

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE



2008
2011

Organizadores

Renilson Rehem de Souza
José Dínio Vaz Mendes
Silvany Lemes Cruvinel Portas
Sonia Barros
Suely Vallim



Governador do Estado

José Serra

Secretário de Estado da Saúde

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário Adjunto

Renilson Rehem de Souza

Coordenadores

Silvany Lemes Cruvinel Portas

(Coordenadoria de Planejamento de Saúde, CPS)

Luiz Maria Ramos Filho

(Coordenadoria de Regiões de Saúde, CRS)

Clélia Maria S. de Souza Aranda

(Coordenadoria de Controle de Doenças, CCD)

Maria Iracema Guillaumon Leonardi

(Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, CCTIES)

João Paulo Baptista Campi

(Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, CGCSS)

Marcio Cidade Gomes

(Coordenadoria de Serviços de Saúde, CSS)

Paulo Henrique D'Ángelo Seixas

(Coordenadoria de Recursos Humanos, CRH)

Reinaldo Noboru Sato

(Coordenadoria Geral de Administração, CGA)

Plano estadual de saúde 2008 - 2011 / organizadores Renilson

Rehem de Souza ...[et al.]. São Paulo : Secretaria da Saúde,

2008.

300p.

ISBN-----

1. Saúde pública - São Paulo (Estado). 2. Administração estadual - Saúde. 3. Políticas de saúde. I. Souza, Renilson Rehem de. II. Mendes, José Dínio Vaz. III. Portas, Silvany Lemes Cruvinel. IV. Barros, Sonia. V. Vallim, Suely. VI. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

CDD - 352.4098161

614.098161

Coordenação Editorial

Fundap

Projeto Gráfico e Edição

Newton Sodré

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Juhmco Hanada

Editoração Eletrônica - Apoio

Helenice Alberto

Revisão

Janice Yunes

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 05403-000 - São Paulo SP

Tel (11) 3066-8000

www.saude.sp.gov.br

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Presidente

Renilson Rehem de Souza

Grupo de Trabalho

Coordenação

Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)

Daniele Marie Guerra
Iramaia C. Luvizotto
Jovana T. C. Mascarenhas
Maria Luiza Rebouças Stucchi
Mônica Ap. Marcondes Cecílio
Suely Vallim
Vera Lopes Osiano

Áreas Técnicas

Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE/CPS)

Augusta Sato
Cláudia Medeiros
Júlia Kenj
Koshiro Otani
Luiz Eduardo Batista
Márcia Tiveron
Marília Louvison
Regina Bichaff
Sandra Regina Souza
Sonia Barros
Tânia Regina Tura Mendonça

Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS)

Fátima Palmeira Bombarda
Luiz Geraldo de Mello
Marcia Zemella Marques
Paula K. Tanaka
Silvio Augusto Margarido

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)

Rodrigo Gouveia Ferrão
Sonia Aparecida Alves

Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)

Débora Burjato Santana
Ricardo Tardelli

**Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos de Saúde (CCTIES)**

Cláudia Valença Montero
Marcia Alge
Michel Naffah Filho
Otávio Azevedo Mercadante

Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)

Ana Freitas Ribeiro
Clélia Maria S. de Souza Aranda
Maria Clara Giana
Maria Cristina Megid
Marta Lopes Salomão
Neide Takaoka
Sylmara Berger Del Zotto

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH)

Arnaldo Sala
Karina Calife

Participação

Departamentos Regionais de Saúde
Grupos de Vigilância Epidemiológica
Grupos de Vigilância Sanitária
Municípios do Estado de São Paulo

Colaboradores

Marta Oliveira Barreto (CONASS)
Renato Tasca (OPAS)

SUMÁRIO

Apresentação, 6-7

Introdução, 9-19

Eixos Prioritários do Plano Estadual de Saúde, 21-167

Eixo I: Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade das ações de saúde, 22-49

Eixo II: Fortalecimento e aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Estadual, 50-64

Eixo III: Gestão da Educação e do Trabalho no SUS, 65-77

Eixo IV: Redução da Mortalidade Infantil e Materna, 78-84

Eixo V: Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários no Estado de São Paulo, 85-108

Eixo VI: Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas, 109-150

Eixo VII: Incentivo ao desenvolvimento de ações de promoção em Saúde no SUS, 151-158

Eixo VIII: Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS, 159-163

Eixo IX: Tecnologia e Inovações em Saúde, 164-167

Diagnóstico da Situação de Saúde do ESP, 169-283

Listas, 285-300

Siglas, 286-292

Tabelas, 293-295

Gráficos, 296-298

Mapas, 299-300

Figuras, 300

Referências Bibliográficas, 300

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 20 anos, desde sua criação com inegáveis vitórias em sua missão de garantir a saúde da população no Brasil.

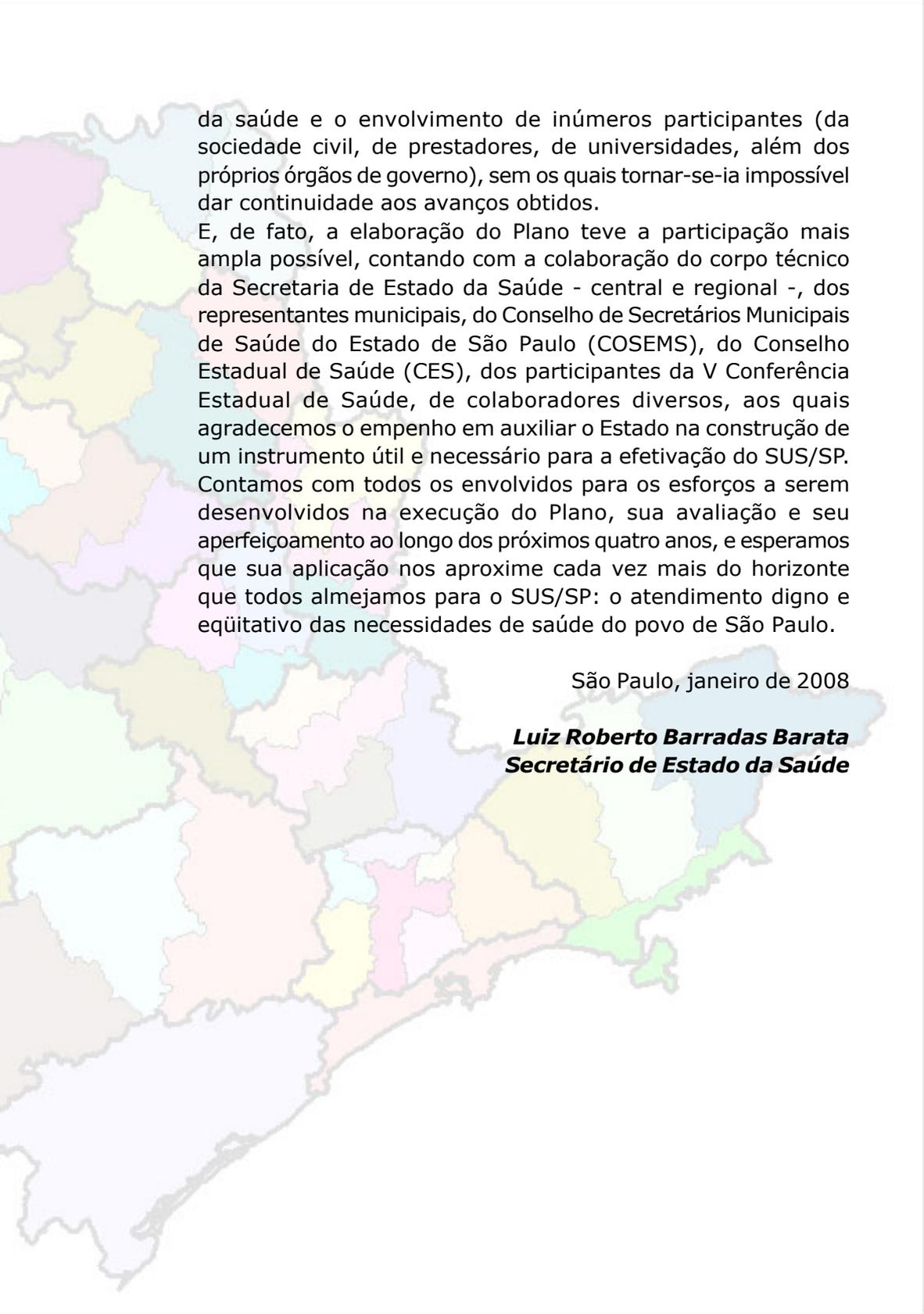
Não foram poucas as dificuldades enfrentadas: de um lado, o desafio da necessária ampliação das ações e serviços do sistema, de modo a incluir todos aqueles que precisam de seus atendimentos e, de outro, as limitações nas despesas e na capacidade de investimentos do setor saúde em todas as esferas de governo.

No Estado de São Paulo, podemos festejar muitos bons resultados, como a ampla redução da mortalidade infantil, o sucesso do programa de combate à Aids, a ampliação de acesso aos atendimentos básicos, vacinações, medicamentos essenciais, uma ampla rede de serviços médico-hospitalares (a maior e mais complexa do país), incluindo a disponibilização de tecnologias de alto custo, como, por exemplo, os transplantes de órgãos - o SUS possui o maior sistema público de transplantes do mundo (dos quais, cerca de 42% se realizam no Estado).

Certamente ainda há muito por fazer, e a existência no Estado de doenças como a tuberculose, a dengue, as hepatites virais, as mortes maternas, o grande número de cesáreas, as mortes violentas, dentre outros, é preocupante. A progressiva ampliação da população idosa também traz novos desafios, com a necessidade de desenvolvimento de modelos de promoção em saúde e de acompanhamento para as doenças crônico-degenerativas.

É por isto que se destaca a importância do presente trabalho que temos a satisfação de apresentar, o Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011.

