Paulo – 2010 a 2014.

VACINA	2010		2011		2012		2013		2014	
	COB	HOMO	COB	HOMO	COB	HOMO	COB	HOMO	COB	HOMO
BCG	100,2	49,6	102,2	40,8	100,8	30,2	103,7	51,6	103,5	52,9
POLIOMIELITE	95,4	60,0	98,91	70,23	93,5	40,3	99,0	69,3	95,7	64,8
PENTAVALENTE	96,6	62,2	99,4	70,9	94,0	43,9	97,2	61,7	95,5	65,1
ROTAVÍRUS	88,1	59,7	92,7	54,3	88,7	49,6	94,9	72,9	91,5	75,2
PNEUMOCÓCICA*			85,4	34,4	86,8	25,0	95,8	56,3	100,6	74,6
MENINGOCÓCICA C **			120,4	94,5	95,8	46,2	102,2	74,0	97,4	70,4
SRC	93,3	50,4	101,2	68,68	99,7	66,4	103,3	76,4	105,0	74,9
INFLUENZA - CRIANÇAS ***			87,5	79,8	94,7	90,7	98,9	93,8	83,2	67,6

Fonte: Divisão de imunização – CVE e Programa Nacional de Imunizações População SEADE (2010 a 2012) e SINASC (2013-2014)

*vacina introduzida no calendário em março/2010

**vacina introduzida no calendário em setembro/2010

***até 2013 crianças entre 6 meses e < 2 anos e em 2014 crianças entre 6 meses e <5 anos.

Tabela 24 - Distribuição proporcional da cobertura e homogeneidade da vacina Hepatite B em menores de um ano. Estado de São Paulo, 2009-2014.

Ano	Vacina Hepatite B* (3ª Dose)	
	Cobertura (%)	Homogeneidade (%)
2009	97,8	71,2
2010	92,6	62,2
2011	99,4	70,9
2012	94,0	43,9
2013	97,2	61,7
2014	95,5	65,1

Fonte: Divisão de Imunização – API / NIVE / CVE.

População: Fundação SEADE/SP (sobrevivência de nascidos vivos).

* Inclui doses de vacina com hepatite B sob forma isolada e combinada (vacina pentavalente).



2.3.8 - Vigilância das Infecções Hospitalares e Vigilância Epidemiológica Hospitalar

2.3.8.1 - Infecção Hospitalar

O Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo, implantado em 2006, caracteriza-se como um modelo de vigilância de infecção hospitalar de base governamental para outros estados do país e para a coordenação nacional de infecção hospitalar.

Foi definido como prioridade para os dois primeiros anos de implantação do sistema, o estímulo à adesão. Este objetivo foi atingido, uma vez que em 2014 a adesão ao sistema foi de 98% (176/179).

A tabela a seguir mostra a magnitude das infecções hospitalares em 2012 e 2013.

Tabela 25 - Número de infecções hospitalares notificadas no Estado de São Paulo entre 2012 e 2013.

Nº Infecções hospitalares notificadas no ESP	Ano 2013	Ano 2012	População sob vigilância
Infecção cirúrgica	12474	14383	Pacientes internados em hospitais do ESP: 758
Infecção de corrente sanguínea	9232	9880	
Pneumonia hospitalar	9262	10909	
Infecção urinária	5450	6940	
Total de infecções hospitalares	36418	42112	
Nº bactérias multirresistentes em IH	4766	5747	
Média de ocorrência de IH/dia	100	108	

Fonte: SVEIH.

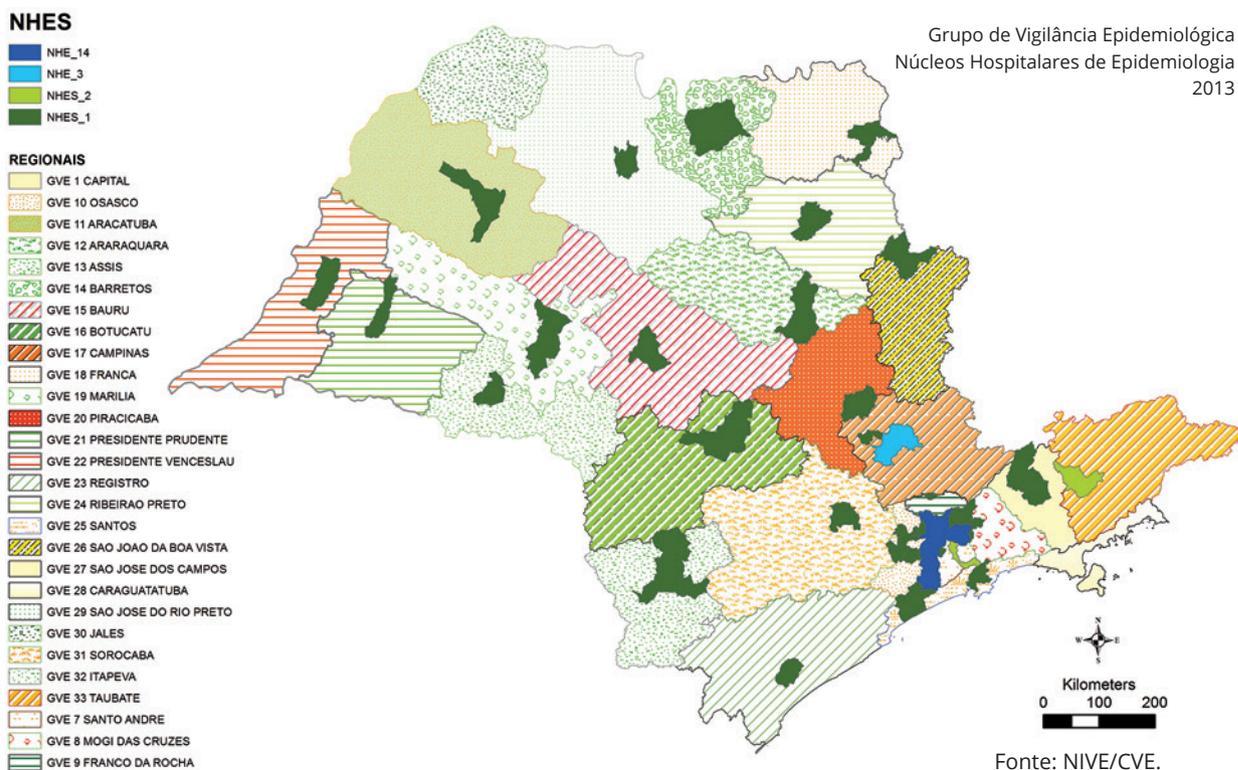
De acordo com a tabela o número de infecções hospitalares com isolamento de bactérias multirresistentes é bastante elevado.

A ocorrência de bactérias multirresistentes em infecções associadas à assistência em hospitais e unidades de saúde extra-hospitalares representa um problema de saúde pública, com peculiaridades no seu diagnóstico, controle da transmissão e tratamento adequado - um Desafio Mundial do Milênio sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

2.3.8.2 - Vigilância Epidemiológica Hospitalar - VE

A Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Estado de São Paulo é composta por 56 Hospitais com Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), cujo objetivo é detectar e investigar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico de modo estratégico, desenvolvida em hospitais que atuam como unidades sentinela para a vigilância hospitalar.

Mapa 10 - Distribuição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado de São Paulo.



2.3.9 - Doenças emergentes e reemergentes

2.3.9.1 - Dengue

Dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Desde a sua introdução em 1987 no estado de São Paulo, o padrão epidemiológico da doença apresentou períodos de baixa transmissão intercalados com epidemias geralmente associadas à introdução de novo sorotipo ou à alteração do sorotipo predominante. Nos últimos cinco anos, os anos de 2010, 2013 e 2014 foram considerados epidêmicos. Em 2014 o maior número de casos ocorreu na região metropolitana de Campinas e da Capital, sendo que 60% do total de casos do estado ocorreram em 10 municípios (**Tabela 26**).

Tabela 26 - Distribuição dos casos de dengue nos dez municípios com maiores números de casos em 2014.

Mun. Residência SP	Total casos confirmados	Total acumulado	Porcentagem acumulada
350950 Campinas	42283	42283	21,26
355030 São Paulo	30052	72335	36,38
355410 Taubaté	9712	82047	41,27
350160 Americana	9009	91056	45,80
351880 Guarulhos	5370	96426	48,50
353440 Osasco	4991	101417	51,01
352850 Mairiporã	4803	106220	53,43
352530 Jaú	4416	110636	55,65
350650 Birigui	3707	114343	57,51
352040 Ilhabela	3593	117936	59,32

Fonte: Dengue on line – de 04/05/2015.

A letalidade da doença se mantém elevada, mesmo em anos epidêmicos, o que significa maior número de óbitos também em números absolutos. Essa situação caracteriza um cenário que requer monitoramento contínuo para a adoção de medidas eficientes e oportunas.

2.3.9.2 - Chikungunya

A doença surgiu como enfermidade emergente nas Américas em 2013, na região do Caribe e em 2014 se expandiu por diversos países e territórios do continente americano. Regiões onde a população humana encontra-se inteiramente susceptível e existe ampla distribuição de mosquitos vetores, principalmente *Aedes aegypti* e *Ae. albopictus* favorecem o risco da disseminação do vírus **Chikungunya** (CHIKV).

No Brasil, a transmissão do CHIKV foi inicialmente detectada em 2014, no Amapá e posteriormente na Bahia, estados que notificaram centenas de casos autóctones. No estado de São Paulo, no mesmo período, foram registradas dezenas de casos importados.

A constatação da circulação viral no Brasil, a grande circulação de viajantes nacionais e internacionais, associadas à presença de *Ae. aegypti* em mais de 90% dos municípios do estado, assim como a manutenção de níveis de infestação mais elevados durante o verão e o outono, favorecem a ocorrência da transmissão de Chikungunya no território paulista. A ocorrência de epidemia de Chikungunya pode causar impacto na qualidade

de vida da população, trazer prejuízos econômicos significativos e sobrecarregar o sistema de saúde em seus diversos níveis de atenção. Assim, torna-se de grande importância o alinhamento das ações nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal e a adoção de medidas intersetoriais e interinstitucionais para o controle da doença, que atendam aos objetivos de detectar precocemente a ocorrência de casos de Chikungunya, evitar a transmissão e expansão da doença, reduzir a incidência, descrever aspectos clínicos e epidemiológicos da doença e preparar a rede de serviços de saúde para atendimento aos pacientes.

2.3.9.3 - Zika

É uma doença causada pelo vírus Zika (ZIKV), um arbovírus do gênero flavivírus (família Flaviviridae), filogeneticamente próximo ao vírus da dengue, ao vírus da febre amarela, à encefalite por Saint Louis ou ao vírus do Nilo Ocidental. É um vírus RNA com duas linhagens, uma Africana e uma Asiática.

O vírus Zika foi isolado em 1947, na floresta Zika em Uganda (motivo da denominação do vírus). É endêmica no leste e oeste do continente africano. No ano de 2007 foi notificado o primeiro surto de Zika vírus fora da África e Ásia, sendo notificados 185 casos suspeitos na ilha de Yap, na Micronésia. De 2007 a 2012 não houve relato de novos casos de Zika vírus nas Ilhas do Pacífico. Em 2013 o vírus reaparece na Polinésia Francesa disseminando a transmissão em diversas ilhas da Oceania. Foram registrados cerca de 10.000 casos, com 70 casos graves que apresentaram complicações neurológicas (síndrome de Guillain Barre, meningoencefalite) ou auto imunes (púrpura trombocitopênica, leucopenia).

Casos importados do Zika vírus foram descritos na Austrália, Alemanha, Canadá, Itália, Japão e Estados Unidos. Nas Américas, o Zika vírus foi identificado somente na Ilha de Páscoa, território do Chile no Oceano Pacífico, no início de 2014.

Até a presente data, o Ministério da Saúde divulgou a confirmação, por critério laboratorial, nos estados de Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia, Rio de Janeiro, Paraná e São Paulo. O estado está com dois casos autóctones confirmados por critério laboratorial, um no município de Sumaré e um no município de São José do Rio Preto.

2.3.9.4 - Febre Amarela

A Febre Amarela é uma doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus transmitido por vetores artrópodes, que possui dois ciclos epidemiológicos distintos de transmissão: silvestre e urbano. O agente etiológico é um vírus do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*, é potencialmente epidêmica, porém prevenível por vacina.

A doença tem caráter sazonal, ocorrendo com maior frequência entre os meses de janeiro a abril, quando fatores ambientais propiciam o aumento da densidade vetorial.

Há dois padrões epidemiológicos de apresentação da Febre Amarela e as diferenças referem-se aos elementos que formam o ciclo de manutenção, ou seja, o tipo de hospedeiro e espécies de vetores envolvidos na transmissão da arbovirose.

No ciclo urbano, o vírus é transmitido de homem a homem pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* infectada pelo vírus da febre amarela. O homem é o hospedeiro responsável pela infecção dos mosquitos.

No ciclo silvestre a transmissão se processa entre primatas não humanos (macacos) e mosquitos silvestres que vivem habitualmente nas copas das árvores. Do ponto de vista epidemiológico, as espécies vetorais consideradas mais importantes no Brasil são as do gênero *Haemagogus* (*janthinomys*) e *leucocelaenus* e do *Sabethes*, o *chloropterus*.

A vigilância de epizootias é um dos componentes da vigilância epidemiológica da febre amarela, juntamente com a vigilância entomológica e de casos humanos para identificar precocemente a circulação do vírus da febre amarela em seu ciclo epizootico (transmissão entre primatas não humanos).

2.3.9.5 - Cólera

Desde 2005 não existe o registro de casos de cólera autóctone em São Paulo, entretanto a reemergência da doença na América Central e Caribe é um risco para reintrodução do vírus no estado, em virtude do intenso trânsito de turismo e comércio entre os países.

Em nível nacional, uma preocupação é a intensa migração de populações de locais com condições sanitárias precárias, podendo favorecer não somente a entrada da cólera por meio de outros estados da federação, bem como a disseminação de outras doenças diarreicas e outros patógenos.

O monitoramento da DDA é fundamental para acompanhar as tendências da diarreia nos municípios, assim como é fundamental a ação da vigilância sanitária na fiscalização dessas fontes alternativas para a garantia de água segura, livre de contaminantes. Esta ação deve se estender também às operadoras dos sistemas públicos de água, considerando que interrupções no fornecimento da água, geram pressões na rede de distribuição, pressão negativa, com introdução de patógenos nocivos à saúde, que podem elevar o número de surtos e casos de diarreia.

Em 2014, a Crise Hídrica vivenciada no estado e no país levou a população ao uso de fontes alternativas de água, como poços, minas, água mineral e caminhões pipas. O uso destas fontes sem o devido controle de potabilidade pode contribuir para a elevação de casos de diarreia e surtos.

Tabela 27 - Taxa de Investigação de Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, de 2010 a 2014.

Ano	Surtos notificados	Surtos investigados	Meta alcançada
2010	863	863	100%
2011	885	885	100%
2012	968	968	100%
2013	567	567	100%
2014*	522	522	100%

Fonte: DDTHA/CVE SINAN Net Corrigido

(*) 2014 - Dados preliminares (O Banco SINAN encerra-se somente em 31 de outubro do ano subsequente ao informado).

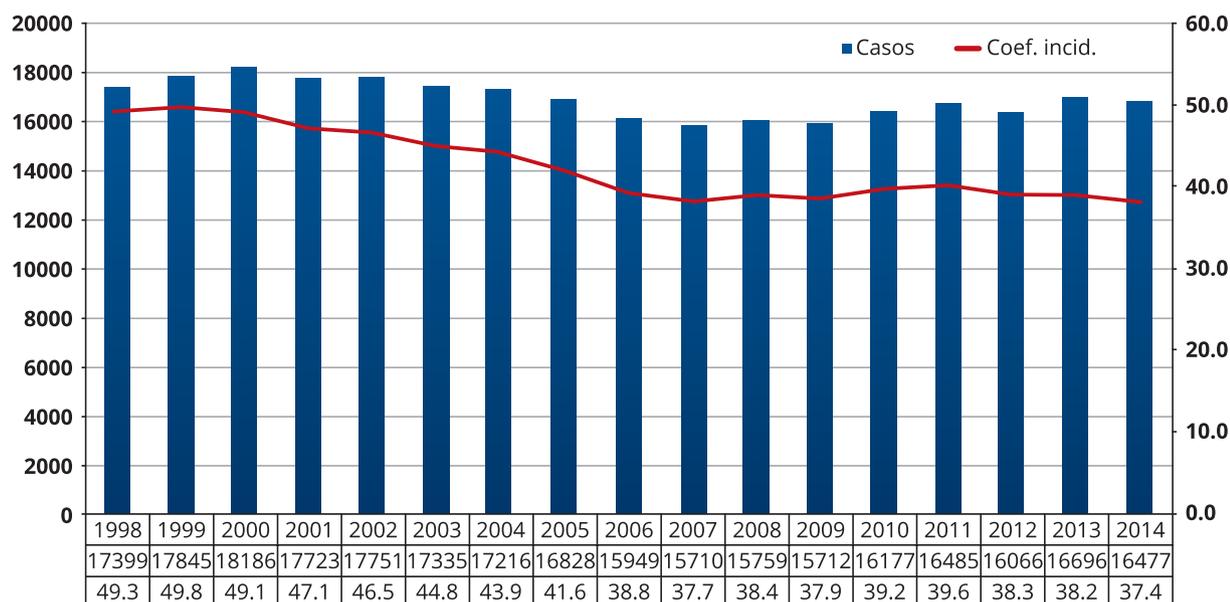
2.3.10 - Doenças de transmissão persistente

2.3.10.1 - Tuberculose

O estado de São Paulo (ESP) notifica cerca de 20 mil casos de tuberculose ao ano e cerca de 800 óbitos, tendo a tuberculose como causa básica.

Na figura 6, observa-se um declínio da taxa de incidência no estado, sendo que em 2014 a taxa foi de 37,4 casos por 100.000 habitantes. Em relação à taxa de mortalidade por tuberculose observou-se um declínio de 4,2 para 2,0 óbitos por 100.000 habitantes, de 1990 a 2012. Este resultado faz com que o estado já tenha alcançado a meta de reduzir pela metade a mortalidade por tuberculose, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Figura 6 - Casos novos de tuberculose e coeficientes de incidência no Estado de São Paulo, 1998 a 2014.



Fonte: TBWeb.

A descoberta dos casos tem utilizado a estratégia de busca ativa para identificação dos sintomáticos respiratórios, ou seja, aquelas pessoas com tosse por mais de três semanas. A meta proposta é de examinar 1% da população e tem sido mais intensa na área metropolitana de São Paulo e da Baixada Santista, do que no interior. Embora tenha melhorado nos últimos anos, em 2013, o estado só atingiu 56,5% da meta.

O encerramento do tratamento dos casos de tuberculose alcançando a cura é uma das metas essenciais para o controle da doença. O indicador pactuado é o de cura dos casos novos pulmonares bacilíferos. A Organização Mundial de Saúde propõe a meta de 85 % de cura e menos de 5% de abandono. O estado de São Paulo embora apresente progresso nas taxas de cura ainda não atingiu esta meta.

As melhores taxas de cura são alcançadas quando a cobertura de tratamento diretamente observado (TDO) é alta. Na Tabela 28, em 2013, 11.724 casos novos (71,2%) realizaram tratamento supervisionado, com uma taxa de cura de 85%, enquanto os que não realizaram TDO apresentaram cura de 71%. Além disso, a cobertura de TDO foi de 71% neste ano, apontando para a necessidade de melhorar este indicador.

Tabela 28 - Encerramento de casos novos de tuberculose segundo modalidade do tratamento. Estado de São Paulo, 2013.

Modalidade do Tratamento				Total		
Diretamente observado			Auto-administrado			
Encerramento	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cura	9993	85%	3360	71%	13353	81%
Abandono	947	8%	652	14%	1599	10%
Óbito	532	5%	526	11%	1058	6%
Outra	124	1%	135	3%	263	2%
S/Inform	128	1%	135	3%	263	2%
Total	11724	71%	4729	29%	16453	100%

Fonte: TBWeb.

O ano de 2015 marca a transição das Metas do Milênio para uma proposta chamada pelo Stop TB partnership (uma rede de organizações internacionais, países e doadores do setor público e privado para uma luta global contra a tuberculose) de estratégia pós 2015. A meta é o fim da epidemia global, com objetivos para 2035 de 95% de redução de mortes e 90% de redução na incidência (ambos comparados a 2015).

2.3.10.2 - AIDS

No estado de São Paulo (ESP), no período de 1980 a 30 de junho de 2014 foram registrados 236.416 casos de AIDS, sendo 162.933 em indivíduos do sexo masculino e 73.483 do sexo feminino. A taxa de incidência (TI) da doença foi reduzida em 28% nestes dez últimos anos, de 26,9 em 2003 para 19,3 casos por 100 mil habitantes/ano. Esta redução nas mulheres

foi bem maior que entre os homens – queda de 38,6% (de 19,7 para 11,3) e 12,0% (de 34,4 para 23,4), respectivamente. A razão de sexo, que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a crescer a partir de 2008, passando de 2,05 homens para uma mulher em 2010, para 2,3/1, em 2012 (**Figura 7**).

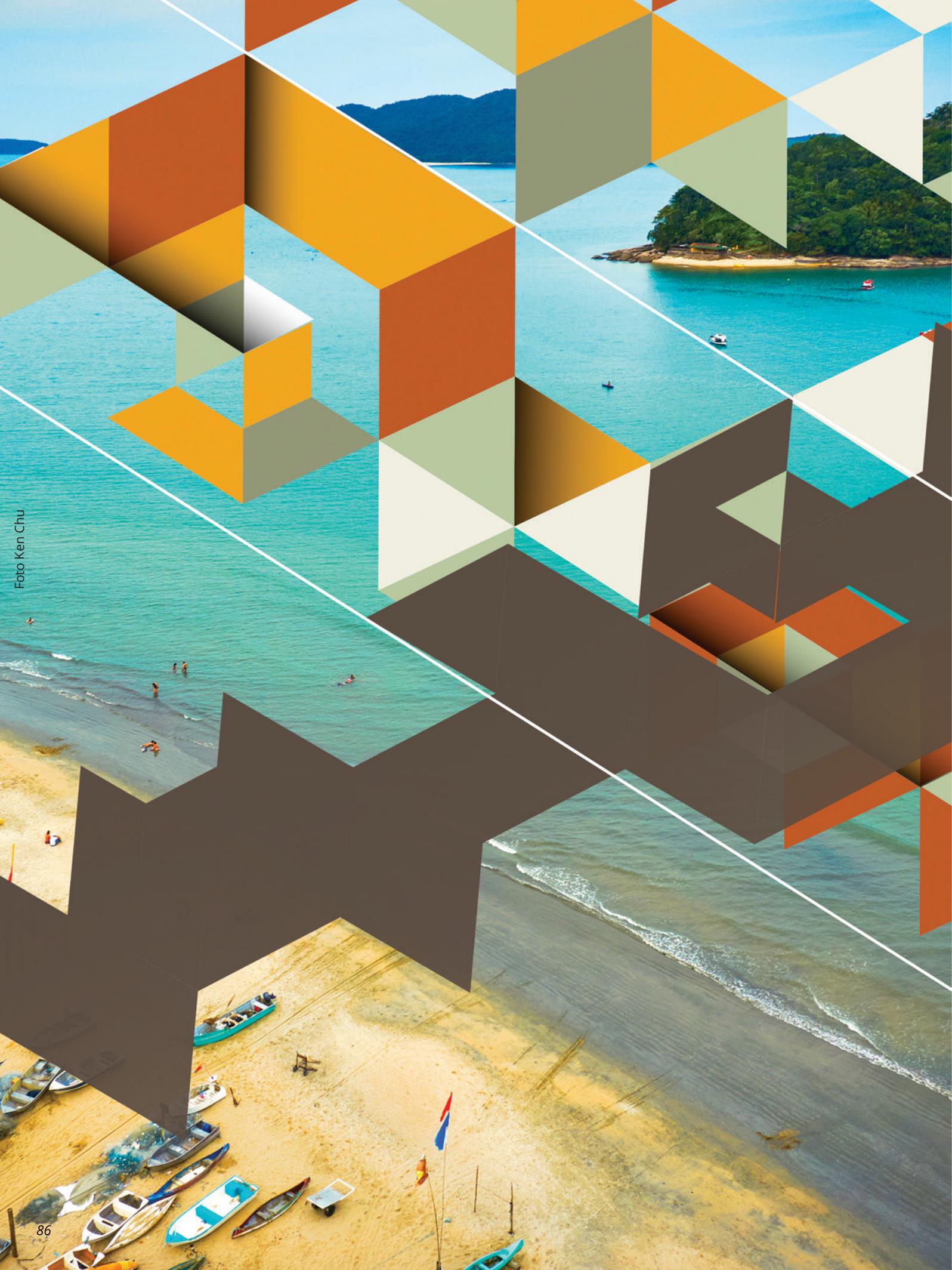
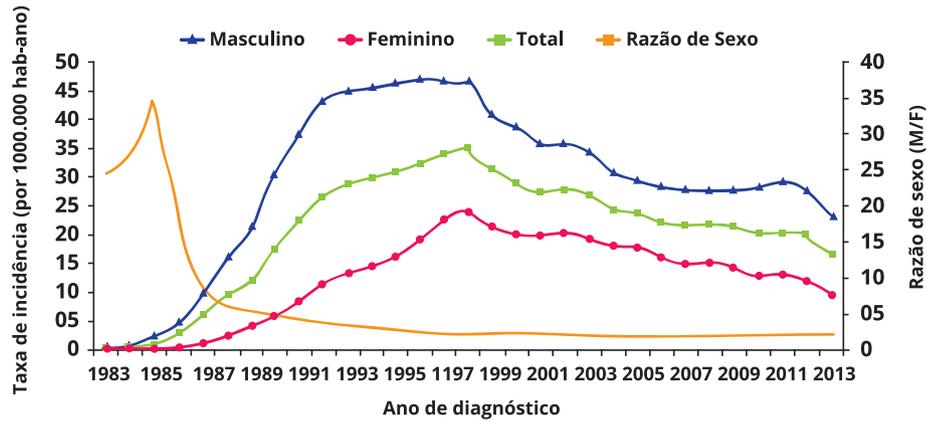


Foto Ken Chu

Figura 7 - Taxa de incidência de aids por 100 mil habitantes ano* segundo sexo e relação masculino/feminino por ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1983 a 2013**.



Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação Seade, MS/SVS/DDA-HV.

*Utilizada projeção populacional da Fundação Seade.

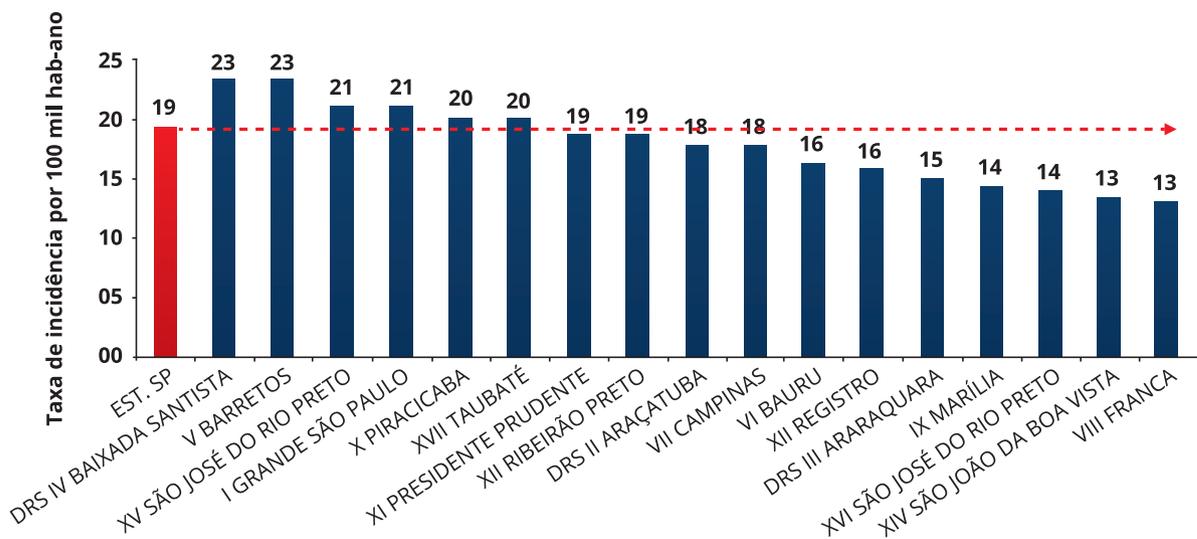
**Dados preliminares até 30/06/14 (SINAN) e 31/12/12 (Seade), sujeitos a revisão mensal.

Entre as mulheres ocorreu redução da incidência em todas as faixas de idade, enquanto que entre os homens a TI permaneceu estável na maioria, exceto entre os adolescentes e adultos jovens. A taxa de incidência de 15 a 19 anos de idade passou de 2,4 em 2007 para 4,6 casos de AIDS por 100 mil jovens desta idade em 2012; e entre aqueles com 20 a 24 anos, aumentou de 16,5 para 29,3. Casos em homens que fazem sexo com homens (HSH)

aumentaram 34%, de 1.330 em 2005 para 1.787 em 2012.

A distribuição espacial dos casos no estado também mostra variações. Em 2012 as regiões dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que tiveram incidência mais elevada que o estado foram: Baixada Santista (23,2), Barretos (23,0), São José do Rio Preto (21,1), Grande São Paulo (20,9) e Taubaté (19,9). A menor TI no ESP ocorreu no DRS de Franca (13,0) (Figura 8).

Figura 8 - Taxa de incidência de Aids por 100 mil habitantes segundo Departamento Regional de Saúde (DRS), estado de São Paulo, 2012.



Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação Seade, MS/SVS/Departamento

* Utilizada projeção populacional da Fundação Seade

** Dados preliminares até 30/06/14 (SINAN) e 31/12/12 (Seade), sujeitos a revisão mensal.

Desde 1985, foram a óbito por AIDS 106.020 pessoas no estado. A taxa de mortalidade (TM) por AIDS mantém-se em queda; de 1995 para 2013 a redução foi de 71,5%, de 22,9 em 1995 para 6,5 óbitos por 100 mil habitantes-ano em 2013 - neste último ano ocorreram 2.753 óbitos por AIDS, sete óbitos por dia (**Figura 9**).

Em 2013, foi proposta para as vigilâncias municipais e regionais junto aos programas municipais e serviços de acompanhamento, a realização de investigação de todo caso de óbito por AIDS com a finalidade de conhecer melhor seus condicionantes, atuar e reduzir novas ocorrências fatais evitáveis.

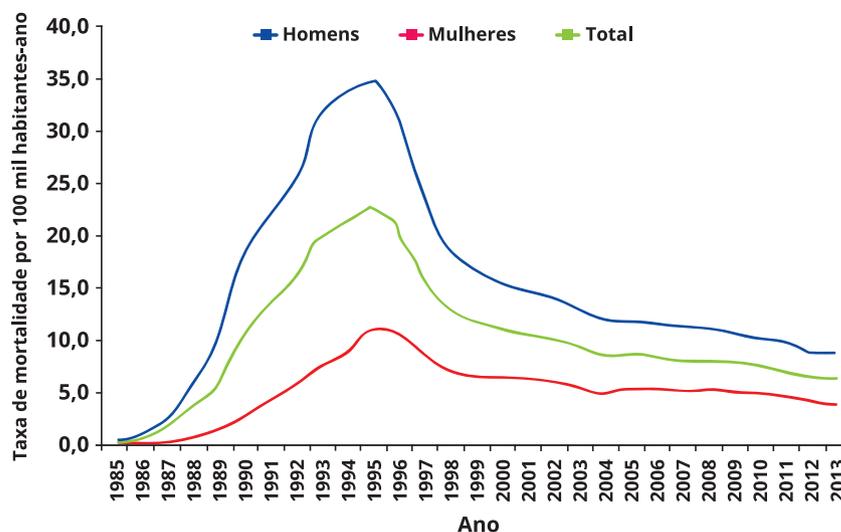
Atualmente, um dos fatores que levam ao óbito por AIDS ainda é o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV; situação que tem apresentado melhora. A proporção de portadores do HIV, cuja primeira contagem de células T-CD4 era menor que 200 células, entre 2003 e 2006 foi 42%, e foi reduzida, de 30,5% em 2008, para 22,8% em 2014. Esse panorama é resultado dentre outras medidas, da ampliação da oferta de testes para detecção da infecção pelo HIV.

Ao atualizar a situação de vida dos casos notificados ao sistema de vigilância epidemiológica, nos foi permitido saber que até 30/06/2014, 114.498 viviam com AIDS.

O conhecimento desses dados foi possibilitado por meio da construção da Base Integrada Paulista de AIDS (BIP-Aids), trabalho que vem sendo desenvolvido em parceria entre o Programa Estadual DST/AIDS e Fundação Seade, desde 1998.

O impacto da introdução dos antirretrovirais tem aumentado sobremaneira a prevalência de pessoas vivendo com AIDS e apresentado maiores desafios, que merecem políticas públicas específicas. Adolescentes e adultos jovens que adquiriram a infecção por transmissão vertical, desde o início da epidemia necessitam de abordagem quanto à revelação diagnóstica, saúde reprodutiva e sexualidade; assim como aqueles que estão envelhecendo com AIDS demandam, além da readequação dos serviços diante dessa população crescente, um olhar para a complexidade desses novos problemas.

Figura 9 - Taxa de Mortalidade por AIDS por 100 mil habitantes-ano segundo sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1985 a 2013.



Fonte: Fundação SEADE.

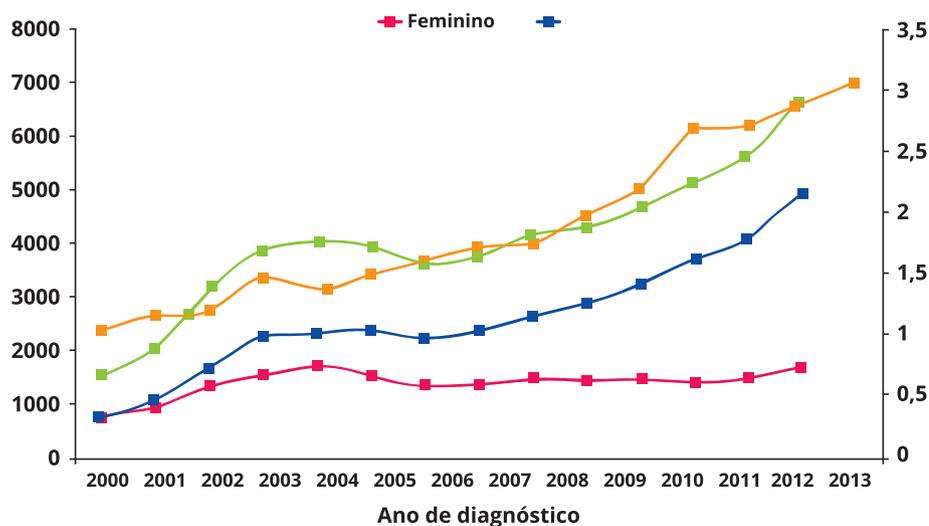
2.3.10.2.1 - Portadores da infecção pelo HIV

Desde 1994, no estado de São Paulo a notificação do caso portador de infecção pelo HIV é recomendada nos serviços de saúde. Mas, o fato do evento passar a ser de notificação obrigatória no país a partir de junho de 2014, passa a aprimorar sobremaneira a vigilância do HIV, com aumento da captação dos casos, proporcionando um melhor dimensionamento e perfil da epidemia de HIV/AIDS.

No estado, de 2000 a 30/06/2014 foram notificados 58.989 casos de soropositivos para o HIV com 13 anos e mais de idade. Destes, 41% originaram dos serviços de saúde localizados no município de São Paulo, seguido pelas regionais de Santo André e Mogi das Cruzes.

De 2007 para 2013 ocorreu um incremento de 77,8% no número de casos notificados por meio do SINAN. Este aumento foi maior entre os homens do que entre as mulheres, 108,6% e 23,8% respectivamente. A relação masculino/feminino atingiu índice de três homens para uma mulher infectada pelo HIV notificada em 2014. A maior proporção dos casos é de casos de HSH (47,6%), seguida por heterossexuais (33,5%) e usuários de drogas injetáveis -UDI (6,5%). Entre os casos de HSH a velocidade de crescimento é maior nos jovens de 20 a 24 anos - cerca de 104 casos novos/ano (**Figura 10**).

Figura 10 - Casos de portadores do HIV segundo sexo, ano de diagnóstico e relação masculino/feminino, estado de São Paulo, 2000 a 2014.

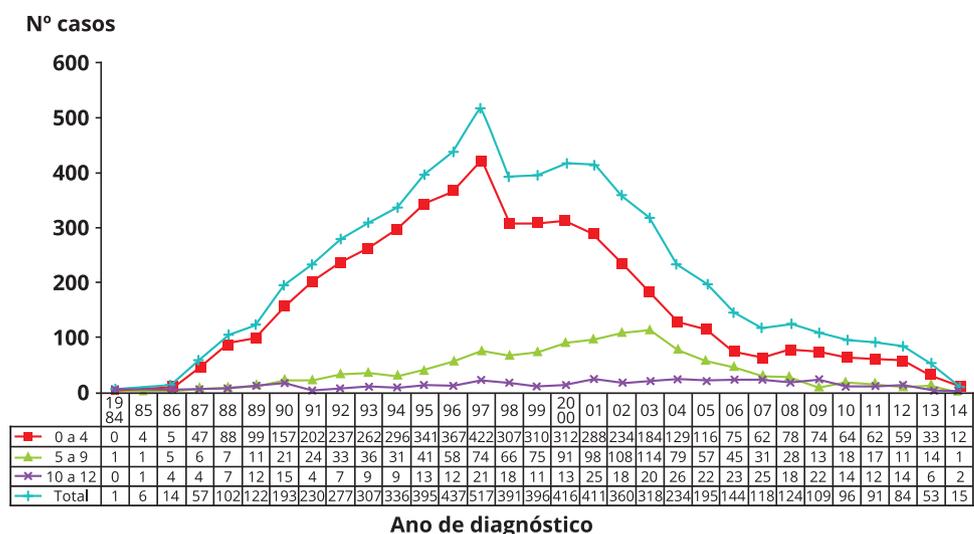


Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/Aids – SP (VE-PEDST/Aids-SP)
*dados até 30/06/2014.

2.3.10.2.2 - A transmissão vertical do HIV

Entre 1984 e 30/06/2014 foram notificados 6.549 casos de AIDS no ESP. A introdução de várias medidas preventivas da transmissão vertical do HIV (TVHIV), especialmente do protocolo ACTG 076, em 1996, contribuiu para redução de mais de 89% da incidência da AIDS em crianças (de 6,2 em 1997, para 0,7 por 100 mil crianças menores de 13 anos de idade-ano em 2013). Para o ESP atingir a meta da OPAS (0,3 casos de HIV pediátrico ou menos por 1.000 nascidos vivos) em 2015, o número de crianças com HIV deverá ser inferior a 180 casos no ano. Em 2013, foram registradas 53 crianças com AIDS (**Figura 11**).

Figura 11 - Casos de Aids em menores de 1 ano de idade segundo faixa etária (anos) e anos de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1984 a 2014*.



Fonte: Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação SEADE; MS/SVS/COSTA-I-V
*Dados preliminares até 30/06/2014 (SINAN) 31/12/2012 (Seade), sujeitos a revisão mensal.

De 1999 à 30/06/2014, foram notificados 20.568 casos de gestantes/parturientes/puérperas HIV positivo. Apesar do aumento de notificadores (de municípios e de serviços), observou-se declínio de 22,5% do número de casos, quando comparados os anos 2007 (1.527 casos) e 2013 (1.182).

Chama atenção a notificação de 1.615 gestantes adolescentes soropositivas para o HIV, com idade abaixo de 20 anos (8%) e o aumento de 26%, de 101 casos em 2007 para 127 em 2013. Estes dados indicam a necessidade de implementar ações preventivas para o enfrentamento da epidemia nesta população e em outros grupos com maior vulnerabilidade (usuárias de drogas, privadas de liberdade, baixa renda, pessoas em situação de rua, dentre outras).

Neste contexto, nem sempre as medidas de intervenção estão no âmbito da saúde, sendo necessária a articulação com outros órgãos governamentais e não governamentais. Dados preliminares do rastreamento do HIV e da Sífilis, no sistema prisional feminino do ESP, em 2013, mostraram uma prevalência de 2,8%¹ do HIV, enquanto que no último Estudo Sentinela Parturiente Nacional (2010) a prevalência foi de 0,38%².

2.3.10.3 - Sífilis Adquirida

Em 2010 a sífilis adquirida foi incluída na lista dos agravos de notificação compulsória no país¹. De 2007 a 30/06/2014 foram notificados 73.366 casos de sífilis adquirida no ESP. Deste total, 60,2% foi do sexo masculino e neste observou-se aumento de 2,6 vezes, de 7.266 em 2010 para 18.951 em 2013.

A maioria dos casos, 52,5% foi notificada pelos serviços da capital do estado o que, em parte, pode ser justificado pela maior concentração de serviços especializados em DST neste município.

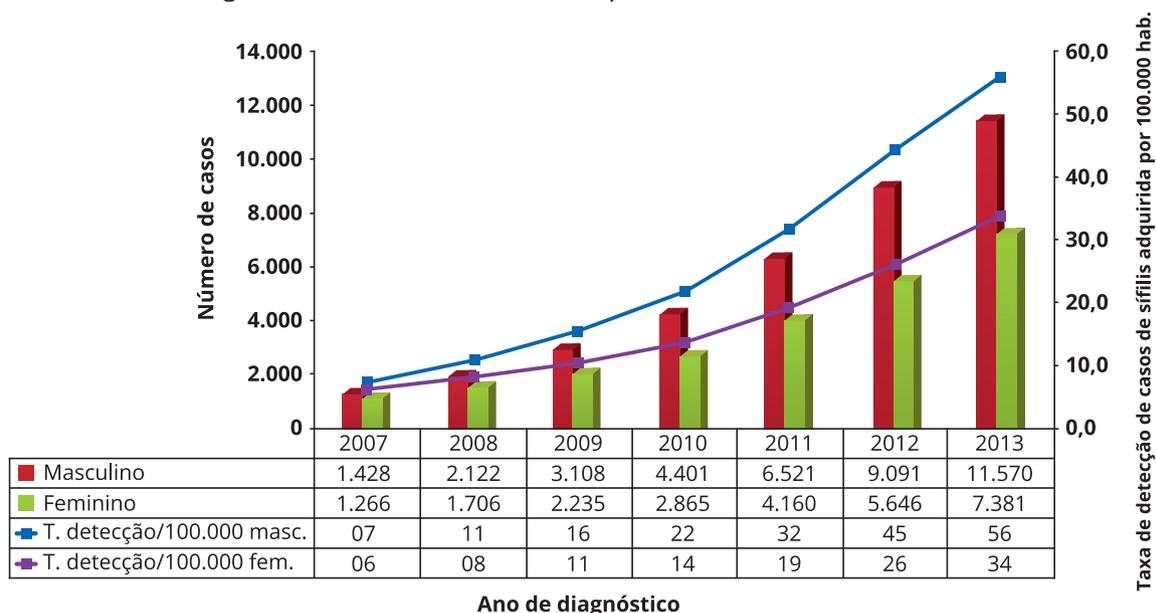
O controle da ocorrência de sífilis adquirida é importante para a eliminação da sífilis congênita. Há, portanto, a necessidade de qualificar e implementar a notificação de sífilis adquirida nos municípios paulistas considerando-se que apenas 42,3% dos 645 municípios do ESP notificaram pelo menos um caso de sífilis em 2013 (**Figura 12**).

A maior adesão dos serviços à vigilância do agravo vai possibilitar o monitoramento da ocorrência da sífilis na população, visando subsidiar a organização de ações de prevenção da sífilis e suas complicações, em especial a forma congênita.

¹ Matida LH, Ramos Junior AN, Sparinger W, Lattari MCT, Souza TRC, Silva MA, et al. O HIV e a Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2013.

² Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico – Aids e DST. 2013; Ano II (1):27.

Figura 12 - Casos notificados de sífilis adquirida e respectivas taxas de detecção por 100.000 habitantes (hab.), segundo sexo e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, período de 2007 a 2013*.



Fonte: SINAN -Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual de DST/Aids-SP (VE-PE DST/AIDS-SP). Utilizada projeção populacional Fundação SEADE.

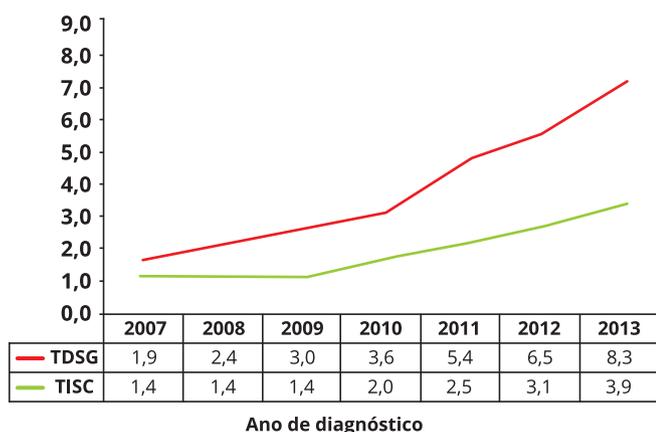
Notas: * Sífilis adquirida: CID 10 = A53.0 Sífilis latente não especificada ,se recente ou tardia e A53.9 Sífilis não especificada; Dados preliminares até 30/06/2014 sujeito a revisão mensal.

2.3.10.3.1 - A transmissão vertical da sífilis

No período de 2007 a 2013 o número de casos notificados de sífilis na gestação (SG) aumentou 4,3 vezes, de 1.144 casos e taxa de detecção (TD) de 1,9 gestantes com sífilis para cada 1.000 nascidos vivos (NV) em 2007, para 5.057 casos e TD de 8,3 em 2013.

Neste mesmo período, ocorreu elevação de 2,8 vezes da taxa de incidência (TI) de sífilis congênita (SC) por 1.000 NV, de 805 casos (1,4) em 2007 para 2.388 casos (3,9) em 2013 (**Figura 13**).

Figura 13 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG) e taxa de incidência de sífilis congênita (TISC) por 1000 nascidos vivos (NV-ano), segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2013.



Fonte: SINAN – VE Programa Estadual de DST/Aids – SP

Nota: Dados preliminares até 30/06/2014, sujeitos a revisão mensal.



O aumento no número de casos de sífilis em gestantes notificados foi acompanhado da ampliação de 67% do número de municípios e de 147% de unidades notificadoras. Este aumento representa um resultado positivo para a eliminação da SC, traduz a possibilidade de diagnóstico, tratamento e notificação oportuna das gestantes com sífilis, entretanto, ainda existem regiões muito "silenciosas" no estado, ou seja, com um número de gestantes com sífilis bem abaixo do esperado.

Chama atenção que em 2013, 20% dos casos de SG tinham de 10 a 19 anos de idade e aumento de 4,5 vezes entre os anos de 2009 a 2013.

A adequação do tratamento para SG para prevenção da SC ainda permanece abaixo da meta de 90% das gestantes tratadas adequadamente para a fase clínica da doença, apesar da melhora discreta da proporção de tratamentos adequados a partir de 2010. Em 2013, 84% dos casos de SG foram tratados adequadamente para a fase da doença e somente 48% dos parceiros sexuais foram tratados concomitantemente com a gestante. Em 2013 foram notificados 2.388 casos de sífilis congênita (SC) no ESP.

Ressalta-se aumento de 2,8 vezes do número de casos de SC de mães com idade inferior a 20 anos, entre 2010 e 2013 nesta faixa etária. Desde 2007 mais da metade das mães realizaram o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal. Entretanto, do total de casos de SC, que as mães fizeram pré-natal, 25% apresentou alguma falha na etapa de diagnóstico da infecção por *Treponema pallidum* que deveria ocorrer durante o pré-natal. Chama atenção o aumento de relato de uso de drogas durante a gestação pelas mães dos casos de SC, indicando a possível elevação na vulnerabilidade das mulheres com crianças notificadas com SC.

Com o aumento no número de casos notificados com SC, ocorreu uma elevação concomitante do número de casos notificados como aborto, natimorto e óbitos. Este resultado aponta as dificuldades para o cumprimento do protocolo de diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis e, em especial, do tratamento precoce da gestante. Para a redução desses casos com evolução muito desfavorável é imprescindível incentivar o tratamento adequado e precoce da gestante.

O tratamento adequado da criança ainda constitui um desafio; em 2013, 71% das crianças nascidas vivas foram tratadas adequadamente, segundo protocolo padronizado.

2.3.10.4 - Leptospirose

A Leptospirose no estado de São Paulo é doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos.

A Tabela 29 mostra os Casos Confirmados, o Coeficiente de Incidência, o número de Óbitos e a Letalidade no estado, por ano de início de sintomas, no período de 2010 a 2014. O coeficiente de incidência foi próximo de dois casos por 100.000 hab., com pequenas variações, enquanto a taxa de letalidade se manteve próxima de 11%.

Tabela 29 - Leptospirose – Casos Confirmados, Coeficiente de Incidência, Número de Óbitos e Letalidade – Estado de São Paulo – período de 2010 a 2014.

Ano de Início de Sintomas	CC	Óbito	CI	LET
2010	892	99	2,16	11,10
2011	981	115	2,36	11,72
2012	784	73	1,87	9,31
2013	944	103	2,25	10,91
2014	743	88	1,77	11,84

Fonte: SINAN – VE Programa Estadual de DST/Aids – SP

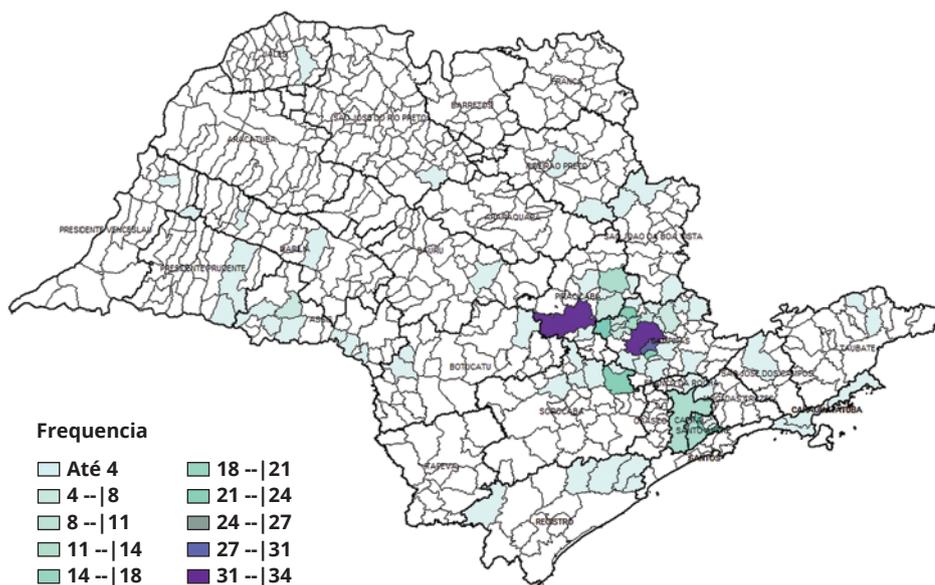
Nota: Dados preliminares até 30/06/2014, sujeitos a revisão mensal.

Do total de 4.344 casos confirmados no período avaliado, os mais acometidos foram indivíduos do sexo masculino (78,7%), embora não exista uma predisposição de gênero ou de idade para contrair a infecção; em relação às faixas etárias com maiores riscos, no sexo masculino, foram as de 35 a 49 anos e de 50 a 64 anos e, no feminino, as de 15 a 19 anos e de 20 a 34 anos, acometendo mulheres mais jovens.

2.3.10.5 - Febre Maculosa Brasileira

Dentro do período considerado (2010-2014), o número de casos permaneceu relativamente estável nas principais regiões. As regiões com maior número de casos são os GVE de Campinas, Piracicaba, Grande São Paulo e Assis.

Figura 14 - Casos autóctones confirmados de FMB no ESP de 2010 a 2014 por município de LPI (Local Provável de Infecção).



Fonte: SINAN, julho de 2015.

2.3.10.6 - Síndrome Pulmonar por Hantavírus

No período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, foram confirmados 90 casos de hantavírus sendo que 88 casos tiveram, como local provável de infecção (LPI), municípios do estado de São Paulo e 2 casos tiveram LPI em outros estados do país. Desse total, 31 casos foram registrados no GVE de Ribeirão Preto, com 10 casos no município de Sertãozinho e 6 casos no município de Ribeirão Preto.

A taxa de letalidade foi de 55,7% no período de 2010 a 2014, no entanto, observa-se um decréscimo dessa taxa ao longo dos anos. A taxa geral de letalidade por sexo foi de 51% entre os homens e de 58% entre as mulheres.

Tabela 30 - Distribuição do número de casos e óbitos de Hantavírus. Estado de São Paulo, 2010 a 2014.

Ano	Nº de casos	Nº de óbitos	Letalidade
2010	25	13	52,0
2011	23	15	65,2
2012	12	7	58,3
2013	15	8	53,3
2014	13	6	46,2
TOTAL	88	49	55,7

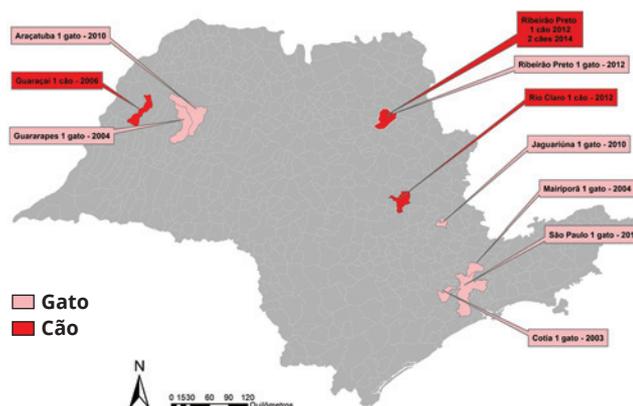
Fonte: CVE/CCD/SES-SP.

2.3.10.7 - Raiva

A exposição de humanos ao risco de infecção pelo vírus da raiva, em decorrência de agravos (agressão/acidente/contato) por animais mamíferos, de 2012 a 2014, levou mais de 350.000 pessoas a procurarem os serviços de saúde em todo o estado. A maioria foi em razão de agravos causados por cães e gatos (95%) e em menor proporção acidentes envolvendo morcegos (0,8%), bovinos (0,4%) e outros animais (3,8%).

Desde 2002 não há registro de casos autóctones humanos por raiva no estado de São Paulo. O último caso foi em 2001, no município de Dracena, com transmissão por gato infectado pela variante de vírus de morcego. A variante canina do vírus da raiva não é isolada em humanos ou animais desde 1997, no entanto, foram isoladas variantes de vírus de morcegos em todos os casos de raiva de cães e gatos ocorridos no estado desde o último caso humano (**Figura 15**), evidenciando o risco de transmissão aos humanos e a importância das ações de vigilância e controle da raiva.

Figura 15 - Distribuição dos casos de raiva de cães e gatos com variantes de morcegos ocorridos no estado de São Paulo de 2003 a 2014.



Fonte: Instituto Pasteur, 2015.

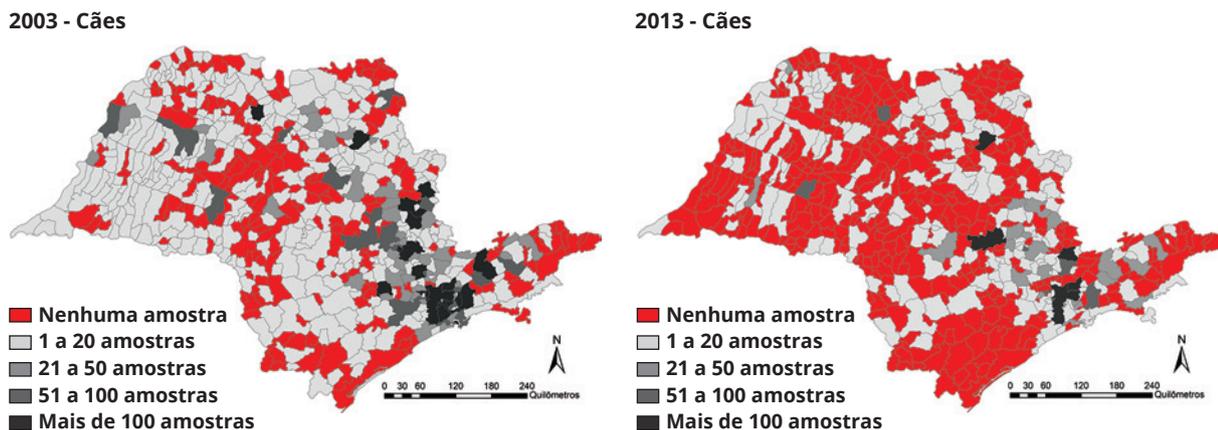
O Instituto Pasteur, dedicado à missão de contribuir para a vigilância em saúde no que se refere à raiva e, reconhecido nacionalmente como referência do Ministério da Saúde e internacionalmente como único Centro Colaborador em raiva da OPAS/OMS na América Latina, coordena as ações do programa de vigilância e controle da raiva no estado, entre as quais se destacam a profilaxia da raiva humana, vacinação anual de cães e gatos, envio de amostras para diagnóstico laboratorial e apoio técnico aos municípios.

A profilaxia da raiva humana e a vacinação anual de cães e gatos são importantes ações de vigilância da raiva, entretanto enfrenta-se com grande preocupação desde 2014, a crítica situação de desabastecimento de soro antirrábico (SAR) e imunoglobulinas antirrábicas humanas (IGHAR) para aplicação em pessoas expostas ao risco de raiva, e o recebimento tardio de vacinas animais no último trimestre do ano, provocando uma diminuição de cerca

de 30% na cobertura vacinal em cães e gatos do estado. Os esforços do Instituto Pasteur, junto ao Ministério da Saúde para garantir o recebimento dos imunobiológicos e vacinas em tempo oportuno e junto aos municípios por meio da realização de oficinas regionais para capacitação e apoio técnico, têm tido o objetivo de diminuir o risco de ocorrência da doença.

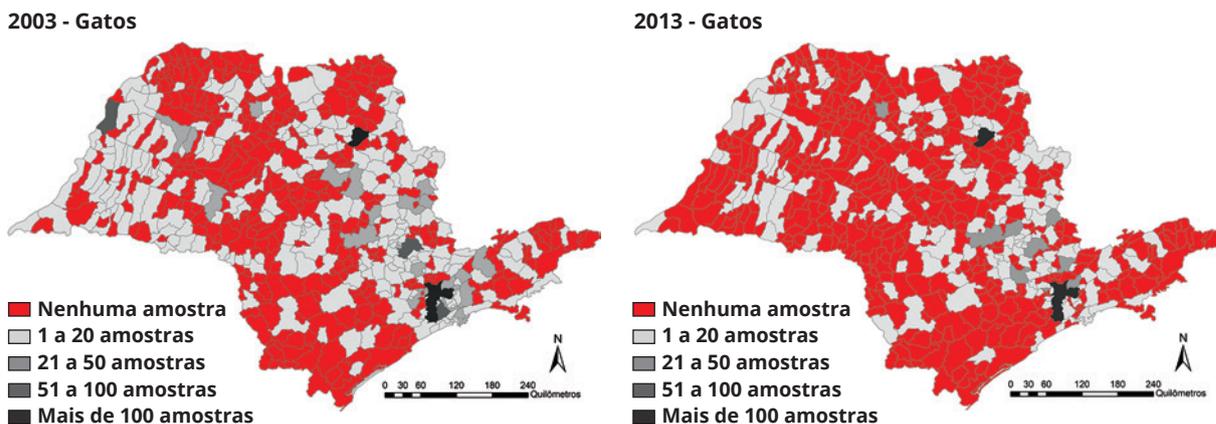
Embora não haja casos humanos, o vírus da raiva continua sendo isolado em mamíferos domésticos e silvestres, sendo uma ação de vigilância extremamente importante, o monitoramento da circulação do vírus no estado, realizado por meio de exames diagnósticos de amostras de animais. Entretanto, tem sido observada uma diminuição anual significativa no número de amostras analisadas, bem como o aumento de municípios que não enviam amostras de cães e gatos para análises (**Figuras 16 e 17**), demonstrando a necessidade do fortalecimento do sistema estadual de vigilância da raiva.

Figura 16 - Mapas demonstrativos do aumento de áreas do Estado sem envio de amostras para monitoramento da circulação de vírus da raiva em cães 2003-2013.



Fonte: Instituto Pasteur, 2015.

Figura 17 - Mapas demonstrativos do aumento de áreas do Estado sem envio de amostras para monitoramento da circulação de vírus da raiva em gatos 2003-2013.

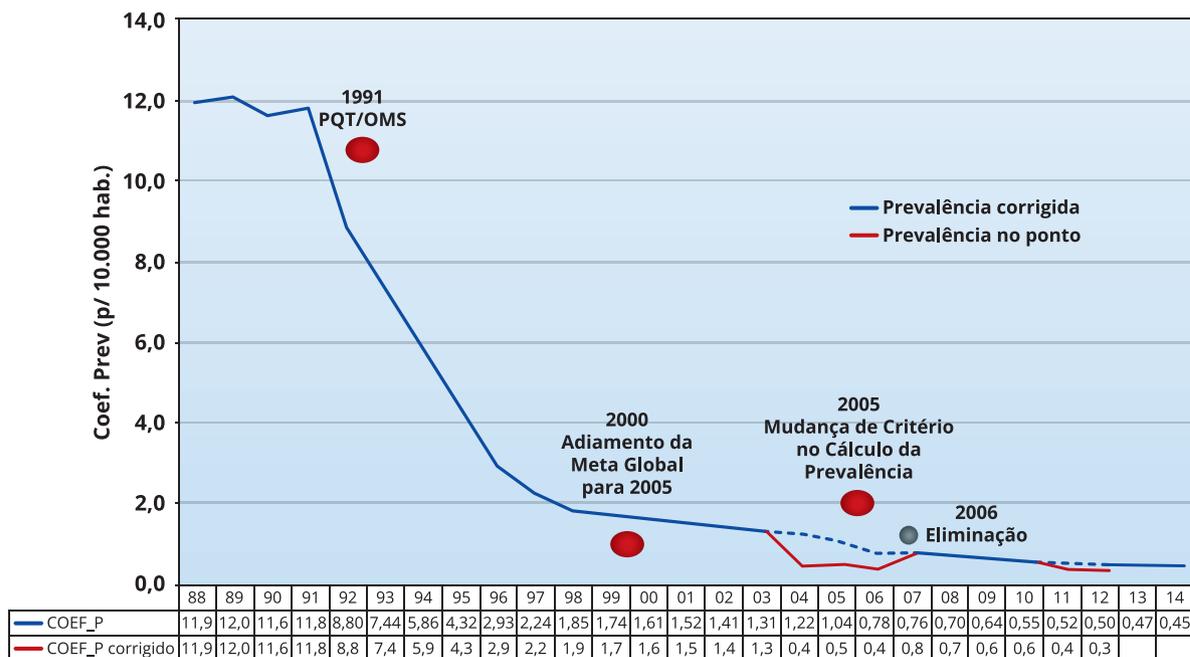


Fonte: Instituto Pasteur, 2015.

2.3.10.8 - Hanseníase

O estado de São Paulo eliminou a hanseníase como um problema de saúde pública em 2006 com o coeficiente de prevalência de 0,78/10.000 habitantes, correspondendo a 3.196 casos em tratamento. O esquema de tratamento da hanseníase, a Poliquimioterapia (PQT/OMS³) foi implantada no estado de São Paulo em 1991 e foram necessários 10 anos para observar nitidamente o impacto na cadeia de transmissão da doença (**Figura 18**).

Figura 18 - Série histórica do Coeficiente de Prevalência de Hanseníase no Estado de São Paulo, 1988-2014.



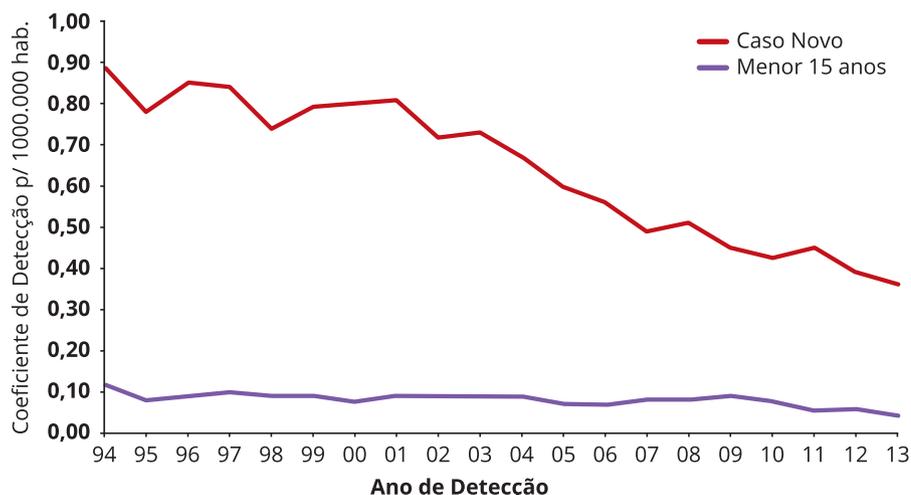
Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

Em 2014 o mesmo coeficiente é de 0,45/10.000 hab. referente a 1.945 casos, representando queda de 42%. Os GVE que ainda não alcançaram a meta de eliminação (menos de 1 caso por 10.000 habitantes) são: Jales, Caraguatatuba, Presidente Venceslau, Ribeirão Preto, Araçatuba e Presidente Prudente.

No mesmo ano de avaliação, foram detectados 1.441 casos novos de hanseníase, correspondendo ao coeficiente de detecção de 3,30/100.000 habitantes, detecção considerada de média intensidade, segundo os parâmetros oficiais⁴.

O estado apresenta focos de transmissão recente evidenciados pela detecção de casos em menores de 15 anos, tendo sido detectados 33 casos em crianças, em 2014, correspondendo ao coeficiente de detecção específico de 0,04/100.000 hab.

Figura 19 - Séries históricas da detecção geral de hanseníase e em menores de 15 anos, Estado de São Paulo, 1994-2013.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.

Se por um lado 51,0% dos municípios do estado tem detecção igual a zero, 20,0% tem detecção maior de 10,0/100.000 habitantes. Relevante é o fato de que os municípios e GVE com detecção ALTA fazem fronteira com Mato Grosso do Sul e estão em área de cluster de casos novos de hanseníase identificada como sendo de menor risco de adoecimento e de área historicamente endêmica⁵.

Os indicadores utilizados para o monitoramento da endemia hanseníase são a proporção de cura dos casos novos de hanseníase e de contatos intradomiciliares de

casos novos de hanseníase examinados, ambos analisados nas coortes de casos paucibacilares e multibacilares.

Desde 2012 a proporção de casos curados alcança níveis acima de 90%, fato considerado de relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenir incapacidades físicas. Assim, também a proporção de exames de contatos alcança níveis acima de 75,0% , aumentando a chance de detecção precoce de outros casos da doença.

2.3.10.9 - Tracoma

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a eliminação do tracoma como causa de cegueira até o ano 2020. Para alcançar este objetivo, preconiza a utilização da estratégia sob o acrônimo em inglês *SAFE* que significa *S* – cirurgia dos casos de TT, *A* – antibioticoterapia nos casos de tracoma ativo, *F* – higiene facial e *E* – melhoria no meio ambiente.

Os indicadores epidemiológicos para obtenção da certificação de eliminação do tracoma como causa de cegueira junto a OMS são:

- menos de um caso de Triquíase Tracomatosa (TT) por 1000 habitantes e
- menos de 5% de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) em crianças de 1 a 9 anos de idade em todos os subdistritos.

Para alcançar esta meta, com certificação de eliminação, todos os municípios devem conhecer sua situação epidemiológica e ter um programa de vigilância epidemiológica implantado.

Os municípios prioritários do estado são aqueles que na série histórica de 2000 a 2014 apresentaram taxa de detecção de 5% ou maior ou os municípios que tem índice de pobreza absoluta do IBGE maior do que 0,46%. Estes municípios são considerados de risco para o tracoma, onde as atividades devem ser intensificadas. No estado, 141 municípios são considerados prioritários por apresentarem uma dessas condições.

O estado de São Paulo iniciou as atividades do plano de eliminação do tracoma como causa de cegueira nos seguintes GVE – Osasco, Franco da Rocha, Barretos, Marília, São José do Rio Preto e Jales. De 2012 a 2014, 40 municípios alcançaram a meta de eliminação no componente “A”- Antibioticoterapia, sendo 30 municípios considerados prioritários no Plano Estadual. Foram examinadas 98% das crianças de 1 a 9 anos e a prevalência de tracoma ativo estava abaixo de 5 nos municípios de Águas de São Pedro, Alvinlândia, Altair, Américo de Campos, Aparecida D´Oeste, Aspásia, Borá, Cajobi, Colina, Colombia, Cosmorama, Fartura, Florence, Francisco Morato, Gália, Indaporã, Itapevi, Jaborandi, Lutécia, Marapoama, Mariápolis, Monções, Nhandeara, Oscar Bressane, Paranapuã, Parapuã, Parisi, Poloni, Pontes Gestal, Rubinéia, Santa Cruz da Conceição, Santo Antonio do Jardim, São João das Duas Pontes, Sebastianópolis do Sul, Severínia, Taiuva, Taquaral, Taiaçu, Ubarana e Viradouro.

2.3.10.10 - Violências

Violências como um importante agravo, juntamente com as doenças crônicas não transmissíveis, configuram na atualidade, um novo perfil do quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo.

A World Health Organization (WHO) em relatório de 2013 considera que a violência é a principal causa das mortes de pessoas com idades entre 15 e 44 anos, sendo que mata mais de 1,6 milhão de pessoas no mundo a cada ano.

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, o 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.

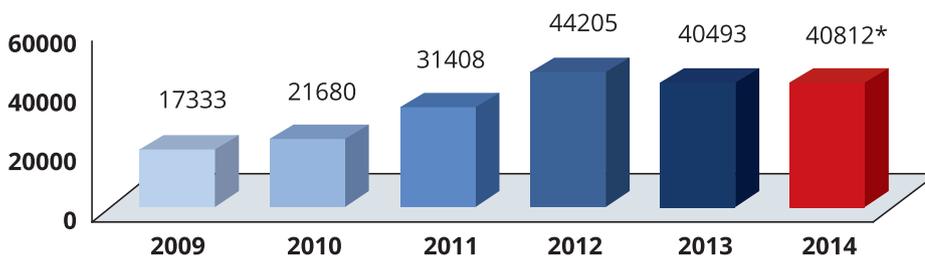
Quanto à evolução do número de notificações no estado de São Paulo, nos serviços e municípios que implantaram o Sistema VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes), em 2006, o número de notificações chegou a 3.835, subindo, em 2007, para 5.475, provenientes de 124 serviços sentinela, distribuídos em 72 municípios. Em 2008, foram 8.139 notificações (254 serviços sentinela, 115 municípios

notificantes). O ano de 2009 é considerado um marco na ampliação e sustentabilidade desse sistema, pois foi instituído um novo instrumento padronizado nacionalmente para notificações de Violências Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, que são digitadas no Sinan Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), seguindo o fluxo regular de todas as doenças de notificação compulsória - Nota Técnica nº 22, de 2009, da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Atualmente em vigor a Portaria Nº 1271, de 6 de junho de 2014 que define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, que inclui a notificação em até 24 horas, no âmbito do município, para violência sexual e tentativa de suicídio. Vale destacar, que o município de São Paulo possui um sistema próprio de notificação e seus dados ainda não foram compatibilizados com o Sinan Net, não constando, portanto, nesta análise.

Os dados referentes ao ano de 2014 são preliminares, pois o prazo de encerramento do banco de dados Sinan Net para efeito estatístico, no momento desta análise, ainda não estava concretizado.

Apresentamos a seguir uma série histórica do número de notificações dos anos de 2009 a 2014.

Gráfico 13 - Número de notificação de violências no estado de São Paulo, segundo ano de notificação, 2009 a 2014.



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES.



2.4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Promover saúde implica no estímulo da adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis bem como formular a legislação que regule a industrialização, comercialização, distribuição e consumo de alimentos, tabaco, medicamentos e álcool e promova a cultura da paz, pois estas atividades operam pela garantia dos direitos de cidadania, pela redução dos riscos e da vulnerabilidade às doenças e agravos, pela ampliação das possibilidades de escolha e de decisão da população. Estas atividades implicam também em organização e gestão do trabalho que reconheça e respeite a singularidade dos vários atores sociais presentes na sua produção, contribuindo para reduzir as desigualdades por meio de ações de promoção da saúde.

Tendo em vista todo este contexto, a Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, iniciou as ações de promoção da saúde, implantando, no final de 2009 o Observatório de Promoção de Saúde, que busca propiciar amplo acesso aos municípios, às informações e análises sobre projetos relacionados à promoção de saúde, facilitar a produção de estudos e pesquisas, assim como a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos na área. Também possibilita a otimização dos diversos dados disponíveis, sistematizando as fontes existentes, disponibilizando-as e promovendo um intercâmbio de informações e experiências, colaborando com os gestores na tomada de decisões, por meio da utilização deste importante espaço virtual.

Atualmente o Observatório de Promoção da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (OPAS/SES-SP) concentra um total de mais de 715 projetos cadastrados provenientes de diferentes municípios das 17 regiões de saúde do Estado de São Paulo, porém desta totalidade apenas 459 são projetos financiados pelo Ministério da Saúde que foram cadastrados e acompanhados no OPS/SP.

Importante destacar que os projetos regionais e municipais são a matéria-prima do Observatório e, por essa razão, transformou-se em uma das principais metas a serem cumpridas pelo PES/SES-SP e que se encontra expressa a seguir:

Quadro 3 - Panorama do quantitativo de projetos cadastrados e de projetos financiados pelo MS no OPS/SP, no período de 2012 à 2015.

Período	Nº de projetos cadastrados	Acompanhamento de projetos financiados
Até 2012	568	417
Até 2013	636	432
Até 2014	697	459
Até 2015	715	577

Fonte: OPS/SES-SP - 2015.

Figura 20 - Distribuição por Regional de Saúde dos Projetos Cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde, São Paulo, 2014.



Fonte: OPS/SP - 2014.

2.5 - SAÚDE AMBIENTAL

A saúde humana e o bem-estar estão intimamente ligados à qualidade ambiental. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 25% da carga de doenças estão relacionadas a fatores ambientais. Utilizar a epidemiologia e o mapeamento de risco sanitário e ambiental, para conhecer o território e estabelecer prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática são essenciais para promover e proteger a saúde da população. Neste sentido, ações de Vigilância em Saúde Ambiental foram inseridas como diretrizes no Plano Estadual de Saúde no último quadriênio, mantendo a importância de sua continuidade.

As ações de Vigilância em Saúde Ambiental são coordenadas pela Divisão Técnica de Ações sobre o Meio Ambiente (SAMA), pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS), pela Divisão de Doenças Ocasionalmente pelo Meio Ambiente (DOMA) e pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), com apoio dos Centros de Contaminantes e de Alimentos do Instituto Adolfo Lutz (IAL).

O CVS investiu na elaboração de diretrizes para avaliação e intervenção em fatores ambientais de risco à saúde no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (*Sevisa*), priorizando a capacitação e instrumentalização dos profissionais dos Grupos Regionais de Vigilância Sanitária (GVS) em assuntos afetos à qualidade da água para consumo humano, áreas contaminadas, acidentes com produtos perigosos, desastres naturais, saneamento do meio e sustentabilidade. Em complemento, foram realizados anualmente ciclos de eventos, compostos pelos seminários “Áreas Contaminadas e Saúde”, “Água e Saúde” e “Hospitais Saudáveis”, nos quais são efetivadas parcerias com a universidade e outras instituições de relevo para o debate e aprimoramento do saber a respeito desses assuntos. Pela relevância, esses eventos terão continuidade no próximo quadriênio, assim como a elaboração de artigos técnico-científicos, para a difusão do conhecimento.