Buscando explicitar as prioridades e os problemas de saúde do Estado, para propor medidas e ações factíveis que melhorem os perfis de saúde existentes, o Plano revela-se um instrumento imprescindível, dada a complexidade dos fatores condicionantes



da saúde e o envolvimento de inúmeros participantes (da sociedade civil, de prestadores, de universidades, além dos próprios órgãos de governo), sem os quais tornar-se-ia impossível dar continuidade aos avanços obtidos.

E, de fato, a elaboração do Plano teve a participação mais ampla possível, contando com a colaboração do corpo técnico da Secretaria de Estado da Saúde - central e regional -, dos representantes municipais, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS), do Conselho Estadual de Saúde (CES), dos participantes da V Conferência Estadual de Saúde, de colaboradores diversos, aos quais agradecemos o empenho em auxiliar o Estado na construção de um instrumento útil e necessário para a efetivação do SUS/SP. Contamos com todos os envolvidos para os esforços a serem desenvolvidos na execução do Plano, sua avaliação e seu aperfeiçoamento ao longo dos próximos quatro anos, e esperamos que sua aplicação nos aproxime cada vez mais do horizonte que todos almejamos para o SUS/SP: o atendimento digno e equitativo das necessidades de saúde do povo de São Paulo.

São Paulo, janeiro de 2008

Luiz Roberto Barradas Barata
Secretário de Estado da Saúde

A map of Brazil with its state boundaries outlined in orange. One state in the southern region is highlighted in yellow. The word 'INTRODUÇÃO' is centered over the map in a bold, blue, sans-serif font, with five blue dots arranged in a horizontal line below it.

INTRODUÇÃO

.....

Desafios e Diretrizes Gerais do Plano Estadual de Saúde

A elaboração de um novo Plano Estadual de Saúde (PES) de São Paulo para o quadriênio 2008 a 2011 torna-se necessária para a discussão e o restabelecimento de prioridades e ações para o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso Estado, tendo em vista as ocorrências de variações no quadro epidemiológico, bem como o desenvolvimento na estruturação do sistema de saúde no último quadriênio.

Os objetivos maiores do Plano são o contínuo aperfeiçoamento e a concretização do SUS, isto é, a consecução dos fundamentos do sistema, que são suas diretrizes éticas: **a universalização, integralidade e equidade da atenção à saúde no Estado de São Paulo**. Atualmente, os principais desafios da política de saúde no Estado de São Paulo são:

- **Aperfeiçoar a universalidade da atenção à saúde** (praticamente conquistada no que se refere à Atenção Básica ou primária em saúde no Estado), garantindo qualidade elevada nas ações básicas, base de todo o sistema de saúde, essenciais para que possamos reduzir as desigualdades encontradas na situação de saúde da população.
- **Garantir a equidade** na atenção, ou seja, criar mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integrais (incluindo os procedimentos de maior complexidade) nas regiões e parcelas da população, que ainda não conseguem obter adequadamente a assistência de média e alta complexidades que necessitam. Para tanto, são fundamentais avanços na gestão, regionalização e hierarquização do SUS.
- **Reduzir as desigualdades nos perfis de saúde existentes** entre as diversas regiões e estratos da população.

Os grandes avanços no desenvolvimento do SUS no Estado de São Paulo, que incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização e municipalização do sistema, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento. As dificuldades

de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente de média e alta complexidades - agravadas pelo encarecimento progressivo da assistência à saúde - tornam imprescindíveis: o desenvolvimento de mecanismos de planejamento, da definição mais clara dos papéis dos gestores, de instrumentos para a pactuação, o acompanhamento e aperfeiçoamento do desenho organizacional do SUS, da busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.

A elaboração do atual Plano ocorre no contexto do Pacto pela Saúde - 2006, divulgado pela Portaria MS/GM nº 399/2006 e regulamentado pela Portaria MS/GM nº 699/2006, e deve levar em conta as premissas apontadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da gestão do SUS.

Conceito e Entendimento do Plano Estadual de Saúde de São Paulo

O Ministério da Saúde, através do PLANEJASUS, define um Plano de Saúde como um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde em uma determinada gestão, sendo a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e gestão do sistema.

No caso do Estado de São Paulo, salientamos que o Plano Estadual de Saúde deve ser compreendido como a **síntese das propostas e ações estratégicas do Governo do Estado de São Paulo na área de saúde.**

Tendo em vista que o SUS se trata de um sistema com responsabilidades e competências compartilhadas pelas três esferas de Governo, as propostas do Plano Estadual podem envolver ações-fim (por exemplo, a ampliação da rede hospitalar ou ambulatorial estadual) e ações-meio (como o estímulo e auxílio para os sistemas municipais de saúde).

Porém, deve ficar clara a distinção entre as ações estratégicas do Governo do Estado e o **conjunto de ações de saúde do SUS**, razão pela qual o Plano não deve ser entendido como a somatória de ações de saúde desenvolvidas na área do Estado de São Paulo, que também envolvem ações de competências federal e municipal.

O Plano desenvolveu-se de forma participativa, contemplando a descentralização regional na saúde, com envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) (e em cada DRS com participação municipal), além de refletir a Política de Saúde desenvolvida no Estado.

Foram realizadas discussões regionais que aportaram contribuições para o aperfeiçoamento das ações estratégicas e prioridades do Governo do Estado de São Paulo, em cada região, de forma a otimizar os resultados do SUS.

Princípios Norteadores do Plano Estadual de Saúde

Os princípios gerais que pautaram e balizaram a elaboração do Plano Estadual podem ser assim resumidos:

- As diretrizes legais do SUS, de âmbito nacional, que são previstas na Constituição Federal ou na Lei Federal nº 8080/90, como: a universalidade, integralidade das ações de saúde, descentralização com ênfase na municipalização, regionalização e hierarquização da rede de saúde e participação da comunidade, entre outras e também em leis como a Emenda Constitucional nº 29/00, que fixa gastos mínimos das esferas de governo com a saúde.
- As normas emanadas do Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS, que entre suas atribuições legais têm funções que limitam e reflexos sobre a política estadual de saúde, como é o caso da fixação do "teto" financeiro federal do SUS para cada Estado, a criação de normas e protocolos técnicos e de habilitação de serviços para determinadas áreas de atendimento, as prioridades programáticas nacionais, como: diabetes, hipertensão, controle de endemias e epidemias etc.
- As instâncias de participação da comunidade, como o Conselho Estadual de Saúde (que deve acompanhar o processo de elaboração e desenvolvimento do Plano, inclusive nas reuniões regionais, com a possibilidade de colaborar com propostas e intervenções e aprová-lo ao final do processo), bem como as demais instâncias colegiadas do SUS, como as Comissões Intergestoras Regionais, a Comissão Intergestora

Bipartite (CIB), que possuem também funções definidas no sistema, participando e colaborando no estabelecimento da política estadual de saúde do SUS.

- A fixação do orçamento pelo Poder Legislativo, que estabelece as linhas gerais e os limites de financiamento do setor saúde pelo Governo Estadual.
- O planejamento, a administração e as prioridades políticas do Governo Estadual, tomado como um todo, que permeiam todas as secretarias e órgãos de governo, bem como as limitações decorrentes da arrecadação, isto é, dos recursos efetivamente disponíveis.
- As considerações técnicas, administrativas e políticas da própria Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), que procura conjugar os diversos princípios citados, com as necessidades do SUS que são apresentadas pelos parceiros do sistema (municípios e entidades filantrópicas), pelos órgãos da própria Secretaria (instâncias técnicas e operacionais, por meio de conhecimento dos perfis epidemiológicos, dos instrumentos programáticos, da capacidade dos serviços etc.) e da própria população, organizada ou não.
- As necessidades da população expressadas diretamente nos Poderes Legislativo e Judiciário e nas demais instâncias do Governo.
- As situações reais e específicas de cada região do Estado, isto é, o componente regional.
- A evolução do papel do gestor estadual, que ocorreu em função das diretrizes do SUS e que discutimos no item que se segue.

O Papel do Gestor Estadual de Saúde

O avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) desde o seu início em 1988, com a aplicação gradativa das diretrizes constitucionais de universalidade e integralidade da atenção à saúde, modificou sensivelmente o perfil de ações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES).

A SES reduziu gradualmente seu papel na execução direta de ações de promoção, prevenção e assistência básica à saúde da população e não possui mais Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob sua gestão, uma vez que todas as UBSs estaduais e outros recursos ou programas de Atenção Básica da Secretaria - como o Programa de Saúde da Família Qualis/PSF e os laboratórios locais - foram municipalizados, inclusive com o afastamento para os municípios dos funcionários estaduais que nelas trabalhavam.

Embora a SES não tenha mais o papel de realizar diretamente ações de promoção, prevenção ou assistência básica em saúde para toda a população, ainda desenvolve estas ações em unidades de referência técnica, por exemplo: os Centros de Referência do Idoso (CRI) das zonas norte e leste na Capital, o Centro de Referência e Tratamento de Aids (CRT), o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), o Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM), o Centro de Referência à Saúde do Trabalhador ou o Centro de Reabilitação Jardim Umarizal na Capital. Estas unidades estaduais têm, além da função assistencial, o papel de criar novos modelos e estratégias de atendimento para determinadas parcelas da população, que exigem atenção especial, que possam ser reproduzidas pelos gestores municipais, cumprindo, assim, o papel estadual de formulador de políticas e programas de saúde.

Por outro lado, por meio de seus órgãos regionais e centrais, a SES desenvolve ações de coordenação, supervisão, capacitação, acompanhamento e avaliação de saúde de todos os municípios, auxiliando os sistemas municipais de saúde, quando for o caso.

Além disso, cabe à SES a responsabilidade geral de formulação e coordenação da política do SUS no Estado, gerir e regular a assistência médica de maior complexidade, de caráter estadual ou regional e manter a gerência direta de serviços estaduais de saúde, hospitalares ou ambulatoriais (da administração direta ou de autarquias), que são referência especializada ou de alta complexidade do sistema, além de institutos de pesquisa ligados à saúde.