O *Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano* (Proágua) priorizou o fortalecimento da interlocução interinstitucional, o estabelecimento de diretrizes de condutas técnicas, a pesquisa, o fomento à melhoria da potabilidade, o aprimoramento dos sistemas de informação e a participação ativa em órgãos colegiados de gestão integrada dos recursos hídricos. Hoje, o Proágua está implementado em todos os municípios do estado e avalia a qualidade da água produzida para consumo humano em seu território por meio de 350 mil análises anuais de potabilidade.

Novos desafios se impõem com a crise hídrica exigindo intensificação das estratégias de abordagem interinstitucional do problema, especialmente por meio do Comitê Permanente para Gestão Integrada da Qualidade da Água destinada ao Consumo Humano no Estado de São Paulo (Res. Conj. SES/SMA/SSRH -1/2014). Neste contexto, a qualificação das equipes que integram o *Sevisa* é prioridade para os próximos anos.

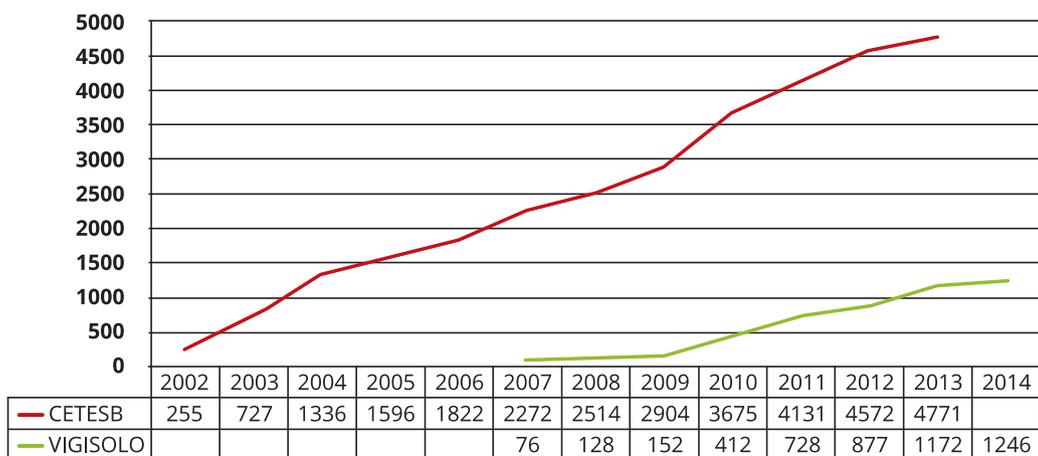
Atualmente, estão cadastradas cerca de 5.000 *áreas contaminadas no estado*. No período considerado, reforçaram-se as diretrizes para avaliação e intervenção em cenários de riscos decorrentes desses passivos ambientais, constantes do Comunicado CVS 204/2009. Priorizou-se o apoio às ações regionais e municipais e a interlocução com o órgão ambiental (Cetesb), fundamentado, em especial, nas Resoluções Conjuntas SS/SMA 01/2002 e SMA/SERHS/SES 03/2006. Iniciativas para qualificar as equipes regionais e municipais de Vigilância Sanitária para intervenção nesses fatores de risco é prioridade para o próximo período.

Ações de vigilância epidemiológica para as populações potencialmente expostas a estas áreas constituíram prioridade do CVE com a implementação do cadastro de áreas prioritárias no Sistema de Informação de

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas – SISOLO, do Ministério da Saúde. O Sistema integra a Vigilância em Saúde de populações expostas a áreas contaminadas (VIGISOLO) que tem como principais objetivos: a) Identificar e priorizar áreas com populações expostas a solo contaminado; b) Conhecer as áreas, os contaminantes, a extensão das plumas de contaminação e sua relevância à saúde; c) Conhecer a população sob risco de exposição e d) Orientar medidas de Vigilância em Saúde. Até 2014, 3.063.103 habitantes, representando 7% da população paulista encontrava-se nas áreas cadastradas. Estas ações manter-se-ão como prioritárias para o próximo quadriênio.

Na figura seguinte observa-se o incremento no cadastro do SISOLO das áreas contaminadas prioritárias com população potencialmente exposta.

Figura 21 - Áreas contaminadas – Cadastro CETESB e VIGISOLO, Estado de São Paulo, 2002-2014.



Fonte: CETESB
SISOLO/Data SUS/SE/MS.

A realidade do aglomerado urbano-industrial do Estado de São Paulo, considerando as atividades químicas, tem sido responsável por transformações que se manifestam nas diversas regiões do Estado, de complexidade não apenas funcional, mas também em sua estrutura social, organização interna e na dinâmica espacial. Exercer a *Vigilância Ambiental em Saúde relacionada às substâncias químicas* se mantém como prioridade no próximo quadriênio.

No Estado de São Paulo, nos últimos 20 anos, Desastres Naturais associados a inundações e enchentes foram identificados como os mais recorrentes (54% dos eventos monitorados pela Defesa Civil). Ações de Vigilância em Saúde foram desenvolvidas definindo como passíveis de notificação a interrupção do fornecimento da água para consumo humano, a existência de abrigos e o comprometimento de Unidades de Saúde que interrompesse a prestação de serviços. O monitoramento destas ocorrências permite o planejamento das ações de saúde em situações emergenciais, elaboração de planos de contingência, adoção de medidas preventivas, orientação à população em situação de risco e apoio na identificação de doenças transmissíveis na população alojada nos abrigos. A integração com o Sistema Integrado de Defesa Civil (SIDEV) tem propiciado o monitoramento de desastres, como demonstrado na tabela abaixo, caracterizando a importância de implementar junto às regionais e aos municípios ações de vigilância dos riscos decorrentes dos mesmos.

Tabela 31 - Ocorrência de desastres¹ e vítimas, estado de São Paulo, 2011 a 2015*.

Ano	Nº de eventos	Nº de eventos com vítimas	Desabrigados	Desalojados	Óbitos	Total
2011	83	21	613	1296	15	1945
%			32	67	1	100
2012	346	93	2241	3456	46	5743
%			39	60	1	100
2013	297	118	1733	5677	71	7481
%			23	76	1	100
2014	436	145	856	6281	195	7332
%			12	86	2	100
2015*	218	60	113	367	28	508
%			22	72	6	100

(*) Jan-Mai

*Enchentes, deslizamentos, tempestades, incêndios, raios, outras.

Fonte: SIDEV e ADAN-SUS/SP.

A temática mudanças climáticas foi oficializada no Estado de São Paulo com a promulgação da Lei Estadual N° 13.798, de 9 de Novembro de 2009, que instituiu a Política Estadual de Mudanças Climáticas – PEMC, regulamentada pelo Decreto Estadual N° 55.947, de 24 de Junho de 2010. As propostas e deliberações das ações da PEMC-SP foram de se trabalhar as ações setorialmente em Mitigação, Adaptação, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico e Educação e Cidadania Ambiental. O Plano Setorial da Saúde foi desenvolvido em 2015 para direcionar medidas de adaptação dos processos e serviços do SUS-SP e contribuir com medidas de mitigação e frente aos impactos da mudança do clima. Para o próximo quadriênio a implementação do Plano Setorial deve constituir prioridade para a pasta da Saúde como eixo temático.

2.6 - VIGILÂNCIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS DE SAÚDE E SERVIÇOS DE INTERESSE A SAÚDE

Proteger a população dos fatores que implicam ameaças à saúde, eis a razão da existência da Vigilância Sanitária, pois a ela é dada a incumbência de transformar situações de risco em contextos mais favoráveis à saúde.

Tal responsabilidade exige uma instituição organizada para refletir acerca dos amplos movimentos que estruturam e transformam o território e para ponderar sobre as complexas evoluções da sociedade paulista. É indispensável, pois, capacidade apurada para compreender prenúncios, situações latentes, causas e consequências das relações entre a saúde da coletividade e os novos modelos sociais e econômicos de caráter globalizado.

A Vigilância Sanitária, quando sintonizada com esse contexto, se antecipa, é dotada de capacidade preditiva, busca agir antes que se instalem condições propícias à manifestação da doença. Seu escopo de atuação não é alheio às razões primeiras ou preponderantes dos fatores que motivam alterações nas condições de saúde da coletividade. Sua ação transita entre as causas profundas e imediatas da doença.

É inerente à prática de Vigilância Sanitária (**VISA**) o poder transformador, uma vez que a sociedade lhe confere competências para conformar lógicas econômicas aos imperativos da saúde pública, para harmonizar interesses entre desenvolvimento e proteção da saúde, para, enfim, que as forças de mercado não preponderem sobre a qualidade de vida da coletividade.

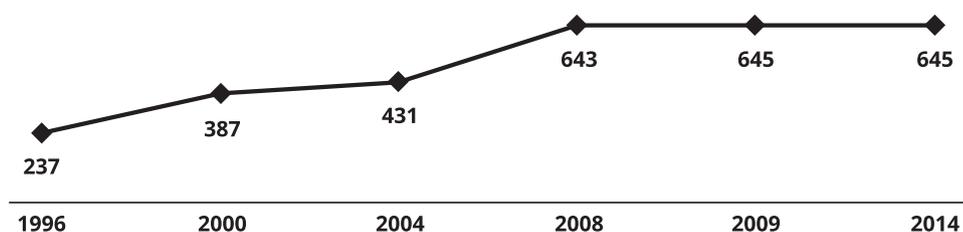
A regulação de riscos sanitários é justamente o exercício equilibrado desse poder transformador. Regular riscos sanitários implica em avaliar, ponderar, dialogar, influenciar e exercer com sabedoria o poder de polícia administrativa que a lei lhe faculta. Trata-se, desse modo, de influenciar e intervir em setores da sociedade, regradar condutas e procedimentos, estabelecer referências, preservar grupos populacionais vulneráveis, se contrapor a tendências estranhas ou desfavoráveis à saúde.

Intrínseca ao campo de práticas e saberes da Saúde Pública, a Vigilância Sanitária é constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua segundo um conjunto consolidado de métodos e ações disciplinadas, hierarquizadas e referenciadas em diretrizes constitucionais que lhe garantem atuação descentralizada, nos locais onde se expressam os interesses mais prementes do cidadão.

A política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária teve início em 1996, a partir da implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 01/96, favorecida pelo repasse de recurso financeiro federal aos municípios. Nesse ano (1996), 237 (37%) municípios começaram a se responsabilizar por alguma ação de Vigilância Sanitária, recebendo, inclusive, recursos financeiros e materiais do estado como incentivo para ações sanitárias em atividades econômicas classificadas como de média e alta complexidade. Desde então, o processo de descentralização dessas ações tem se mantido por meio de pactuação bipartite, atendendo às políticas nacional e estadual de saúde.

O número de municípios que aderiu à pactuação em 1996 progrediu para 387 (60%) em 2000, quando foi instituído o **Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa)**, por meio do Decreto Estadual 44.954/2000. Nos anos subsequentes este número foi crescente, atingindo a totalidade (645 = 100%) a partir de 2009, conforme **Gráfico 14**.

Gráfico 14 - Distribuição de municípios do estado de São Paulo que assumiram executar ações de vigilância sanitária, por ano de mudança de sistema de pactuação.



Fonte: Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária; Centro de Vigilância Sanitária / CCD / SES-SP, maio 2015.

A adesão mais maciça se deu após instituição nacional (2006) do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), norteando uma nova forma de pactuação no estado de São Paulo, ou seja, em 2007 foi instituída a lógica de pactuar outras ações que compõem o processo de controle do risco sanitário, além da inspeção, definindo responsabilidades para as duas esferas de gestão, sendo elas: o reconhecimento do universo de atuação da VISA, por meio do cadastramento dos estabelecimentos sob a regulação sanitária; a elaboração ou revisão de normas técnicas e legais regulamentadoras; a implantação e implementação de roteiros específicos para atuação padronizada dos inspetores sanitários; a capacitação e qualificação dos profissionais de VISA; a realização de coleta de amostras de produtos de interesse da saúde considerados prioritários pelo *Sevisa*; a contribuição no processo de contratação de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da oferta de relatórios sobre a qualidade sanitária destes serviços; a divulgação de diagnóstico de situação sanitária de estabelecimentos, equipamentos e locais inspecionados; e, a realização de atividades de educação e comunicação para usuários, gestores e gerentes de serviços regulados pela VISA. Esse conjunto de atribuições que permeiam e se sintonizam com outras práticas de promoção e proteção da saúde, situa o risco sanitário no contexto do controle da doença e da assistência à saúde.

Esta estratégia tem se mostrado positiva, pois mantém fortalecido o *Sevisa* que se baseia na responsabilidade solidária dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento das ações priorizadas para o estado de São Paulo, definidas em consenso e formalizadas por meio da Programação das Ações de Vigilância Sanitária (Pavisa), após submissão e aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde (Comus), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Entretanto, o processo da descentralização das ações de VISA no estado de SP aponta para a heterogeneidade das estruturas municipais de vigilância sanitária que, quando fragilizadas – realidade da maioria dos municípios – dificulta assumir integralmente as responsabilidades sanitárias que lhes cabem constitucionalmente. Esta situação, por imperativo constitucional, exige que o gestor estadual, também com limitações de recursos institucionais, continue desenvolvendo ações, ora de forma compartilhada ou complementar, ora de forma suplementar. Isso se deve ao fato de que parte significativa dos municípios, principalmente aqueles de baixa densidade populacional, nem sempre contam com recursos de diversas naturezas – número insuficiente e falta de preparo e conhecimento técnico de profissionais, falta de equipamentos e instrumentos para o trabalho, entre outros - para o efetivo exercício do controle do risco sanitário em seu território.

Como intervir no risco sanitário é o objeto central de atuação do *Sevisa* é essencial compreender o perfil epidemiológico da população, a história e o comportamento das doenças.

À luz de cenários tão complexos e expectativas ampliadas, ganham relevo olhares abrangentes – indissociáveis em termos de Vigilância Sanitária – a respeito das substâncias, produtos, atividades e ambientes que podem contribuir para o incremento do risco de adoecer, que concorrem para resultados não favoráveis em termos de saúde, ou seja, que se configuram como fatores de risco à saúde.

É por este motivo que a regulação sanitária aborda, dentre outros exemplos, a qualidade do alimento na perspectiva do uso intensivo de agrotóxicos no campo; a oferta de água para o abastecimento público, os processos de diálise, a produção de medicamentos, o trabalhador nas frentes de trabalho, considerando a qualidade dos mananciais e o uso e ocupação indisciplinada do solo; a segurança do trabalhador a partir da produção e comércio de fibras de amianto; o transporte de produtos de interesse à saúde a partir da circulação de cargas perigosas; a segurança dos processos transfusionais de sangue e hemoderivados; e, a segurança do paciente na assistência à saúde.

Desta forma, o Centro de Vigilância Sanitária, como órgão coordenador do *Sevisa*, vem desenvolvendo estratégias de fortalecimento da gestão em VISA, investindo em instrumentos e ferramentas gerenciais que possibilitem o monitoramento, a avaliação e a programação de prioridades que contribuam com a promoção da saúde.

Desde a década de 90, foram dedicados esforços técnicos para a construção do **Sistema de Informação em Vigilância Sanitária - SIVISA** que, por ser utilizado tanto pelos serviços estaduais (**CVS** e 28 **GVS**), quanto municipais (645 **VISA-M**), é único no país. Vale ressaltar que a institucionalização legal do **Sistema Estadual de Vigilância Sanitária - Sevisa** e do próprio sistema de informação Sivisa trouxe segurança, transparência e controle ao longo destes anos, tornando a Vigilância Sanitária Paulista vanguarda no contexto nacional. O *Sivisa* teve como enfoque inicial na sua construção a quantificação do seu universo, visto a necessidade preponderante de se poder diagnosticar, avaliar, planejar e priorizar

as ações a serem desenvolvidas nos diferentes territórios. Ao longo das últimas décadas as transformações no mercado mundial do consumo e as evoluções tecnológicas fizeram com que o SIVISA buscasse maior performance técnica, sendo assim, a partir de 2012 o mesmo teve suas funcionalidades operacionalizadas em plataforma virtual (internet), facilitando e agilizando sobremaneira as consultas ao seu banco de dados, possibilitando acesso às informações em tempo real. Atualmente, 70% (451) dos municípios paulistas já operam com esta nova tecnologia, e a perspectiva de adesão da totalidade dos municípios e do setor regulado como usuários do sistema, além da necessidade de dar transparência ao cidadão das ações de vigilância sanitária, exige maior investimento tecnológico para melhoria da capacidade de armazenamento de dados, de acesso e gestão das informações de VISA. Neste mesmo período, deu-se continuidade à elaboração e padronização de instrumentos de registro dos procedimentos realizados pelas Vigilâncias Sanitárias, visando a Gestão da Qualidade no âmbito dos Sistemas de Vigilância Sanitária estadual (*Sevisa*) e nacional (SNVS).



Outro fator importante tem sido o trabalho na construção de uma política de informação que consolide fluxos e indicadores da Vigilância Sanitária nas políticas públicas do estado e da federação que demonstrem, por meio de análise de impacto das ações, o cumprimento de sua missão de proteção e promoção da saúde e da qualidade de vida.

O Centro de Vigilância Sanitária vem se dedicando à reflexão sobre o papel do estado na regulação de riscos à saúde da população paulista e da necessária qualificação dos procedimentos desenvolvidos no âmbito do *Sevisa*, de modo a conferir maior efetividade na atuação da VISA.

Como mencionado, são muitas as variáveis que concorrem para um procedimento qualificado de Vigilância Sanitária, dentre elas o financiamento das ações, a estrutura normativa, a organização administrativa, os recursos materiais, a organização integrada da demanda e a pactuação das ações entre os entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Nenhum destes fatores, porém, contribui para o efetivo exercício da Vigilância Sanitária quando esta se encontra destituída de quadros profissionais compatíveis com os complexos problemas sanitários que se evidenciam em um estado com alto grau de urbanização e industrialização como São Paulo.

A Vigilância Sanitária é partícipe do desenvolvimento econômico e social paulista, sendo reconhecida em todo o país como instância de referência e de vanguarda no controle do risco sanitário, atuando sobre um território que abriga atividades responsáveis por um terço do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e que concentra 42% da indústria de transformação, com cadeias produtivas de elevado nível tecnológico. Neste sentido, o CVS mobiliza forças para que o controle do risco sanitário se firme em patamares compatíveis com a grandeza de São Paulo.



2.7 - PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE

O controle sanitário de produtos de interesse à saúde exige o monitoramento constante para a identificação precoce de problemas relacionados aos produtos sob Vigilância Sanitária, a fim de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes do uso destes produtos. No que se refere aos medicamentos, o monitoramento da qualidade e da segurança exige o fortalecimento da gestão estadual nos procedimentos de inspeção e vigilância pós-comercialização, bem como a manutenção e padronização das práticas de inspeção em indústrias farmacêuticas, segundo critérios harmonizados no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS.

Embora o processo de descentralização da vigilância sanitária tenha avançado, a realidade demonstra que as ações de maior complexidade não são nem efetivas, nem eficazes, com necessidade frequente da presença do órgão estadual, conforme corroborado por auditorias internacionais no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, realizadas em 2013 e 2014.

Aproximadamente 60% destes estabelecimentos estão localizados em municípios de pequeno e médio porte, onde a ação da Vigilância Sanitária Estadual é imprescindível, considerando que o município que dispõe de um único estabelecimento fabril não possibilita a prática necessária para o desenvolvimento da expertise requerida para o processo de inspeção. O parque farmacêutico é representado por 134 fabricantes de medicamentos, correspondendo a 70% do parque nacional, 35 fabricantes de insumos farmacêuticos ativos. Entre 2012 e 2014 foram realizadas 203 inspeções em indústrias de medicamentos e insumos farmacêuticos com participação e coordenação estadual, com foco no cumprimento de procedimentos harmonizados entre os entes do SNVS.

A organização dos procedimentos de Vigilância Sanitária, bem como a definição de responsabilidades de cada integrante do Sevisa é fator preponderante para a eficácia do controle sanitário, em especial para ações já descentralizadas no estado de São Paulo como a inspeção em indústria farmacêutica e a vigilância pós-comercialização.

No período de 2010 a 2014, o monitoramento dos eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, permitiu a identificação de sinais de segurança que culminaram na produção de instrumentos de orientação aos profissionais de saúde para o uso racional desses produtos.

Nesse período foram elaborados cinco Alertas Terapêuticos e dois Boletins Informativos de Farmacovigilância. No que se refere ao monitoramento de queixas técnicas notificadas à vigilância sanitária, a ferramenta de análise introduzida no final do ano de 2012, permitiu o aprimoramento do planejamento das inspeções de boas práticas de fabricação no parque farmacêutico.

A Tabela 32 resume o quantitativo de notificações de reações adversas e queixas técnicas de medicamentos, no período referido.

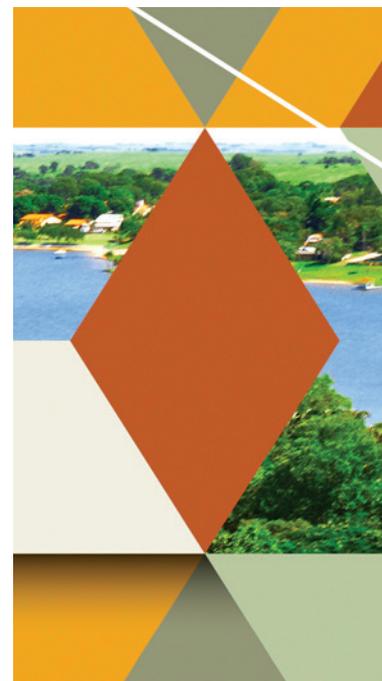


Tabela 32 - Quantitativo de notificações de suspeitas de reações adversas e queixas técnicas de medicamentos recebidos pelo sistema de notificações Periweb por ano, de 2010 a 2014 – Centro de Vigilância Sanitária/CCD/SES-SP, abril de 2015.

SUSPEITAS NOTIFICADAS	2010		2011		2012		2013		2014	
	RECEBIDAS	ANALISADAS	RECEB.	ANALIS.	RECEB.	ANALIS.	RECEB.	ANALIS.	RECEB.	ANALIS.
Reações adversas a medicamentos (RAM)	15.047	15.047 (100%)	17.638	17.638 (100%)	21.620	21.620 (100%)	25.034	25.034 (100%)	27.123	27.123 (100%)
Queixas técnicas de medicamentos (QT)	1150	0 (0%)	1750	0 (0%)	1871	797 (42,6%)	1.517	1.884 (100%)	1.377	1.374 (100%)

Fonte: Periweb, abril de 2015.

Nota: As análises das queixas técnicas foram implantadas em 2012, o que justifica os valores encontrados para os anos de 2010 e 2011.

As atividades para verificação do cumprimento de Boas Práticas de Fabricação e a Vigilância Pós-comercialização são fundamentais para garantir a qualidade e a segurança no tratamento medicamentoso, o que justifica sua continuidade como prioridade no próximo quadriênio.

No setor de alimentos, o monitoramento da qualidade sanitária de produtos e estabelecimentos no quadriênio 2012 a 2015 se deu de forma regionalizada, por meio do Programa Paulista de Fiscalização de Alimentos. Neste período foram priorizadas as análises dos perigos biológicos e físico-químicos dos produtos alimentícios, limitadas à capacidade analítica da rede regional de laboratórios do Instituto Adolfo Lutz (IAL). A totalidade dos GVS assumiu a execução e coordenação do Programa, com cumprimento integral da meta. Atualmente, o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos tem sido uma demanda da sociedade amplamente respaldada pelo Ministério Público, que exige intervenção imediata da Vigilância. Do conhecimento acumulado em dezessete anos de atividade do Programa, identifica-se a necessidade de desenhar uma estratégia estadual com o apoio especializado do IAL para a reorientação dessas atividades.



III

CARACTERIZAÇÃO DO SUS/SP



3.1 - DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO

A SES-SP tem longa tradição de administração descentralizada: o histórico da descentralização da 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 1969, que criou Divisões Regionais e Distritos Sanitários e da criação dos 57 Escritórios Regionais de Saúde – ERSA – pelo Decreto 25.519/1986, que seriam posteriormente ampliados para 65, substituindo as divisões anteriores.

A partir de 1995, 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 e posteriormente, a partir de 2006, adquiriram a conformação atual de 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS.

Posteriormente, a partir da política ministerial do Pacto de Saúde estabelecido pelas Portarias GM/MS nº 399/2006 e nº 699/2006, foram estabelecidas conjuntamente pela SES/SP e os municípios, 64 regiões de saúde entendidas como “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”.

Finalmente, a partir de 2011, em função da Portaria GM/MS nº 4279/2010 que estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, a SES e os municípios estabeleceram as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS que compreendem regiões, cujos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, devem apresentar suficiência na atenção básica, na média complexidade e parte da alta complexidade entre outras questões e serviram de base para o estabelecimento das redes temáticas do Ministério da Saúde (urgência/emergência, cegonha, crônicas – cardiologia, oncologia, neurologia, ortopedia, pessoa portadora de deficiência), com exceção da saúde mental que utilizou as 63 regiões de saúde.

Atualmente, a Secretaria de Estado da Saúde divide-se em 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS, divididos em 63 Regiões de Saúde, que correspondem às regiões das Comissões Intergestores Regionais – CIR e também em 17 RRAS. Conforme os quadros: **Quadro 4, Quadro 5 e Mapa 11.**

Tanto os DRS como as RRAS apresentam grandes diferenças populacionais, com concentração nas regiões da Grande São Paulo e Campinas. Da mesma forma, as regiões de saúde não tem distribuição uniforme da população, com variação de 50 mil a 11 milhões de habitantes.

Quadro 4 - Composição Regional da Saúde, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) e Região de Saúde, São Paulo, 2014.

DRS	Nº de Regiões de Saúde	Nº de Municípios	População 2014 (seade)	%
01 - GRANDE SÃO PAULO	6	39	20.284.891	47,54
02 - ARAÇATUBA	3	40	738.544	1,73
03 - ARARAQUARA	4	24	951.086	2,23
04 - BAIXADA SANTISTA	1	9	1.731.403	4,06
05 - BARRETOS	2	18	416.750	0,98
06 - BAURU	5	68	1.673.337	3,92
07 - CAMPINAS	4	42	4.261.670	9,99
08 - FRANCA	3	22	669.387	1,57
09 - MARÍLIA	5	62	1.085.161	2,54
10 - PIRACICABA	4	26	1.465.675	3,43
11 - PRESIDENTE PRUDENTE	5	45	734.571	1,72
12 - REGISTRO	1	15	274.581	0,64
13 - RIBEIRÃO PRETO	3	26	1.392.126	3,26
14 - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	3	20	789.006	1,85
15 - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	7	102	1.515.268	3,55
16 - SOROCABA	3	48	2.331.330	5,46
17 - TAUBATÉ	4	39	2.358.600	5,53
Estado de São Paulo	63	645	42.673.386	100,00

Fonte: Estimativa Populacional Fundação SEADE, 2014

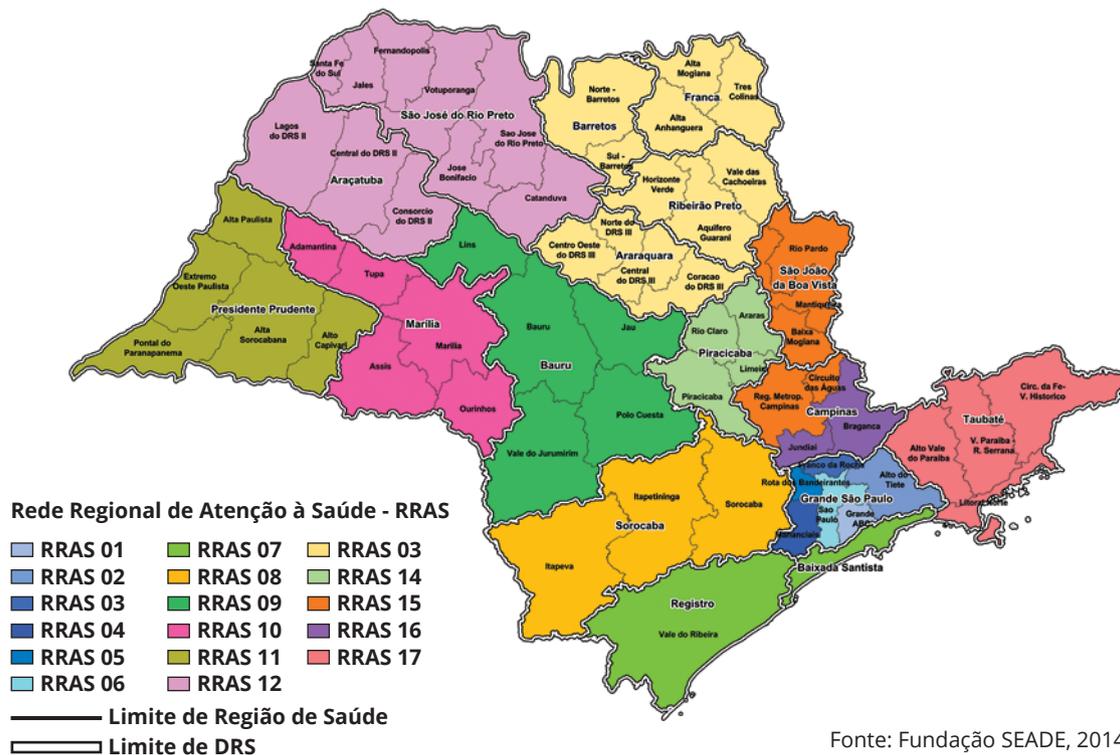
Quadro 5 - População por Região de Saúde, Estado de São Paulo – 2014.

RRAS	DRS	Região de Saúde	População Total (SEADE)	%
RRAS 01	1	GRANDE ABC	2.611.411	6,12
RRAS 02	1	ALTO DO TIETÊ	2.789.877	6,54
RRAS 03	1	FRANCO DA ROCHA	551.877	1,29
RRAS 04	1	MANANCIAS	1.048.165	2,46
RRAS 05	1	ROTA DOS BANDEIRANTES	1.769.725	4,15
RRAS 06	1	SÃO PAULO	11.513.836	26,98
RRAS 07	4 12	BAIXADA SANTISTA	1.731.403	4,06
		VALE DO RIBEIRA	274.581	0,64
		Total	2.005.984	4,70
RRAS 08	16	ITAPETININGA	469.181	1,10
		ITAPEVA	274.339	0,64
		SOROCABA	1.587.810	3,72
		Total	2.331.330	5,46
RRAS 09	6	VALE DO JURUMIRIM	284.004	0,67
		BAURU	608.165	1,43
		POLO CUESTA	290.599	0,68
		JAU	331.403	0,78
		LINS	159.166	0,37
		Total	1.673.337	3,92

RRAS 10	9	ADAMANTINA	128.848	0,30
		ASSIS	240.967	0,56
		MARÍLIA	368.527	0,86
		OURINHOS	222.649	0,52
		TUPÃ	124.170	0,29
		Total	1.085.161	2,54
RRAS 11	11	ALTA PAULISTA	127.797	0,30
		ALTA SOROCABANA	388.773	0,91
		ALTO CAPIVARI	56.897	0,13
		EXTREMO OESTE PAULISTA	93.356	0,22
		PONTAL DO PARANAPANEMA	67.748	0,16
		Total	734.571	1,72
RRAS 12	2	CENTRAL DO DRS II	284.957	0,67
		DOS LAGOS DO DRS II	193.776	0,45
		DOS CONSÓRCIOS DO DRS II	259.811	0,61
	15	CATANDUVA	298.539	0,70
		SANTA FÉ DO SUL	44.870	0,11
		JALES	100.467	0,24
		FERNANDÓPOLIS	111.517	0,26
		SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	675.828	1,58
		JOSÉ BONIFÁCIO	95.692	0,22
		VOTUPORANGA	188.355	0,44
		Total	2.253.812	5,28
RRAS 13	3	CENTRAL DO DRS III	297.580	0,70
		CENTRO OESTE DO DRS III	136.078	0,32
		NORTE DO DRS III	148.935	0,35
		CORAÇÃO DO DRS III	368.493	0,86
	5	NORTE-BARRETOS	274.441	0,64
		SUL-BARRETOS	142.309	0,33
	8	TRÊS COLINAS	398.669	0,93
		ALTA ANHANGUERA	152.200	0,36
	13	ALTA MOGIANA	118.518	0,28
		HORIZONTE VERDE	411.225	0,96
AQUÍFERO GUARANI		849.612	1,99	
VALE DAS CACHOEIRAS		131.289	0,31	
		Total	3.429.349	8,04
RRAS 14	10	ARARAS	321.230	0,75
		LIMEIRA	346.447	0,81
		PIRACICABA	550.840	1,29
		RIO CLARO	247.158	0,58
		Total	1.465.675	3,43
RRAS 15	7	REG METRO CAMPINAS	2.958.661	6,93
		CIRCUITO DAS ÁGUAS	126.652	0,30
	14	BAIXA MOGIANA	310.542	0,73
		MANTIQUEIRA	268.814	0,63
		RIO PARDO	209.650	0,49
		Total	3.874.319	9,08
RRAS 16	7	BRAGANÇA	435.571	1,02
		JUNDIAÍ	740.786	1,74
		Total	1.176.357	2,76
RRAS 17	17	ALTO VALE DO PARAÍBA	1.020.174	2,39
		CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO	459.060	1,08
		LITORAL NORTE	299.920	0,70
		V. PARAÍBA-REG. SERRANA	579.446	1,36
		Total	2.358.600	5,53
Total do Estado			42.673.386	100,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde-SP, 2014.

Mapa 11 - Regionalização do Estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde.



3.2 - 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 ao Sistema de Saúde Suplementar (planos privados de saúde) é bem maior que a média nacional. No Estado como um todo, 44,5% da população tem planos privados de saúde. Esta média oculta grandes diferenças regionais: a região do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo apresenta 52% de cobertura de planos privados de saúde enquanto a região de Registro tem apenas 10% (**Tabela 33 e Mapa 12**).

Embora seja reconhecido que os planos de saúde em muitos casos não oferecem boas coberturas para inúmeros procedimentos mais complexos de saúde ou para assistência farmacêutica, o que leva seus beneficiários a buscar atendimento em recursos do SUS - em especial aqueles de alta complexidade e custo - a cobertura do setor privado de planos de saúde deve ser levada em conta no planejamento das necessidades das redes regionais de saúde do SUS.

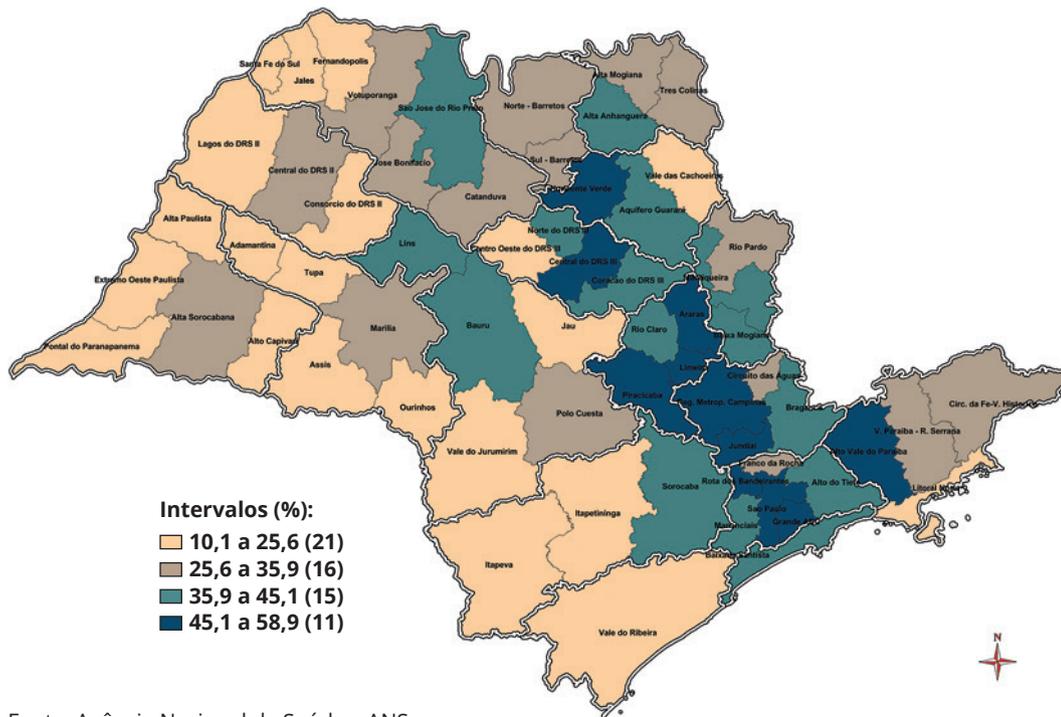
Procedimentos como mamografias, exames de patologia clínica, consultas médicas, inclusive para pré-natal e outros procedimentos fundamentais para o sistema público de saúde, são também realizados no sistema de saúde suplementar e, por esta razão, o cálculo de indicadores de cobertura deve tentar estimar os atendimentos privados, especialmente naquelas regiões com grande cobertura de planos e seguros de saúde.

Tabela 33 - População Total e Beneficiária do Sistema da Saúde Suplementar segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – Estado de São Paulo – 2014.

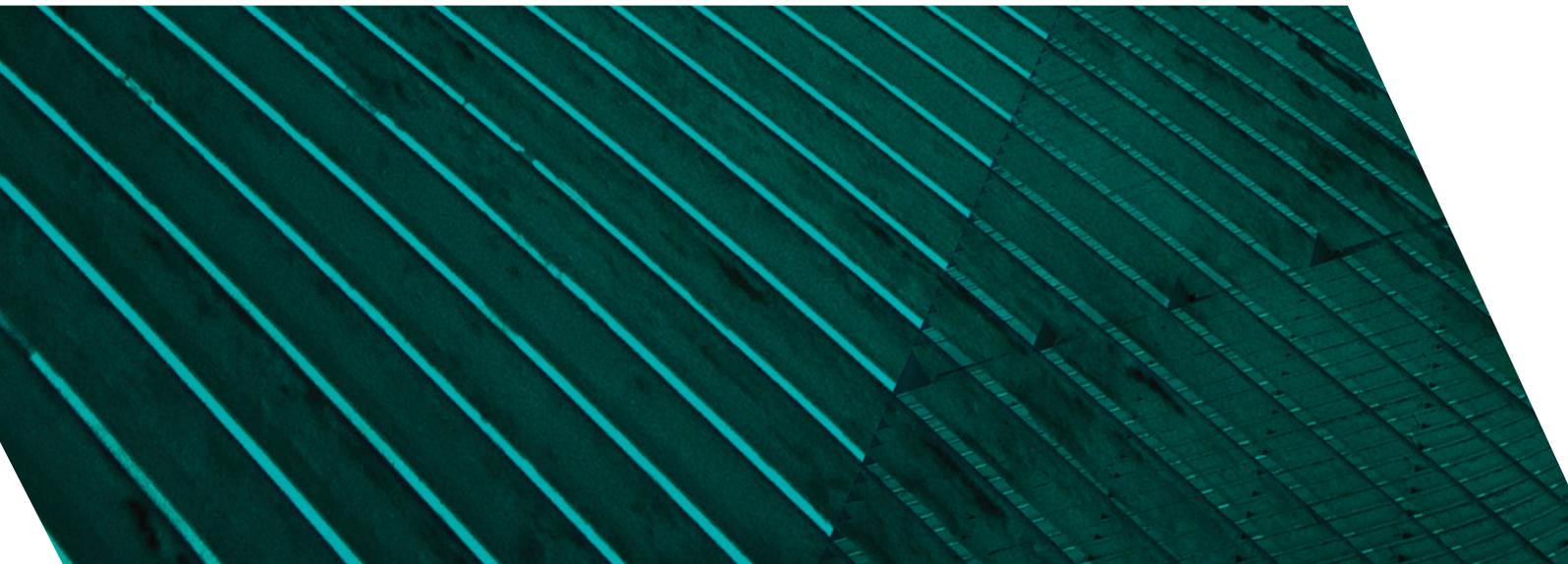
DRS	População 2014	Beneficiários	
		S. Suplementar 2014	%
1 Grande São Paulo	20.284.891	10.620.542	52,4
2 Araçatuba	738.544	192.110	26,0
3 Araraquara	951.086	377.735	39,7
4 Baixada Santista	1.731.403	722.075	41,7
5 Barretos	416.750	136.576	32,8
6 Bauru	1.673.337	445.373	26,6
7 Campinas	4.261.670	2.078.744	48,8
8 Franca	669.387	231.264	34,5
9 Marília	1.085.161	243.539	22,4
10 Piracicaba	1.465.675	699.303	47,7
11 Presidente Prudente	734.571	176.390	24,0
12 Registro	274.581	28.670	10,4
13 Ribeirão Preto	1.392.126	595.275	42,8
14 São João da Boa Vista	789.006	280.975	35,6
15 São José do Rio Preto	1.515.268	518.072	34,2
16 Sorocaba	2.331.330	774.950	33,2
17 Taubaté	2.358.600	868.011	36,8
Total	42.673.386	19.008.655	44,5

Fonte: SEADE (estimativa 2014) e ANS/MS (Set/2014).

Mapa 12 - Percentual da População atendida pela Saúde Suplementar por local de residência segundo Regiões de Saúde. Estado de São Paulo, Dezembro de 2014.



Fonte: Agência Nacional de Saúde – ANS
 Estimativa populacional: FSEADE.



3.3 - 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 4,8 mil Unidades Básicas de Saúde (que incluem todas as modalidades de atenção básica em saúde, inclusive as equipes e unidades de saúde da família), 572 hospitais (que participam do SUS) e 1,6 mil ambulatórios de especialidade e 420 Centros de Atenção Psicossociais, distribuídos pelo Estado no final de 2014 (**Tabela 34**).

3.3.1 - Rede hospitalar

A rede hospitalar total no Estado de São Paulo é composta por 899 hospitais segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES no final de 2014. Entretanto, parte destes hospitais (327) são entidades privadas não vinculadas ao SUS, atendendo exclusivamente a saúde privada suplementar.

Os 572 hospitais que participam do SUS (e apresentam produção para o sistema) possuem 62,9 mil leitos no total disponibilizados para o sistema, com predomínio de leitos clínicos (25%) e cirúrgicos (21%). Os leitos de longa duração (crônicos, psiquiatria, fisiologia e reabilitação) representam 22,6% do total de leitos. Além disso, o Estado apresenta também grande rede de leitos complementares (unidades de terapia intensiva) (**Tabela 35**).

Os 572 hospitais vinculados ao SUS podem ser divididos em hospitais para internações de caráter agudo/curtas (gerais ou especializados) que totalizam 501 unidades e os hospitais exclusivos para longa internação (crônicos, fisiologia, psiquiatria e reabilitação) que representam 71 unidades.

Os 501 hospitais do SUS/SP para curta permanência ou agudos são apresentados na Tabela 36, divididos segundo a região dos Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP e por porte do hospital. Entre eles, além dos hospitais próprios estaduais e municipais, existe um importante contingente de natureza filantrópica (como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia) que pode reservar parcela de seus leitos para atendimento privado (Sistema de Saúde Suplementar), razão pela qual são apresentados os leitos totais e os leitos SUS (disponibilizados para o sistema) destes hospitais.

Tabela 34 - Tipos de Unidades de Saúde do SUS por Departamento Regional de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde, 2014.

DRS	Unidades Básicas*	CAPS*	Ambulatórios de Especialidade*	Unidade Mista	Hospital-Dia	Hospitais*
3501 Grande Sao Paulo	1.155	156	419	4	15	148
3502 Aracatuba	132	6	38	1	-	22
3503 Araraquara	174	12	59	1	1	19
3504 Baixada Santista	156	24	93	-	3	17
3505 Barretos	96	4	37	3	2	13
3506 Bauru	326	19	97	-	2	46
3507 Campinas	478	51	190	2	5	48
3508 Franca	127	6	52	-	-	13
3509 Marília	288	16	66	-	-	40
3510 Piracicaba	245	17	94	4	1	15
3511 Presidente Prudente	217	9	31	-	-	22
3512 Registro	84	3	10	1	-	4
3513 Ribeirao Preto	187	10	109	1	-	26
3514 S.Joao da Boa Vista	141	14	64	-	-	22
3515 S.Jose do Rio Preto	324	18	100	-	-	44
3516 Sorocaba	374	31	130	-	1	40
3517 Taubate	372	24	105	5	3	33
Total	4.876	420	1.694	22	33	572

Fonte: CNES/dez/2014. Notas: *Unidades Básicas: Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde; Ambulatórios de Especialidade: Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Policlínica; CAPS - Centros de Atenção Psicossocial; Hospitais: gerais, especializados e crônicos.

Entre os hospitais de curta permanência (agudos) no Estado de São Paulo, existe considerável parcela de pequenos hospitais (com menos de 50 leitos) na rede SUS/SP, totalizando 242 (48%) dos 501 hospitais, que representam apenas 14% do total de leitos SUS (6,6 mil em 48,1 mil). Entretanto em diversas regiões do Estado, este quantitativo é proporcionalmente maior (**Tabela 37**).

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, que atingem no Estado de São Paulo, pouco mais de 30% de taxa de ocupação^{18, 19}.

Tabela 35 - Leitos SUS por tipo de especialidade. Estado de São Paulo, 2014.

Tipo de Leito	Nº de leitos	%
Cirúrgico	13.538	21,5
Clínico	15.831	25,1
Obstétrico	5.724	9,1
Pediátrico	5.511	8,8
Outras Especialidades*	14.207	22,6
Complementar	6.607	10,5
UTI Adulto	3.242	5,1
UTI Infantil	743	1,2
UTI Neonatal	1.147	1,8
UTI Queimados	73	0,1
Outros	1.402	2,2
Hospital/DIA	1.535	2,4
Total	62.953	100,0

Fonte: CNES/dez/2014. * crônicos, psiquiatria, fisiologia e reabilitação.

Tabela 36 - Hospitais gerais e especializados (agudos) do SUS/SP, por porte, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – 2014.

DRS	≤50 leitos			51-150 leitos			≥151 leitos			Total		
	Hospital	Leitos Totais	Leitos SUS	Hospital	Leitos Totais	Leitos SUS	Hospital	Leitos Totais	Leitos SUS	Hospital	Leitos Totais	Leitos SUS
3501 Grande São Paulo	29	2.568	709	42	5.648	4.009	59	18.622	17.129	130	26.838	21.847
3502 Araçatuba	11	416	292	6	691	522	1	345	295	18	1.452	1.109
3503 Araraquara	11	446	290	5	621	453	1	334	210	17	1.401	953
3504 Baixada Santista	9	458	328	4	594	391	4	1.312	975	17	2.364	1.694
3505 Barretos	8	308	236	2	180	160	2	513	435	12	1.001	831
3506 Bauru	28	1.158	885	9	821	654	5	1.555	1.358	42	3.534	2.897
3507 Campinas	18	887	508	18	1.839	1.379	8	2.246	1.987	44	4.972	3.874
3508 Franca	8	359	247	3	323	202	1	285	242	12	967	691
3509 Marília	18	718	519	13	1.619	1.192	1	193	185	32	2.530	1.896
3510 Piracicaba	5	272	192	6	917	570	2	631	428	13	1.820	1.190
3511 Presidente Prudente	10	415	301	6	555	452	2	681	561	18	1.651	1.314
3512 Registro	2	29	29	1	77	63	1	185	167	4	291	259
3513 Ribeirão Preto	12	632	302	9	844	612	2	1.055	907	23	2.531	1.821
3514 São João da Boa Vista	10	440	332	6	837	569			-	16	1.277	901
3515 São José do Rio Preto	32	1.631	586	8	1.320	970	1	790	577	41	3.741	2.133
3516 Sorocaba	18	906	545	12	1.345	1.063	2	644	603	32	2.895	2.211
3517 Taubaté	13	519	370	12	1.582	1.140	5	1.099	1.015	30	3.200	2.525
Total	242	12.162	6.671	162	19.813	14.401	97	30.490	27.074	501	62.465	48.146

Fonte: CNES/2014. Nota: com retirada dos hospitais e leitos de psiquiatria e de crônicos.

Tabela 37 - Quantidade e percentual de Hospitais Gerais e Especializados (agudos) menores de 50 leitos no SUS, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo – 2014.

DRS	Hospital	Leitos SUS	Hosp. < 50 leitos	Leitos SUS hosp. < 50 leitos	% Hosp. < 50 leitos	% Leitos SUS nos hosp. < 50 leitos
3501 Grande São Paulo	130	21.847	29	709	22,3	3,2
3502 Araçatuba	18	1.109	11	292	61,1	26,3
3503 Araraquara	17	953	11	290	64,7	30,4
3504 Baixada Santista	17	1.694	9	328	52,9	19,4
3505 Barretos	12	831	8	236	66,7	28,4
3506 Bauru	42	2.897	28	885	66,7	30,5
3507 Campinas	44	3.874	18	508	40,9	13,1
3508 Franca	12	691	8	247	66,7	35,7
3509 Marília	32	1.896	18	519	56,3	27,4
3510 Piracicaba	13	1.190	5	192	38,5	16,1
3511 Presidente Prudente	18	1.314	10	301	55,6	22,9
3512 Registro	4	259	2	29	50,0	11,2
3513 Ribeirão Preto	23	1.821	12	302	52,2	16,6
3514 São João da Boa Vista	16	901	10	332	62,5	36,8
3515 São José do Rio Preto	41	2.133	32	586	78,0	27,5
3516 Sorocaba	32	2.211	18	545	56,3	24,6
3517 Taubaté	30	2.525	13	370	43,3	14,7
Total	501	48.146	242	6.671	48,3	13,9

Fonte: CNES/2014. Nota: com retirada dos hospitais e leitos de psiquiatria e de crônicos.

A distribuição dos leitos SUS de hospitais para agudos nas regiões do estado também não é uniforme. A taxa de leitos por mil habitantes para leitos gerais e especializados (agudos) está em 1,13 variando de 0,81 a 1,79 entre as regiões. Entretanto, há que se ter cautela na análise destes indicadores, levando em conta a existência de pequenos hospitais com baixa resolubilidade, distribuídos pelas regiões de forma diferente. Além disso, como já referido anteriormente, o estado de São Paulo conta com grande cobertura de saúde suplementar em muitas regiões. Torna-se interessante observar a taxa de leitos SUS pela população usuária exclusiva do SUS (isto é, deduzida a parcela de segurados dos planos privados de saúde). Neste caso pode-se verificar o aumento da relação para 2,03 leitos/mil usuários exclusivos SUS, variando de 1,05 a 2,97 (**Tabela 38**).

A instalação de leitos, que se desenvolveu historicamente de maneira desordenada, provoca dificuldades assistenciais para determinadas regiões, nas quais a demanda supera a oferta, enquanto em outros locais constata-se a ociosidade de leitos. Em muitos casos, o desenvolvimento adequado de logística de transporte, a implantação de um sistema de regulação de leitos efetivo entre as regiões e a mudança gradativa do modelo de assistência hospitalar, com adequada hierarquização e adequação dos serviços para a referência, pode garantir a adequada internação dos pacientes em hospitais de regiões próximas aos seus municípios de residência. Mesmo assim, em algumas regiões pode haver necessidades específicas de novos serviços.

Tabela 38 - Hospitais Gerais e Especializados (agudos), nº de Leitos SUS e Taxa de Leitos por mil hab. para a população total e para a população usuária exclusiva do SUS, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo – 2014.

DRS	Hospital	Leitos SUS	Leitos SUS/ mil hab	Leitos SUS/ mil pop exclus. SUS
3501 Grande São Paulo	130	21.900	1,08	2,26
3502 Araçatuba	18	1.115	1,50	2,03
3503 Araraquara	18	1.055	1,00	1,66
3504 Baixada Santista	17	1.708	0,98	1,68
3505 Barretos	12	831	1,99	2,97
3506 Bauru	42	2.909	1,73	2,36
3507 Campinas	44	3.881	0,91	1,77
3508 Franca	12	691	1,03	1,58
3509 Marília	32	1.897	1,75	2,25
3510 Piracicaba	13	1.193	0,81	1,55
3511 Presidente Prudente	18	1.314	1,79	2,35
3512 Registro	4	259	0,94	1,05
3513 Ribeirão Preto	23	1.826	1,31	2,29
3514 São João da Boa Vista	16	902	1,14	1,77
3515 São José do Rio Preto	41	2.133	1,41	2,14
3516 Sorocaba	32	2.216	0,95	1,42
3517 Taubaté	31	2.661	1,07	1,69
Total	503	48.491	1,13	2,03

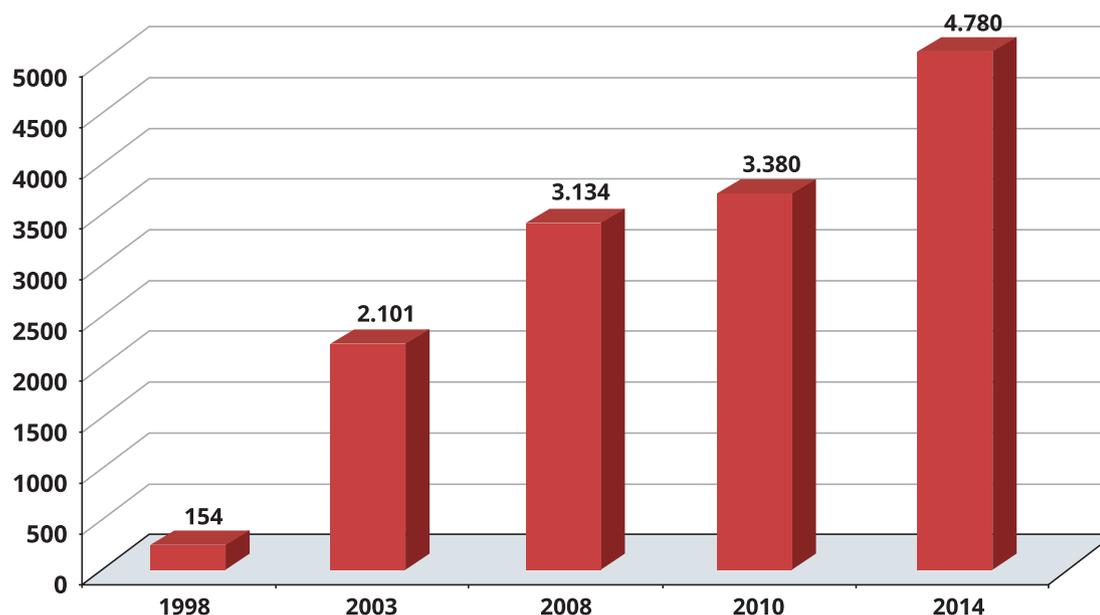
Fonte: CNES/2014. Nota: com retirada dos hospitais e leitos de psiquiatria e de crônicos.

3.3.2 - Atenção Básica

Com relação à atenção básica em saúde é preciso salientar que o estado de São Paulo possui considerável rede de unidades básicas de saúde anteriores à estratégia de saúde da família e existe organização heterogênea dos municípios na prestação de serviços de assistência primária em saúde, com um “mix” de unidades básicas tradicionais e com Estratégia de Saúde da Família - ESF. A maneira que os gestores municipais optaram por organizar a atenção básica em saúde é diversa e reflete o desenvolvimento histórico do sistema de saúde no município (como, por exemplo, a existência de rede de unidades de saúde anterior à ESF) e os problemas locais de saúde.

A ESF 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 15**.

Gráfico 15 - Número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família.
Estado de São Paulo – 1998, 2003, 2008, 2010 e 2014.



Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS.

Tabela 39 - Equipes de Saúde da Família Implantadas e Cobertura Estimada. Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

DRS	ESF Implantados 2010	População 2010	% Estimado da População Acompanhada 2010	ESF Implantados 2014	População	% Estimado da População Acompanhada 2014
1 Grande São Paulo	1.355	19.683.975	23,75	1.930	20.284.891	32,82
2 Araçatuba	145	719.323	69,54	174	738.544	81,28
3 Araraquara	75	920.257	28,12	120	951.086	43,53
4 Baixada Santista	132	1.664.136	27,37	175	1.731.403	34,87
5 Barretos	51	409.267	42,99	66	416.750	54,64
6 Bauru	137	1.624.623	29,09	178	1.673.337	36,70
7 Campinas	267	4.031.910	22,85	437	4.261.670	35,38
8 Franca	61	649.807	32,39	81	669.387	41,75
9 Marília	163	1.068.408	52,63	196	1.085.161	62,31
10 Piracicaba	117	1.412.584	28,58	158	1.465.675	37,19
11 Presidente Prudente	150	727.742	71,11	166	734.571	77,96
12 Registro	57	273.566	71,88	75	274.581	94,23
13 Ribeirão Preto	68	1.304.054	17,99	113	1.392.126	28,00
14 São João da Boa Vista	53	773.781	23,63	100	789.006	43,73
15 São José do Rio Preto	167	1.491.156	38,64	268	1.515.268	61,02
16 Sorocaba	156	2.243.016	23,99	230	2.331.330	34,04
17 Taubaté	226	2.264.594	34,43	313	2.358.600	45,78
Total Geral	3.380	41.262.199	28,26	4.780	42.673.386	38,64

Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS e IBGE/Datasus.
(*) N° de ESF x 3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma ESF).



Atualmente a ESF paulista está com 4,7 mil equipes, com cobertura de 38% da população (**Tabela 39**). De forma geral, existiu crescimento de 10% da cobertura no estado desde 2010 e todas as regiões registraram aumentos. No entanto, há grandes diferenças na proporção da cobertura da ESF entre as regiões, variando de 325 a 94%.

Também é preciso salientar que como grande parte da população do estado possui seguros e planos privados de saúde, parte da atenção básica de saúde ocorre no sistema de saúde suplementar.

Finalmente, o SUS/SP possui grande quantidade de serviços de alta complexidade em oncologia, cardiologia, nefrologia, neurologia, traumatologia-ortopedia, que são responsáveis por atendimentos à população paulista e referência para outros estados e regiões do país.

3.3.3 - Produção do SUS/SP

O valor total pago registrado pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde para a produção ambulatorial e hospitalar do estado nos anos de 2010 e 2014, indica aumento dos valores financeiros brutos, de 14% no período. Este valor representa a somatória dos valores

constantes na tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do sistema e não se trata do custo dos mesmos, tendo em vista a grande defasagem dos valores constantes nas tabelas do SUS e do custo real dos procedimentos (**Tabela 40**).

Tabela 40 - Valores pagos (R\$) pelo SUS para o total de produção ambulatorial e hospitalar segundo Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

DRS Ocor	Valor Pago 2010	Valor Pago 2014	Variação % no período
Grande Sao Paulo	3.395.341.748,53	3.854.921.802,25	13,5
Aracatuba	97.806.354,28	115.265.190,50	17,9
Araraquara	114.862.282,77	128.364.771,54	11,8
Baixada Santista	235.549.543,84	257.126.587,43	9,2
Barretos	172.949.427,79	204.073.630,75	18,0
Bauru	384.854.334,49	441.487.858,52	14,7
Campinas	653.159.660,18	735.986.383,26	12,7
Franca	96.287.246,05	107.653.799,54	11,8
Marília	214.214.636,47	238.598.829,36	11,4
Piracicaba	193.552.652,97	213.067.716,07	10,1
Presidente Prudente	130.554.961,90	145.789.898,15	11,7
Registro	28.519.467,15	36.979.169,10	29,7
Ribeirao Preto	316.424.347,96	352.765.652,29	11,5
S.Joao da Boa Vista	121.754.045,62	139.429.567,74	14,5
S.Jose do Rio Preto	350.322.160,84	397.559.104,37	13,5
Sorocaba	323.727.269,48	359.174.616,21	10,9
Taubate	327.037.180,53	409.571.391,59	25,2
Total	7.156.917.320,84	8.137.815.968,67	13,7

Fonte: SIASUS e SIHSUS - DATASUS/MS.

Há que se registrar que os pagamentos de grande parte de serviços de saúde relacionados com o SUS (hospitais, como as Santas Casas e de Ensino), bem como aqueles referentes aos serviços da rede própria municipal e estadual estão contratualizados segundo valores globais (tetos) e, portanto, a produção também não representa os valores efetivamente pagos aos serviços ou gestores. Além disso, estes valores não incluem o pagamento da atenção básica, pois este tipo de atenção deixou de ter seu valor registrado na produção desde que passou a ser pago per capita, conforme as regras do Ministério da Saúde, ao instituir o Piso de Atenção Básica – PAB. Assim sendo, sua apresentação aqui objetiva apenas apontar, de forma complementar, a ampliação dos serviços de saúde prestados para a população e seu registro nos sistemas de informação.

3.3.4 - Produção hospitalar do SUS/SP

No período de 2010 a 2014, o SUS/SP manteve o número de internações em 2,3 milhões com discreto aumento de 0,23%. As internações divididas por especialidade mostram que, nas principais clínicas, a maior queda ocorreu no número de internações em psiquiatria (com redução de 21,7% no período, o que provavelmente é o resultado da política de desospitalização em curso no Brasil e no estado) e de pediatria (redução de 10%).

Verifica-se discreta ampliação nas internações de clínica médica, cirúrgica e obstétrica e aumento significativo das internações em leitos dia cirúrgicos e em leitos dia de Aids, em ambos os casos demonstrando mudanças no padrão de atendimento destas áreas. O grande aumento percentual de internações de reabilitação é ocasionado pelo pequeno número absoluto ocorrido no ano de 2010 (**Tabela 41**).

Tabela 41 - Internações e respectivo percentual segundo especialidade no SUS/SP – 2010 e 2014.

Especialidade	2010	%	2014	%	Varição % 14/10
Cirúrgico	777.372	33,34	779.993	33,37	0,3
Obstétricos	397.725	17,06	402.459	17,22	1,2
Clínico	809.383	34,71	812.460	34,76	0,4
Crônicos	2.785	0,12	2.797	0,12	0,4
Psiquiatria	62.384	2,68	48.861	2,09	-21,7
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	948	0,04	785	0,03	-17,2
Pediátricos	243.739	10,45	219.431	9,39	-10,0
Reabilitação	285	0,01	944	0,04	231,2
Leito Dia / Cirúrgicos	27.560	1,18	57.953	2,48	110,3
Leito Dia / Aids	2.717	0,12	3.867	0,17	42,3
Leito Dia / Fibrose Cística	3	0,00	3	0,00	0,0
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	1.279	0,05	1.653	0,07	29,2
Leito Dia / Geriatria	311	0,01	376	0,02	20,9
Leito Dia / Saúde Mental	5.393	0,23	5.219	0,22	-3,2
Saúde Mental	-	-	395	0,02	0,0
Total	2.331.884	100,00	2.337.196	100,00	0,2

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

Com relação à natureza do prestador, pode-se observar que em 2014, os hospitais filantrópicos (como as Santas Casas) são responsáveis por 47,2% 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 31,3% das internações (ou 730 mil), fato que representa grande aumento em relação à participação estadual de 17% do total das internações em 1998. Existem muito poucos prestadores privados lucrativos no SUS/SP, com menos de 0,1% das internações totais e 4,1% em psiquiatria (**Tabela 42 e Gráfico 16**).

Tabela 42 - Internações no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador – 2014.

Especialidade	Contratado		Estadual		Municipal		Filantropico		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
01-Cirúrgico	226	0,0	269.511	34,6	121.278	15,5	388.978	49,9	779.993	100,0
02-Obstétricos	69	0,0	114.977	28,6	113.210	28,1	174.203	43,3	402.459	100,0
03-Clínico	106	0,0	216.240	26,6	184.184	22,7	411.930	50,7	812.460	100,0
04-Crônicos	4	0,1	1.152	41,2	20	0,7	1.621	58,0	2.797	100,0
05-Psiquiatria	2.013	4,1	12.451	25,5	8.877	18,2	25.520	52,2	48.861	100,0
06-Pneum. Sanitária (Tisiologia)	-	-	460	58,6	69	8,8	256	32,6	785	100,0
07-Pediátricos	-	-	68.733	31,3	64.073	29,2	86.625	39,5	219.431	100,0
08-Reabilitação	-	-	850	90,0	-	-	94	10,0	944	100,0
09-Leito Dia / Cirúrgicos	258	0,4	40.720	70,3	9.369	16,2	7.606	13,1	57.953	100,0
10-Leito Dia / Aids	-	-	3.711	96,0	129	3,3	27	0,7	3.867	100,0
11-Leito Dia / Fibrose Cística	-	-	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0
12-Leito Dia / Interc. Pós-Transplante	-	-	106	6,4	-	-	1.547	93,6	1.653	100,0
13-Leito Dia / Geriatria	-	-	376	100,0	-	-	-	-	376	100,0
14-Leito Dia / Saúde Mental	-	-	1.232	23,6	98	1,9	3.889	74,5	5.219	100,0
87-Saude Mental	-	-	-	-	395	100,0	-	-	395	100,0
Total	2.676	0,1	730.519	31,3	501.702	21,5	1.102.299	47,2	2.337.196	100,0

Fonte: SIH/SUS.

A SES/SP possui ampla rede de serviços que atendem 31,3% do total de internações do SUS/SP, 34,6% das internações cirúrgicas, 96% de todas as internações de hospital dia de AIDS e 70% das internações de hospital dia cirúrgico.

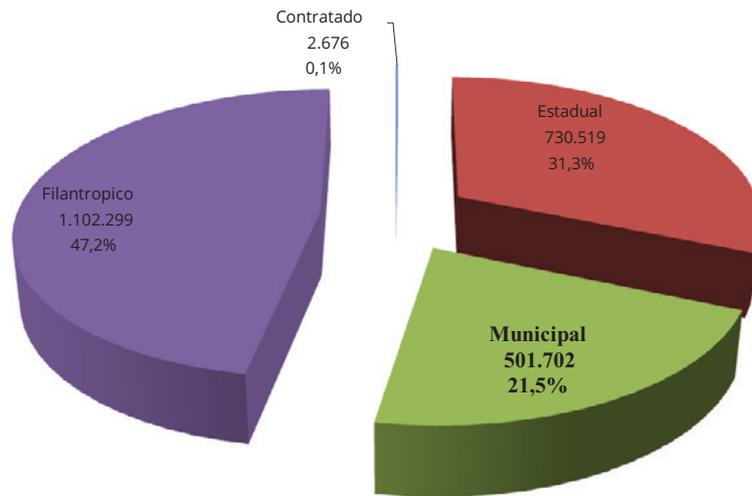
Além disso, no que se refere às internações de alta complexidade (conforme classificação do SIH/SUS), a participação dos serviços estaduais é ampliada, com 40,4% do total de internações do SUS/SP, 40,6% das internações clínicas e 46,3% das pediátricas (Tabela 43 e Gráfico 16).

Tabela 43 - Internações de alta complexidade no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador - 2014.

Especialidade	Contratado		Estadual		Municipal		Filantropico		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
01-Cirúrgico	75	0,05	51.739	36,7	5.330	3,8	83.901	59,5	141.045	100,0
03-Clínico	8	0,02	13.517	40,6	1.694	5,1	18.065	54,3	33.284	100,0
07-Pediátricos	-	-	1.827	46,3	47	1,2	2.070	52,5	3.944	100,0
09-Leito Dia / Cirúrgicos	-	-	6.841	81,3	253	3,0	1.317	15,7	8.411	100,0
10-Leito Dia / Aids	-	-	3.711	96,0	129	3,3	27	0,7	3.867	100,0
12-Leito Dia / Interc. Pós-Transplante	-	-	106	6,4	-	-	1.547	93,6	1.653	100,0
Total	83	0,04	77.741	40,4	7.453	3,9	106.927	55,6	192.204	100,0

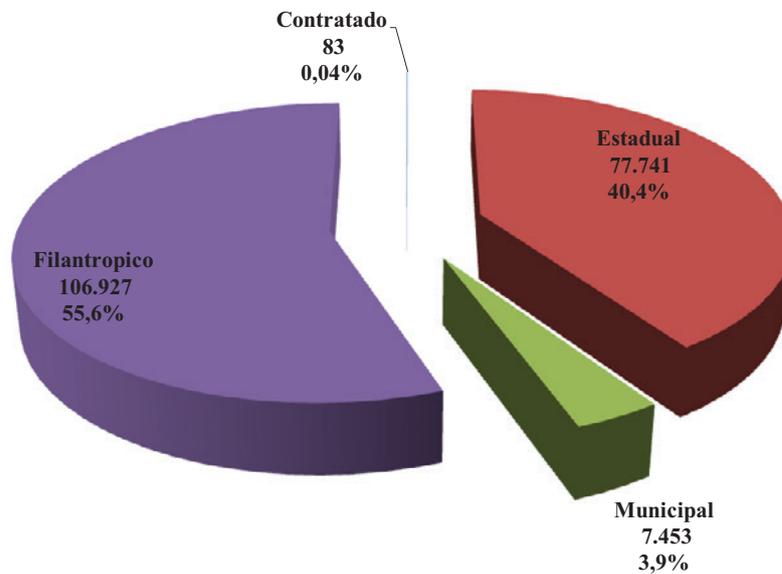
Fonte: SIH/SUS.

Gráfico 16 - Produção de internações segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2014.



Fonte: SIH/SUS.

Gráfico 17 - Produção de internações de alta complexidade segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2014.



Fonte: SIH/SUS.

O número absoluto de internações manteve-se praticamente o mesmo entre 2010 e 2014, mas as internações por mil habitantes (população total) apresentaram discreta redução no período de 2010 para 2014, passando de 57 para 55 internações/mil hab. (redução de 3%). Embora existam grandes diferenças entre as regiões, pode-se notar também que a maioria delas teve redução das internações/mil hab., exceto em três regiões (Registro, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto), cujos valores positivos da taxa foram muito discretos (**Tabela 44**).

Foi também apresentado o indicador de internações por mil usuários exclusivos SUS tendo em vista a já citada cobertura do sistema de saúde suplementar no estado e regiões, e esta relação também se manteve muito semelhante entre os dois anos considerados, com redução discreta da média estadual (-0,3%) e aumento importante apenas na região de Piracicaba (10%), São José do Rio Preto (7%) e Araçatuba (4%).

Tabela 44 - Internações (por mil habitantes) segundo DRS de residência do paciente, Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

DRS Resid	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Intern.	Intern/mil hab.	Intern/mil usuários excl. SUS	Intern.	Intern/mil hab.	Intern/mil usuários excl. SUS	Intern.	Intern/mil hab.	Intern/mil usuários excl. SUS
Grande São Paulo	1.021.462	51,9	106,8	1.027.977	50,7	106,4	0,6	-2,3	-0,4
Araçatuba	50.622	70,4	87,9	50.101	67,8	91,7	-1,0	-3,6	4,3
Araraquara	54.527	59,3	93,4	54.483	57,3	95,0	-0,1	-3,3	1,8
Baixada Santista	78.388	47,1	79,5	76.136	44,0	75,4	-2,9	-6,6	-5,1
Barretos	29.662	72,5	104,1	29.978	71,9	107,0	1,1	-0,7	2,8
Bauru	121.639	74,9	99,5	117.977	70,5	96,1	-3,0	-5,8	-3,4
Campinas	195.726	48,5	94,0	201.989	47,4	92,5	3,2	-2,4	-1,6
Franca	40.818	62,8	95,7	38.334	57,3	87,5	-6,1	-8,8	-8,5
Marília	86.700	81,1	102,9	80.235	73,9	95,3	-7,5	-8,9	-7,3
Piracicaba	68.720	48,6	83,4	70.518	48,1	92,0	2,6	-1,1	10,4
Presidente Prudente	67.633	92,9	118,0	64.594	87,9	115,7	-4,5	-5,4	-1,9
Registro	15.165	55,4	61,6	15.527	56,5	63,1	2,4	2,0	2,6
Ribeirão Preto	83.476	64,0	109,1	89.559	64,3	112,4	7,3	0,5	3,0
São João da Boa Vista	58.700	75,9	112,6	57.532	72,9	113,2	-2,0	-3,9	0,5
São José do Rio Preto	122.370	82,1	117,8	125.268	82,7	125,6	2,4	0,7	6,6
Sorocaba	118.006	52,6	74,0	117.967	50,6	75,8	-0,0	-3,8	2,4
Taubaté	118.270	52,2	83,6	119.021	50,5	79,8	0,6	-3,4	-4,5
Total	2.331.884	56,5	99,0	2.337.196	54,8	98,8	0,2	-3,1	-0,3

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

Como já referida anteriormente, a queda no número de internações de psiquiatria e pediatria devem ter impactado nestas taxas.

Outra característica específica e importante das internações de obstetrícia do SUS/SP é a comparação da taxa de cesáreas entre 2009 e 2013 por região, obtida pelo Sistema de Informações dos Nascidos Vivos – SINASC, que inclui os partos realizados na rede privada não vinculada ao SUS.

Existiu discreto aumento no número de nascidos vivos entre os anos considerados, passando de 599 mil (2010) para 611 mil (2013). Verifica-se também o aumento de 7,6% da taxa de cesárea, que passou de 58% a 62%. As maiores taxas de cesárea nas regiões atingem valores superiores a 80% e todas as regiões tiveram aumento da taxa de cesárea entre os anos considerados, com variações positivas de 0,4% (Baixada Santista) até 20% em São João da Boa Vista (Tabela 45).

Tabela 45 - Total de partos normais, cesáreas e Taxa de Cesárea segundo os DRS de residência. Estado de São Paulo - 2009 e 2013.

DRS Resid.	2009			2013			Taxa Cesárea		
	Vaginal	Cesário	Total	Vaginal	Cesário	total	2009	2013	Variação %
3501 Grande São Paulo	145.620	163.544	309.164	137.543	174.667	312.210	52,9	55,9	5,8
3502 Araçatuba	2.315	6.513	8.828	1.878	7.386	9.264	73,8	79,7	8,1
3503 Araraquara	3.081	8.841	11.922	2.561	9.704	12.265	74,2	79,1	6,7
3504 Baixada Santista	10.259	13.984	24.243	10.508	14.457	24.965	57,7	57,9	0,4
3505 Barretos	1.066	4.212	5.278	624	4.541	5.165	79,8	87,9	10,2
3506 Bauru	8.656	12.404	21.060	7.364	14.331	21.695	58,9	66,1	12,2
3507 Campinas	21.670	33.651	55.321	19.703	38.974	58.677	60,8	66,4	9,2
3508 Franca	3.318	5.753	9.071	2.527	6.396	8.923	63,4	71,7	13,0
3509 Marília	5.220	8.367	13.587	3.905	9.503	13.408	61,6	70,9	15,1
3510 Piracicaba	7.379	11.202	18.581	5.754	13.198	18.952	60,3	69,6	15,5
3511 Presidente Prudente	2.629	6.383	9.012	2.131	6.984	9.115	70,8	76,6	8,2
3512 Registro	2.867	1.338	4.205	2.494	1.474	3.968	31,8	37,1	16,7
3513 Ribeirão Preto	6.879	10.941	17.820	6.696	11.256	17.952	61,4	62,7	2,1
3514 São João da Boa Vista	3.738	5.770	9.508	2.631	7.100	9.731	60,7	73,0	20,2
3515 São José do Rio Preto	3.500	13.992	17.492	2.792	15.210	18.002	80,0	84,5	5,6
3516 Sorocaba	13.746	17.622	31.368	12.550	20.951	33.501	56,2	62,5	11,3
3517 Taubaté	12.141	20.024	32.165	10.932	22.205	33.137	62,3	67,0	7,6
Total	254.085	344.541	598.626	232.594	378.341	610.935	57,6	61,9	7,6

Fonte: SINASC/SEADE.

Por outro lado, os partos realizados nos hospitais do SUS aumentaram no mesmo período, passando de 348,9 mil (2010) para 352,7 mil. A taxa de cesárea no setor público é mais baixa em 2014 (43,5%) que a taxa total do estado vista anteriormente (61,9%). Entretanto, também se verifica um aumento de 7% na taxa de cesárea nos hospitais do SUS, no período considerado. De todas as regiões, apenas Ribeirão Preto apresentou queda da taxa de cesárea (**Tabela 46**).

Tabela 46 - Total de partos normais, cesáreas e Taxa de Cesárea SUS segundo os DRS de residência – Estado de São Paulo – 2010 e 2014.