No Estado de São Paulo, diferentemente de outros Estados, a rede estadual - incluindo alguns dos maiores e mais complexos hospitais nacionais, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo, o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Unicamp e de Botucatu, entre outros - tem garantido atendimento de alta complexidade, permitindo a integralidade da atenção no SUS/SP.

O desenvolvimento histórico do SUS no Estado de São Paulo, sucintamente apresentado acima, bem como a atual composição de serviços da Secretaria de Estado da Saúde, constitui-se em um cenário mais amplo, que determina o perfil das ações que devem ser assumidas pelo gestor estadual, a serem contempladas pelo atual Plano.

Composição do Plano Estadual de Saúde

Para a elaboração e desenvolvimento das propostas elencadas no Plano de Saúde, foi necessário levantar um amplo conjunto de informações e questões de saúde, que incluíram:

- Diagnóstico de Saúde, apresentado nesta edição, dividido em três partes principais, a análise da situação geral de saúde do Estado de São Paulo (dados demográficos, sociais, econômicos, de desenvolvimento social e indicadores de saúde, entre outros), a análise de doenças endêmicas e epidêmicas e outros fatores de risco que afetam o Estado e a análise da oferta e produção de serviços de saúde (rede SUS), com o objetivo de oferecer elementos para a discussão técnica de prioridades que necessitam de intervenção na área de saúde.
- Análise, pelas áreas técnicas e coordenadorias da Secretaria Estadual de Saúde, com colaboração e integração entre os níveis central e regional, de fatores que determinam a situação de saúde considerada insatisfatória ou que exige modificação, a fim de estabelecer diretrizes estratégicas que devem ser seguidas para solucionar os problemas elencados.
- Incorporação das contribuições da V Conferência Estadual de Saúde.
- Estas diretrizes estratégicas são apresentadas em nove **Eixos Prioritários**, que constam desta edição, os quais buscaram incorporar:
 - a análise da situação de saúde já citada;
 - o conhecimento técnico acumulado sobre os problemas

- principais de saúde e de gestão do SUS no Estado de São Paulo;
- as prioridades nacionais de saúde definidas pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Saúde e nos documentos que compõem o Pacto pela Vida, elaborado em março de 2007;
 - o Pacto de Gestão, já elaborado no Estado;
 - a V Conferência Estadual de Saúde, além das prioridades da Política de Saúde do Governo do Estado de São Paulo.
- Os Eixos Prioritários e suas diretrizes estratégicas, conforme definidos no Plano, devem ser entendidos como divisões didáticas, cujo destaque busca facilitar o processo de planejamento, o entendimento e a realização de ações por parte dos agentes, órgãos técnicos e administrativos estaduais.
 - Em muitos casos, o recorte escolhido para os Eixos segue a tradicional divisão de prioridades na área da saúde (mortalidades infantil e materna), nas áreas técnicas existentes (saúde mental e bucal) ou em áreas assistenciais do SUS (média e alta complexidades), sem, entretanto, significarem a perda da visão holística do sistema.
 - Assim, como todos os recortes artificial e técnico da realidade, as ações contidas nos Eixos não devem ser consideradas fechadas e estanques, pois as diversas ações propostas em um Eixo específico inter-relacionam-se, possuindo efeitos que afetam aquelas propostas de outros eixos.
 - Portanto, para efeitos práticos e facilitação do trabalho, no interior de cada Eixo foram definidos grupos sob a forma de **diretrizes estratégicas**, para as quais foram estabelecidos um ou mais **objetivos**, os quais apresentam, por sua vez, as **ações estratégicas propostas** para intervenção nos problemas e modificação dos padrões de saúde existentes no Estado de São Paulo, além das **metas/resultados esperados** para o quadriênio.
 - Os **indicadores** de monitoramento e avaliação, que permitirão saber se as linhas estratégicas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado, serão elaborados no primeiro trimestre de 2008.
 - Há que se salientar que em muitos dos objetivos estabelecidos no Plano, não foi possível a definição de metas quantitativas,

pois, em muitas áreas, não existem informações adequadas que permitam quantificação realista. Mesmo assim, os resultados foram apontados apenas como tendências esperadas e para as quais serão realizadas as ações planejadas. Em todos estes casos, as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde realizarão estudos, que permitam a obtenção de informações, para que, na primeira revisão anual do Plano, se possam estabelecer as metas quantitativas.

- Como já foi dito anteriormente, a discussão do Plano foi acompanhada pelo desenvolvimento simultâneo do Pacto de Saúde, com definição das responsabilidades estaduais e municipais para garantia solidária da integralidade.

Desenvolvimento do processo de elaboração do Plano

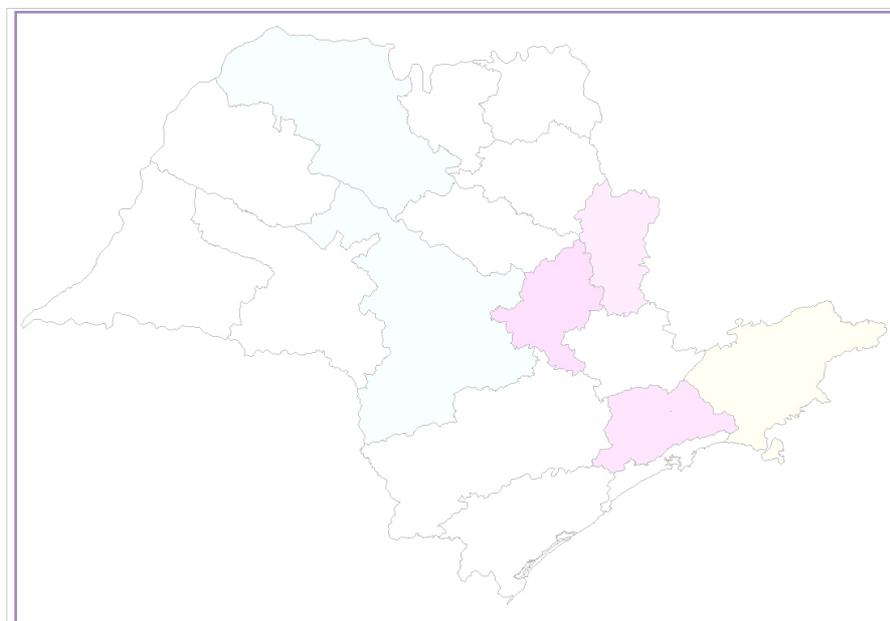
- O esboço da estrutura preliminar do Plano Estadual de Saúde foi elaborado a partir da criação de um grupo de trabalho, composto por todas as coordenadorias da Secretaria Estadual de Saúde e equipe técnica de gabinete. As coordenadorias envolvidas foram: de Planejamento em Saúde e áreas Técnicas; de Regiões de Saúde; de Controle de Doenças; de Serviços de Saúde; de Recursos Humanos; de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde; de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, além da Coordenadoria-Geral de Administração.
- Antecederam a elaboração do Plano a discussão e a pactuação de indicadores e metas 2007, já prevendo que estes deveriam ser recontextualizados com a evolução do processo de planejamento, pactuação e avaliação. Indicadores e metas foram amplamente discutidos na V Conferência Estadual de Saúde.
- Para a elaboração do diagnóstico, além das coordenadorias já citadas, houve a colaboração do Instituto de Saúde, órgão ligado à pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde, que contribuiu com a análise de alguns problemas e determinantes de saúde encontrados no Estado. Além do diagnóstico do conjunto do Estado, foi elaborada uma base de dados para os Departamentos Regionais de Saúde e seus municípios, a fim de subsidiar a discussão dos diagnósticos regionais e suas contribuições para o desenvolvimento do Plano.

- Para iniciar a discussão do Plano Estadual de Saúde, apresentaram-se à Comissão Intergestores Bipartite e ao Conselho Estadual de Saúde, princípios, premissas e estrutura preliminar do PES. Realizou-se um Seminário Estadual em abril de 2007 com coordenadores e técnicos do nível central e com técnicos e diretores dos Departamentos Regionais de Saúde, onde foram apresentados o diagnóstico atual do Estado de São Paulo e a estrutura preliminar do Plano, além de discutidos temas de planejamentos importantes para o desenvolvimento do mesmo.
- A versão preliminar foi concluída e encaminhada em maio de 2007 para os 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado (DRSs), para as Coordenadorias da Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com o diagnóstico regional para subsidiar as discussões dos DRSs com os municípios de sua região e das coordenadorias com suas equipes técnicas; essa versão foi simultaneamente disponibilizada ao Conselho Estadual de Saúde.
- Criou-se *site* no portal da SES, onde todos os gestores e conselheiros poderiam acessar o PES, o desenvolvimento das oficinas regionais e o Pacto pela Saúde.
- Nos meses de maio e junho de 2007, houve a realização da primeira fase dos Seminários Regionais, nos 17 DRSs do Estado, com a participação de todos os municípios de cada região, onde se apresentava a eles a estrutura preliminar do Plano Estadual de Saúde, para subsidiar a discussão regional. Além disso, neste momento, em todos os DRSs, iniciou-se, simultaneamente, o desenvolvimento do Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria nº 699, de 30 de março de 2006, onde, a partir da discussão do Plano Diretor de Regionalização realizado em 2002, foi iniciada a construção das Regiões de Saúde e dos Colegiados de Gestão Regional propostos pelo Pacto.
- O principal tema abordado na primeira fase dos Seminários Regionais foi o diagnóstico regional e a construção de estratégias para o desenvolvimento das contribuições regionais ao Plano Estadual de Saúde e para a construção do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, que é um dos instrumentos para a adesão dos municípios ao Pacto de Gestão. Estas já foram

elaboradas segundo a nova regionalização (64 regiões de saúde) e respectivos Colegiados de Gestão Regional.

- Os produtos esperados após a primeira fase dos seminários foram: o levantamento da situação de saúde de cada região do Estado, com a definição de prioridades em cada uma delas; o planejamento em conjunto dos municípios da região do conjunto de ações estratégicas a serem efetuadas em cada região, que irão compor a versão final do Plano Estadual de Saúde. Com isso, os DRS, juntamente com os Colegiados de Gestão Regional, poderiam ajustar diretrizes, objetivos, metas e indicadores, de acordo com a sua realidade e especificidade local.
- No mês de agosto de 2007, foi realizada a segunda fase dos Seminários Regionais, onde cada DRS e representantes de seus municípios apresentaram contribuições ao Plano Estadual de Saúde (PES) e a relação com o Pacto pela Saúde, com foco na construção dos termos de compromisso de gestão municipais.
- Todos os órgãos da SES e todas as regiões realizaram encontros e encaminharam suas análises e contribuições até o mês de setembro de 2007, que foram consolidadas e incorporadas à Versão Preliminar do Plano.
- Os municípios aprovaram em seus conselhos municipais de saúde seus Termos de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; a seguir, construíram-se os termos na perspectiva regional nos Colegiados de Gestão Regional.
- Em 30/10/2007, realizou-se seminário tripartite para discutir o Termo de Compromisso de Gestão Estadual, construído coletivamente na SES e que gerou uma agenda de prioridades na Atenção Básica, financiamento e aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão e plano de descentralização das ações de vigilância. Este termo foi aprovado em reunião do Conselho Estadual de Saúde, à luz do PES e da V Conferência Estadual de Saúde.
- De 4 a 6 de outubro, realizou-se a V Conferência Estadual de Saúde, cujas resoluções, por deliberação do Conselho Estadual de Saúde, embasaram o Plano Estadual da Saúde.
- Em 5/12/2007, foi realizada a reunião do Pleno, que aprovou o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Plano Estadual de Saúde.

EIXOS PRIORITÁRIOS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE



Eixo I: Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade das ações e serviços de saúde

Diretrizes Estratégicas:

- ▶ *Aperfeiçoar a Atenção Básica para reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde.*
 - ▶ *Ampliar o acesso e melhorar a organização e qualidade da assistência de média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar do SUS/SP.*
 - ▶ *Garantir eficiência, qualidade e segurança na Assistência Farmacêutica e nos outros insumos para a saúde.*
 - ▶ *Humanizar os serviços de saúde.*
 - ▶ *Investir e melhorar os serviços próprios de saúde estaduais.*
- ▶ **Aperfeiçoar a Atenção Básica para reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde.**

A Política Nacional da Atenção Básica, instituída em 2006 (Portaria MS/GM nº 648), adota uma conceituação abrangente de Atenção Básica, como elemento norteador de políticas orientadas para a estruturação do sistema:

"A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização,

da humanização, da equidade e da participação social" (BRASIL, 2006).

Nestes termos, a Atenção Básica requer organização suficientemente complexa para responder de forma integral e integrada a essas necessidades e demandas, entendendo-se como integralidade:

- a integração de ações programáticas e demanda espontânea (pronto-atendimento);
- a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação;
- o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe.

Como decorrência destas características, a Atenção Básica tem um evidente potencial estruturante de todo o sistema de saúde, podendo-se descrever suas articulações com a atenção secundária e terciária, como uma rede, na qual cada nó possui competências distintas e fluxos multidirecionais de referenciamento e contra-referenciamento das demandas (individuais e coletivas).

A Atenção Básica foi estruturada no Brasil e, particularmente, no Estado de São Paulo, a partir de dois modelos de organização das ações. O primeiro, estruturado a partir da década de 1970 e conhecido também como modelo "tradicional", tem na programação (saúde da criança, da mulher, mental, tuberculose, hanseníase e saúde do adulto) seu elemento central. Em linhas gerais, propõe uma rearticulação das ações em saúde na perspectiva da integração de ações de saúde coletiva com ações de cuidado ao indivíduo. No entanto, este modelo acabou por privilegiar a atenção individual, perdendo a perspectiva integradora. Já o segundo modelo emerge nos anos 1990, com a proposição do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, cujos princípios envolvem a adscrição da clientela, o vínculo entre os profissionais e a população, a família como lócus privilegiado de intervenção e a composição da equipe de saúde com profissionais oriundos da própria comunidade (o agente comunitário de saúde).

No Estado de São Paulo, a implantação do Programa de Saúde da Família atendeu não só à necessidade de extensão de cobertura da Atenção Básica em áreas mais carentes por assistência, mas também ao movimento de substituição do modelo.

A grande expansão da Atenção Básica garantiu o atendimento da

universalidade, como podemos ver em diversas pesquisas realizadas (vide, no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, o item Indicadores de Saúde - subitem Acesso aos Serviços de Saúde - e informações sobre a dimensão da Atenção Básica no Estado de São Paulo, que podem ser encontradas no item Oferta e Produção de Serviços de Saúde do SUS - subitem Atenção Básica).

A proposta do Estado de São Paulo é investir na qualificação da Atenção Básica, mediante ampliação de ações de apoio e compromisso junto ao gestor municipal, quanto a modalidades de organização da Atenção Básica, processos de trabalho, avaliação e monitoramento, capacitação voltada para a Estratégia Saúde da Família e para os trabalhadores inseridos na rede tradicional, em resposta aos desafios da complexidade da rede de Atenção Básica.

Objetivo 1: Aperfeiçoar as políticas estaduais de incentivo para a redução de iniquidades na Atenção Básica em saúde do Estado de São Paulo.

Metas/Resultados Esperados

Implantar cooperação técnica para todos os municípios do Estado através dos DRSs e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) na definição de modelos de Atenção Básica e melhoria de processos de trabalho durante o quadriênio, com ênfase em 2009 e 2010.

Extender auxílio financeiro para municípios, em função de critérios definidos de forma bipartite e segundo necessidades referendadas nos Colegiados de Gestão regional em regiões consideradas prioritárias.

Concretizar pelo menos 30% dos planos de Atenção Básica elaborados pelas regiões de saúde.

Alcançar 100% das gestantes inscritas no programa de pré-natal.

Prestar apoio aos municípios e visar a complementaridade de ações para a ampliação da cobertura de crianças de 0 a 5 anos.

Ações Estratégicas

Apoiar os municípios na definição de modelos de Atenção Básica e respectivos processos de trabalho.

Aumentar o auxílio financeiro para municípios com baixo IDH e outros critérios definidos de forma bipartite e mediante planos regionais.

Avaliar e propor estratégia para manutenção do "Projeto Sorria São Paulo" ou

outras iniciativas para incentivos da ampliação de saúde bucal na Atenção Básica.

Definir repasse para regiões de saúde mediante elaboração de plano para Atenção Básica.

Incluir equipes de saúde bucal nos municípios que recebem os incentivos Qualis e ainda não têm saúde bucal.

Detectar e reduzir desigualdades regionais no diagnóstico e tratamento de:

- doenças crônicas e/ou recidivantes na infância (diabetes, doenças renais, doenças hematológicas e/ou oncológicas, imunodeficiências etc.);
- doença diarréica como causa de internações e óbito;
- doenças respiratórias como causa de internações e óbito.

Qualificar profissionais para assistência às crianças com estas patologias.

Implementar a mudança no modelo assistencial à saúde, com centralidade na Atenção Básica, como garantia ao direito humano à saúde da população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 361.

Estudar a criação de mecanismos para incrementar os incentivos estaduais para infra-estrutura e recursos humanos do PSF e adequação do valor financeiro para as unidades de saúde rurais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 369.

Fortalecer a Atenção Básica e ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/PSF com suporte de equipes multidisciplinares para contribuir com a mudança do modelo de Atenção Básica, consolidando os preceitos de qualidade de vida dos seus cidadãos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 374.

Objetivo 2: Apoiar o aperfeiçoamento da qualidade, resolubilidade e eficiência da Atenção Básica em saúde municipal no Estado de São Paulo.

Metas/Resultados Esperados

Pactuar metas estabelecidas em plano de Atenção Básica (AB), em 100% das regiões de saúde.

Alcançar metas pactuadas em pelo menos 50% das regiões de saúde, segundo os planos aprovados.

Melhorar os indicadores de resultado da Atenção Básica nas regiões pactuadas.

Contemplar nos protocolos e instrumentos de avaliação as especificidades das populações definidas nas Compensações das Especificidades Regionais (CER).

Implantar metodologia de avaliação da Atenção Básica de saúde em todos os DRSs.

Ações Estratégicas

Rearticular a integração da Atenção Básica com as demais áreas de atenção à saúde.

Criar espaços de sensibilização dos gestores locais para a importância de estabelecer modelos de Atenção Básica e de avaliação e monitoramento.

Incentivar inovações tecnológicas e projetos na AB, por meio de premiação a municípios e/ou regiões de saúde que apresentassem resultados, qualificação e melhoria da Atenção Básica.

Estabelecer metas e pactuação para garantir o aperfeiçoamento da gestão da AB nas regiões de saúde.

Capacitar os DRSS e municípios para realização rotineira de avaliação e monitoramento da Atenção Básica.

Buscar novas tecnologias em saúde bucal através da formação e incorporação de técnico - Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) - nos serviços de AB.

Apoiar tecnicamente os municípios no uso de protocolos clínicos de saúde bucal que visem a ampliação das ações do clínico-geral na Atenção Básica.

Incentivar o aumento do número de profissionais da equipe de saúde bucal, com prioridade para o nível técnico, de forma a agilizar o atendimento sem perda de qualidade, melhorando o acolhimento.

Incentivar a utilização, para planejamento, de critérios de risco de doenças bucais nas ações individuais e coletivas.

Buscar mecanismos de incentivos para ampliação de equipes de saúde bucal no PSF.