DRS Resid.	Internações 2010			Internações 2014			Taxa Cesárea		
	Normal	Cesário	Total	Normal	Cesário	Total	2010	2014	Varição %
3501 Grande São Paulo	120.119	58.632	178.751	117.839	62.900	180.739	32,8	34,8	6,1
3502 Araçatuba	2.122	3.269	5.391	1.744	3.430	5.174	60,6	66,3	9,3
3503 Araraquara	2.611	3.786	6.397	2.209	3.839	6.048	59,2	63,5	7,3
3504 Baixada Santista	9.073	6.742	15.815	9.010	7.117	16.127	42,6	44,1	3,5
3505 Barretos	760	2.241	3.001	531	2.433	2.964	74,7	82,1	9,9
3506 Bauru	7.552	6.097	13.649	6.612	6.470	13.082	44,7	49,5	10,7
3507 Campinas	16.978	13.385	30.363	15.323	14.270	29.593	44,1	48,2	9,4
3508 Franca	2.752	3.000	5.752	2.115	3.244	5.359	52,2	60,5	16,1
3509 Marília	4.735	4.256	8.991	3.473	5.178	8.651	47,3	59,9	26,4
3510 Piracicaba	5.842	4.894	10.736	5.008	5.627	10.635	45,6	52,9	16,1
3511 Presidente Prudente	2.320	3.412	5.732	2.143	3.308	5.451	59,5	60,7	1,9
3512 Registro	2.643	793	3.436	2.509	943	3.452	23,1	27,3	18,4
3513 Ribeirão Preto	3.612	3.275	6.887	5.858	4.370	10.228	47,6	42,7	-10,2
3514 São João da Boa Vista	3.105	2.816	5.921	2.411	3.319	5.730	47,6	57,9	21,8
3515 São José do Rio Preto	2.870	5.805	8.675	2.829	6.195	9.024	66,9	68,7	2,6
3516 Sorocaba	11.086	8.411	19.497	10.085	10.547	20.632	43,1	51,1	18,5
3517 Taubaté	9.964	9.957	19.921	9.751	10.085	19.836	50,0	50,8	1,7
Total	208.144	140.771	348.915	199.450	153.275	352.725	40,3	43,5	7,7

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

3.3.5 - Produção ambulatorial do SUS/SP

As consultas médicas totais no SUS entre os anos de 2010 e 2014 variaram muito pouco, com redução de 0,1% e valores absolutos de 139,4 milhões e 139,3 milhões de consultas respectivamente. Entretanto, seus componentes variaram bastante no período: observa-se a redução de 14,8% no número absoluto de consultas básicas (de 67,8 para 57,9 milhões de consultas) e aumento de 13,8% nas consultas especializadas (de 71,6 milhões para 81,5 milhões) no estado de São Paulo (**Tabela 47**).

Muitas regiões dos DRS apresentaram ampliação do total de consultas médicas, mas quase sempre por conta das consultas de especialidade. Somente a região de Ribeirão Preto apresentou redução discreta das consultas de especialidade (-5%). Por outro lado quase todas as regiões tiveram redução das consultas básicas, exceto as regiões de São José do Rio Preto, Araraquara e Ribeirão Preto. Algumas regiões tiveram reduções acima de 20% nas consultas básicas, como Bauru (-42%), Sorocaba (-24%), Taubaté (-23%) entre outros.

A evolução do total das consultas médicas por habitante (para toda a população do estado) registra queda de 3% entre os anos considerados, passando de 3,38 consultas/hab em 2010 para 3,27

consultas/hab. em 2014. Esta evolução foi ocasionada por considerável redução nas consultas básicas (-17%) e praticamente todas as regiões tiveram redução do indicador, exceto as três regiões acima referidas. Em algumas regiões como no DRS de Bauru, a queda do indicador de consultas básicas foi de 43% neste período. Contudo, o indicador registra aumento de 13% nas consultas especializadas/hab., e apenas Ribeirão Preto e Franca apresentam queda neste indicador (**Tabela 48**).

Tabela 47 - Consultas Médicas Básicas e de Especialidades no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 - 2014.

DRS Ocor	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Básicas	Especial.	Total	Básicas	Especial.	Total	Básicas	Especial.	Total
3501 Grande Sao Paulo	27.803.289	32.369.582	60.172.871	22.639.782	35.869.286	58.509.068	-18,6	10,8	-2,8
3502 Aracatuba	1.410.087	1.222.985	2.633.072	1.279.127	1.381.715	2.660.842	-9,3	13,0	1,1
3503 Araraquara	1.771.072	1.272.873	3.043.945	1.882.960	1.624.723	3.507.683	6,3	27,6	15,2
3504 Baixada Santista	1.896.761	4.037.399	5.934.160	1.499.443	4.349.254	5.848.697	-20,9	7,7	-1,4
3505 Barretos	934.439	962.146	1.896.585	831.681	1.019.129	1.850.810	-11,0	5,9	-2,4
3506 Bauru	4.161.773	3.198.345	7.360.118	2.423.295	3.713.706	6.137.001	-41,8	16,1	-16,6
3507 Campinas	5.784.317	6.631.155	12.415.472	5.448.181	7.755.239	13.203.420	-5,8	17,0	6,3
3508 Franca	1.439.206	1.109.788	2.548.994	1.128.331	1.119.825	2.248.156	-21,6	0,9	-11,8
3509 Marília	2.120.881	1.754.742	3.875.623	2.073.890	2.003.260	4.077.150	-2,2	14,2	5,2
3510 Piracicaba	1.866.090	2.038.816	3.904.906	1.592.262	2.591.455	4.183.717	-14,7	27,1	7,1
3511 Presidente Prudente	1.594.243	1.156.513	2.750.756	1.537.180	1.356.643	2.893.823	-3,6	17,3	5,2
3512 Registro	854.039	471.262	1.325.301	665.670	519.447	1.185.117	-22,1	10,2	-10,6
3513 Ribeirao Preto	2.843.689	3.247.027	6.090.716	3.061.583	3.081.234	6.142.817	7,7	-5,1	0,9
3514 S.Joao da Boa Vista	1.696.345	1.252.789	2.949.134	1.414.915	1.504.322	2.919.237	-16,6	20,1	-1,0
3515 S.Jose do Rio Preto	3.453.431	2.771.980	6.225.411	4.048.853	3.316.022	7.364.875	17,2	19,6	18,3
3516 Sorocaba	4.139.780	4.027.698	8.167.478	3.152.400	5.398.303	8.550.703	-23,9	34,0	4,7
3517 Taubate	4.035.434	4.108.181	8.143.615	3.112.581	4.918.705	8.031.286	-22,9	19,7	-1,4
Total	67.804.876	71.633.281	139.438.157	57.792.134	81.522.268	139.314.402	-14,8	13,8	-0,1

Fonte: SIA/SUS, produção apresentada.

Tabela 48 - Consultas Médicas Básicas e de Especialidades por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

DRS Ocor	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Básicas	Especial.	Total	Básicas	Especial.	Total	Básicas	Especial.	Total
3501 Grande Sao Paulo	1,41	1,64	3,06	1,12	1,77	2,88	-21,0	7,5	-5,6
3502 Aracatuba	1,96	1,70	3,66	1,73	1,87	3,60	-11,6	10,0	-1,6
3503 Araraquara	1,92	1,38	3,31	1,98	1,71	3,69	2,9	23,5	11,5
3504 Baixada Santista	1,14	2,43	3,57	0,87	2,51	3,38	-24,0	3,5	-5,3
3505 Barretos	2,28	2,35	4,63	2,00	2,45	4,44	-12,6	4,0	-4,2
3506 Bauru	2,56	1,97	4,53	1,45	2,22	3,67	-43,5	12,7	-19,0
3507 Campinas	1,43	1,64	3,08	1,28	1,82	3,10	-10,9	10,6	0,6
3508 Franca	2,21	1,71	3,92	1,69	1,67	3,36	-23,9	-2,0	-14,4
3509 Marília	1,99	1,64	3,63	1,91	1,85	3,76	-3,7	12,4	3,6
3510 Piracicaba	1,32	1,44	2,76	1,09	1,77	2,85	-17,8	22,5	3,3
3511 Presidente Prudente	2,21	1,60	3,81	2,09	1,85	3,94	-5,2	15,3	3,4
3512 Registro	3,12	1,72	4,84	2,42	1,89	4,32	-22,3	9,8	-10,9
3513 Ribeirao Preto	2,14	2,45	4,59	2,20	2,21	4,41	2,7	-9,5	-3,8
3514 S.Joao da Boa Vista	2,19	1,62	3,81	1,79	1,91	3,70	-18,2	17,8	-2,9
3515 S.Jose do Rio Preto	2,34	1,88	4,23	2,67	2,19	4,86	14,0	16,3	15,0
3516 Sorocaba	1,85	1,80	3,64	1,35	2,32	3,67	-26,7	29,0	0,7
3517 Taubate	1,78	1,81	3,60	1,32	2,09	3,41	-25,9	15,0	-5,3
Total	1,64	1,74	3,38	1,35	1,91	3,26	-17,6	10,0	-3,4

Fonte: SIA/SUS, produção apresentada.

No Sistema de Informação Ambulatorial as consultas médicas básicas são divididas em consultas normais (agendadas ou programadas) e as de urgência (pronto-atendimento). Nota-se que os dois componentes apresentaram redução no Estado de São Paulo entre 2010 e 2014, com redução maior do componente de urgência (-29%). As consultas médicas básicas normais tiveram redução em praticamente todas as regionais, exceto Araraquara, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. As consultas de urgência tiveram redução maior que as normais, com registro de aumento apenas em Araçatuba, São José do Rio Preto e Taubaté (**Tabela 49**).

Tabela 49 - Consultas Médicas Básicas Normais e de Urgência no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 - 2014.

DRS Ocor	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Básica normal	Básica urgência	Básica Total	Básica normal	Básica urgência	Básica Total	Básica normal	Básica urgência	Básica Total
3501 Grande Sao Paulo	15.455.021	12.348.268	27.803.289	14.339.565	8.300.217	22.639.782	-7,2	-32,8	-18,6
3502 Aracatuba	1.322.565	87.522	1.410.087	1.176.300	102.827	1.279.127	-11,1	17,5	-9,3
3503 Araraquara	1.384.238	386.834	1.771.072	1.707.126	175.834	1.882.960	23,3	-54,5	6,3
3504 Baixada Santista	1.607.969	288.792	1.896.761	1.429.870	69.573	1.499.443	-11,1	-75,9	-20,9
3505 Barretos	735.102	199.337	934.439	667.789	163.892	831.681	-9,2	-17,8	-11,0
3506 Bauru	3.413.073	748.700	4.161.773	2.173.708	249.587	2.423.295	-36,3	-66,7	-41,8
3507 Campinas	4.070.991	1.713.326	5.784.317	3.851.291	1.596.890	5.448.181	-5,4	-6,8	-5,8
3508 Franca	1.230.180	209.026	1.439.206	931.293	197.038	1.128.331	-24,3	-5,7	-21,6
3509 Marília	1.867.530	253.351	2.120.881	1.832.072	241.818	2.073.890	-1,9	-4,6	-2,2
3510 Piracicaba	1.475.010	391.080	1.866.090	1.315.767	276.495	1.592.262	-10,8	-29,3	-14,7
3511 Presidente Prudente	1.223.912	370.331	1.594.243	1.202.322	334.858	1.537.180	-1,8	-9,6	-3,6
3512 Registro	664.005	190.034	854.039	491.685	173.985	665.670	-26,0	-8,4	-22,1
3513 Ribeirao Preto	2.376.679	467.010	2.843.689	2.729.902	331.681	3.061.583	14,9	-29,0	7,7
3514 S.Joao da Boa Vista	1.273.912	422.433	1.696.345	1.147.341	267.574	1.414.915	-9,9	-36,7	-16,6
3515 S.Jose do Rio Preto	2.878.956	574.475	3.453.431	3.280.930	767.923	4.048.853	14,0	33,7	17,2
3516 Sorocaba	3.254.583	885.197	4.139.780	2.769.096	383.304	3.152.400	-14,9	-56,7	-23,9
3517 Taubate	3.717.771	317.663	4.035.434	2.650.209	462.372	3.112.581	-28,7	45,6	-22,9
Total	47.951.497	19.853.379	67.804.876	43.696.266	14.095.868	57.792.134	-8,9	-29,0	-14,8

Fonte: SIA/SUS, produção apresentada.

A análise do indicador de consultas básicas por habitante entre 2010 e 2014 indica redução um pouco maior que os números absolutos de consultas, mantendo apenas as três regionais com ampliação, já citadas (**Tabela 50**).

Tabela 50 - Consultas Médicas Básicas Normais e de Urgência por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 - 2014.

DRS Ocor	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Básica normal	Básica urgência	Básica Total	Básica normal	Básica urgência	Básica Total	Básica normal	Básica urgência	Básica Total
3501 Grande Sao Paulo	0,79	0,63	1,41	0,71	0,41	1,12	-10,0	-34,8	-21,0
3502 Aracatuba	1,84	0,12	1,96	1,59	0,14	1,73	-13,4	14,4	-11,6
3503 Araraquara	1,50	0,42	1,92	1,79	0,18	1,98	19,3	-56,0	2,9
3504 Baixada Santista	0,97	0,17	1,14	0,83	0,04	0,87	-14,5	-76,8	-24,0
3505 Barretos	1,80	0,49	2,28	1,60	0,39	2,00	-10,8	-19,3	-12,6
3506 Bauru	2,10	0,46	2,56	1,30	0,15	1,45	-38,2	-67,6	-43,5
3507 Campinas	1,01	0,42	1,43	0,90	0,37	1,28	-10,5	-11,8	-10,9
3508 Franca	1,89	0,32	2,21	1,39	0,29	1,69	-26,5	-8,5	-23,9
3509 Marília	1,75	0,24	1,99	1,69	0,22	1,91	-3,4	-6,0	-3,7
3510 Piracicaba	1,04	0,28	1,32	0,90	0,19	1,09	-14,0	-31,9	-17,8
3511 Presidente Prudente	1,69	0,51	2,21	1,64	0,46	2,09	-3,4	-11,1	-5,2
3512 Registro	2,43	0,69	3,12	1,79	0,63	2,42	-26,2	-8,8	-22,3
3513 Ribeirao Preto	1,79	0,35	2,14	1,96	0,24	2,20	9,6	-32,2	2,7
3514 S.Joao da Boa Vista	1,65	0,55	2,19	1,45	0,34	1,79	-11,7	-37,9	-18,2
3515 S.Jose do Rio Preto	1,95	0,39	2,34	2,17	0,51	2,67	10,8	29,9	14,0
3516 Sorocaba	1,45	0,39	1,85	1,19	0,16	1,35	-18,1	-58,3	-26,7
3517 Taubate	1,64	0,14	1,78	1,12	0,20	1,32	-31,6	39,8	-25,9
Total	1,16	0,48	1,64	1,02	0,33	1,35	-11,9	-31,3	-17,6

Fonte: SIA/SUS, produção apresentada.

As consultas médicas especializadas são divididas no sistema de informação em consultas especializadas normais (agendadas ou programadas) e de urgência (realizadas em unidades de urgência, como os pronto atendimentos, UPAS e pronto socorros).

Ambas as modalidades de consultas de especialidade apresentaram crescimento no período de 2010 a 2014, com aumento maior das consultas especializadas de urgência, de 16% (Tabela 51) e ocorreu em todas as regiões, exceto Ribeirão Preto.

As consultas médicas de especialidade normal aumentaram 11% no estado e em muitas regiões, exceto Franca, Registro, Ribeirão Preto e Sorocaba.

Além de aumentarem mais no total do estado, as consultas médicas de urgência aumentaram em quase todas as regiões, exceto Marília, Barretos e Araraquara.

O indicador de consultas médicas de especialidade por mil habitantes também demonstra o aumento, embora em proporções

ligeiramente menores, 7% para as consultas de especialidade normais e 12% para as consultas de urgência (Tabela 52).

Estudo que comparou os biênios 2002/2003 a 2012/2013 já demonstrava a queda no número de consultas médicas básicas normais (programadas) e aumento das consultas médicas especializadas e de urgência²⁰, fato agora confirmado para o quadriênio mais recente.

É preciso destacar que o cálculo de consultas por habitante é subestimado no Estado ao se utilizar apenas as consultas do SUS, pois existem consultas realizadas no sistema de saúde suplementar. O grande investimento realizado em unidades especializadas pela Secretaria de Estado da Saúde (os Ambulatórios Médicos de Especialidade – AME, entre outros) pode ter colaborado para o grande aumento verificado nas consultas médicas especializadas normais. Da mesma forma, o crescimento das consultas de especialidade de urgência é coerente com os investimentos realizados em unidades de pronto atendimento (AMAS e UPAS) no Estado de São Paulo.

Tabela 51 - Consultas Médicas de Especialidade Normais e de Urgência no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

DRS Ocor	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Especial. Normal	Especial. Urgência	Total Especial.	Especial. Normal	Especial. Urgência	Total Especial.	Especial. Normal	Especial. Urgência	Total Especial.
3501 Grande Sao Paulo	13.511.985	18.857.597	32.369.582	14.093.514	21.775.772	35.869.286	4,3	15,5	10,8
3502 Aracatuba	440.872	782.113	1.222.985	563.882	817.833	1.381.715	27,9	4,6	13,0
3503 Araraquara	580.725	692.148	1.272.873	1.005.213	619.510	1.624.723	73,1	-10,5	27,6
3504 Baixada Santista	1.237.049	2.800.350	4.037.399	1.324.517	3.024.737	4.349.254	7,1	8,0	7,7
3505 Barretos	484.048	478.098	962.146	603.692	415.437	1.019.129	24,7	-13,1	5,9
3506 Bauru	1.300.838	1.897.507	3.198.345	1.764.857	1.948.849	3.713.706	35,7	2,7	16,1
3507 Campinas	2.497.916	4.133.239	6.631.155	2.961.414	4.793.825	7.755.239	18,6	16,0	17,0
3508 Franca	465.248	644.540	1.109.788	463.826	655.999	1.119.825	-0,3	1,8	0,9
3509 Marília	724.573	1.030.169	1.754.742	1.058.363	944.897	2.003.260	46,1	-8,3	14,2
3510 Piracicaba	847.838	1.190.978	2.038.816	1.390.095	1.201.360	2.591.455	64,0	0,9	27,1
3511 Presidente Prudente	525.947	630.566	1.156.513	656.019	700.624	1.356.643	24,7	11,1	17,3
3512 Registro	168.355	302.907	471.262	161.072	358.375	519.447	-4,3	18,3	10,2
3513 Ribeirao Preto	2.005.442	1.241.585	3.247.027	1.491.533	1.589.701	3.081.234	-25,6	28,0	-5,1
3514 S.Joao da Boa Vista	603.217	649.572	1.252.789	609.123	895.199	1.504.322	1,0	37,8	20,1
3515 S.Jose do Rio Preto	1.331.823	1.440.157	2.771.980	1.782.580	1.533.442	3.316.022	33,8	6,5	19,6
3516 Sorocaba	1.728.921	2.298.777	4.027.698	1.639.776	3.758.527	5.398.303	-5,2	63,5	34,0
3517 Taubate	1.673.559	2.434.622	4.108.181	1.780.705	3.138.000	4.918.705	6,4	28,9	19,7
Total	30.128.356	41.504.925	71.633.281	33.350.181	48.172.087	81.522.268	10,7	16,1	13,8

Fonte: SIA/SUS, produção apresentada.

Tabela 52 - Consultas Médicas de Especialidade Normais e de Urgência por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

DRS Ocor	2010			2014			Variação % 2014/2010		
	Especial.	Especial.	Total	Especial.	Especial.	Total	Especial.	Especial.	Total
	Normal	Urgência	Especial.	Normal	Urgência	Especial.	Normal	Urgência	Especial.
3501 Grande Sao Paulo	0,69	0,96	1,64	0,69	1,07	1,77	1,2	12,1	7,5
3502 Aracatuba	0,61	1,09	1,70	0,76	1,11	1,87	24,6	1,8	10,0
3503 Araraquara	0,63	0,75	1,38	1,06	0,65	1,71	67,5	-13,4	23,5
3504 Baixada Santista	0,74	1,68	2,43	0,76	1,75	2,51	2,9	3,8	3,5
3505 Barretos	1,18	1,17	2,35	1,45	1,00	2,45	22,5	-14,7	4,0
3506 Bauru	0,80	1,17	1,97	1,05	1,16	2,22	31,7	-0,3	12,7
3507 Campinas	0,62	1,03	1,64	0,69	1,12	1,82	12,2	9,7	10,6
3508 Franca	0,72	0,99	1,71	0,69	0,98	1,67	-3,2	-1,2	-2,0
3509 Marília	0,68	0,96	1,64	0,98	0,87	1,85	43,8	-9,7	12,4
3510 Piracicaba	0,60	0,84	1,44	0,95	0,82	1,77	58,0	-2,8	22,5
3511 Presidente Prudente	0,73	0,87	1,60	0,89	0,95	1,85	22,6	9,2	15,3
3512 Registro	0,62	1,11	1,72	0,59	1,31	1,89	-4,7	17,9	9,8
3513 Ribeirao Preto	1,51	0,93	2,45	1,07	1,14	2,21	-29,1	22,1	-9,5
3514 S.Joao da Boa Vista	0,78	0,84	1,62	0,77	1,13	1,91	-1,0	35,2	17,8
3515 S.Jose do Rio Preto	0,90	0,98	1,88	1,18	1,01	2,19	30,1	3,5	16,3
3516 Sorocaba	0,77	1,02	1,80	0,70	1,61	2,32	-8,7	57,3	29,0
3517 Taubate	0,74	1,08	1,81	0,75	1,33	2,09	2,2	23,8	15,0
Total	0,73	1,01	1,74	0,78	1,13	1,91	7,0	12,2	10,0

Fonte: SIA/SUS, produção apresentada.

Assim, pode estar havendo migração de consultas médicas básicas para o setor de saúde suplementar ou para as unidades de pronto atendimento, o que explicaria o aumento de consultas médicas de especialidade de urgência, que incluem as consultas de pronto atendimento, ao lado da redução de consultas médicas básicas. Mesmo assim, a evolução negativa nas consultas médicas básicas normais é fato preocupante, que precisa ser mais bem estudado em cada região, uma vez que a atenção básica em saúde é a base fundamental do Sistema Único de Saúde - SUS.

Finalmente, com relação aos procedimentos de alta complexidade, estudo anterior²¹, descreveu o 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 a cobertura da saúde suplementar no estado, que também realiza os mesmos procedimentos.

Na **Tabela 53** apresenta-se o valor pago (segundo a tabela de procedimentos do SUS) por tipo de prestador. Pode-se notar que os primeiros nove procedimentos representam mais de 80% dos valores pagos, salientando-se as consultas médicas e outras consultas (22%); laboratório clínico (17%); tratamento em oncologia e nefrologia (11% em cada), assistência farmacêutica especializada (7%) e radiologia/ultrassom que somam 8%.

Observa-se ainda que os serviços próprios estaduais realizam 29% dos procedimentos ambulatoriais no SUS/SP, sendo que em alguns setores de maior complexidade, esta proporção é bem maior: 100% no componente farmacêutico especializado, 43% na tomografia, 49% da ressonância magnética, 49% da hemoterapia; 49% da endoscopia, entre outros (**Tabela 54**).

Tabela 53 - Valor pago (mil R\$) pela produção ambulatorial por tipo de prestador segundo subgrupo de procedimentos - Estado de São Paulo, 2014.

Nº	SubGrupo proced	Privado	Federal	Estadual	Municipal	Filantropico	Total	%
1	0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	5.501,67	47,22	183.164,28	613.209,42	251.785,18	1.053.707,76	21,6
2	0202-Diagnóstico em laboratório clínico	92.596,31	-	192.866,95	346.165,08	197.826,75	829.455,09	17,0
3	0304-Tratamento em oncologia	6.037,48	-	165.726,05	22.719,18	364.504,93	558.987,64	11,5
4	0305-Tratamento em nefrologia	345.270,20	-	42.408,64	5.062,97	156.957,23	549.699,04	11,3
5	0604-Componente Especializ. da Assit.Farmaceutica	-	-	345.119,42	-	-	345.119,42	7,1
6	0204-Diagnóstico por radiologia	11.080,97	-	47.393,78	93.660,52	62.256,06	214.391,34	4,4
7	0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	15.519,83	-	50.640,72	58.716,51	30.373,57	155.250,62	3,2
8	0211-Métodos diagnósticos em especialidades	4.144,97	7,21	48.433,66	30.441,83	70.104,81	153.132,49	3,1
9	0206-Diagnóstico por tomografia	3.397,16	-	61.902,75	24.831,55	50.936,98	141.068,44	2,9
10	0701-Órteses,próteses e mat.espec. não relato cir	1.135,00	-	40.158,42	27.456,57	37.874,04	106.624,04	2,2
11	0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemotera	98,66	-	50.110,20	390,59	46.588,72	97.188,16	2,0
12	0405-Cirurgia do aparelho da visão	2.303,21	-	22.997,39	3.681,19	49.640,41	78.622,20	1,6
13	0207-Diagnóstico por ressonância magnética	5.407,70	-	37.236,58	5.793,01	26.896,34	75.333,63	1,5
14	0501-Coleta/exame p/doação órgãos,tec.,cél.transp	9.906,93	-	27.115,52	-	37.058,84	74.081,29	1,5
15	0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	4.503,63	-	16.463,68	482,54	32.672,09	54.121,93	1,1
16	0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	23.470,07	-	9.253,03	13,79	15.705,46	48.442,34	1,0
17	0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	5.330,30	-	16.254,21	4.206,72	20.109,99	45.901,22	0,9
18	0302-Fisioterapia	3.631,05	72,21	4.762,97	22.916,26	13.907,14	45.289,63	0,9
19	0209-Diagnóstico por endoscopia	2.905,11	-	20.893,45	8.322,23	10.658,74	42.779,53	0,9
20	0306-Hemoterapia	33,21	-	19.379,25	219,47	19.902,94	39.534,87	0,8
21	0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	866,51	-	3.885,14	9.760,25	24.676,28	39.188,18	0,8
22	0401-Peç cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa	28,68	-	6.567,15	17.150,16	6.638,51	30.384,50	0,6
23	0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	101,65	-	4.180,83	-	11.901,63	16.184,11	0,3
24	0309-Terapias especializadas	812,87	-	3.405,67	1.037,92	6.823,78	12.080,24	0,2
25	0201-Coleta de material	800,74	-	5.098,68	2.158,88	3.824,65	11.882,95	0,2
26	0803-Autorização / Regulação	-	-	-	8.535,13	3,39	8.538,51	0,2
27	0418-Cirurgia em nefrologia	4.582,42	-	790,71	92,29	2.874,45	8.339,87	0,2
28	0307-Tratamentos odontológicos	3,53	-	1.243,20	3.092,49	1.233,85	5.573,07	0,1
29	0414-Cirurgia oro-facial	24,26	-	371,02	4.415,51	649,46	5.460,25	0,1
30	0504-Processamento de tecidos para transplante	-	-	695,53	-	4.300,15	4.995,68	0,1
31	0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	-	-	1.891,14	19,43	2.995,05	4.905,62	0,1
32	0503-Ações rel. à doação de órgãos, tecidos e cél	-	-	158,13	-	3.213,64	3.371,77	0,1
33	0505-Transplante de órgãos, tecidos e células	43,47	-	26,91	-	2.708,74	2.779,12	0,1
34	0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	58,94	-	858,78	1.223,34	513,90	2.654,97	0,1
35	0101-Ações coletivas/individuais em saúde	1,36	0,16	1.179,90	1.176,77	224,33	2.582,52	0,1
36	0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoç	1,10	-	270,21	1.668,12	639,20	2.578,63	0,1
37	0417-Anestesiologia	522,01	-	385,82	916,15	571,12	2.395,10	0,0
38	0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	0,45	-	206,47	779,23	936,29	1.922,44	0,0
39	0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd	40,28	-	730,68	60,43	293,49	1.124,88	0,0
40	0413-Cirurgia reparadora	-	-	428,75	411,39	238,30	1.078,44	0,0
41	0406-Cirurgia do aparelho circulatório	-	-	258,61	235,64	128,52	622,77	0,0
42	0415-Outras cirurgias	-	-	149,80	265,49	197,78	613,07	0,0
43	0214-Diagnóstico por teste rápido	0,40	-	21,13	302,21	3,22	326,95	0,0
44	0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	-	-	169,80	-	11,06	180,87	0,0
45	0412-Cirurgia torácica	-	-	13,31	20,18	30,72	64,20	0,0
46	0410-Cirurgia de mama	-	-	7,41	2,03	3,06	12,50	0,0
47	0102-Vigilância em saúde	-	-	-	4,59	-	4,59	0,0
48	0411-Cirurgia obstétrica	-	-	1,11	1,89	1,39	4,39	0,0
49	0213-Diagnóstico em vigil epidemiológica ambiental	-	-	-	0,00	-	0,00	0,0
Total		550.162,12	126,79	1.435.276,82	1.321.618,92	1.571.396,20	4.878.580,86	100,0

Fonte: SIA/SUS.

Tabela 54 - Proporção (%) da produção ambulatorial por tipo de prestador segundo subgrupo de procedimentos - Estado de São Paulo, 2014.

Nº	SubGrupo procedimentos	Valor Total	% por tipo de prestador					Total
			Privado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	
1	0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.053.707,76	0,5	0,0	17,4	58,2	23,9	100,0
2	0202-Diagnóstico em laboratório clínico	829.455,09	11,2	-	23,3	41,7	23,9	100,0
3	0304-Tratamento em oncologia	558.987,64	1,1	-	29,6	4,1	65,2	100,0
4	0305-Tratamento em nefrologia	549.699,04	62,8	-	7,7	0,9	28,6	100,0
5	0604-Componente Especializ. da Assit.Farmaceutica	345.119,42	-	-	100,0	-	-	100,0
6	0204-Diagnóstico por radiologia	214.391,34	5,2	-	22,1	43,7	29,0	100,0
7	0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	155.250,62	10,0	-	32,6	37,8	19,6	100,0
8	0211-Métodos diagnósticos em especialidades	153.132,49	2,7	0,0	31,6	19,9	45,8	100,0
9	0206-Diagnóstico por tomografia	141.068,44	2,4	-	43,9	17,6	36,1	100,0
10	0701-Órteses,próteses e mat.espec. não rel ato cir	106.624,04	1,1	-	37,7	25,8	35,5	100,0
11	0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemotera	97.188,16	0,1	-	51,6	0,4	47,9	100,0
12	0405-Cirurgia do aparelho da visão	78.622,20	2,9	-	29,3	4,7	63,1	100,0
13	0207-Diagnóstico por ressonância magnética	75.333,63	7,2	-	49,4	7,7	35,7	100,0
14	0501-Coleta/exame p/doação órgãos,tec.,cél.transp	74.081,29	13,4	-	36,6	-	50,0	100,0
15	0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	54.121,93	8,3	-	30,4	0,9	60,4	100,0
16	0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	48.442,34	48,4	-	19,1	0,0	32,4	100,0
17	0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	45.901,22	11,6	-	35,4	9,2	43,8	100,0
18	0302-Fisioterapia	45.289,63	8,0	0,2	10,5	50,6	30,7	100,0
19	0209-Diagnóstico por endoscopia	42.779,53	6,8	-	48,8	19,5	24,9	100,0
20	0306-Hemoterapia	39.534,87	0,1	-	49,0	0,6	50,3	100,0
21	0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	39.188,18	2,2	-	9,9	24,9	63,0	100,0
22	0401-Peq cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa	30.384,50	0,1	-	21,6	56,4	21,8	100,0
23	0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	16.184,11	0,6	-	25,8	-	73,5	100,0
24	0309-Terapias especializadas	12.080,24	6,7	-	28,2	8,6	56,5	100,0
25	0201-Coleta de material	11.882,95	6,7	-	42,9	18,2	32,2	100,0
26	0803-Autorização / Regulação	8.538,51	-	-	-	100,0	0,0	100,0
27	0418-Cirurgia em nefrologia	8.339,87	54,9	-	9,5	1,1	34,5	100,0
28	0307-Tratamentos odontológicos	5.573,07	0,1	-	22,3	55,5	22,1	100,0
29	0414-Cirurgia oro-facial	5.460,25	0,4	-	6,8	80,9	11,9	100,0
30	0504-Processamento de tecidos para transplante	4.995,68	-	-	13,9	-	86,1	100,0
31	0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	4.905,62	-	-	38,6	0,4	61,1	100,0
32	0503-Ações rel. à doação de órgãos, tecidos e células	3.371,77	-	-	4,7	-	95,3	100,0
33	0505-Transplante de órgãos, tecidos e células	2.779,12	1,6	-	1,0	-	97,5	100,0
34	0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	2.654,97	2,2	-	32,3	46,1	19,4	100,0
35	0101-Ações coletivas/individuais em saúde	2.582,52	0,1	0,0	45,7	45,6	8,7	100,0
36	0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoç	2.578,63	0,0	-	10,5	64,7	24,8	100,0
37	0417-Anestesiologia	2.395,10	21,8	-	16,1	38,3	23,8	100,0
38	0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	1.922,44	0,0	-	10,7	40,5	48,7	100,0
39	0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd	1.124,88	3,6	-	65,0	5,4	26,1	100,0
40	0413-Cirurgia reparadora	1.078,44	-	-	39,8	38,1	22,1	100,0
41	0406-Cirurgia do aparelho circulatório	622,77	-	-	41,5	37,8	20,6	100,0
42	0415-Outras cirurgias	613,07	-	-	24,4	43,3	32,3	100,0
43	0214-Diagnóstico por teste rápido	326,95	0,1	-	6,5	92,4	1,0	100,0
44	0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	180,87	-	-	93,9	-	6,1	100,0
45	0412-Cirurgia torácica	64,20	-	-	20,7	31,4	47,8	100,0
46	0410-Cirurgia de mama	12,50	-	-	59,3	16,3	24,5	100,0
47	0102-Vigilância em saúde	4,59	-	-	-	100,0	-	100,0
48	0411-Cirurgia obstétrica	4,39	-	-	25,3	43,1	31,6	100,0
49	0213-Diagnóstico em vigil epidemiológica ambiental	0,00	-	-	-	100,0	-	100,0
	Total	4.878.580,86	11,3	0,0	29,4	27,1	32,2	100,0

Fonte: SIA/SUS.

A night-time photograph of a city skyline with blurred lights from buildings and streets. Overlaid on the image is a complex network of white lines connecting numerous small white circular nodes, resembling a digital or communication network. The text is centered in a dark, semi-transparent horizontal band.

EIXO I QUALIFICAÇÃO DO ACESSO E DA ATENÇÃO À SAÚDE



O ciclo de planejamento iniciado em 2012 e encerrado em 2015 priorizou, como estratégia de aperfeiçoamento do acesso à atenção à saúde, a estruturação de redes temáticas nas áreas materno-infantil, urgência e emergência, doenças crônicas (entre estas a rede de oncologia), saúde da pessoa com deficiência e atenção psicossocial. Priorizou-se ainda a atenção básica mediante programas de qualificação, a exemplo dos “Articuladores” (apoio técnico aos municípios realizado por técnicos da SES capacitados para apoiar gestores e profissionais da Atenção Básica), repasses de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde para reforma, aquisição de equipamentos, construção de unidades básicas e custeio.

Este novo ciclo, que tem início em 2016, define novas perspectivas a partir da avaliação do que foi alcançado e do que requer melhorias no que se refere ao acesso e à qualidade da atenção à saúde, considerando, ainda, a adversidade de uma crise econômica em curso, que deve afetar a disponibilidade de aporte de recursos para a saúde no país, no estado e nos municípios.

O Eixo I foi completamente reestruturado, pensado para dar maior organicidade à rede de atenção à saúde no âmbito regional e estadual. Inicia-se pela Atenção Básica, cuja cobertura já é extensa em todo o estado, com propostas de manutenção de programas considerados exitosos pelos municípios e pela SES e aprimoramento de outros, a exemplo das estratégias de qualificação por meio de repasses de recursos. Pode-se destacar a busca de novos modelos organizativos, mais adequados à atenção às condições crônicas de saúde, que englobam entre outras a gestação, viver com HIV e doenças crônicas mais prevalentes como hipertensão e diabetes.

Complementa-se a rede de atenção por meio das ações especializadas desenvolvidas por serviços próprios ou sob gestão municipal e estadual, que constituem as referências pactuadas nas regiões de saúde e redes regionais de atenção à saúde (RRAS). Busca-se avançar na contratualização de todos os serviços próprios ou sob gestão estadual, com estabelecimento de metas físicas, financeiras e qualitativas, monitoradas e ajustadas mediante resultados obtidos e necessidades de saúde. A assistência farmacêutica compõe a rede de atenção, desempenhando papel fundamental para garantia da assistência à saúde, o que também ocorre em relação à produção e fornecimento de insumos (medicamentos, soros, vacinas, sangue e hemocomponentes).

A rede de atenção à saúde deve ser regionalizada para melhor desempenho, com suficiência na atenção básica, na média complexidade e em parte da alta complexidade, composta por várias redes temáticas, respeitando os territórios constituídos de forma bipartite, mediante arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e igualmente importantes que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

Importante refletir que o SUS é tripartite e que os recursos são finitos, portanto, embora cada gestor possa e deva contribuir com políticas e estratégias próprias de seus governos no sentido da ampliação de acesso a serviços de saúde e de qualificação da atenção, não se pode abandonar a convergência de ações estratégicas com vistas à potencialização de resultados e racionalidade da aplicação de recursos.

Os eixos do Plano são transversais e complementares, desse modo, deve-se considerar que o alcance dos objetivos e metas propostos no Eixo I está relacionado aos demais. A organização da rede de atenção envolve o olhar para diferentes grupos populacionais (Eixo II), as necessidades de serviços para a adequada vigilância em saúde (Eixo III), o fortalecimento da gestão do SUS (Eixo IV), o aperfeiçoamento dos mecanismos e instâncias de participação social (Eixo V), gestão de pessoas (Eixo VI), a avaliação de incorporação de tecnologias bem como o desenvolvimento de pesquisas (Eixo VII) e, finalmente, os impactos das mudanças climáticas, com ações de mitigação e adaptação (Eixo VIII).