Estimular a implantação de sistemas de fluoretação de acordo com a condição e o número de poços.

Estabelecer parcerias com vigilâncias sanitárias municipais, com compartilhamento de conhecimento técnico para o processo de implantação da fluoretação das águas de abastecimento público.

Estudar a criação de mecanismos para incentivar os municípios para inserir na Atenção Básica atividades físicas, prática de esportes individuais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 363.

Buscar apoiar as regiões de saúde no sentido de incluir nos Planos de Atenção Básica a garantia de ampliação de Rede Básica e do PACS/PSF, segundo necessidade e viabilidade. Texto com base na Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 364.

Apoiar os municípios no sentido de ampliar e readequar os Serviços de Saúde da Atenção Básica nos territórios de acordo com as necessidades da população, garantindo a assistência e segurança da população e dos profissionais de saúde em todas as unidades de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 366.

Apoiar os municípios na negociação com o Ministério da Saúde para a redução da área de cobertura dos agentes/unidade (família/moradores) do Programa Saúde da Família, inclusive o número de famílias por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o número de pessoas assistidas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família, considerando riscos, vulnerabilidade social e SUS, dependência que inviabilizam o acesso à população, levando em consideração as especificidades de cada microrregião. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 373.

Cooperar com os municípios para melhorar a qualidade do atendimento nas Unidade de Saúde da Família (USFs): atendimento com hora marcada, capacitação dos ACSs para melhor desempenho de sua função, estabelecimento e disponibilização para população do cronograma de visitas domiciliares dos ACS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 379.

Desenvolver mecanismos para articular regionalmente a Atenção Básica com os demais níveis de complexidade, objetivando agilizar o agendamento e o retorno de consultas e exames, por meio das centrais de regulação, garantindo a agilidade na obtenção dos resultados e retornos necessários. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 389.

Avaliar permanentemente a relação de medicamentos da Atenção Básica, com o objetivo de melhor atender as necessidades de saúde da população, os avanços da medicina e critérios epidemiológicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 413.

As ações de Atenção Básica em saúde para populações específicas também são tratadas em vários Objetivos do Eixo VI. No que se refere à Hipertensão Arterial e Diabetes Melito e outras doenças e riscos coletivos, há objetivos e ações também no Eixo V e para a assistência farmacêutica, no Eixo 1, Objetivo 10.

Objetivo 3: Apoiar a qualificação dos recursos humanos envolvidos com a gestão e atendimento na Atenção Básica prestada pelos municípios.

Metas/Resultados Esperados

Dar treinamento em forma de "preceptorial" em pelo menos cinco departamentos de saúde da SES.

Ampliar o quadro de profissionais da equipe de PSF capacitados e envolvidos nos processos de educação permanente.

Implantar estrutura para capacitação à distância em todos os departamentos de saúde da SES.

Completar a cobertura da formação inicial básica para ACS, atingindo 100% destes profissionais inseridos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Capacitar 100% dos profissionais necessários para implantação/implementação da Atenção em Saúde Bucal nas Secretarias Municipais de Saúde (SMSs).

Ações Estratégicas

Estabelecer parcerias com órgãos formadores que tenham excelência e experiência com serviços de AB para a capacitação dos gestores regionais e municipais em AB. Treinar formas de preceptorias DRS prioritários.

Apoiar os municípios para capacitar os técnicos envolvidos com a Atenção Básica para alcançar as metas epidemiológicas pactuadas com os Colegiados Gestores Regionais.

Articular/organizar cursos de formação de gestores locais de Unidades Básicas de Saúde.

Estabelecer parcerias com órgãos formadores que tenham excelência e experi-

ência com serviços de Atenção Básica para a capacitação dos gestores regionais e municipais.

Promover cursos de especialização e residência em saúde da família para médicos e outros profissionais do PSF.

Oferecer formação inicial para os agentes comunitários de saúde, em parceria com as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), capacitando no processo dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como formadores de pessoal de nível técnico.

Constituir redes de apoio e educação à distância ao trabalho das equipes PSF.

Incentivar processos de capacitação das equipes de Atenção Básica para a utilização de protocolos clínicos, de utilização de critérios de risco de doenças e de encaminhamento para especialidades, de entendimento e integração aos processos de regionalização.

Diagnosticar as principais necessidades de treinamento e capacitação a partir das regiões de saúde em relação ao monitoramento da AB.

Identificar necessidades de complementação de processos formadores dos Pólos de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço no Estado de São Paulo (Cies) para a equipe de saúde bucal.

Promover discussões com centros formadores com o objetivo de rever as grades curriculares das instituições de ensino em saúde, escolas técnicas de saúde e universidades, priorizando a formação de profissionais a partir das demandas do SUS, em especial à Atenção Básica e integralidade do sistema. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 33.

Apoiar a área de Saúde Coletiva das Universidades, para que se garanta a formação de qualidade e mais próxima da realidade do SUS para todos os profissionais de saúde e promova Cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família com intercâmbio interinstitucional entre secretarias municipais de saúde, secretarias de Estado de saúde e as universidades públicas e privadas, como também capacitação permanente para os outros profissionais que integram a Equipe da Estratégia da Saúde da Família. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 467.

Incluir nas capacitações dos profissionais de PSF e ACS conteúdo básico de vigilância sobre meio ambiente, produtos e saúde do trabalhador e de prevenção e promoção da saúde bucal na família e comunidade.

Identificar e promover complementação de processos formadores dos Pólos de Educação Permanente (e/ou outros parceiros) para profissionais da Atenção Básica.

Objetivo 4: Capacitar de forma intensiva os profissionais de saúde da rede de AB, no atendimento integral à hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellito.

Meta/Resultado Esperado

Ampliar a rede de profissionais sensibilizados, treinados e especializados.

Ações Estratégicas

Estimular a inclusão dos assuntos de prevenção de Febre Reumática e prevenção primária (diagnóstico precoce) nos módulos de treinamento e capacitação da AB, inclusive PSF.

Estimular a inclusão dos assuntos relacionados à atenção global à Diabetes Mellito (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos módulos de treinamento e capacitação da AB, inclusive PSF, focando o peso destes nos FRs cardiovasculares.

Capacitar as equipes de serviços de urgência e emergência, de modo a prover um atendimento adequado, inclusive diagnóstico.

Apoiar os municípios para a melhoria da Atenção Básica a HAS e DM. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 233.

Promover capacitação específica para autocuidado em DM, focando a adesão destes indivíduos.

Estabelecer parcerias e credenciamento de centros colaboradores, voltados para pesquisa, validação de protocolos e modelos de assistência e capacitação, produção, socialização e publicação de conhecimento na área, desde a atenção, autocuidado, ferramentas para avaliação da adesão e para estímulo à adesão até Educação em Saúde.

► **Ampliar o acesso e melhorar a organização e qualidade da Assistência de Média e Alta Complexidades Ambulatoriais e Hospitalares do SUS/SP.**

A Secretaria de Estado da Saúde procura garantir a integralidade da assistência, de forma a complementar as ações desenvolvidas pelos municípios. Esta assistência é desenvolvida por intermédio dos equipamentos próprios, conveniados/contratados, além das parcerias.

Atualmente, a SES está organizada em dezessete Departamentos Regionais de Saúde, o que favorece a realização de diagnósticos de saúde e de estrutura assistencial, particularizando as características loco-regionais.

A implementação do mecanismo de contratação por intermédio do aperfeiçoamento da "contratualização" deverá favorecer o atendimento das necessidades de saúde de acordo com o diagnóstico regional e, ainda, fornecer subsídios para a regulação da assistência.

Hoje, é sabido que há um estrangulamento na assistência ambulatorial denominada de média complexidade, o que acarreta sobrecarga desnecessária aos Serviços de Urgência e Emergência, redundando em internações improcedentes. Assim, o estabelecimento de uma Rede Ambulatorial de Média Complexidade

deverá reorientar a assistência, com a utilização do mecanismo de referência e contra-referência.

No que diz respeito à assistência hospitalar de média e alta complexidades, esta deverá ser orientada por intermédio dos diagnósticos regionais, favorecendo a racionalidade e eficiência nos processos de compras de serviço, buscando a inversão da lógica da oferta pela da necessidade.

Dados e dimensões dos recursos existentes no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Oferta e Produção de Serviços de Saúde do SUS, nos subitens Assistência Ambulatorial de Média Complexidade, Participação da Saúde Suplementar no Estado, Assistência Hospitalar, Produção Ambulatorial por Complexidade e Alta Complexidade.

A implantação de redes de alta complexidade, hospitalar e ambulatorial, elaboradas por um grupo técnico bipartite (gestor estadual e representantes dos gestores plenos municipais) e aprovadas, regionalmente, nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e no nível estadual pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), contribuiu para que, no planejamento de qualquer outra assistência de alta complexidade, exista avaliação da real capacidade instalada dos serviços, uma vez que as diversas assistências competem entre si em uma mesma necessidade de infra-estrutura (centro cirúrgico e leitos de UTI, dentre outros).

Dentre as redes de média e alta complexidades implantadas ou que se encontram em fase de implementação temos:

- Rede de Terapia Renal Substitutiva (TRS).
- Rede de Saúde Auditiva.
- Rede de Cardiologia.
- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).
- Rede de Centros de Reabilitação para as Pessoas Portadoras de Deficiência.
- Rede de Atenção à Pessoa Idosa.
- Rede de Atenção na Área de Oftalmologia.
- Rede Estadual de Assistência a Queimados.

Dentre as redes em fase de elaboração no Estado de São Paulo:

- Rede de Oncologia.

- Rede de Traumatologia-Ortopedia.
- Rede de Neurologia.
- Terapia Nutricional.

A maioria dos objetivos e ações desta Diretriz Estratégica do PES guarda plena coerência com as solicitações da Conferência Estadual de Saúde 2007.