EIXO I - QUALIFICAÇÃO DO ACESSO E DA ATENÇÃO À SAÚDE**DIRETRIZ 1 - APERFEIÇOAR O ACESSO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Induzir processos de qualificação do acesso à Atenção Básica orientados segundo o perfil epidemiológico.	1- Manter o Programa dos Articuladores da Atenção Básica em 100% das regiões.	1- Número de Regiões de Saúde com Articuladores da Atenção Básica / Número de Regiões de Saúde x 100.
	2- Revisar as Linhas de Cuidado relacionadas à Hipertensão e Diabetes, Gestação, Parto e Puerpério.	2- Linhas de Cuidado de Hipertensão e Diabetes, Gestação, Parto e Puerpério revisadas.
	3- Elaborar as Linhas de Cuidado relacionadas à Saúde da Criança, � Saúde do Idoso e � Saúde Mental.	3- Linhas de Cuidado relacionadas à Saúde da Criança, � Saúde do Idoso e � Saúde Mental elaboradas.
	4- Implantar as Linhas de Cuidado relacionadas à Hipertensão e Diabetes, Gestação, Parto e Puerpério, Criança, Idoso e Saúde Mental, prioritariamente, nas cinco regiões de saúde definidas (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva) no Programa Saúde em A�o, com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).	4- Cinco Linhas de Cuidado em cinco regiões de saúde integrantes do Programa Saúde em A�o, com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), implantadas.
	5- Expandir o Programa "São Paulo pela Primeiríssima Infância", com prioridade para os municípios de cinco regiões definidas no Programa Saúde em A�o (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	5- Número de municípios com o Programa "São Paulo pela Primeiríssima Infância" implantado / Número de municípios do estado de São Paulo x 100.
2- Desenvolver estratégias com vistas à adoção de modelo de atenção às condições crônicas de saúde no âmbito da Atenção Básica.	Implantar projeto piloto em uma Região de Saúde.	Número de municípios da região piloto que aderiram ao projeto / Número de municípios da região de saúde escolhida x 100.

DIRETRIZ 2 - APERFEIÇOAR O ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE COM QUALIDADE E EQUIDADE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Coordenar e melhorar o acesso e a eficiência da atenção especializada à saúde com qualidade e equidade, contemplando as diferentes realidades regionais.	1- Avaliar 100% da rede hospitalar filantrópica inserida na estratégia Santas Casas SUSstentáveis.	1- Número de instituições participantes da estratégia Santas Casas SUSstentáveis com classificação de risco implantada no pronto-socorro / Número de instituições participantes da estratégia Santas Casas SUSstentáveis x 100.
	2- 75% dos hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de ocupação (TO) acima ou igual a 80%.	2- Número de hospitais gerenciados por OSS com TO acima ou igual a 80%/Número total de hospitais gerenciados por OSS x 100.
	3- 80% dos hospitais gerais da administração direta com taxa de ocupação (TO) acima ou igual a 60%.	3- Número de hospitais da administração direta com TO acima ou igual a 60%/ Número total de hospitais da administração direta x 100.
	4a- Reduzir a taxa de mortalidade por revascularização para 5,5 nos Hospitais de Ensino no estado de São Paulo.	4a- Número de mortes por revascularização nos Hospitais de Ensino/Número total de procedimentos de revascularização nos Hospitais de Ensino x 100.
	4b- Reduzir a taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio para 9 nos Hospitais de Ensino no estado de São Paulo.	4b- Número de mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos Hospitais de Ensino/ Número total de pacientes atendidos com IAM nos Hospitais de Ensino x 100.
	5- 80% dos AME com perda primária abaixo de 8%.	5- Número de vagas de consultas disponibilizadas ocupadas/Número de vagas de consultas disponibilizadas x 100.

2- Aprimorar o controle e a avaliação dos Contratos de Gestão, Convênios e dos Contratos Programa.	1- 100% das unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) avaliadas trimestralmente.	1- Número de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) avaliadas trimestralmente/Número de unidades gerenciadas por OSS x100.
	2- 100% das unidades da administração direta com pontuação igual ou superior a 80 pontos nas avaliações quadrimestrais do contrato programa.	2- Número de unidades da administração direta com avaliação do contrato programa igual ou superior a 80 pontos/Número total de unidades da administração direta com contrato programa implementado x 100.
	3- 100% dos Hospitais de Ensino avaliados quadrimestralmente.	3- Número de Hospitais de Ensino avaliados quadrimestralmente/Número de Hospitais de Ensino no estado de São Paulo x 100.
	4- 100% da rede hospitalar inserida na estratégia Santas Casas SUSstáveis avaliada trimestralmente.	4- Número de unidades hospitalares participantes da estratégia Santas Casas SUSstáveis avaliadas trimestralmente/Número de unidades hospitalares participantes da estratégia Santas Casas SUSstáveis x 100.
3- Desenvolver estratégias para aprimorar o acesso à atenção especializada às condições crônicas de saúde.	Implantar um projeto piloto de modelo de atenção às condições crônicas em uma região de saúde prioritária (Vale do Jurumirim).	Número de municípios da região piloto que aderiram ao projeto / Número de municípios da região de saúde x 100.

DIRETRIZ 3 - APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PARTE INTEGRANTE DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Fortalecer a Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.	1- Promover o acesso a 100% dos medicamentos sob gestão estadual.	1- Número de medicamentos disponibilizados no período/ Número total de medicamentos padronizados x 100.
	2- Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica, em articulação com os gestores municipais.	2- Número de ações executadas/ Número de ações planejadas x100.
	3- Promover o uso racional de medicamentos.	3- Número de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos executadas/ Número de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos planejadas x 100.
	4- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no âmbito da Assistência Farmacêutica.	4- Número de ações executadas/ Número de ações planejadas x 100.

DIRETRIZ 4 - APERFEIÇOAR A PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS ESSENCIAIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Fortalecer o Instituto Butantan como laboratório público de referência nacional.	1- Atender a demanda do Ministério da Saúde de acordo com a capacidade de produção do Instituto Butantan.	1a- Número de doses de vacinas entregues ao Ministério da Saúde pelo Instituto Butantan.
		1b- Número de frascos-ampola de soro entregues ao Ministério da Saúde pelo Instituto Butantan.
2- Fortalecer a Fundação para o Remédio Popular (FURP) como laboratório oficial de referência para a produção de medicamentos.	Disponibilizar medicamentos demandados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) de produção da FURP.	Número de unidades farmacotécnicas disponibilizadas/Número de unidades farmacotécnicas demandadas pela SES/SP de produção FURP x 100.

DIRETRIZ 5 - ATENDER AS NECESSIDADES DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Qualificar as agências transfusionais da Hemorrede para abastecimento de hemocomponentes da rede pública.	Elaborar diagnóstico para reorganizar as condições operacionais em 100% das Agências Transfusionais da Hemorrede.	Número de Agências Transfusionais da Hemorrede com diagnóstico realizado/ Número total de Agências Transfusionais da Hemorrede x 100.

DIRETRIZ 6 - APERFEIÇOAR A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Promover a reorganização da Atenção em Saúde Bucal.	1- Realizar o levantamento epidemiológico em 20% dos municípios do estado de São Paulo.	1- Número de municípios que aderiram ao levantamento epidemiológico/Número de municípios do estado de São Paulo x 100.
	2- Promover a integração ensino-serviço em oito Universidades Estaduais de Odontologia.	2- Número de Universidades Estaduais de Odontologia com integração ensino-serviço/ Número de Universidades Estaduais de Odontologia x 100.
	3- Elaborar o mapa da rede de Atenção em Saúde Bucal nas 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).	3- Número de RRAS com mapa da rede de Atenção em Saúde Bucal elaborado/Número total de RRAS x 100.
	4- Elaborar as Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal do estado de São Paulo.	4- Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal elaboradas.
	5- Desenvolver ferramenta específica para o monitoramento e avaliação do Programa "Sorria São Paulo".	5- Ferramenta específica para o monitoramento e avaliação do Programa "Sorria São Paulo" desenvolvida.
	6- Realizar ciclos de capacitação e atualização em Saúde Bucal para os profissionais de Saúde Bucal dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).	6- Número de profissionais de Saúde Bucal capacitados por DRS.





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 regionais no estado, permeando as redes regionalizadas de atenção à saúde e redes temáticas, sendo, portanto, indissociável do conjunto de objetivos e metas definido no EIXO I - Qualificação do Acesso à Atenção à Saúde. Entretanto, os demais Eixos do Plano também convergem para o alcance dos objetivos e metas propostos, na medida em que são transversais e complementares.

O Eixo II trata de evidenciar um conjunto de diretrizes e objetivos contemplando programas e ações dirigidos a diferentes ciclos de vida e a grupos populacionais com necessidades distintas e que devem estar contemplados na rede de atenção à saúde, organizada a partir da atenção básica, segundo princípios da integralidade e da equidade.

Importante novamente refletir que o SUS é tripartite e que os recursos são finitos, portanto, embora cada gestor possa e deva contribuir com políticas próprias de seus governos no sentido de contemplar o desenvolvimento de programas e ações dirigidos a grupos populacionais específicos, não se pode abandonar a convergência de ações estratégicas com vistas a potencialização de resultados e racionalidade na aplicação destes recursos. Cabe ressaltar que os gestores precisam estar atentos a novas demandas sociais que surgem e que são representadas nos diversos espaços de participação, resultando em novas necessidades de saúde.

EIXO II - DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS E AÇÕES PARA SEGMENTOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO		
DIRETRIZ 1 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Reduzir a Mortalidade Infantil.	1- Retomar a tendência de queda da mortalidade infantil em todo o estado (linha de base 2013 = 11,5).	1- Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/Número de nascidos vivos de mães residentes x 1.000.
	2- Elaborar a Linha de Cuidado da Criança de 0 a 3 anos.	2- Linha de Cuidado da Criança de 0 a 3 anos elaborada.
	3- Implantar a Linha de Cuidado da Criança de 0 a 3 anos, prioritariamente, nas cinco regiões de saúde definidas no Programa Saúde em Ação (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	3- Linha de Cuidado da Criança de 0 a 3 anos implantada, prioritariamente, nas cinco regiões do Programa Saúde em Ação.
	4- Ampliar a rede de captação e distribuição de leite humano nas regiões com taxa de mortalidade infantil acima da média do estado.	4- Número de bancos de leite humano implementados nas regiões com maiores taxas de mortalidade infantil.
	5- Implantar o monitoramento previsto pela Resolução SS 42/2015, que trata sobre as boas práticas do parto em 100% dos serviços próprios.	5- Número de serviços próprios monitorados conforme a Resolução SS 42/2015 /Número de serviços próprios x 100.
2- Promover o desenvolvimento infantil de 0 a 3 anos.	Expandir o “Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância” em 100% das cinco regiões prioritárias do Programa Saúde em Ação.	Número de municípios com o Programa “São Paulo pela Primeiríssima Infância” implantado/Número de municípios das cinco regiões prioritárias do Programa Saúde em Ação x 100.
3- Implementar o Programa de Assistência a Crianças com Doenças Raras.	Credenciar e implantar serviços de assistência à pessoa com doença rara, de acordo com a Portaria MS nº 199 de 30/01/2014, em 4 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).	Número de serviços credenciados/Número total de serviços programados por RRAS x 100.

4- Aperfeiçoar o Programa de Triagem Neonatal Ocular.	1- Organizar a regulação dos casos (Retinopatia da prematuridade, retinoblastoma, catarata congênita e glaucoma congênito) por meio da Central de Regulação, com identificação dos pontos de atenção e fluxos estabelecidos.	1- Regulação dos casos organizada.
	2- Monitorar o Programa de Triagem Neonatal no estado por meio dos indicadores definidos no Protocolo de Diagnóstico, Tratamento e Seguimento da Triagem Neonatal Ocular.	2a- Número total de Testes do Reflexo Vermelho (TRV) confirmatório normal por mês/ Número total TRV alterado + TRV duvidoso de cada maternidade por mês x 100. 2b- Número total TRV alterado + TRV duvidoso de cada maternidade por mês. 2c- Número total de nascidos vivos por maternidade por 3 meses/Número total de TRV por 3 meses x 100.

DIRETRIZ 2 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres com base na integralidade da atenção à saúde.	1- Implementar a contracepção de longa duração para mulheres em situações especiais (HIV, Cardiopatas e Usuárias de Drogas).	1- Número de AME com a contracepção de longa duração para mulheres em situações especiais implantada.
	2- Identificar e definir abrangência de serviços que realizam aborto previsto em Lei.	2- Número de serviços mapeados e com área de abrangência definida que realizam o aborto previsto em Lei.
2- Reduzir a mortalidade materna.	1- Elaborar e pactuar plano de enfrentamento para redução da mortalidade materna no estado.	1- Plano de enfrentamento para redução da mortalidade materna no estado elaborado e pactuado.
	2- Revisar a Linha de Cuidado "Gestação, Parto e Puerpério".	2- Linha de Cuidado "Gestação, Parto e Puerpério" revisada.
	3- Implementar a Linha de Cuidado "Gestação, Parto e Puerpério" prioritariamente nas cinco regiões do Programa Saúde em Ação (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	3- Número de regiões priorizadas com a Linha de Cuidado "Gestação, Parto e Puerpério" implantada/Número de regiões priorizadas no Programa Saúde em Ação x 100.

DIRETRIZ 2 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
2- Reduzir a mortalidade materna.	4- Implantar o monitoramento previsto pela Resolução SS 42/2015, que trata sobre as boas praticas do parto e nascimento, em 100% dos serviços próprios.	4- Número de serviços próprios com monitoramento previsto na Resolução SS 42-2015/Número de serviços próprios x 100.
3- Ampliar o acesso das mulheres às ações de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de colo de útero e de mama.	1- Atingir a cobertura para o rastreamento do câncer de colo de útero em 70% das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.	1- Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos/ população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3.
	2- Atingir a cobertura para o rastreamento do câncer de mama em 80% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	2- Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos no ano/ população feminina na mesma faixa etária, no mesmo local e ano/2.
4- Implantar ações para acolhimento das mulheres imigrantes refugiadas em serviços ambulatoriais da rede própria.	Implementar nos hospitais Pérola Byington e Leonor Mendes de Barros 2 serviços para atendimento ambulatorial às mulheres imigrantes refugiadas.	Número de serviços para atendimento ambulatorial às mulheres imigrantes refugiadas implementado.

DIRETRIZ 3 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Desenvolver processo de planejamento e implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	1- 100% das Regiões de Saúde com RAPS aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	1- Número de Regiões de Saúde com RAPS aprovadas/Número de Regiões de Saúde existentes x 100.
	2- 100% dos leitos e serviços de saúde mental do estado de São Paulo regulados.	2- Número total de leitos e serviços de saúde mental no estado de São Paulo regulados/ Número total de leitos e serviços de saúde mental no estado de São Paulo x 100.

DIRETRIZ 3 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Desenvolver processo de planejamento e implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	3- Implantar a Linha de Cuidado da Saúde Mental no estado de São Paulo prioritariamente nas cinco regiões de saúde definidas no Programa Saúde em Ação (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	3- Número de Regiões de Saúde com a Linha de Cuidado da Saúde Mental implantada/ Número de regiões de saúde definidas no Programa Saúde em Ação x 100.
	4- Apoiar financeiramente em parceria com os municípios a ampliação das Residências Terapêuticas (RT).	4- Total de antecipação de recurso de implantação e de custeio de Residências Terapêuticas até a habilitação por parte do Ministério da Saúde /Total de solicitações dos municípios em territórios com processo de desinstitucionalização x 100.
	5- Apoiar tecnicamente os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) por meio de estratégias de educação permanente na implantação das RAPS no estado de São Paulo.	5- Total de ações de Educação Permanente executadas nas RAPS / Total de RAPS x 100.
2- Promover ações de prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial aos usuários de substâncias psicoativas por meio do Programa Recomeço.	Ampliar em 7% a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Considerar todos os tipos de CAPS. (Nº Caps I x 0,5) + (Nº Caps II) + (Nº Caps III x 1,5) + (Nº de CAPS i) + (Nº Caps AD) + (Nº Caps AD III x 1,5) em determinado local e período/População residente no mesmo local e período x 100.000.
3- Promover a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo.	1- Desinstitucionalizar 100% dos moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo.	1- Número de moradores desinstitucionalizados/Total de moradores de hospitais psiquiátricos computados no Censo de 2014 x100.
	2- Implementar as comissões revisoras das internações involuntárias em 70% dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS).	2- Número de comissões revisoras implantadas / Número de DRS x 100.

DIRETRIZ 4 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Monitorar e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) nas regiões onde estiver implantada, com base no Plano de Ação Regional pactuado nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e homologado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	1- Desenvolver e pactuar instrumento para o monitoramento e avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	1- Instrumento desenvolvido e pactuado para o monitoramento e avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
	2- Aplicar quadrimestralmente o instrumento desenvolvido para monitoramento e avaliação da RCPD em 100% das RRAS, onde estiver instalada.	2- Número de RRAS com monitoramento e avaliação da RCPD no período / Número de RRAS do estado de São Paulo x 100.
2- Aprimorar a Política Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência em conjunto com as demais Secretarias de Estado.	1- Planejar e pactuar ações intersetoriais potencializando recursos humanos, conhecimentos técnicos e experiências na área do cuidado à pessoa com deficiência.	1- Política Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência pactuada intersetorialmente e publicada por Decreto.
	2- Acompanhar o desenvolvimento de projetos de acessibilidade nos serviços próprios de saúde no âmbito do estado, conforme resultados da pesquisa realizada junto a esses serviços.	2- Número de serviços de saúde com projetos de adequação em desenvolvimento monitorados/ Número de serviços com projetos de adequação em desenvolvimento x 100.
	3- Induzir processos para ampliar o número de unidades da Rede Lucy Montoro com habilitação pelo Ministério da Saúde.	3- Número de Serviços habilitados/total de serviços da Rede Lucy Montoro x 100.
3- Aprimorar a política pública intersetorial para o cuidado de pessoas com o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo e seus familiares.	Pactuar ações com as Secretarias de Estado do Governo Estadual que tem interface com o tema, entre elas: Educação, Desenvolvimento Social e Direitos da Pessoa com Deficiência.	Documento pactuado e publicado para a atenção integral à pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.
4- Estabelecer a linha de cuidado integral às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo no âmbito da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas 17 RRAS, da atenção básica à média e alta complexidade.	Estabelecer o desenho da Linha de Cuidado integral às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo com definição dos pontos de atenção.	Linha de Cuidado e seus pontos de atenção pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e aprovada em Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

DIRETRIZ 4 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
5- Definir e pactuar os fluxos de referência e contra referência entre os pontos de atenção que integram a Linha de Cuidado às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo.	Revisar o Protocolo do estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro do Autismo, destacando fluxos de referência sob regulação entre os pontos de atenção e responsabilidades gestoras.	Fluxos de referência e contra referência pactuados e aprovados em CIB.
6- Ampliar o número de vagas contratadas / conveniadas em Centros Dia.	100% das vagas de Centro-dia contratadas/conveniadas pela Resolução SS nº 63/2013 (ou por aquela que a substituir), reguladas e integradas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RCPD).	Número de vagas contratadas/ conveniadas pela Resolução SS nº 63/2013 (ou por aquela que a substituir) reguladas e integradas às RAPS e à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência/Número de vagas contratadas/conveniadas pela Resolução SS nº 63/2013 x 100.

DIRETRIZ 5 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida mediante o Programa Intersetorial "Estado de São Paulo Amigo do Idoso".	1- Atribuir o selo inicial do Programa Intersetorial "Estado de São Paulo Amigo do idoso" a 100 municípios.	1- Número de municípios com o Selo inicial atribuído.
	2- Atribuir o selo inicial "Hospital Amigo do Idoso" do Programa intersetorial "Estado de São Paulo Amigo do idoso" a 15 hospitais.	2- Número de hospitais com o selo inicial atribuído.
2- Organizar e qualificar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa.	1- Elaborar a Linha de Cuidado do Idoso.	1- Linha de Cuidado do Idoso elaborada.
	2- Implantar a Linha de Cuidado do Idoso prioritariamente nas cinco regiões de saúde definidas no Programa Saúde em Ação (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	2- Número de regiões definidas no Programa Saúde em Ação com Linha de Cuidado do Idoso implantada.
	3- Implantar dois "AME Idoso" no município de São Paulo.	3- Número de "AME Idoso" implantado no município de São Paulo.

DIRETRIZ 5 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
3- Melhorar a qualidade de vida dos idosos que realizaram cirurgia de facectomia com implante de lente, pelo SUS, no estado de São Paulo.	Fornecer óculos a todos os idosos com 60 anos e mais que tenham realizado cirurgia de facectomia com implante de lente, nos serviços próprios ou conveniados ao SUS e que residam no estado de São Paulo, por meio do programa "Vale a Pena Ver", consideradas as três fases do programa.	Número de idosos que receberam óculos por meio do programa "Vale a Pena Ver" no período/Número de cirurgias de facectomia realizadas nos serviços elegíveis da Fase, no mesmo período x 100.

DIRETRIZ 6 - INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Organizar e qualificar a atenção à saúde indígena em parceria com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Litoral SUL e municípios, garantindo o acesso diferenciado, como previsto na Política Nacional.	Elaborar Plano de Ação em 100% das Regiões de Saúde com aldeias indígenas (n=7).	Número de Regiões de Saúde com Plano de Ação elaborado/ Número de Regiões de Saúde x 100.
2- Promover a articulação intersetorial com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e municípios para o desenvolvimento de ações que visem a redução da mortalidade infantil.	100% dos óbitos infantis de indígenas residentes em aldeia investigados.	Número de óbitos infantis indígenas residentes em aldeias investigados/Número de óbitos infantis indígenas residentes em aldeias x 100.

DIRETRIZ 7 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra.	1- Monitorar e analisar o quesito raça/cor de cinco sistemas de informação do SUS (SIH, SIM, SINAN, SIA/APAC e Sistema de Cadastro de Transplante do Estado).	1- Percentual do quesito raça/cor preenchido em cada um dos 5 sistemas de informação do SUS.
	2- Publicar análise de dados estatísticos levantados junto aos diversos sistemas de informação em saúde com objetivo de garantir a visibilidade das necessidades de saúde dos diferentes grupos étnico-raciais da população.	2- Número de publicações produzidas.
	3- Sensibilizar 80% dos municípios sede de quilombos a incorporar ações específicas de saúde nos planos municipais de saúde.	3- Número de planos municipais de saúde com ações para a população quilombola /Número de municípios com população quilombola x 100.
	4- Desenvolver um sistema de indicadores para monitoramento e avaliação da Política de Atenção à Saúde da População Negra.	4- Sistema elaborado.
	5- Sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e gestores no tema equidade em saúde e saúde da população negra em 15 Departamentos Regionais de Saúde.	5- Número de cursos de capacitação realizados.

DIRETRIZ 8 - INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Fortalecer a Política de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário e atenção a saúde dos adolescentes em conflito com a Lei.	Apoiar tecnicamente 100% dos municípios que aderiram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e de Internação Provisória (PNAISARI).	Número de municípios apoiados tecnicamente/Número de municípios que aderiram à Política x 100.

DIRETRIZ 8 - INCENTIVAR E APOIAR A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
2- Integrar a assistência dos doentes mentais em medida de segurança ao SUS.	1- Habilitar 20 Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).	1- Número de equipes de EAP habilitadas.
	2- Implantar as EAP habilitadas no estado, integrando-as com o Poder Judiciário, equipamentos de saúde e unidades prisionais.	2- Número de equipes de EAP implantadas.

DIRETRIZ 9 - APRIMORAR ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Promover a implementação e monitorar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).	1- Avaliar a implantação da PNAISH em 100% dos municípios acima de 200 mil habitantes, de acordo com os eixos prioritários.	1- Número de municípios avaliados/total de municípios acima de 200 mil habitantes x 100.
	2- Apoiar tecnicamente a implantação da PNAISH em 100% dos municípios com população abaixo de 200 mil habitantes que aderirem à PNAISH.	2- Número de municípios apoiados/Número de municípios abaixo de 200 mil habitantes aderentes a PNAISH x 100.

DIRETRIZ 10 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar a atenção à saúde do adolescente.	1- Implantar o Programa Adolescer Saudável prioritariamente nas cinco regiões do Programa Saúde em Ação (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	1- Número de regiões com o Programa Adolescer Saudável implantado/Número de regiões do Programa Saúde em Ação x 100.
	2- Implantar a Linha de Cuidado prioritariamente nas cinco regiões de saúde definidas no Programa Saúde em Ação (Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim, Vale do Paraíba, Região Metropolitana de Campinas e Itapeva).	2- Número de regiões com a Linha de Cuidado implantada/ Número de Regiões de Saúde definidas no Programa Saúde em Ação x 100.

DIRETRIZ 10 - APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar a atenção à saúde do adolescente.	3- Implantar Casa do Adolescente nas sete regiões do estado que ainda não possuem (Departamentos Regionais de Saúde de Araçatuba, Barretos, Bauru, Franca, Marília, Piracicaba e Presidente Prudente).	3- Número de regiões do estado com Casa do Adolescente implantada/Número de Regiões de Saúde x 100.

DIRETRIZ 11 - DESENVOLVER A POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Desenvolver a política estadual de atenção às vítimas de violência sexual.	Elaborar a política estadual de atenção à violência sexual.	Política Estadual de Atenção à Violência Sexual elaborada.

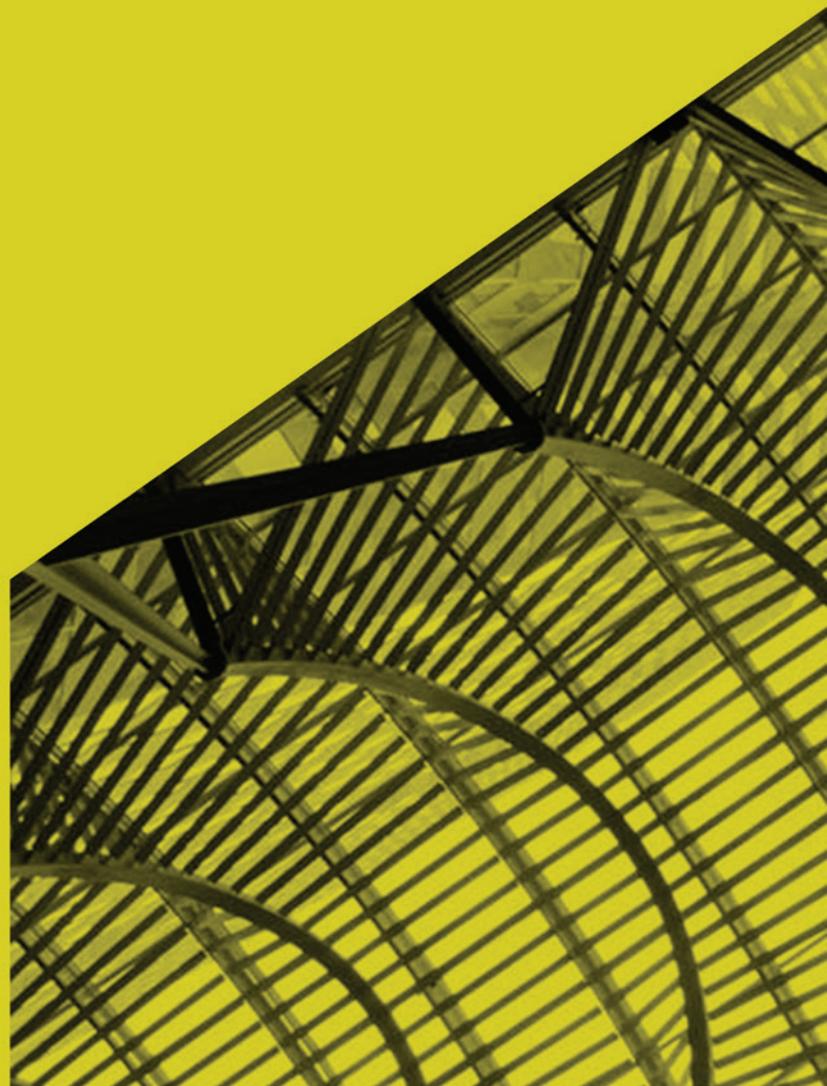
DIRETRIZ 12 - PROMOVER A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

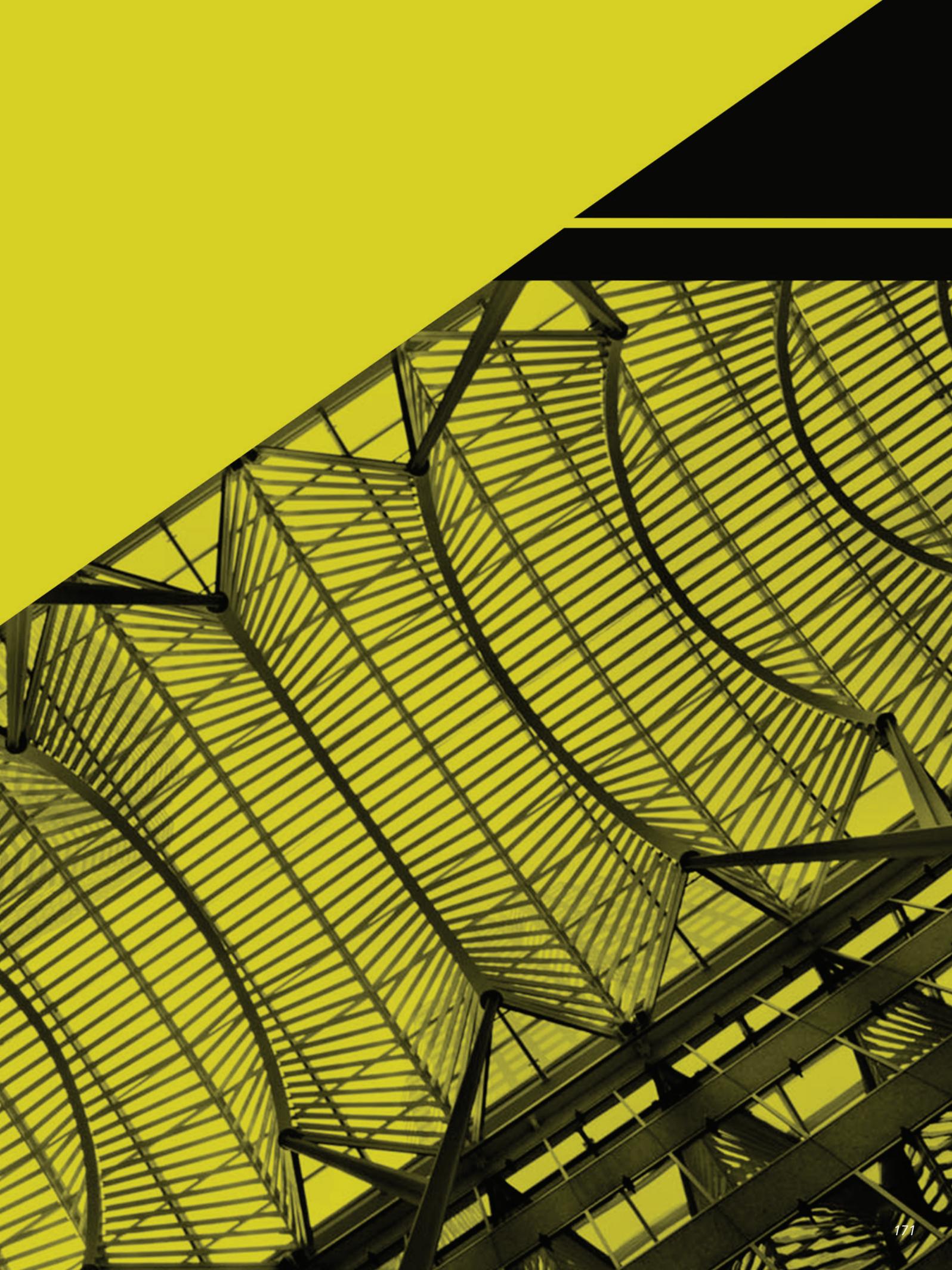
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Fortalecer a atenção integral à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).	Apoiar a realização de ações para a saúde integral da população LGBT em 100% das regiões do estado.	Número de regiões do estado apoiadas para realização de ações específicas de saúde integral da população LGBT/ Número de regiões de saúde x 100.



EIXO III

VIGILÂNCIA EM SAÚDE





O Sistema Único de Saúde, uma conquista do movimento social e da reforma sanitária em particular, consolidado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988).

A condição para a garantia da saúde definida no texto constitucional passa pela implementação das políticas no campo da vigilância em saúde, entre outras ações e políticas.

A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2014).

Envolve ações voltadas para a saúde coletiva, com intervenções individuais ou em grupo, prestadas por profissionais de saúde alocados em serviços de atenção básica, em serviços de média e alta complexidade, em nível ambulatorial, hospitalar e laboratorial e/ou em serviços específicos de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador; tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).

No estado de São Paulo, a Vigilância em Saúde é de competência da Secretaria Estadual de Saúde, ainda que, devido à multicausalidades e aos diversos fatores envolvidos nesta área, outras instituições possam estar envolvidas na abordagem de ações relativas à vigilância em saúde. O marco referencial é a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que caracteriza a mesma como uma atividade de Estado, e suas diretrizes estão sintonizadas com as transições: epidemiológica, demográfica, sócio-econômica e cultural e com o novo modelo organizacional do SUS no estado, que enfatiza o papel da atenção básica como ordenadora do sistema.

Devido às interfaces entre estes temas e aos desdobramentos provocados por estas interfaces, espera-se que a gestão das ações de vigilância em saúde estejam inseridas em um modelo matricial que promova a sinergia entre elas e aumente a sua efetividade. Para tanto, o modelo de gestão adotado para implementar as ações pertinentes (1) enfatiza a visão sistêmica de vigilância em saúde favorecendo a integração das atividades regionais, intersetoriais e interinstitucionais, (2) incentiva a participação de pessoas e instituições, (3) é operacionalizada por meio da celebração de pactos e elaboração de consensos, e (4) desloca o foco de estruturas administrativas para o foco em processos de trabalho e para resultados. Os objetivos e metas são de governabilidade e execução do estado e o planejamento, a execução e a avaliação das ações anuais serão realizados por meio do mesmo processo integrador utilizado na CCD para a elaboração do plano quadrienal.

O modelo adotado pressupõe interfaces com atividades assistenciais prestadas no âmbito do SUS, tanto na atenção básica como nos níveis secundário e terciário, extensivas ao setor privado. Atividades de ensino e educação e de pesquisa e inovação devem ser desenvolvidas tendo como referência a Vigilância em Saúde e a aplicabilidade destas atividades no sistema de saúde. Os resultados esperados são o desenvolvimento e a coordenação de modelos experimentais e criação de algoritmos relativos à vigilância em saúde, caracterizando-os como um centro de inteligência capaz de induzir políticas públicas.

O resultado esperado destas mudanças é o fortalecimento das ações e serviços de vigilância em saúde no âmbito estadual, visando uma resposta rápida, integrada, oportuna e resolutiva frente aos desafios emergentes. O pano de fundo é uma mudança cultural que alavanque a evolução de um modelo de atenção centrado em doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde. Objetivamente, o que importa é o impacto favorável das ações na saúde da população do estado.

EIXO III - VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
DIRETRIZ 1 - FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Elaborar Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	Implantar o Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	Plano Diretor de Vigilância em Saúde implantado.
2- Implantar Gestão da Qualidade em Vigilância em Saúde.	1- Implementar áreas de desenvolvimento institucional em 100% das instituições da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN).	1- Número de instituições da CCD e da SUCEN com área de desenvolvimento institucional implementada/Número de instituições da CCD e SUCEN x 100.
	2- Implantar sistema de gestão da qualidade em 100% das instituições da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN).	2- Número de instituições da CCD e SUCEN com gestão da qualidade implantada/Número de instituições da CCD e SUCEN x 100.
3- Aprimorar a detecção e resposta às emergências em saúde pública.	Desencadear e apoiar a investigação em 100% dos agravos e eventos adversos à saúde de qualquer natureza notificados.	Número de investigações realizadas/Número total de agravos e eventos adversos notificados x 100.
4- Consolidar o processo de regionalização e descentralização da Vigilância em Saúde.	Reestruturar e organizar a Vigilância em Saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde nos territórios.	Vigilância em Saúde reestruturada.
5- Fortalecimento da gestão em Vigilância em Saúde.	Capacitar em gestão 100% das regionais para fortalecimento da vigilância em saúde.	Número de regionais capacitadas/total de regionais de saúde x 100.

DIRETRIZ 2 - FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar ações de vigilância, promoção e proteção às doenças imunopreveníveis.	1- Monitorar ¹ a manutenção da erradicação da poliomielite no território paulista.	1- Número de casos de paralisia flácida aguda (PFA) notificados/população de menores de 15 anos x 100.
	2- Assegurar a confirmação laboratorial em 90% (conforme parâmetro nacional) dos casos notificados de sarampo e rubéola.	2- Número de casos suspeitos de sarampo e rubéola encerrados laboratorialmente/total de casos notificados de sarampo e rubéola x 100.

DIRETRIZ 2 - FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar ações de vigilância, promoção e proteção às doenças imunopreveníveis.	3- Apoiar ² 100% dos municípios que não atingiram a meta de 95% de cobertura vacinal da Tríplice Viral (SCR).	3- Número de municípios apoiados que não alcançaram a cobertura vacinal de 95% da tríplice viral / total de municípios do estado que não alcançaram 95% da tríplice viral x 100.
	4- Ampliar para 55% a identificação da etiologia dos casos notificados de meningite bacteriana.	4- Número de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial (cultura, PCR, CIE, látex)/ Número de casos de meningite bacteriana confirmados x 100. (Linha de base 50%).
2- Aprimorar ações de vigilância em saúde das doenças emergentes/ reemergentes.	Apoiar ² a investigação de no mínimo 75% dos surtos notificados de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) por bactérias multirresistentes.	Número de surtos investigados apoiados/ Número de surtos notificados para bactérias multirresistentes x100.
3- Aprimorar ações de vigilância em saúde voltadas para doenças de transmissão persistente.	1- Incentivar e monitorar 100% dos municípios do estado de São Paulo para eliminação da Sífilis Congênita (SC).	1- Número de municípios incentivados e monitorados para eliminação da SC / Número de municípios do estado x 100.
	2- Incentivar e monitorar 100% dos municípios do estado de São Paulo para eliminação da Transmissão Vertical do HIV.	2- Número de municípios incentivados e monitorados para eliminação da transmissão vertical do HIV/ Número de municípios do estado x 100.
	3- Ampliar para 75 o número de municípios com mais de 20 casos de tuberculose com boa cobertura > 70% de Tratamento Diretamente Observado (TDO). Linha de Base: 63 municípios.	3- Ter alcançado 75 municípios com mais de 20 casos de tuberculose com boa cobertura de TDO ao final do quadriênio.
	4- Oferecer suporte técnico a 100% das Regiões de Saúde do estado e seus municípios para implantação da Rede de Cuidados (RC) DST/Aids e Hepatites Virais.	4- Número de Regiões de Saúde que receberam suporte para implantação da RC/Número de Regiões de Saúde existentes x 100.
	5- Apoiar ² os municípios prioritários para ampliar em 10% a taxa de detecção de Hepatites Virais. Linha de base: 66 municípios prioritários.	5- Número de municípios prioritários apoiados.

**DIRETRIZ 2 - FORTALECER O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS**

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
4- Aprimorar ações de vigilância para as doenças em eliminação.	1- Apoiar ² 100% dos municípios prioritários com prevalência de tracoma inflamatório acima de 5%. Linha de Base:108 municípios prioritários.	1- Número de municípios prioritários apoiados/Número de municípios prioritários x 100.
	2- Acompanhar ³ 100% dos municípios em relação ao alcance ou a sustentação da meta de eliminação da Hanseníase (igual a menos de 1 caso /10.000 hab.).	2- Emissão de relatórios quadrimestrais (3 ao ano) da prevalência da hanseníase.
	3- Manter o estado sem ocorrências de casos de raiva humana.	3- Número de casos autóctones de raiva em humanos.
<p><i>1- Monitorar: significa garantir a notificação de pelo menos 1 caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos por 100 mil habitantes por meio da sensibilização, orientação e estímulo á busca ativa e notificação.</i></p> <p><i>2- Apoiar: realização de capacitações técnicas, produção e disponibilização de material técnico-científico e orientação operacional e logística.</i></p> <p><i>3- Acompanhar: resume todas as ações realizadas pelo programa da Hanseníase no estado, acompanhando todos os municípios.</i></p>		

**DIRETRIZ 3 - FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS DOENÇAS
TRANSMITIDAS POR VETORES E HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS**

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Promover a eliminação da transmissão da esquistossomose do estado de São Paulo.	Apoiar ¹ a investigação de 100% dos casos notificados de esquistossomose.	Número de casos de esquistossomose notificados com investigação apoiada/ Número de casos notificados x 100.
2- Apoiar ações de prevenção e controle de doenças zoonóticas.	1- Aprimorar ² o sistema de vigilância e diagnóstico etiológico de vetores e reservatórios da Febre Maculosa Brasileira.	1- Sistema de vigilância de vetores e reservatórios de Febre Maculosa Brasileira aprimorado.
	2- Monitorar 10% dos municípios limítrofes àqueles com transmissão humana para identificação da ocorrência de casos de Febre Maculosa. Linha de base: 142.	2- Número de municípios limítrofes monitorados/total de municípios limítrofes x 100.

DIRETRIZ 3 - FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
2- Apoiar ações de prevenção e controle de doenças vetoriais.	3- Realizar pesquisa em 100% dos municípios selecionados para detecção do inseto transmissor da Leishmaniose Visceral. Linha de base - 296 municípios SNRV (Silenciosos Não Receptivos, Vulneráveis, de acordo com classificação do Programa).	3- Número de municípios pesquisados dentre os selecionados /Número de municípios selecionados x 100.
	4- Ampliar para 50 o número de municípios treinados para realização do diagnóstico precoce de Leishmaniose Visceral. Linha de Base: 26 municípios.	4- Número de municípios com o teste rápido implantado.
	5- Investigar 100% das epizootias em primatas não humanos.	5- Número de epizootias investigadas/Número de epizootias notificadas x 100.
	6- Monitorar anualmente a resistência de inseto transmissor de Dengue, Chikungunya e Zika aos inseticidas utilizados no controle químico em 100% dos municípios sentinela. Linha de Base: 10 municípios.	6- Número de municípios sentinela monitorados anualmente/Número de municípios sentinela x 100.
	7- Avaliar a efetividade ³ das ações de controle do inseto transmissor de dengue, Chikungunya e Zika em 15% dos municípios acima de 100 mil habitantes e com transmissão de dengue. Linha de Base: 75.	7- Número de municípios avaliados acima de 100 mil hab/ Número de municípios acima de 100 mil habitantes, com transmissão x 100.
	8- Capacitar 100% dos municípios acima de 100 mil habitantes para planejamento e execução de ações de educação, comunicação e mobilização social para controle de dengue.	8- Número de municípios acima de 100 mil habitantes capacitados em planejamento e execução de ações de educação, comunicação e mobilização social para controle de dengue/ Número de municípios acima de 100 mil hab. x 100.
	9- Coordenar ⁴ o início da Investigação de 80% dos óbitos por dengue em até 48 horas.	9- Número de óbitos por dengue com início de investigação em 48 horas/ Número de óbitos por dengue notificados x 100.

DIRETRIZ 3 - FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
2- Apoiar ações de prevenção e controle de doenças zoonóticas.	10- Apoiar ⁵ 100% dos municípios com presença de transmissores de maior risco da Doença de Chagas em ações de prevenção e promoção da saúde. Linha de base: 234 municípios.	10- Número de municípios com presença de transmissores de maior risco da doença de Chagas apoiados/Número de municípios com presença de transmissores de maior risco da doença de Chagas x 100.
3- Aprimorar a gestão da produção científica e inovação tecnológica da SUCEN.	Cadastrar 100% dos pesquisadores em diretórios de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).	Número de pesquisadores cadastrados/Número de pesquisadores existentes x 100.

1- Apoiar - Orientar a notificação imediata, auxiliar à distância ou in loco a condução da investigação oportuna da FIE. Orientar quanto à importância da completude da FIE, apoiar a interlocução com SUCEN, IAL.

2- Aprimorar - Definir fluxo de informação, distribuição de insumos, coleta e realização de exames em vetores e reservatórios.

3- Efetividade - Coleta de alados no intradomicílio e no peridomicílio antes e depois da aplicação do inseticida.

4- Coordenar - Orientar a notificação imediata, conduzir a investigação rapidamente, preenchimento oportuno da ficha padronizada; envio das amostras biológicas ao IAL central.

5- Apoiar - Induzir os municípios a propor ações de estímulo à notificação de insetos vetores, realizar identificação e exames de triatomíneos, atender à notificação de triatomíneos e realizar controle químico, quando necessário.

DIRETRIZ 4 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Fortalecer as ações de Vigilância de Acidentes e Violências.	Apoiar ¹ a ampliação da notificação de violência interpessoal/ autoprovocada em 8%. Linha de base: média do último quadriênio: 41836.	Número absoluto de notificação de violência interpessoal/ autoprovocada.

1- Apoiar: estimular a notificação por meio de estratégias de sensibilização, orientação, capacitação, tanto com relação às definições, quanto à utilização do sistema de notificação.

DIRETRIZ 5 - APRIMORAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DE FATORES AMBIENTAIS DE RISCO E AGRAVOS À SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar a vigilância da qualidade da água para consumo humano.	1- Desenvolver referências técnicas ¹ para qualificar ² 100% dos municípios no gerenciamento de riscos ³ sanitários associados à água para consumo humano (Referências para o quadriênio N = 7).	1- Número de referências desenvolvidas/total de referências para o quadriênio x 100.
	2- Realizar exames laboratoriais de 100% das demandas de análises relacionadas a surtos suspeitos de presença de parasitos em água.	2- Número de surtos com análises realizadas para parasitos/Número total de surtos suspeitos de presença de parasitos em água x 100.
	3- Ampliar em 10% o número de amostras de água programadas do PROAGUA ⁴ para análise. (N = 350.000 amostras).	3- Número total de amostras analisadas/Número de amostras programadas anteriormente x 100.
2- Aprimorar a vigilância em saúde em áreas contaminadas.	1- Desenvolver referências técnicas ¹ para qualificar ² os municípios com áreas cadastradas** pelo órgão ambiental estadual no gerenciamento de riscos ³ sanitários. (Referências para o quadriênio N = 7)	1- Número de referências desenvolvidas/total de referências para o quadriênio x 100.
	2- Apoiar ⁶ 100% dos municípios com áreas contaminadas prioritárias ⁵ para executar ações de vigilância epidemiológica. Linha de base: 174 municípios.	2- Número de municípios apoiados ⁶ /174 x 100.
3- Implementar o desenvolvimento de outras atividades de vigilância em saúde ambiental.	1- Capacitar anualmente 100% dos grupos regionais de vigilância sanitária/GVS (N=28) e grupos regionais de vigilância epidemiológica/GVE (N=27) para desenvolver outras atividades de vigilância em saúde ambiental.	1- Número de GVS e GVE capacitados anualmente para desenvolver outras atividades de vigilância em saúde ambiental/55 x 100.
	2- Apoiar ⁸ 100% dos municípios prioritários ⁷ para vigilância em saúde da intoxicação por agrotóxicos. Linha de Base: 68 municípios.	2- Número de municípios apoiados/Número de municípios prioritários x 100.

DIRETRIZ 5 - APRIMORAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DE FATORES AMBIENTAIS DE RISCO E AGRAVOS À SAÚDE

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
4- Difundir conhecimento em saúde ambiental.	1- Promover três seminários anuais nas temáticas de "Água & Saúde", "Áreas Contaminadas & Saúde" e "Hospitais Saudáveis".	1- Número de seminários realizados/12 x 100.
	2- Realizar dois seminários sobre Manejo Ambiental e Vetores de Doenças.	2- Número de seminários realizados no quadriênio.
<p>1- <i>Referências técnicas - Sistema de informações, Roteiros de inspeção, Normatização, Divulgação do conhecimento, Capacitação, Monitoramento e Avaliação e Protocolo (padronização de fluxos e condutas).</i></p> <p>2- <i>Município qualificado - aquele que dispõe do conjunto de referências técnicas ao sistema (Sevisa) e atributos próprios que o torna apto a exercer ações de controle de risco sanitário com qualidade e efetividade.</i></p> <p>3- <i>Gerenciamento de risco - é o conjunto de ações voltadas ao controle dos fatores relativos ao meio ambiente com potencial de interferir negativamente nas condições de saúde de uma coletividade.</i></p> <p>4- <i>PROAGUA-Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano do estado de São Paulo.</i></p> <p>5- <i>Municípios com áreas contaminadas prioritárias - áreas contaminadas com avaliação de risco de exposição à saúde humana confirmado (Decreto Estadual 59263/13).</i></p> <p>6- <i>Municípios apoiados para áreas contaminadas- capacitação para SISOLO + capacitação em análise epidemiológica de população exposta à área contaminada + participante de reunião multidisciplinar regional.</i></p> <p>7- <i>Municípios prioritários no Programa Agrotóxico - municípios com produção agrícola elevada + municípios do Projeto de avaliação de resíduos de pesticidas em água de abastecimento do estado de São Paulo.</i></p> <p>8- <i>Municípios apoiados para agrotóxicos - capacitação em intoxicação por agrotóxico + capacitação no sistema de notificação para intoxicação por agrotóxicos + participante de reunião técnica de monitoramento.</i></p> <p>**Municípios com áreas cadastradas - base 2014 N= 406.</p>		

DIRETRIZ 6 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA ATUAR NOS CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA SAÚDE

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Controlar o risco sanitário relacionado ao consumo de produtos de interesse da saúde.	1 - Controlar o risco sanitário relacionado ao consumo de 100% dos alimentos priorizados pelo Programa Paulista de Alimentos 2016/2019.	1a- Número de amostras de alimentos coletadas por ano /Número de amostras programadas para coleta por ano x 100.
		1b-Número de amostras de alimentos analisadas com laudos de análises fiscais insatisfatórios por ano /Número de amostras analisadas por ano x 100.

DIRETRIZ 6 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA ATUAR NOS CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Controlar o risco sanitário relacionado ao consumo de produtos de interesse da saúde.	2 - Controlar o risco sanitário de 100% dos medicamentos notificados com reações adversas (RAM) e queixas técnicas (QT).	2a- Número de notificações de RAM avaliadas /Número de notificações de RAM recebidas x 100.
		2b- Número de notificações de QT avaliadas/Número de notificações de QT recebidas x 100.
2- Controlar o risco sanitário relacionado à prestação de Serviços de Saúde e de Serviços de interesse da saúde.	1 - Fomentar a institucionalização da Política de Segurança do Paciente em 100% das unidades hospitalares cadastradas no SIVISA. Linha de Base: 878 Unidades Hospitalares (UH).	1 - Número de Núcleos de Segurança do Paciente implantados nas UH por ano/ Número de UH cadastradas no SIVISA x 100.
	2 - Controlar o risco sanitário de 100% das notificações de eventos sentinela relacionados à transfusão sanguínea recebidas por ano do quadriênio.	2 - Percentual de investigação de notificações de eventos sentinela relacionadas à transfusão sanguínea em relação às notificações recebidas. (Número de notificações investigadas /Número de notificações recebidas anualmente) x 100.
	3 - Controlar o risco sanitário de 100% dos Bancos de Tecidos Musculoesquelético e Pele. (Linha de Base 5 - Bancos de ossos (4) e banco de olhos e pele do HC (1)).	3 - Número de estabelecimentos inspecionados pelo estado / Número de estabelecimentos cadastrados no SIVISA pelo estado x 100.
	4 - Controlar o risco sanitário de 100% dos Bancos de Olhos (Linha de Base: 10 – Banco de olhos (9) + Banco de olhos e pele do HC(1).	4 - Número de estabelecimentos inspecionados pelo estado / Número de estabelecimentos cadastrados no SIVISA pelo estado x 100.
	5 - Controlar o risco sanitário de 100% dos municípios que possuem Instituições Geriátricas (IG) cadastrados no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA). Linha de Base: 318 municípios em 2013.	5 - Número de municípios desenvolvendo ações de controle do risco sanitário das IG conforme o pactuado /Número de municípios que pactuaram controlar o risco sanitário de IG x 100.
	6 - Controlar o risco sanitário de 100% dos municípios que possuem Comunidades Terapêuticas (CT) cadastradas no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária - SIVISA. Linha de Base: 199 municípios	6 - Número de municípios desenvolvendo ações de controle do risco sanitário em CT /Número de municípios que pactuaram controlar o risco sanitário de CT x 100.

**DIRETRIZ 6 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
PARA ATUAR NOS CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA SAÚDE**

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
3- Controlar o risco sanitário relacionado aos locais de trabalho.	1 - Controlar o risco sanitário de 100% dos locais de trabalho priorizados pelo Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador Exposto ao Amianto.	1- Número de estabelecimentos pactuados que comercializam materiais de construção com produtos com amianto / Número total de estabelecimentos inspecionados que comercializam materiais de construção x 100.
	2 - Controlar o risco sanitário de 100% dos municípios com locais de trabalho priorizado pelo Programa de Vigilância em Postos de Combustíveis. Linha de Base: 645 municípios.	2 - Número de municípios desenvolvendo ações para controle do risco sanitário em postos de combustíveis /Número de municípios que pactuaram controlar o risco sanitário em postos de combustíveis x 100.
	3 - Controlar o risco sanitário de 100% dos municípios com locais de trabalho priorizados pelo Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador Canavieiro. Linha de Base: 142 municípios.	3 - Número de municípios desenvolvendo ações para controle do risco sanitário na cadeia produtiva de cana-de-açúcar/Número de municípios que pactuaram controlar o risco sanitário na cadeia produtiva de cana-de-açúcar x 100.
	4 - Controlar o risco sanitário de 100% dos municípios com locais de trabalho prioritários, responsáveis pela ocorrência dos acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos. Linha de Base: 645 municípios.	4 - Número de municípios desenvolvendo ações de investigação de acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos /Número de municípios que pactuaram investigação de acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos x 100
4- Controlar o risco sanitário dos eventos toxicológicos.	1 - Monitorar a eliminação da Capina Química (CQ) de 100% dos municípios paulistas que a praticam.	1- Número de municípios sem CQ/Número total de municípios x100.
	2 - Qualificar ¹ 100% das equipes municipais de Vigilância Sanitária para gerenciar riscos associados a agrotóxicos.	2- Número de equipes municipais qualificadas/645 x 100.
<p><i>1- Equipes Municipais Qualificadas - são aquelas que dispõem de um conjunto de referenciais técnicos ao Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa) e atributos próprios que as tornam aptas a exercer ações de controle de risco sanitário com qualidade e efetividade.</i></p>		

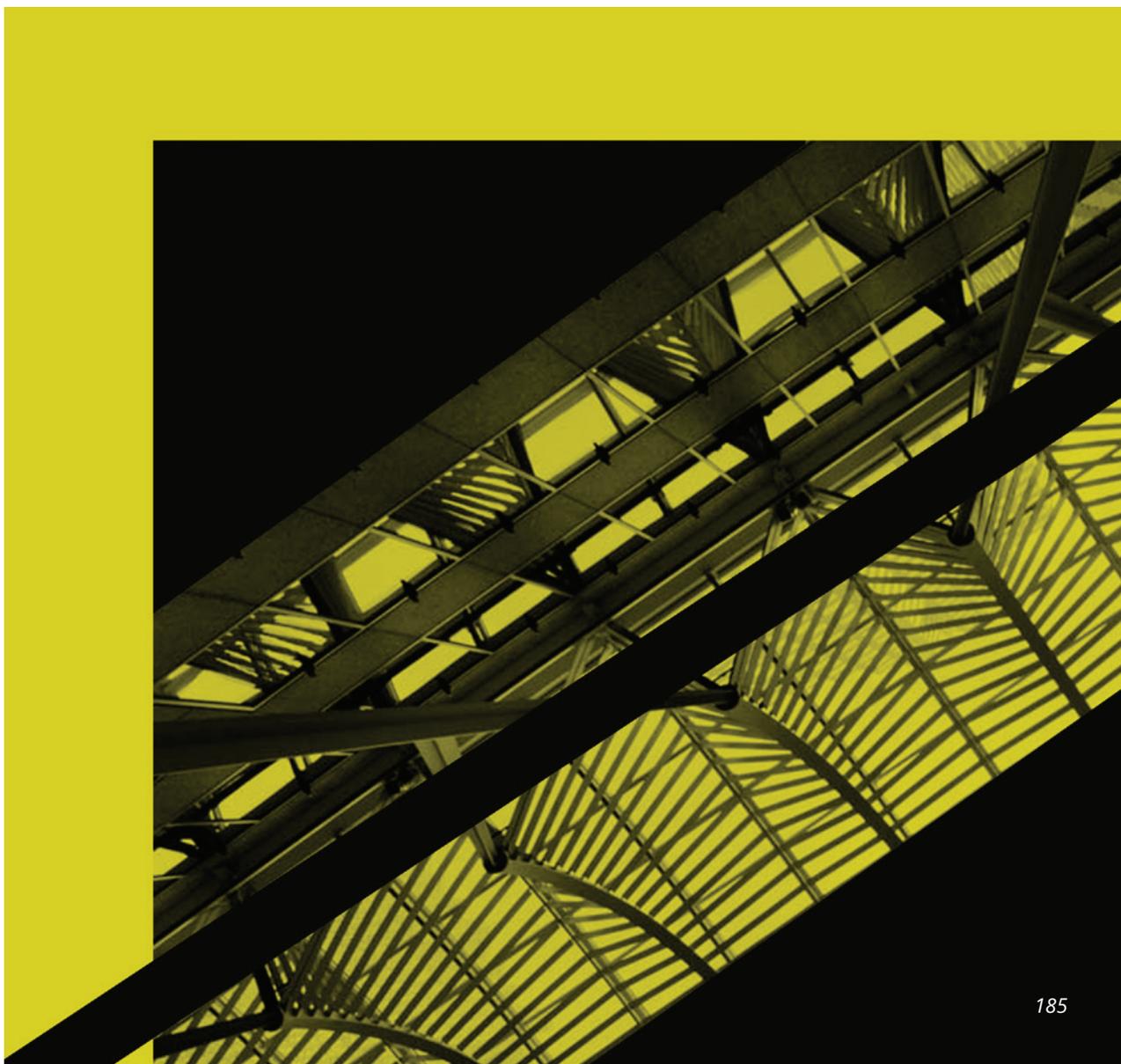
DIRETRIZ 7 - APRIMORAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO INTEGRAL AO TRABALHADOR		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Coordenar as ações vinculadas a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) no estado.	1- Apoiar 100% dos municípios a notificar no SINAN os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.	1- Número de municípios apoiados/número total de municípios x 100.
	2- Apoiar 100% dos Centros de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST) Regionais para atuar em seus territórios de abrangência. Linha de Base: 42.	2- Número de CEREST regionais que realizam ações em sua área de abrangência / número total de CEREST Regionais x 100.

DIRETRIZ 8 - APRIMORAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE RELACIONADAS AOS EXPOSTOS E INTOXICADOS		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Coordenar o Sistema Estadual de Toxicovigilância.	1- Implantar Procedimento Operacional Padrão (POP) para realizar investigação de óbitos e tentativas de suicídios (TS) relacionados às intoxicações notificadas em 100% dos Grupos Regionais de Vigilância.	1- Número de Grupo de Vigilância com POP implantado /Número total de Grupo de Vigilância x100.
	2- Apoiar a elaboração de planos de ações estratégicas para o fomento da atenção Integral à saúde dos expostos e intoxicados em 100% das redes regionais de atenção à saúde (RRAS).	2- Número de RRAS apoiadas para elaboração dos planos / Número total de RRAS x100.

DIRETRIZ 9 - FORTALECER A REDE LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1-Fortalecer e aprimorar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Instituto Adolfo Lutz.	1-Modernizar a infraestrutura e o parque tecnológico dos 13 Centros Laboratoriais, atendendo as prioridades estabelecidas junto as Vigilâncias e identificadas no Plano de Regionalização.	1- Número de Centros Laboratoriais modernizados/ Total de Centros Laboratoriais (Instituto Central + 12 Regionais = 13 Centros) x 100.
	2 - Aprimorar ¹ a estrutura das 10 sub-redes por agravos/ programas prioritários (Influenza, Dengue, Meningite, Leishmaniose, Esquistossomose, Tuberculose, Febre Maculosa, DTHA , Proagua e Programa Paulista)	2 - Número de sub-redes por agravos/programas prioritários estruturadas e implantadas (Influenza, Dengue, Meningite, Leishmaniose, Esquistossomose, Tuberculose, Febre Maculosa, DTHA , Proagua e Programa Paulista)
2- Aprimorar a rede de laboratórios de diagnóstico para vigilância de raiva.	Formalizar ² rede estadual de laboratórios de diagnóstico de raiva.	Rede Estadual de Laboratórios de Diagnóstico de Raiva formalizada.
3- Desenvolver pesquisas técnico-científicas para a melhoria da qualidade diagnóstica e análise de produtos de interesse da saúde pública.	Ampliar em 40 % o desenvolvimento de novas metodologias para melhoria da qualidade diagnóstica e análise de produtos de interesse da saúde pública. Linha de Base: 20 metodologias validadas até 2014.	Número de metodologias validadas no quadriênio/ Número total de métodos validados até 2014 X 100.
4- Promover o desenvolvimento de conhecimentos específicos na área de Vigilância em Saúde.	Manter no mínimo dois Programas de Bolsas de Pesquisa junto às Instituições de Fomento a Ensino e Pesquisa.	Número de Programas de Bolsas de Pesquisas mantidos.
5- Aprimorar a Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica.	1- Desenvolver pelo menos duas novas linhas de pesquisa voltadas para agravos de relevância em saúde pública.	1- Número de novas linhas de pesquisa voltadas para agravo prioritário definidas.
	2- Consolidar ³ a estrutura do Núcleo de Inovação Tecnológica/IAL.	2a - Total de profissionais do NIT/IAL capacitados para a gestão do NIT. 2b - Quadro de cargos do NIT/IAL estruturado e formalizado em consonância às políticas estabelecidas pela SES/SP.

DIRETRIZ 9 - FORTALECER A REDE LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
6- Ampliar o acesso dos profissionais dos Laboratórios de Saúde Pública SES/SP à qualificação do trabalho na Vigilância em Saúde no SUS.	Promover a disseminação das políticas de Vigilância em Saúde, dentro dos princípios do SUS para 100% dos profissionais dos Laboratórios de Saúde Pública SES/SP.	Número de profissionais dos Laboratórios de Saúde Pública SES/SP participantes de eventos relativos às políticas de VS/ Total de profissionais dos Laboratórios de Saúde Pública SES/SP x 100.
<p>1- Aprimorar: melhorar, aperfeiçoar a estrutura das Sub-Redes já existentes (rever fluxos e processos de trabalho, elaborar POPs, treinar os integrantes das áreas envolvidas em conformidade ao preconizado pela Portaria nº 2031/2004)</p> <p>2- Formalizar: estabelecer rede respeitando critérios de credenciamento e descredenciamento.</p> <p>3- Consolidar: formar e formalizar quadro de cargos do NIT/IAL em consonância às políticas estabelecidas pela SES.</p>		



EIXO IV
FORTALECIMENTO
DA GESTÃO DO SUS NO
ESTADO DE SÃO PAULO





A SES é responsável pela formulação e coordenação da Política Estadual de Saúde, norteada pelos princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade, bem como de 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 e regional, devendo desenvolver processos de planejamento ascendente e participativo com base nas necessidades de saúde, ações de contratação de serviços, auditoria, monitoramento e avaliação de serviços, do sistema de saúde e regulação compartilhada.

O gestor estadual deve ainda estimular mecanismos de gestão solidária e cooperada, por compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Regionais – CIR e Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção à Saúde - CG-Redes.

Cabe ressaltar que o Decreto Federal nº 7508/2011, que regulamentou a Lei Federal 8080 quanto aos aspectos organizativos e de gestão do SUS, define uma forma de contrato organizativo entre os três entes federados no âmbito regional, que inclui desde o diagnóstico de saúde à programação geral de ações e serviços de saúde e alocação de recursos financeiros por região. Este contrato não avançou no país, dada sua complexidade, que requer uma série de instrumentos a começar pela identificação única dos usuários, desenvolvimento de sistemas de informação para programação de ações e serviços, metodologias de cálculo de alocação de recursos financeiros tripartite por região, entre outros.

Observa-se ainda um aumento na judicialização da saúde por inúmeros fatores: pressões por incorporação de novas tecnologias, assimetria de informações entre diferentes grupos sociais, dificuldades na gestão do sistema, entre outros.

Considerando as atribuições do gestor estadual e o contexto legal, técnico, político e econômico (crise, que deve afetar a disponibilidade de aporte de recursos para a saúde no país, no estado e nos municípios), este novo ciclo de planejamento, que tem início em 2016, prevê estratégias a partir da avaliação do que foi alcançado e do que requer melhorias em termos do fortalecimento da capacidade de gestão do SUS no estado.

É necessário aprimorar o processo de planejamento regional, com definição de prioridades e melhor articulação da rede de atenção à saúde, bem como fortalecer as instâncias colegiadas bipartite regionais (CIR e CG Redes). Os Departamentos Regionais de Saúde – DRS, instâncias regionais da SES, devem ser fortalecidos.

Os mecanismos de monitoramento, avaliação, comunicação e regulação requerem aperfeiçoamento. Destaca-se o Programa “Saúde em Ação”, cujo objetivo é fortalecer a gestão do SUS no estado, por meio de obras, estudos, linhas de cuidado e outras ações. Prioriza 5 Regiões (Litoral Norte, Vale do Jurumirim, Vale do Ribeira, Itapeva e Região Metropolitana de Campinas) por meio de empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID. Entretanto, deve gerar tecnologias de gestão passíveis de serem incorporadas em todo o estado.

Na última década, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) tem investido nos processos de regionalização, com o objetivo de promover a equidade do acesso e a economia de escala, evitando a fragmentação, os vazios assistenciais e a subutilização dos serviços em seu território. Recentemente, o estado avançou nesta estratégia, estruturando as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), em consonância com as diretrizes do MS sobre a estruturação de Redes de Atenção em Saúde (RAS), respeitando a institucionalidade do SUS no estado, que prevê sua divisão em regiões de saúde.

Destarte, o objetivo principal do Programa Saúde em Ação é contribuir para a melhoria das condições de saúde da população do estado de São Paulo, por meio da estruturação de serviços segundo o modelo de redes regionais de saúde para ampliar o acesso, a qualidade e a integralidade dos serviços, na construção de novos equipamentos, estudos e propostas para o fortalecimento da gestão regional e estadual, capacitando e qualificando principalmente as áreas de gestão e da Atenção Básica.

Por último, cabe ressaltar a interdependência entre os objetivos e metas dos 8 Eixos constitutivos do Plano estadual, onde é possível perceber com clareza que não se faz gestão sem pessoas capacitadas (Eixo VI) ou sem participação social (Eixo V), além do que, a gestão da rede de atenção, envolve a qualificação do acesso de todos os pontos de atenção que constituem esta rede (Eixos I e II).

EIXO IV - FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO		
DIRETRIZ 1 - FORTALECER A GESTÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Elaborar e monitorar os instrumentos de planejamento do SUS: Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2016/2019, Programações Anuais de Saúde (PAS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG).	1- Elaborar a Programação Anual no Período de 2016 a 2019.	1- Programação Anual de Saúde elaborada.
	2- Elaborar o Relatório Anual de Gestão (RAG) no período de 2016 a 2019.	2- Relatório Anual de Gestão elaborado.
	3- Monitorar e avaliar 100% das metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde 2016-2019.	3- Proporção de metas de saúde monitoradas e avaliadas.
	4- Realizar anualmente a pactuação Estadual das metas do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.	4- Pactuação Estadual realizada no quadriênio.
2- Fortalecer a capacidade de gestão da SES/SP e de suas Instâncias descentralizadas.	1- Elaborar desenho da Estrutura de Núcleos Estratégicos de Gestão para os níveis Central e Regional por meio do Programa Saúde em Ação.	1- Desenho da Estrutura de Núcleos Estratégicos de Gestão para os níveis Central e Regional elaborado.
	2- Desenvolver Programa de Apoio Institucional, contemplando todas as instâncias que fazem parte da estrutura organizacional da SES/SP por meio do Programa Saúde em Ação.	2- Programa de Apoio Institucional, contemplando todas as instâncias que fazem parte da estrutura organizacional da SES/SP desenvolvido.
3- Expandir e modernizar a rede de serviços de saúde do estado de São Paulo.	1- Construir 3 hospitais com o apoio da iniciativa privada (PPP).	1- Número de hospitais construídos.
	2- Construir 2 hospitais, junto ao Programa Saúde em Ação.	2- Número de hospitais construídos.
	3- Construir 72 Unidades Básicas de Saúde (UBS), junto ao Programa Saúde em Ação.	3- Número de UBS construídas.
	4- Construir 21 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), junto ao Programa Saúde em Ação.	4- Número de CAPS construídos.
	5- Construir um Departamento Regional de Saúde (Registro), junto ao Programa Saúde em Ação.	5- Departamento Regional de Saúde de Registro construído.
	6- Reformar/ampliar 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 6 CAPS, 2 Departamentos Regionais de Saúde e 1 AME, junto ao Programa Saúde em Ação.	6- Número de unidades de saúde reformadas e/ou ampliadas.

EIXO IV - FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO		
DIRETRIZ 1 - FORTALECER A GESTÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
3- Expandir e modernizar a rede de serviços de saúde do estado de São Paulo.	7- Reformar o hospital Panamericano para atendimento da rede de trauma.	7- Hospital Panamericano reformado.
4- Organizar medidas em parceria com o Poder Judiciário visando fornecer subsídio técnico para as decisões judiciais.	Implantar nos 17 DRS referências técnicas para subsidiar o Poder Judiciário na tomada de decisão.	Número de DRS com referência implantada/Número de DRS x 100.

DIRETRIZ 2 - FORTALECER A GESTÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar a gestão e governança regionais.	1- Realizar Oficinas de gestão regional e governança em 100% das regiões.	1- Número de oficinas de gestão regional e governança, realizadas por Regiões de Saúde.
	2- Constituir grupo condutor da rede regional de atenção à saúde em 100% das RRAS e regiões de saúde, integrando as redes temáticas.	2- Grupo condutor da rede regional de atenção à saúde, constituído em 100% das RRAS.
	3- Desenvolver Estudo Propositivo para um Modelo de Gestão de Redes e Governança Regional no estado de São Paulo por meio do Programa Saúde em Ação.	3- Estudo propositivo para um Modelo de Gestão de Redes e Governança Regional no estado de São Paulo desenvolvido.
	4- Desenvolver metodologia para a elaboração de Plano de Transporte Sanitário Regional por meio do Programa Saúde em Ação.	4- Metodologia para a elaboração de Plano de Transporte Sanitário Regional, elaborada.
2- Fomentar o planejamento loco-regional.	1- 100% das regiões de saúde com definição de prioridades e planos de ação elaborados.	1- Número de regiões de saúde com definição de prioridades e planos de ação elaborados/ Número de Regiões de Saúde x 100.
	2- Pactuar em 100% dos municípios e das Regiões de Saúde as metas anuais do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.	2- Número de municípios do estado de São Paulo com as metas anuais pactuadas/ Número total de municípios do estado de São Paulo x 100.

DIRETRIZ 2 - FORTALECER A GESTÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
3- Implementar a regulação da rede regional de atenção à saúde.	1- Elaborar estudo para o aprimoramento do modelo de regulação na saúde por meio do Programa Saúde em Ação.	1- Estudo para o aprimoramento do modelo de regulação na saúde elaborado.
	2- Implementar a regulação em 3 redes assistenciais prioritárias (Oncologia, Materno-Infantil – Cegonha e Urgência-Emergência).	2- Regulação em 3 redes assistenciais prioritárias implantada.
	3- Regular 100% dos leitos dos hospitais de referência regional e estadual sob gestão estadual.	3- Número de leitos de referência regional e estadual sob gestão estadual regulados/ Número de leitos e de referência regional e estadual sob gestão estadual x 100.

DIRETRIZ 3 - APRIMORAR O SISTEMA ESTADUAL DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar a Infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).	1- 80% dos equipamentos tecnologicamente atualizados (novos, seminovos e com menos de cinco anos de uso).	1- Índice de atualização tecnológica (hardware).
	2- 100% de disponibilidade de acesso à rede, a todos os seus sistemas.	2- Índice de disponibilidade de sistemas (software e sistemas).

DIRETRIZ 4 - APERFEIÇOAR OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SUS/SP		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Elaborar e acompanhar o rol de indicadores de saúde e de gestão do SUS/SP.	Publicar anualmente um rol de indicadores selecionados.	Um rol de indicadores publicado por ano.
2- Aprimorar a análise e a divulgação de informações por diferentes mídias.	Publicar 12 artigos anuais (boletins eletrônicos, documentos técnicos e análises).	Número de documentos publicados.

DIRETRIZ 5 - DISSEMINAR E QUALIFICAR A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Promover processos educativos e de apoio em humanização por meio de encontros mensais para gestores e trabalhadores das 17 RRAS a partir das diretrizes e dispositivos da Política Nacional e Estadual de Humanização.	Realizar encontros e oficinas mensais para promoção de processos educativos e de apoio em humanização, totalizando ao final do quadriênio 48 encontros e oficinas.	Número de encontros e oficinas realizados.
2- Estimular a construção de Planos Institucionais de Humanização nas unidades participantes da Política Estadual de Humanização (PEH), visando a qualificação do cuidado, a integralidade da atenção à saúde da população e a participação do trabalhador em saúde.	60% das Unidades de Saúde da SES/SP participantes da Política Estadual de Humanização (PEH) com Planos Institucionais de Humanização construídos e validados.	Número de Planos Institucionais de Humanização construídos e validados* / Número de Unidades SES/SP participantes da Política Estadual de Humanização (PEH)** x 100.
3- Contribuir para a qualificação de espaços de discussões das práticas em saúde nas regiões do estado por meio da função apoio, fortalecendo a corresponsabilização nos processos de regionalização e articulação das redes temáticas.	1- 80% dos DRS com Planos Regionais de Humanização com foco no trabalho em rede construídos e validados.	1- Número de Planos Regionais de Humanização / Número total de DRS x 100. (***)
	2- 80% dos DRS com Programa de Articulador de Humanização implantado.	2- Número de Articuladores de Humanização em DRS/Número total de DRS x 100.
4- 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 sob gestão da SES/SP com utilização do Sistema Pesquisa de Satisfação de acordo com a meta estabelecida pelo Núcleo Técnico de Humanização (NTH).	Número de unidades de saúde sob gestão da SES/Número de unidades de saúde sob gestão da SES/SP que utilizam o sistema Pesquisa de Satisfação de acordo com a meta estabelecida pelo NTH**** x 100.

* Considera-se Plano Institucional de Humanização o conjunto de ações desenvolvidas a partir de análise dos Formulários de Atividades de Humanização - FAH realizadas nas instituições.

** Consideram-se unidades participantes as unidades com adesão aos processos de apoio e formação da PEH.

*** Consideram-se Planos Regionais de Humanização o conjunto de ações desenvolvidas para Apoio Regional, considerando: Redes Temáticas, Processos de Regionalização, Educação Permanente em Saúde, apoio a municípios, na interface com demais atores do SUS.

**** Considera-se meta estabelecida o número de questionários definidos por cálculo estatístico baseado pela produtividade de cada uma das áreas afins (ambulatório, internação e pronto socorro).

EIXO V

FORTALECIMENTO DA
PARTICIPAÇÃO DA
COMUNIDADE E DO
CONTROLE SOCIAL
NA GESTÃO DO SUS



A participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos os cidadãos. É extremamente necessário cultivá-la nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde. Cidadania e participação da comunidade são motivos recorrentes na Constituição Federal (CF) e determinados no campo da Saúde. Tudo começa pelo primeiro artigo da CF, em seu parágrafo único: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”. A Lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e cria duas instâncias colegiadas expressas, Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

Diante destes preceitos constitucionais e legais, a participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços, e coletivamente por meio de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde. Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é participar na formulação, controle e execução das políticas públicas de saúde. Os Conselhos são o principal canal de participação popular encontrado nas três instâncias de governo. É preciso valorizar esse espaço e é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê na União, no Estado e no Município de forma ampla, transparente e com planejamento ascendente, ou seja, a partir das conferências e que dessas reflexões surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde.

Por meio dos Conselhos de Saúde, os cidadãos podem colaborar nas decisões do governo relacionadas à saúde e, também, no planejamento, no orçamento, nas finanças e nas ações de saúde em seu território de abrangência. A atuação desses Conselhos é fundamental para o aperfeiçoamento da democracia, bem como para a transparência e efetividade das ações propostas.