Objetivo 5: Implantar e monitorar as redes de assistência de média e alta complexidades.

Metas/Resultados Esperados

Monitorar 100% dos serviços habilitados na Rede de Saúde Auditiva do Estado de São Paulo.

Monitorar 100% dos serviços habilitados na Rede de Nefrologia do Estado de São Paulo.

Monitorar 100% dos serviços habilitados na Rede de Cardiologia do Estado de São Paulo.

Implantar as redes de alta complexidade de traumatologia-ortopedia, oncologia e neurologia no Estado de São Paulo.

Publicar os resultados dos estudos realizados.

Publicar os parâmetros estabelecidos.

Implantar rede de assistência para eventos toxicológicos.

Ações Estratégicas

Implantar e monitorar redes de assistência de média complexidade, com a participação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Avaliar a integralidade do acesso através das diretrizes definidas na Programação Pactuada e Integrada (PPI) 2006.

Implantar e monitorar redes de atenção às urgências e emergências em pactuação com os CGR.

Qualificar a rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Pactuar e/ou incentivar a pactuação entre os municípios e regiões para atendimento a urgências e emergências.

Fomentar o aperfeiçoamento do municipal de remoção, garantindo maior agilidade, para atender demandas municipais e intermunicipais, apoiando e participando da organização da rede de urgência e emergência. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 395, 390, 397 e 396.

Promover a adequada integração dos serviços universitários (ambulatoriais ou de internação) na rede do SUS, garantindo a referência para o atendimento das necessidades de alta complexidade de determinada região, de forma hierarquizada.

Implantar mecanismo de regulação para as redes, incluindo a elaboração gradual de protocolos técnicos.

Identificar se o atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes está ocorrendo adequadamente na Atenção Básica.

Identificar se os serviços de média complexidade estão oferecendo adequadamente as consultas de nefrologia (inclusive aos serviços de terapia renal substitutiva), exames de raio X, ultra-som e de patologia clínica, previstos no PDR de nefrologia.

Identificar se os serviços de terapia renal substitutiva estão sendo avaliados adequadamente e apresentando os indicadores de avaliação dentro dos parâmetros propostos pela RDC 154/04 (Visa).

Identificar se os serviços de média complexidade estão oferecendo adequadamente as consultas de cardiologia e os exames de raio X, *holter*, eletrocardiografia e teste ergométrico, previstos no PDR de cardiologia.

Na implantação de redes:

- Identificar os serviços que apresentam as condições técnicas segundo as portarias ministeriais.
- Elaborar estudo para identificar necessidade assistencial segundo população, objetivando a otimização de recursos.
- Elaborar parâmetros.
- Identificar necessidade de recursos financeiros para a implantação (impactos financeiros).
- Implantar a rede de Ceatox, observando as condições técnicas segundo Portaria nº 19/2005 da Anvisa.
- Implantar a Rede de Oncologia/Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) nas regiões de saúde e formar equipes multiprofissionais para atendimento adequado nos três níveis da atenção - básica, média e alta complexidades, para melhorar a qualidade da atenção ao paciente oncológico. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 229.
- Rever os parâmetros adotados para a implantação de redes assistenciais.
- Avaliar em conjunto com os CGR a pertinência de implantação de rede de saúde auditiva, oftalmologia, idoso e reabilitação dos portadores de deficiências.
- Identificar, juntamente com os CGR, os procedimentos de média e alta complexidades com maior dificuldade de acesso e redefinir os protocolos e parâmetros assistenciais.
- Capacitar/qualificar técnicos dos DRSs para atuarem na organização de redes de serviço.
- Avaliar em conjunto com os CRG a pertinência de credenciamento de novos leitos de UTIs adulto, pediátrica e neonatal nos respectivos DRS.
- Avaliar os leitos de UTI existentes, descredenciando os leitos que não dão resolubilidade ao sistema, readequando as necessidades.
- Apoiar os municípios na implantação da atenção domiciliar.
- Monitorar o cumprimento dos protocolos de alta complexidade.

Implantar e implementar as redes de alta complexidade, com o estabelecimento de novos centros para atender a necessidade dos municípios, agilizando diagnóstico e tratamento Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 384.

Atingir o pleno funcionamento do sistema de atenção em saúde bucal para adul-

tos e crianças, incluindo a referência para exames de alta complexidade, assegurando a oferta de próteses e outros procedimentos, como a ortodontia e ortopedia funcional. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 181.

Objetivo 6: Aperfeiçoar a contratação e regulação dos serviços prestados pelos hospitais universitários.

Metas/Resultados Esperados

Contratar e regular 60% dos leitos universitários.

Contratar e regular 60% dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.

Ações Estratégicas

Realizar estudos para o conhecimento dos perfis e da capacidade de atendimento dos hospitais universitários do SUS/SP.

Modificar gradualmente o perfil de atendimentos destes serviços, reduzindo os procedimentos de baixa e média complexidades e de cuidados prolongados, ampliando a proporção de procedimentos de alta complexidade.

Promover a adequada integração dos serviços universitários (ambulatoriais ou de internação) na rede do SUS, garantindo a referência para o atendimento das necessidades de alta complexidade de determinada região, de forma hierarquizada, com atendimento dos casos de menor complexidade, por outros serviços da rede existentes em cada região, de forma pactuada entre os serviços e sob regulação dos gestores do SUS.

Articular a contribuição dos hospitais universitários com os gestores locais, na forma de matriciamento, telemedicina e discussão de caso na gestão do cuidado dos atendimentos de menor complexidade que acontecerão em outros serviços da região.

Estabelecer parceria com o Ceatox (Centro de Atendimento Toxicológico) que esteja ou que tenha parceria com hospitais universitários.

Adotar medidas no sentido de integrar o atendimento das universidades públicas, de forma que seja implementado, ampliado e executado o atendimento no âmbito de sua complexidade, inclusive o atendimento em genética clínica no SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 387.

Efetivar a "contratualização" dos hospitais universitários e filantrópicos, pactuando metas e indicadores assistenciais.

Regular os procedimentos de média e alta complexidades e de cuidados prolongados.

Garantir a contribuição dos hospitais universitários como equipe matricial nas diversidades regionais.

Garantir acesso a todos os DRSs aos hospitais universitários parceiros da SES.

Objetivo 7: Formalizar e reorganizar a rede de referência e contra-referência em saúde bucal ambulatorial e hospitalar, articulada com o PDR, buscando viabilizar o aumento da capacidade potencial.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir gradativamente a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas básicas individuais (6% em 2011).

Aumentar o número de pacientes com câncer bucal diagnosticados, tratados e reabilitados.

Aumentar o número de pacientes identificados, tratados e reabilitados em fissura labiopalatinos.

Ações Estratégicas

Estimular os municípios a utilizar protocolos de regulação em saúde bucal.

Apoiar tecnicamente os municípios no uso de protocolos clínicos de saúde bucal que visem a ampliação das ações do clínico-geral na Atenção Básica e os de especialidades odontológicas.

Formalizar e reorganizar a rede de referência e contra-referência para câncer bucal, articulada com a Rede Estadual de Câncer, com a inclusão de referências já utilizadas pelos DRSs para tratamento e reabilitação do câncer bucal.

Supervisionar e aperfeiçoar os serviços próprios estaduais de saúde bucal ambulatorial e hospitalar.

Articular os serviços estaduais de saúde bucal com as redes municipais de saúde.

Realizar o levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado de São Paulo em 2008 com coordenação do Governo Estadual, em parceria com os governos municipais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 196.

Estimular os municípios a utilizar protocolos de regulação em saúde bucal na região.

Incentivar os municípios para implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), oferecendo maior retaguarda nos procedimentos de média complexidade para a população da região.

Apoiar os municípios na criação de referências regionais nos procedimentos de alta complexidade em saúde bucal, organizando uma rede de referência e contra-referência para a atenção secundária em odontologia.

Incluir saúde bucal nos protocolos da regulação da Rede Estadual de Câncer.

Adotar medidas a fim de garantir em hospitais universitários e conveniados com o SUS assistência hospitalar aos portadores de necessidades especiais na área de bucomaxilo.

Estudar estratégias para garantir laboratório para anatomopatológico para saúde bucal.

Estimular a implantação e implementação de serviços de fissura labiopalatino nos ambulatórios e hospitais da rede SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 210.

Objetivo 8: Analisar fluxos e implantar medidas de melhoria de acesso nas diversas áreas assistenciais.

Metas/Resultados Esperados

Elaborar protocolos para as áreas prioritárias.
 Identificar os municípios e regiões prioritárias para problemas de saúde específicos para qualificar a Atenção à Saúde.

Ações Estratégicas

Estimular a utilização de protocolos de regulação.
 Apoiar tecnicamente os municípios no uso de protocolos clínicos que visem a ampliação das ações na Atenção Básica/especialidades nas áreas priorizadas.
 Formalizar e reorganizar a rede de referência e contra-referência nas áreas priorizadas.
 Realizar estudos sobre os fluxos de pacientes.
 Ampliar ofertas assistenciais para retinopatia diabética, glaucoma, catarata, varizes, e cirurgias eletivas de acordo com as necessidades. Realizar campanhas para o incentivo da doação de sangue. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 393.
 Apoiar os municípios para implantarem programas de atenção domiciliar, integrados aos Programas de Saúde da Família e rede hospitalar, com humanização, equipes especializadas e equipes matriciais multiprofissionais, que dêem apoio às várias equipes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 90.
 Capacitar os profissionais do DRS e municípios para implementação e avaliação de regulação das ações de saúde em todos os níveis de complexidade.
 Definir Política para internações de retaguarda e de cuidados paliativos.

► **Garantir eficiência, qualidade e segurança na Assistência Farmacêutica e nos outros insumos para a saúde.**

O acesso da população a medicamentos de qualidade e no momento apropriado é fundamental para garantir a resolubilidade dos atendimentos realizados pelo SUS e, portanto, sua integralidade, sendo um desafio a ser enfrentado por todas as esferas do sistema (federal, estadual e municipal), que devem atuar com divisão de funções e responsabilidades.