EIXO V - FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS		
DIRETRIZ 1 - FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1-Garantir as condições materiais, técnicas, administrativas e financeiras para o funcionamento regular do Conselho Estadual de Saúde (CES).	Realizar reuniões regulares mensais.	Número de reuniões anuais realizadas.
2- Assegurar a realização da Conferência Estadual de Saúde.	Realizar a Conferência Estadual de Saúde.	Conferência Estadual de Saúde realizada.
3- Avaliar, monitorar e emitir parecer da execução do Plano Estadual de Saúde (PES), das Programações Anuais de Saúde (PAS) e dos Relatórios de Gestão.	100% do Plano Estadual de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão acompanhados e aprovados com parecer, conforme normas e prazos legais.	Número de pareceres emitidos/ Número de instrumentos de planejamento apreciados x 100.
4- Implementar a Política Estadual de Educação Permanente para os Conselheiros de Saúde com vistas ao fortalecimento da participação social.	Capacitar 40% dos Conselhos Municipais de Saúde do estado de São Paulo.	Número de Conselhos Municipais de Saúde com palestras e cursos ministrados/ Número de Conselhos Municipais de Saúde no estado de São Paulo x 100.
5- Fortalecer os instrumentos de comunicação para a valorização e divulgação das ações do CES e seu papel no SUS.	Manter e aprimorar os instrumentos de comunicação para a valorização e divulgação das ações do CES e seu papel no SUS.	Número de instrumentos de comunicação atualizados/ Número de instrumentos de comunicação utilizados pelo CES x 100.
6- Viabilizar projeto de implantação e/ ou implementação de Conselhos Gestores nas unidades sob gestão estadual.	Realizar estudos sobre a viabilidade técnica, jurídica, estrutural, organizacional, orçamentária e financeira para propor ao Executivo projeto para a instalação de Conselhos Gestores nas unidades sob gestão estadual.	Número de estudos de viabilidade produzidos.
7- Fortalecer a Ouvidoria como instrumento de gestão.	Implantar o Sistema Informatizado Ouvidor SES/SP em 90% dos serviços sob gestão com ouvidoria implantada.	Número de ouvidorias com Sistema Informatizado Ouvidor SES/SP implantada/Número de serviços sob gestão estadual com ouvidoria implantada x 100.

EIXO VI

CAPACITAÇÃO

DE PESSOAS



Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas tem como perspectiva a valorização do trabalhador de saúde no âmbito do SUS/São Paulo, criando condições para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, como estratégia de manutenção da qualidade das ações de saúde voltadas à população. Pressupõe a oferta de diferentes estratégias de capacitação que proporcione o desenvolvimento dos profissionais das esferas públicas estaduais e municipais.

Acrescentam-se ações para a melhoria da qualidade de vida e do ambiente profissional. Destacamos a produção de conhecimento em gestão de pessoas e atualização do quadro de RH da SES.

EIXO VI - CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS		
DIRETRIZ 1 - QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS PARA O SUS/SP		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Apoiar a Política de Educação Permanente (EP) em Saúde para o SUS/SP considerando as necessidades regionais.	100% das ações/projetos de Educação Permanente em Saúde encaminhados pelos Centros de Desenvolvimento e Qualificação do SUS (CDQS) ao Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos (GDRH) para fluxo de execução financeira.	Número de projetos encaminhados para execução financeira/Número total de projetos encaminhados ao GDRH x 100.
2- Ampliar a oferta de vagas dos cursos promovidos pelo Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos (GSDRH) e estimular parcerias para novos projetos na modalidade de Educação à Distância (EAD).	Ampliar em 10% ao ano o número de vagas para os cursos EAD.	Número de vagas ofertadas por ano/Número de vagas previstas por ano x 100.
3- Gerenciar programas de qualificação para profissionais da saúde de acordo com as necessidades do SUS: Residência Médica e Aprimoramento Profissional.	1- Utilizar 80% das bolsas concedidas por ano no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP).	1- Número de bolsas utilizadas/ Número de bolsas concedidas x 100.
	2- Utilizar 80% das bolsas concedidas por ano no Programa de Residência Médica no quadriênio e processos de gestão.	2- Número de vagas ocupadas/ Número de bolsas ofertadas x 100.
4- Efetivar a formação técnica em saúde de nível médio por meio das Escolas Técnicas do SUS/SP – ETSUS/SP.	Oferecer 39 turmas do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) no quadriênio.	Número de turmas realizadas/ Número de turmas previstas x 100.
5- Elaborar projetos de treinamento, voltados a qualificação dos trabalhadores do SUS/SP, considerando quatro áreas: técnico-administrativa, assistência, gestão e vigilância.	Elaborar 08 projetos de treinamento no quadriênio.	Número de projetos de treinamento elaborados.

DIRETRIZ 2 - VALORIZAR OS RECURSOS HUMANOS DA SES/SP

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Promover ações para melhoria da qualidade de vida e do ambiente profissional na SES/SP.	Implantar quatro Serviços Especializados de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) no quadriênio.	Número de SESMT implantados.
2- Manter a realização da Mesa de Negociação na SES/SP.	Realizar Mesa de Negociação periódica, compreendendo conteúdos de capacitação, cargos e salários, saúde do trabalhador e qualidade de vida.	Número de Mesas de Negociação realizadas mensalmente.

DIRETRIZ 3 - FORTALECER A GESTÃO DE RH NO SUS/SP

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Produzir conhecimento que contribua para a melhor gestão de Recursos Humanos no âmbito do SUS/SP.	Elaborar/Atualizar 04 (quatro) Cartilhas Temáticas no quadriênio.	Número de Cartilhas Temáticas elaboradas/atualizadas.
2- Revisar e atualizar os quadros de Recursos Humanos da SES/SP para as áreas de assistência, planejamento, vigilância em saúde, inovação e tecnologia, pesquisa e gestão, de acordo com as atuais funções da gestão estadual.	100% dos quadros de Recursos Humanos da SES/SP revisados.	Quadros de Recursos Humanos revisados.



EIXO VII CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES EM SAÚDE





Na área da Ciência, Tecnologia e Inovação os maiores desafios são a elaboração e a implementação de uma política de longo prazo que permita ao desenvolvimento científico e tecnológico alcançar a população e que, efetivamente, tenha um impacto determinante na melhoria das condições de vida da sociedade.

Esse é um processo que vem se aperfeiçoando com o tempo e que, cada vez mais, tem como tema principal maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade.

Em linhas gerais, essa política atuará no fomento à pesquisa em saúde, na avaliação de tecnologias e na difusão do conhecimento, propondo estratégias para estimular a cultura de utilização de evidências científicas entre os gestores. Na avaliação de tecnologias de saúde (ATS) deve ser adotada como condição essencial para orientar a tomada de decisão quanto à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias no SUS. Além da avaliação de eficácia, efetividade, segurança e custo, a ATS deve considerar os impactos sociais, éticos e legais associados ao uso de tecnologias.

A adoção de políticas de saúde também deve ter como fundamento as evidências científicas que indiquem as intervenções mais custo-efetivas para responder a problemas de saúde prioritários.

EIXO VII - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES EM SAÚDE		
DIRETRIZ 1 - DESENVOLVER A POLÍTICA ESTADUAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Apoiar o desenvolvimento de pesquisas de interesse para o SUS/SP contemplando os Eixos Prioritários do Plano Estadual de Saúde (PES).	1- Abrir ou firmar duas chamadas públicas para o fomento de apoio à agenda de prioridades de pesquisas para o SUS/SP.	1- Número de chamadas públicas abertas ou firmadas para o fomento de apoio à agenda de prioridades de pesquisas para o SUS /SP.
	2- Desenvolver projetos de pesquisa na área de saúde, nos institutos pertencentes à SES/SP.	2- Número de projetos de pesquisas desenvolvidos por instituto.
2- Promover a aproximação entre os Institutos de Pesquisa da SES/SP e os gestores, visando a aplicação de resultados de pesquisas para o alcance das diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES).	Realizar um seminário anual envolvendo os Institutos de Pesquisa da SES/SP e os gestores do SUS/SP a fim de potencializar a aplicação dos resultados das pesquisas visando ao alcance das diretrizes do PES.	Número de seminários realizados.
3- Fortalecer a Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REPATS).	1- Formalizar a Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REPATS).	1- Criação de Regimento e Aprovação nos órgãos competentes.
	2- Consolidar seis novos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde no quadriênio.	2- Número de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde consolidados.
	3- Constituir Grupo Técnico para Monitoramento do Horizonte Tecnológico.	3- Grupo Técnico para Monitoramento do Horizonte Tecnológico constituído.
	4- Elaborar no mínimo 20 Pareceres Técnico Científicos (PTC) de avaliação tecnológica de saúde no quadriênio.	4- Número de Pareceres Técnico Científicos (PTC) de avaliação tecnológica de saúde elaborados.
4- Fortalecer os Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT).	1- Constituir uma Secretaria Técnica Executiva na SES/SP para os NIT com capacidade de Gestão em Desenvolvimento de Ações Inovativas.	1- Secretaria Técnica Executiva constituída.
	2- Desenvolver avaliação da evolução do grau de maturidade nas práticas e processos de gestão de cada NIT.	2- Número e tipo de Indicadores criados.

DIRETRIZ 2 - DIFUSÃO E DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Aprimorar e atualizar a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS-Rede de Informação e Conhecimento e do Portal de Revistas Científicas da SES/SP e do Boletim ITEC-Saúde.	Renovar anualmente o acordo com a Bireme/Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS).	Acordo firmado.
2- Apoiar a elaboração de sínteses de evidências para a tomada de decisão.	Elaborar oito sínteses de evidências.	Número de sínteses de evidências elaboradas.

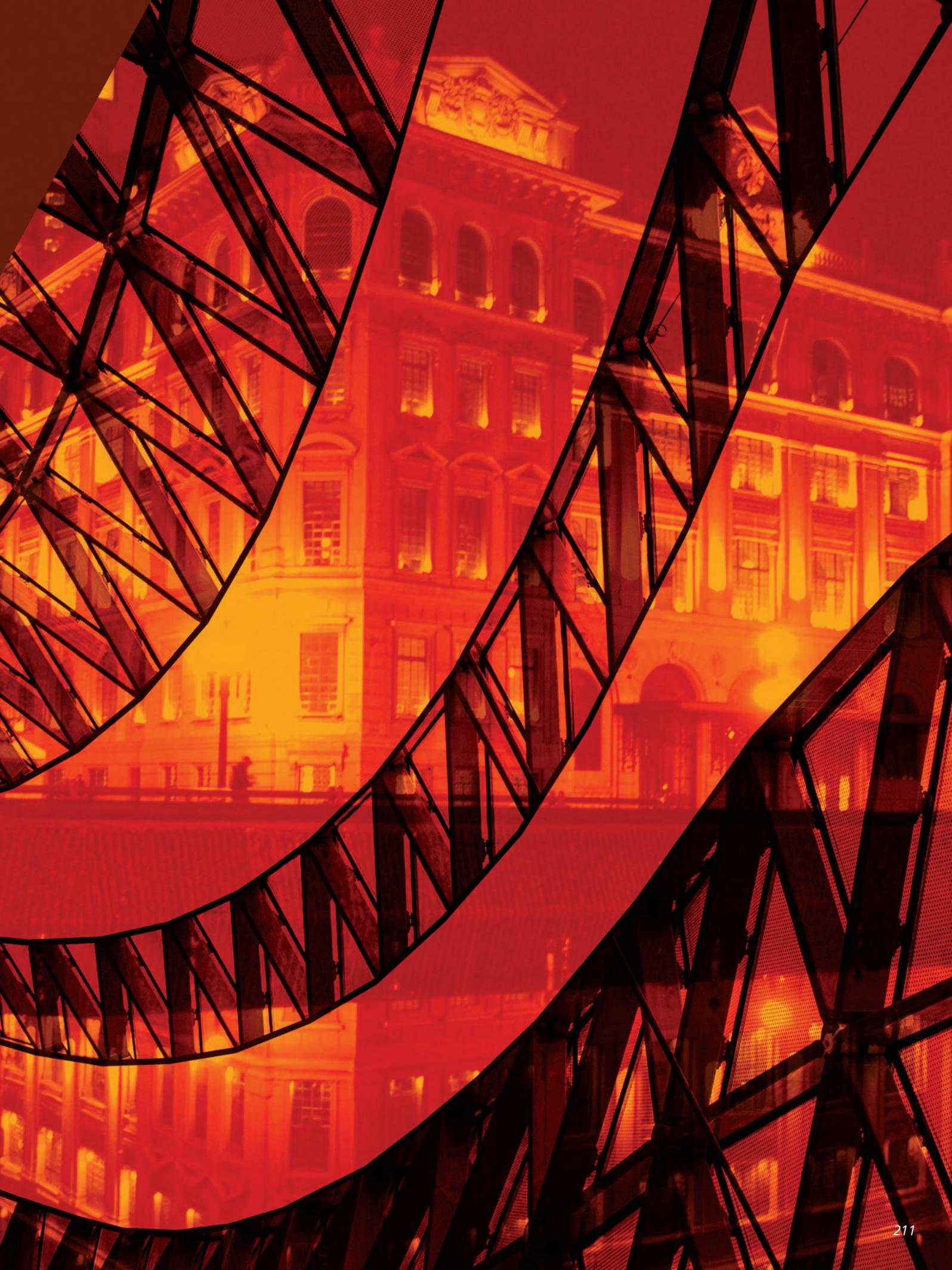
DIRETRIZ 3 - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O FORTALECIMENTO DA ÁREA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO SUS		
OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Capacitar e aperfeiçoar profissionais de saúde em áreas estratégicas de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I).	1- Capacitar no mínimo 400 profissionais de saúde na área de CT&I para avaliação de tecnologias em Saúde.	Número de profissionais capacitados por áreas estratégicas de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I).
	2- Capacitar no mínimo um profissional de cada NIT nas áreas de Gestão de propriedade Intelectual e Comercialização de Tecnologia.	
	3- Capacitar no mínimo 80 profissionais de saúde na área de CT&I para elaboração de sínteses em evidências.	
	4- Capacitar no mínimo 30 profissionais de saúde na área de CT&I no Mestrado profissionalizante.	
	5- Capacitar no mínimo 60 profissionais de saúde na área de CT&I no Programa de Aprimoramento Profissional.	





EIXO VIII

INTEGRAR A SES/SP NA POLÍTICA ESTADUAL DE MUDANÇAS CLIMÁTICAS-PEMC



Atualmente crianças de 6 ou 7 anos já demonstram agudas preocupações com a preservação ambiental. Os adolescentes e jovens consideram estas questões como óbvias e obrigatórias para um futuro menos sombrio. Para nós, adultos jovens e idosos, no entanto, esta consciência e hábitos renovados não são tão naturais. Nós vivemos outras décadas onde este desequilíbrio não era tão evidente.

O mesmo acontece com as políticas públicas que não viam esta urgência de se adaptar as limitações de uma grave crise ambiental planetária. Mesmo a política pública de saúde que sempre teve claras as importantes interfaces com o saneamento básico, clima, agricultura e com a diversidade dos biomas naturais, não tinha uma real dimensão dos problemas que teríamos que enfrentar no presente e no futuro próximo.

As causas para estas dificuldades globais são relativamente recentes. Vêm do aceleramento das revoluções industriais iniciadas no começo do século 19. Com o extraordinário desenvolvimento científico e técnico da humanidade, avanços consideráveis aconteceram na qualidade de vida. As populações dos países aumentaram explosivamente, o comércio, o transporte, as comunicações mudaram de patamar. A agricultura e pecuária ocuparam vastas áreas para alimentar muito mais bocas. As necessidades de energia para movimentar toda esta engrenagem não param de crescer. Neste momento nos socorrem novas formas de usar os chamados combustíveis fósseis (carvão, gás e petróleo) que significam uma mudança completa nas atividades econômicas e sociais no mundo todo.

A pressão sobre os recursos naturais, minerais, vegetais e animais passou para um nível nunca visto. E não havia uma consciência/preocupação com uma possível finitude destes recursos. Pelo contrário, tratava-se de usá-los o máximo e chegar primeiro para usufruir destas riquezas aparentemente inesgotáveis.

E isto aconteceu tanto nas formações capitalistas como nas socialistas. Tanto nos países desenvolvidos como nos mais pobres, alguns deles transformados em colônias exportadoras de recursos de toda sorte.

Foi só nos anos sessenta do século 20 que, técnicos, cientistas e políticos passaram a insistir com mais vigor que estas posturas tinham limites.

Vários estudos e publicações apareceram. Por exemplo, causou grande impacto o livro *Primavera Silenciosa* de Rachel Carson em 1962. Norte-americana, bióloga marinha e ambientalista estudiosa da vida nos oceanos se voltou para o estudo do impacto do uso dos pesticidas para aumentar a produção agrícola. Seu livro fala de uma primavera sem vozes. Outrora as manhãs pulsavam com os tordos, pombos, gaios, corruíras e dezenas de outros pássaros. Agora não havia som algum. Apenas o silêncio sobre os campos, bosques, pântanos. Até mesmo os riachos estavam sem vida. Nenhuma bruxaria tinha silenciado o renascimento da vida nova num mundo alquebrado. As

próprias pessoas haviam se encarregado disto. Estamos numa rotina de pesticidas. Os insetos se adaptam, forçando-nos a busca de novos produtos cada vez mais potentes. A guerra química não tem fim e toda vida sofre neste fogo cruzado. Raquel Carson morreu de câncer de mama 18 meses após a publicação de Primavera Silenciosa.

Em 1972 a ONU realizou encontro sobre meio ambiente em Estocolmo, Suécia. As preocupações maiores então eram a poluição e sua repercussão na saúde humana e a pressão sobre a biodiversidade com a extinção de muitas espécies.

Em 1992 a ONU conseguiu o maior encontro sobre políticas públicas de sua história no Rio de Janeiro, Brasil. Três convenções mundiais foram elaboradas: combate a desertificação, preservação da biodiversidade, e mudanças climáticas. Foi exatamente este último item que viria causar nas décadas seguintes uma total mudança nas preocupações ambientais em todo planeta.

A Terra tem uma camada de atmosfera. Ao receber a energia dos raios solares parte destes é refletida de volta para o espaço. Parte é retida no solo e parte é retida pelos vários componentes da atmosfera criando um fenômeno chamado efeito estufa que garante uma temperatura dentro de limites relativamente confortáveis essenciais para existência do milagre da vida.

No entanto atividades como o uso intenso de combustíveis fósseis, o desmatamento, o uso de compostos de nitrogênio na agricultura, a criação massiva de gado, o metano dos depósitos de lixo tem causado alterações na composição da atmosfera protetora da vida. Estas mudanças fazem com que mais energia do sol fique aqui e isto vem elevando as nossas temperaturas médias mundiais anuais causando o chamado aquecimento global. As evidências científicas mostram de forma consistente que este fenômeno ganha força a partir de 1800 e segue constante para patamares cada vez mais elevados.

Esta mudança climática já está alterando o equilíbrio de todos os biomas, do mar às florestas, do Ártico às savanas africanas, com graves consequências desde já para todas as formas de vida.

As mudanças do clima causam os mais dramáticos desequilíbrios, porém estudos mostram que não é o único motivo. Em 2009 cientistas mostraram que a pressão antropogênica sobre os recursos finitos do planeta vão além das alterações climáticas. Também estão acontecendo a acidificação dos oceanos, a agressão a camada de ozônio, a contaminação por produtos químicos, o acúmulo de aerossóis no ar, a interferência humana no ciclo de fósforo e nitrogênio, o uso global da água doce, as mudanças no uso da terra (particularmente desmatamento e criação de gado) e a erosão da biodiversidade com o desaparecimento de espécies numa velocidade 1000 vezes mais rápido do que o normal.

Agora existe a consciência de que os recursos da Terra não são infinitos e precisam ser administrados de maneira prudente para que haja condições de vida para gerações futuras e para a manutenção da riqueza da biodiversidade.

Os esforços da ONU neste sentido se repetem: Copenhague/2010, Rio mais 20, Paris/2015. Em setembro/2015 a assembleia geral da ONU aprovou a Agenda 2030 com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ver na internet) com metas de políticas públicas para todas as nações.

O Estado de São Paulo num esforço primeiro no Brasil aprovou em dezembro/2010 sua Lei Estadual sobre Mudanças Climáticas. A lei é conduzida por um conselho presidido pelo Governador e secretariado pela Secretaria do Meio Ambiente. Todas as secretarias estaduais devem, pela lei, incorporar nos seus programas a dimensão ambiental e construir um plano setorial que deve ser apresentado no conselho estadual da lei climática.

A Secretaria da Saúde através de várias de suas Coordenadorias já vinha de certa forma trabalhando em medidas consideradas de mitigação e adaptação as mudanças climáticas em suas metas e programas. Servidores, por exemplo, do DOMA/CCD, CVS, vem incorporando estas ações intersetoriais ativamente do seu dia a dia.

Agora após um esforço de reuniões, estudos e sugestão de centenas de funcionários o Plano Estadual de Saúde 2016/19 formaliza esta preocupação da SES.

As medidas de adaptação no reforço no controle de doenças afetadas pela crise climática, na prevenção a desastres naturais, na resposta a poluição do ar, ilhas de calor, ondas de frio/calor, respostas a crise hídrica, estão acolhidas nos Eixos de 1 a 7 do PES.

Para as medidas de mitigação (preocupação com a redução das emissões causadoras do aquecimento global e com a finitude dos recursos naturais) foi criado um Eixo 8 específico. São medidas visando consumo racional, descarbonização da matriz energética, gerenciamento de gases de refrigeração, eficiência energética mas principalmente um esforço de diálogo com o conjunto dos milhares de trabalhadores da saúde que compõem o quadro da SES para que com sua participação e ideias as políticas públicas sob nossa responsabilidade possam dar sua contribuição neste que é o principal desafio econômico, social e ambiental do século 21.

**EIXO VIII - INTEGRAR A SES/SP NA POLÍTICA ESTADUAL
DE MUDANÇAS CLIMÁTICAS / PEMC**

DIRETRIZ 1 - IMPLANTAR AÇÕES DE MITIGAÇÃO DE MUDANÇAS CLIMÁTICAS NA SES/SP

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Mitigar impacto dos resíduos sólidos produzidos nas ações SES/SP.	Implantar Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em 100% dos hospitais estaduais.	Percentual de hospitais com comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde implantada.
2- Instituir soluções de sustentabilidade nos projetos novos das unidades da SES/SP.	100% dos projetos das novas unidades de saúde com soluções de sustentabilidade instituídas.	Percentual de projetos das novas unidades de saúde com soluções de sustentabilidade instituídas.
3- Instituir soluções de sustentabilidade em obras e reformas das unidades da SES/SP.	100% das obras e reformas nas unidades da SES com soluções sustentáveis instituídas.	Percentual de obras e reformas nas unidades da SES/SP com soluções sustentáveis instituídas.
4- Instituir medidas para redução do consumo de água.	Instalar autoclaves com tecnologia de bomba a seco em 100% das unidades novas da SES/SP que necessitem de autoclave com capacidade acima de 200 litros.	Percentual de novas unidades com autoclaves maiores que 200 litros com tecnologia de bomba a seco instaladas.

**DIRETRIZ 2 - MOBILIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA MUDANÇAS DE HÁBITOS
VISANDO MITIGAÇÃO E ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS**

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Difundir conhecimento sobre mudanças climáticas.	1- Realizar oficinas em 100% dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) para sensibilização dos profissionais de saúde da SES e membros do Conselho Estadual de Saúde (CES) sobre mudanças climáticas.	1- Percentual de DRS com oficinas realizadas.
	2- Realizar reuniões/ encontros técnicos em 100% dos Grupos Regionais de Vigilância sobre riscos e impactos à saúde decorrentes de mudanças climáticas.	2- Percentual de Grupos Regionais participantes de reuniões/encontros técnicos no quadriênio.

DIRETRIZ 2 - INTEGRAR POLÍTICAS PÚBLICAS COM FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVO	META	INDICADOR/PRODUTO
1- Desenvolver trabalho intersetorial com quatro secretarias estaduais consonante com a PT GM/MS 2446/2014.	Realizar proposta de trabalho intersetorial com quatro secretarias estaduais.	Número de propostas realizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- 1.** Fundação SEADE. Mudanças nos componentes da dinâmica demográfica paulista. Boletim SP Demográfico, nº 03, ano 12 – setembro de 2012. São Paulo.
- 2.** IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2014. Série Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Sócioeconômica nº 34. Rio de Janeiro – 2014. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2014/default.shtm>
- 3.** Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - IDB – 2012. Disponível na Internet em <http://www.datasus.gov.br/> em Informações de Saúde, Indicadores de Saúde, pesquisado em janeiro de 2015.
- 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. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/revista-de-administracao-em-saude-edicao-especial/revista_administracao_em_saude_edicao_especial.pdf
- 5.** Mendes JDV. Internações de idosos no SUS/SP em 2010. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Ano 3. Número 8. setembro de 2011. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_8.pdf
- 6.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2013 - Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/28/saude-brasil-2013-analise-situacao-saude.pdf>
- 7.** Mendes JDV, Cecilio MAM. Tendências Regionais da Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo 2000 a 2010. Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA 2012; 9(104):24-45. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_104_gais_tendencias_regionais_de_ca.pdf
- 8.** Mendes JDV. Mortalidade por doenças isquêmicas do coração no Estado de São Paulo. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 6. Número 32. Junho de 2014.
- 9.** 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.
- 10.** 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.
- 11.** Mendes JDV. Redução dos Homicídios no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa 2010;7(78):1-10. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage//gais-informa/reducaodoshomicidios.pdf>

- 12.** Mendes JDV. Mortalidade por acidentes de transporte no Estado de São Paulo em 2012. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 6. Número 31. Maio de 2014. No prelo para publicação no portal da SES/SP.
- 13.** Mendes JDV. Mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo em 2010. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Ano 4. Número 13. Abril de 2012 Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_13.pdf
- 14.** Mendes JDV. A redução da mortalidade infantil no estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa 2009;6(69):1-11. Disponível em; http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa69_gais.htm
- 15.** Mendes JDV, Osiano VLRL. A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil. BEPA 2013;10(114):17-29. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//edicao_114_junho_mortalidade_materna.pdf
- 16.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP. Plano Estadual de Saúde – PES 2012 – 2015. Organizado por José Manoel de Camargo Teixeira [et al]. Análise Situacional – 4. Mortalidade Materna. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2012. 200 p. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf
- 17.** Mendes JDV. Evolução das causas de internação de saúde mental no SUS do estado de São Paulo. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 4. Número 17. Nov de 2012. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_17.pdf
- 18.** Bittar OJNV, Mendes JDV, Magalhães A. Rede hospitalar em São Paulo – Brasil: mapear para regular. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2011. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//rede_hosp_est_sp_mapear_para_regular.pdf
- 19.** Mendes JDV, Cecilio MAM, Osiano VLRL. Hospitais de pequeno porte no SUS do estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA 2014;11(128):25-40.
- 20.** Mendes JDV. Evolução das consultas médicas no SUS/SP. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 6. Número 36. Out de 2014. No prelo para publicação no portal da SES/SP.
- 21.** 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. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/revista-de-administracao-em-saude-edicao-especial/revista_administracao_em_saude_edicao_especial.pdf



ANEXOS





LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Esperança de Vida ao Nascer no Brasil e no estado de São Paulo, 1991, 2000, 2010 e 2013.

Tabela 2 - Municípios do estado de São Paulo segundo faixas populacionais – 2012.

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/100 mil hab.) por capítulo da CID-10 no estado de São Paulo – 2010 a 2013.

Tabela 5 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Sexo no estado de São Paulo – 2013.

Tabela 6 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Circulatório e Sexo – estado de São Paulo – 2013.

Tabela 7 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Neoplasia e Sexo – estado de São Paulo – 2013.

Tabela 8 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por tipo de Doença do Aparelho Respiratório e Sexo – estado de São Paulo – 2013.

Tabela 9 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por tipo de Causa Externa (lesões) e Sexo – estado de São Paulo – 2013.

Tabela 10 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Digestivo e Sexo – estado de São Paulo – 2013.

Tabela 11 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab.) Sexo nas 30 principais causas de morte (Lista BR da CID 10) – estado de São Paulo – 2013.

Tabela 12 - Óbitos de menores de um ano segundo as causas do Capítulo XVII -Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas da CID-10 - estado de São Paulo – 2013.

Tabela 13 - Óbitos de menores de um ano segundo as causas do Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal da CID-10 - estado de São Paulo – 2013.

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade Infantil nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde - estado de São Paulo, 2000 – 2013.

Tabela 15 - Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna* segundo o Tipo de Causa Obstétrica. Estado de São Paulo, 2000 e 2013.

Tabela 16 - N° de Internações SUS e percentual segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Tabela 17 - Coeficiente de Internação (internações SUS por mil habitantes) para a população total e a população usuária exclusiva SUS segundo principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Tabela 18 - Valor Pago* (R\$) por internações SUS e percentual segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Tabela 19 - 40 Principais causas de internação SUS e valor pago em R\$ de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). Estado de São Paulo – 2014.

Tabela 20 - 40 Principais causas de internação SUS (CID 10 *) no sexo masculino. Estado de São Paulo – 2014.

Tabela 21 - 40 Principais causas de internação SUS (CID 10 *) no sexo feminino. Estado de São Paulo – 2014.

Tabela 22 - Taxa de notificação de Casos de PFA de 2010 a 2014.

Tabela 23 - Cobertura e homogeneidade segundo vacina e ano. Estado de São Paulo – 2010 a 2014.

Tabela 24 - Distribuição proporcional da cobertura e homogeneidade da vacina Hepatite B em menores de um ano. Estado de São Paulo, 2009-2014.

Tabela 25 - Número de infecções hospitalares notificadas no estado de São Paulo entre 2012 e 2013.

Tabela 26 - Distribuição dos casos de dengue nos dez municípios com maiores números de casos em 2014.

Tabela 27 - Taxa de Investigação de Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, de 2010 a 2014.

Tabela 28 - Encerramento de casos novos de tuberculose segundo modalidade do tratamento. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 29 - Leptospirose – Casos Confirmados, Coeficiente de Incidência, Número de Óbitos e Letalidade – Estado de São Paulo – período de 2010 a 2014.

Tabela 30 - Distribuição do número de casos e óbitos de Hantavírus. Estado de São Paulo – 2010 a 2014.

Tabela 31 - Ocorrência de desastres¹ e vítimas, estado de São Paulo, 2011 a 2015*

Tabela 32 - Quantitativo de notificações de suspeitas de reações adversas e queixas técnicas de medicamentos recebidos pelo sistema de notificações Periweb por ano, de 2010 a 2014 – Centro de Vigilância Sanitária/CCD/SES-SP, abril de 2015.

Tabela 33 - População Total e Beneficiária do Sistema da Saúde Suplementar segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – Estado de São Paulo – 2014.

Tabela 34 - Tipos de Unidades de Saúde do SUS por Departamento Regional de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde, 2014.

Tabela 35 - Leitos SUS por tipo de especialidade. Estado de São Paulo, 2014.

Tabela 36 - Hospitais gerais e especializados (agudos) do SUS/SP, por porte, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – 2014.

Tabela 37 - Quantidade e percentual de Hospitais Gerais e Especializados (agudos) menores de 50 leitos no SUS, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo – 2014.

Tabela 38 - Hospitais Gerais e Especializados (agudos), nº de Leitos SUS e Taxa de Leitos por mil hab. para a população total e para a população usuária exclusiva do SUS, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo – 2014.

Tabela 39 - Equipes de Saúde da Família Implantadas e Cobertura Estimada. Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Tabela 40 - Valores pagos (R\$) pelo SUS para o total de produção ambulatorial e hospitalar segundo Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Tabela 41 - Internações e respectivo percentual segundo especialidade no SUS/SP – 2010 e 2014.

Tabela 42 - Internações no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador – 2014.

Tabela 43 - Internações de alta complexidade no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador – 2014.

Tabela 44 - Internações (por mil habitantes) segundo DRS de residência do paciente, estado de São Paulo, 2010 e 2014.

Tabela 45 - Total de partos normais, cesáreas e Taxa de Cesárea segundo os DRS de residência. Estado de São Paulo - 2009 e 2013.

Tabela 46 - Total de partos normais, cesáreas e Taxa de Cesárea SUS segundo os DRS de residência. Estado de São Paulo – 2010 e 2014.

Tabela 47 - Consultas Médicas Básicas e de Especialidades no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

Tabela 48 - Consultas Médicas Básicas e de Especialidades por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

Tabela 49 - Consultas Médicas Básicas Normais e de Urgência no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

Tabela 50 - Consultas Médicas Básicas Normais e de Urgência por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

Tabela 51 - Consultas Médicas de Especialidade Normais e de Urgência no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

Tabela 52 - Consultas Médicas de Especialidade Normais e de Urgência por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2010 – 2014.

Tabela 53 - Valor pago (mil R\$) pela produção ambulatorial por tipo de prestador segundo subgrupo de procedimentos - estado de São Paulo, 2014.

Tabela 54 - Proporção (%) da produção ambulatorial por tipo de prestador segundo subgrupo de procedimentos - estado de São Paulo, 2014.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil Geral do Estado.

Quadro 2 - Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) selecionados segundo os DRS e Regiões de Saúde – Estado de São Paulo – 2013.

Quadro 3 - Panorama do quantitativo de projetos cadastrados e de projetos financiados pelo MS no OPS/SP, no período de 2012 à 2015.

Quadro 4 - Composição Regional da Saúde, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) e Região de Saúde, São Paulo, 2014.

Quadro 5 - População por Região de Saúde, Estado de São Paulo – 2014.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coeficiente Bruto* de Mortalidade nos principais grupos da CID-10 – Estado de São Paulo – 2000, 2010 e 2013.

Gráfico 2 - Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo masculino no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 3 - Os Principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo feminino no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por Doença do Ap. Circulatório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 5 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Neoplasia, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 6 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por Doença do Ap. Respiratório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 7 - Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil hab) por Causas Externas, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 8 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doença do Ap. Digestivo, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 9 - Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal Estado de São Paulo, 2004 – 2013.

Gráfico 10 - Causas (Cap. CID-10) dos óbitos de menores de 1 ano Estado de São Paulo – 2013.

Gráfico 11 - Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos). Estado de São Paulo, 1960 a 2013 e Brasil, 1990 a 2012.

Gráfico 12 - Coeficiente de internações SUS (internações SUS por mil hab.) para a população total segundo principais Capítulos da CID-10. Estado de São Paulo, 2001, 2010 e 2014.

Gráfico 13 - Número de notificação de violências no estado de São Paulo, segundo ano de notificação, 2009 a 2014.

Gráfico 14 - Distribuição de municípios do estado de São Paulo que assumiram executar ações de vigilância sanitária, por ano de mudança de sistema de pactuação.

Gráfico 15 - Número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Estado de São Paulo – 1998, 2003, 2008, 2010 e 2014.

Gráfico 16 - Produção de internações segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2014.

Gráfico 17 - Produção de internações de alta complexidade segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2014.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Coeficiente de mortalidade de Neoplasia de Próstata segundo Regiões de Saúde de Residência. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 2 - Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de Mama segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 3 - Coeficiente de Mortalidade por Homicídio segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 4 - Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Transportes segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 5 - Coeficiente de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) segundo Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 6 - Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares segundo as Regiões de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 7 - Coeficiente de Mortalidade por Diabetes segundo as Regiões de Saúde de residência.

Mapa 8 - Coeficiente de Mortalidade por Pneumonia segundo Regiões de Saúde e residência Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 9 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo DRS da SES/SP. Estado de São Paulo, 2013.

Mapa 10 - Distribuição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado de São Paulo.

Mapa 11 - Regionalização do Estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde.

Mapa 12 - Percentual da População atendida pela Saúde Suplementar por local de residência segundo Regiões de Saúde. Estado de São Paulo, Dezembro de 2014.

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.

Figura 4 - Distribuição proporcional de casos confirmados de meningites, segundo etiologias, ESP, 2009-2013.

Figura 5 - Taxa de notificação de casos de Sarampo e Rubéola, ESP, 2010 -2014.

Figura 6 - Casos novos de tuberculose e coeficientes de incidência no Estado de São Paulo, 1998 a 2014.

Figura 7 - Taxa de incidência de aids por 100 mil habitantes ano segundo sexo e relação masculino/feminino por ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1983 a 2013.

Figura 8 - Taxa de incidência de Aids por 100 mil habitantes segundo Departamento Regional de Saúde (DRS), estado de São Paulo, 2012.

Figura 9 - Taxa de Mortalidade por AIDS por 100 mil habitantes-ano segundo sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1985 a 2013.

Figura 10 - Casos de portadores do HIV segundo sexo, ano de diagnóstico e relação masculino/feminino, estado de São Paulo, 2000 a 2014.

Figura 11 - Casos de Aids em menores de 1 ano de idade segundo faixa etária (anos) e anos de diagnóstico, Estado de São Paulo, 1984 a 2014 *.

Figura 12 - Casos notificados de sífilis adquirida e respectivas taxas de detecção por 100.000 habitantes (hab.), segundo sexo e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, período de 2007 a 2013*.

Figura 13 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG) e taxa de incidência de sífilis congênita (TISC) por 1000 nascidos vivos (NV-ano), segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2013.

Figura 14 - Casos autóctones confirmados de FMB no ESP de 2010 a 2014 por município de LPI (Local Provável de Infecção).

Figura 15 - Distribuição dos casos de raiva de cães e gatos com variantes de morcegos ocorridos no estado de São Paulo de 2003 a 2014.

Figura 16 - Mapas demonstrativos do aumento de áreas do Estado sem envio de amostras para monitoramento da circulação de vírus da raiva em cães 2003-2013.

Figura 17 - Mapas demonstrativos do aumento de áreas do Estado sem envio de amostras para monitoramento da circulação de vírus da raiva em gatos 2003-2013.

Figura 18 - Série histórica do Coeficiente de Prevalência de Hanseníase no estado de São Paulo, 1988-2014.

Figura 19 - Séries históricas da detecção geral de hanseníase e em menores de 15 anos, Estado de São Paulo, 1994-2013.

Figura 20 - Distribuição por Regional de Saúde dos Projetos Cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde, São Paulo, 2014.

Figura 21 - Áreas contaminadas – cadastro CETESB e VIGISOLO, Estado de São Paulo, 2002-2014.