Os programas já desenvolvidos pelo Estado de São Paulo estão descritos no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Assistência Farmacêutica.

Na área de assistência farmacêutica, o Governo do Estado deve atuar não apenas no financiamento das ações, mas também no

estímulo ao uso racional e controlado dos medicamentos, na redução do desperdício e na priorização do atendimento aos principais problemas de saúde do Estado, ampliando, desta forma, o acesso, com custos factíveis para o SUS.

Outros insumos de importância para a saúde coletiva, como os imunobiológicos, também devem ser objeto das prioridades do Governo Estadual, com incentivo ao desenvolvimento tecnológico para a fabricação e planejamento, bem como a capacitação de recursos humanos e a avaliação contínua e cuidados com a rede de distribuição dos insumos aos municípios.

Estes conceitos são também expressados pelo Relatório da V Conferência Estadual de Saúde de 2007.

Há um conjunto de insumos de grande importância para os serviços de saúde, como é o caso do sangue e de seus derivados, que devem ter acompanhamento e controle contínuo, garantindo-se o acesso e a qualidade.

Finalmente, devem existir políticas que atendam às necessidades de segmentos específicos da população, como é o caso de órteses, próteses e outros aparelhos, que auxiliam na reabilitação de pacientes portadores de deficiências.

Objetivo 9: Ampliar a produção de vacinas e soros hiperimunes, incorporando novas tecnologias e produzindo novos imunobiológicos, biofármacos e hemoderivados.

Metas/Resultados Esperados

Atender plenamente a demanda dos programas nacionais de imunização do SUS. Permitir o acesso aos produtos de alto custo, através do SUS, diminuindo o custo social.

Ações Estratégicas

Promover desenvolvimento tecnológico, pesquisas e ensaios clínicos relativos aos produtos imunobiológicos, biofármacos e hemoderivados.

Adequar a linha de produção ao preconizado pela legislação sanitária vigente para a obtenção de registro dos produtos.

Desenvolver produção destes produtos em escala industrial para atendimento às necessidades do País.

Ampliar e implementar o acesso da população a estes produtos, através do SUS. Incentivar e implementar políticas públicas que procurem fazer do setor saúde um incentivo ao desenvolvimento social quando se apóiam empresas de base tecnológica voltadas à aproximação entre governos, universidades e setor produtivo para produzir produtos e processos de interesse à saúde da população, como vacinas, soros, hemoderivados, fármacos, reagentes, *softwares*, equipamentos diagnósticos e técnicas terapêuticas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 479.

Objetivo 10: Promover o acesso adequado à assistência farmacêutica, de modo a contemplar os diferentes programas de atenção à saúde e as prioridades regionais, buscando sempre o uso racional e controlado de medicamentos e adotando medidas direcionadas à redução dos custos.

Metas/Resultados Esperados

Cumprir o papel estadual, atendendo às necessidades de medicamentos pactuadas entre as esferas de governo e em acordo aos protocolos e padrões do SUS.

Definir demandas e parcerias para Educação permanente/qualificação profissional.

Inspecionar 100% das farmácias e dispensários de medicamento nas unidades de saúde da rede do SUS, cadastradas no Estado.

Monitorar 100% dos municípios que inspecionam as farmácias e dispensários de medicamento nas unidades de saúde da rede do SUS.

Inspecionar 100% dos estabelecimentos comerciais - varejista e atacadista - de medicamentos, cadastradas no Estado.

Monitorar 100% dos municípios que inspecionam os comércios varejista e atacadista de medicamentos.

Inspecionar 100% dos laboratórios e indústrias farmacêuticas, cadastradas no Estado.

Monitorar 100% dos municípios que inspecionam laboratórios e indústrias farmacêuticas.

Ações Estratégicas

Concluir e inaugurar a nova fábrica da Fundação para o Remédio Popular (Furp), localizada no município de Américo Brasiliense.

Garantir o fornecimento adequado de medicamentos estratégicos, destinados ao tratamento das doenças-alvo dos programas de âmbito nacional, como tuberculose, hanseníase e doença de Chagas, dentre outras.

Realizar estudo para viabilizar a ampliação da quantidade e da diversidade de medicamentos da assistência farmacêutica básica, de forma a contemplar as principais doenças e agravos de interesse da saúde pública, buscando, para isto,

a definição de protocolos baseados em evidências científicas de eficácia e custo-efetividade.

Padronizar os sistemas de informação.

Ampliar e melhorar o acesso aos medicamentos de dispensação excepcional, criando ou readequando pólos de dispensação nas diferentes regiões de saúde e também através de ações que viabilizem a entrega domiciliar de alguns tipos de medicamentos.

Qualificar os técnicos envolvidos na assistência farmacêutica.

Estabelecer parceria entre a Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos de Saúde (CCTIES), Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a qualificação/educação permanente dos profissionais de nível que trabalham nas farmácias do SUS/SP, visando melhoria da qualidade das ações na estocagem e na dispensação de medicamentos.

Promover ações para estimular o uso racional e controlado de medicamentos e insumos.

Promover campanhas de esclarecimentos para a população em geral e capacitação para profissionais de saúde sobre o Uso Racional do Medicamento (URM), riscos da automedicação e uso indevido de medicamentos controlados (psicotrópicos). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 414.

Desenvolver estudos de avaliação sobre o uso de medicamentos de interesse da saúde pública.

Aprimorar a divulgação, envolvendo diferentes tipos de mídias, da política de assistência farmacêutica executada em parceria pelos gestores do SUS, de modo a subsidiar tecnicamente o Poder Judiciário nas questões relativas a ações judiciais envolvendo medicamentos e insumos não-padronizados pelo SUS.

Garantir apoio financeiro para aquisição municipal de medicamentos e insumos para o diabetes, conforme pactuado com os gestores municipais do SUS/SP.

Monitorar a qualidade dos medicamentos fabricados, comercializados, transportados e dispensados no Estado por meio de inspeções sanitárias nos estabelecimentos que fabricam, comercializam e dispensam medicamentos.

Implementar o Programa Estadual de Redução de Iatrogenias (Peri) no Estado de São Paulo.

Fazer a vigilância dos efeitos adversos dos medicamentos prescritos e utilizados em toda a rede do SUS, principalmente os que compõem a cesta básica e os dito excepcionais fornecidos aos seus usuários.

Divulgar, informar e orientar profissionais das equipes municipais e regionais de vigilância sanitária e outros profissionais de saúde sobre a farmacovigilância e informações sobre medicamentos.

Incluir medicamentos e antídotos necessários no atendimento ambulatorial e de urgência/emergência, inclusive unidade móvel, para os eventos toxicológicos.

Elaborar e divulgar Boletins de Farmacovigilância.

Implementar a produção de materiais educativos para a prevenção das intoxicações por medicamentos.

Facilitar o acesso aos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), de acordo com as necessidades dos usuários e no cumprimento dos princípios da equidade e da universalidade, obedecidas as disposições de prescrição de tratamento do Código de Saúde do Estado e das legislações: federal, estadual e municipal relacionadas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 415.

Avaliar os sistemas de entrega de medicamentos em domicílio já existentes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 416.

Estudar possibilidade de produção de medicamentos com embalagem em cores diferenciadas e fracionáveis pela Furp e manter regularidade na distribuição de medicamentos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 422.

Agilizar e desburocratizar o processo de liberação, qualificando o atendimento e diminuindo o tempo de espera na dispensação de medicamentos excepcionais e de alto custo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 426.

Propor, em conjunto com sociedades científicas e serviços, novos protocolos de atendimentos.

Avaliar a situação da dispensação de medicamentos, identificando os recursos que são dispensados e as dificuldades encontradas.

Proporcionar reuniões, coordenadas pelo nível central de vigilância sanitária, para discussão de legislações em consulta pública publicadas pela Anvisa.

Criar instrumentos para o registro de outras atividades executadas pela Visa.

Aprimorar as relações institucionais, de modo a subsidiar tecnicamente o Poder Judiciário nas questões relativas a ações judiciais da assistência farmacêutica.

Desenvolver ações junto ao Poder Judiciário para minimizar os efeitos das ações judiciais sobre o planejamento da assistência farmacêutica do Estado e dos municípios.

Articular com o Ministério Público, a fim de que os mandados judiciais para a aquisição de medicamentos e produtos relacionados à saúde sejam adquiridos de acordo com pareceres técnicos específicos.

Qualificar o profissional prescritor (médico), a fim de evitar a dispensação desnecessária de medicamentos, para se adequar ao uso racional e adequado dos mesmos.

Realizar sobre a possibilidade de incluir na lista básica de medicamentos os homeopáticos e fitoterápicos.

Analisar alternativas de descentralização na dispensação de medicamentos de alto custo, respeitando as características dos municípios.

Pactuar a produção e distribuição de medicamentos da Furp com base nos recursos de assistência farmacêutica básica.

Implantar um sistema de informação gerencial para os gestores do SUS sobre a dispensação dos medicamentos excepcionais.

Analisar e adequar a Política Nacional de Medicamentos de Fitoterápicos e plantas medicinais à realidade do Estado de São Paulo.

Divulgar os resultados das atividades de inspeção das farmácias e dispensários dos municípios.

Capacitar técnicos dos níveis regional e municipal para o monitoramento dos comércios atacadista e varejista de medicamentos, bem como das farmácias de manipulação de medicamentos.

Estimular a incorporação na grade de produtos básicos, aqueles utilizados na assistência em saúde bucal, bem como os utilizados em ações coletivas de prevenção em saúde bucal.

Dotar os centros de especialidades de oferta de medicamentos, compondo uma lista básica, de acordo com protocolo e específicos para todas as especialidades atendidas.

Estudar a possibilidade de estender a licitação por registro de preço estadual aos

municípios para legalizar a compra de medicamentos durante a validade da mesma.

Diferenciar as embalagens dos medicamentos produzidos pela Furp, particularmente os de uso contínuo, com objetivo de facilitar o fracionamento e a identificação pelo paciente.

Adotar medidas buscando a implantação de laboratórios de referência para análises dos insumos produzidos pelas farmácias de manipulação.

Garantir a elaboração e implantação de protocolos clínicos e terapêuticos para medicamentos não-padronizados.

Objetivo 11: Garantir a qualidade do sangue, hemocomponentes e dos serviços fornecidos à população.

Meta/Resultado Esperado

Alcançar o índice de 100% dos hemonúcleos e hemocentros com padrões de qualidade satisfatória.

Ações Estratégicas

Elaborar plano diretor para a hemorrede, visando a aperfeiçoar os mecanismos de integração dos serviços que compõem a hemorrede de São Paulo.

Construir a fábrica de hemoderivados no Estado de São Paulo.

Capacitar profissionais dos serviços próprios que compõem a hemorrede e aplicar padrões de qualidade nos serviços.

Elaborar, implantar e implementar projetos de intervenção sanitária e de melhoria da qualidade do serviço prestado, com base na priorização por níveis de criticidade.

Implementar ações que garantam a manutenção e ampliação da captação de doadores.

► **Humanizar os serviços de saúde.**

A política de humanização da SES visa a recuperação dos serviços de saúde, propondo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores. É uma política pública que perpassa toda instituição de saúde, alterando a forma de pensar e agir dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, apostando no trabalho coletivo na direção de um SUS acolhedor e resolutivo. Os princípios que norteiam a política de humanização são a transversalidade e a inseparabilidade entre atenção e gestão.

A SES deve atuar no sentido da efetivação de um SUS humanizado,

por meio dos seguintes dispositivos: acolhimento com classificação de risco, visita aberta e direito a acompanhante, ouvidoria, Grupos de Trabalho em Humanização (GTH), trabalho e redes saúde e valorização dos trabalhadores de saúde, entre outros.

Para construção e implementação desta política, a SES deve ter como parceiras instâncias municipais e federais.

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, a Humanização da Assistência procura:

- estimular, fortalecer, apoiar e disseminar as Ações de Humanização nos serviços de saúde da SES;
- contribuir para a formação permanente em humanização;
- estimular, acompanhar e dar suporte às comissões de humanização dos hospitais e ambulatórios;
- ampliar e potencializar as concepções e práticas de humanização nos serviços da SES;
- contribuir para a articulação e integração da política de humanização por meio de um diálogo constante com as demais coordenadorias.

Assim, foi possível perceber que as práticas de humanização têm agregado valor à assistência e colaborado de forma importante com a integralidade, equidade e universalidade.

A Secretaria de Estado da Saúde deve dar continuidade e aprofundamento ao processo de humanização das unidades de saúde estaduais, por meio de projetos, como: Os Jovens Acolhedores, Conte Comigo, Cantinho da Beleza, Leia Comigo, Método Mãe Canguru (assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso, implantado ou em fase de implantação em aproximadamente 90% das nossas maternidades), Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Brinquedoteca, Visita Aberta, Acolhimento com Classificação de Risco, Voluntariado, Programa de Prestação de Serviços à Comunidade, entre outras ações (as descrições de algumas ações já realizadas estão no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Recursos Humanos).

A V Conferência Estadual de Saúde reitera, em várias oportunidades, o princípio da humanização.

Objetivo 12: Estimular, fortalecer e disseminar a política de humanização nos serviços de saúde da SES.

Metas/Resultados Esperados

Implantar e acompanhar o acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização em 100% dos hospitais da SES com serviços de urgência e emergência.

Ampliar a Visita Aberta e Direito a Acompanhante em 100% dos hospitais da SES.

Alcançar 100% dos hospitais e regionais de saúde com GTHs implantados.

Implantar o dispositivo "Clínica Ampliada" em 60% dos serviços de saúde.

Preparar material pedagógico orientador sobre a utilização da humanização como eixo estruturante transversal em conteúdos de educação permanente/capacitação/formação.

Ações Estratégicas

Implantar o Acolhimento, visando a ampliação do acesso e resolubilidade na saúde, tanto na atenção básica quanto na assistência de média e alta complexidades ambulatoriais e hospitalares de referência do SUS/SP.

Assegurar os direitos dos usuários e controle social implantando/ampliando a Visita Aberta e Direito a Acompanhante nos hospitais da SES.

Implantar e/ou dar suporte aos Grupos de Trabalho em Humanização (GTHs) nos hospitais da SES e colegiados regionais.

Qualificar a assistência à saúde e ofertas de cuidado a partir da implantação da Clínica Ampliada, que oferece a condução do tratamento com base em projetos terapêuticos individualizados de saúde e prontuários integrados, realizados por equipes multidisciplinares.

Definir os princípios da Política de Humanização como eixo estruturante transversal em todos os programas de capacitação/formação/educação permanente realizados pelo SUS.

Destacar o papel da enfermagem como "gestora do cuidado" nas propostas de formação, como estratégia de humanização, com elaboração de documentos norteadores.

Fortalecer a política de humanização e a vinculação da população às equipes de saúde por meio da regionalização dos serviços, acolhimento e da melhora da organização do atendimento, privilegiando a manutenção da relação com a equipe multiprofissional com a qual o usuário tenha vinculação nas unidades de saúde e adequação da atenção aos usuários com maiores necessidades, idosos, pessoas com deficiência e obesos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 401.

Incentivar os municípios a utilizarem instrumento de avaliação para humanização do atendimento aos usuários.

Incentivar os serviços de saúde do SUS para adotarem programas de humanização de acordo com a necessidade local.

Sensibilizar e capacitar os profissionais dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação (CDQ) das DRSs, visando a elaboração e articulação de programas que promovam ações humanizadoras no trabalho.

Observar, analisar e diagnosticar necessidades de ações humanizadoras nos cenários de trabalho.

Desenvolver instrumentos adequados para avaliar o impacto das ações propostas pela política de humanização.

Avançar na qualidade do atendimento ao usuário, através da instrumentalização dos profissionais de saúde no desempenho de ações humanizadoras.

Desenvolver habilidades para identificar ações a serem implantadas para melhoria do atendimento ao usuário.

Articular serviço/ensino/comunidade para inclusão das estratégias de humanização nos projetos políticos pedagógicos das instituições formadoras em saúde.

Estimular a valorização do cuidado em saúde bucal, sob o olhar do técnico, como um direito do usuário e de acordo com suas necessidades.

Ampliar qualitativamente os critérios utilizados nas "contratualizações" com prestadores e gestores.

Inserção de outros indicadores quantitativos e qualitativos, como: visita aberta, o direito a acompanhante, acolhimento com classificação de risco, clínica ampliada, projeto terapêutico singular.

Criar sistema de escuta qualificada para trabalhadores de saúde.

Estimular e apoiar a criação de ouvidorias nos DRSs para trabalhadores de saúde.

Apoiar os prestadores e gestores municipais nas suas iniciativas em relação à implementação da Política Nacional de Humanização (PNH).

Fomentar as ações de humanização dos serviços de saúde nos níveis municipal e regional.

Estimular o cumprimento dos protocolos de humanização.

Implantar a política de humanização como "eixo estruturador das três esferas de governo em todos os serviços de atendimento do SUS, com apoio do Ministério da Saúde e mediante a elaboração de protocolos para o fortalecimento de uma nova cultura de atenção ao usuário, das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, visando o acolhimento, a escuta qualificada e a postura adequada da equipe frente ao usuário". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 398.

Implementar mudanças nas relações entre os gestores, profissionais de saúde e os usuários, baseadas no respeito à dignidade de quem cuida e no atendimento oportuno, humanizado e de qualidade entre usuários e servidores. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 399.

Capacitar todos os profissionais do SUS para humanização, atualização e modernização de equipamentos e aprendizado dos serviços, por meio de Educação permanente e continuada, com alocação de recursos específicos, com foco no acolhimento, respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 400.

Promover discussões com as universidades sobre a inclusão na grade curricular de todos os cursos da área de saúde, de matéria relacionada à humanização dos serviços de saúde, com ênfase na responsabilidade que envolve o atendimento aos pacientes do SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 402.

Aperfeiçoar a gestão de recursos humanos que leve em consideração conceitos como: humanização e acolhimento, ação que refletirá em um melhor atendimento à população.

Objetivo 13: Estimular as discussões e encontros regionais sobre humanização da assistência.

Meta/Resultado Esperado

Ampliar o número de serviços de saúde com programas ou estratégias de humanização implantados.

Ações Estratégicas

Estimular as discussões e encontros regionais sobre humanização da assistência.

Manter e aprofundar o processo de humanização das unidades de saúde estaduais, por meio de projetos, como os Jovens Acolhedores, Conte Comigo, Cantinho da Beleza, Leia Comigo, Método Mãe Canguru (MMC) (assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso).

Incentivar e qualificar as equipes de neonatologia do SUS para que outros serviços adotem o MMC em todo o Estado.

Incentivar os serviços de saúde do SUS a adotarem programas de humanização.

Criar grupos de trabalho regionais na área de humanização.

Estimular e apoiar o trabalho articulado e integrado entre os centros dos DRSs, tendo a humanização como um tema transversal, promovendo reuniões técnicas de nível central em conjunto com representantes dos centros dos DRSs.

► **Investir e melhorar os serviços próprios de saúde estaduais**

A rede de serviços próprios estaduais, sejam eles administrados de forma direta ou por parceiros (Organizações Sociais), tem grande importância atualmente no SUS/SP (informações sobre o percentual de participação estadual estão no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Natureza e Gestão da Rede SUS), contando hoje com 60 unidades hospitalares e 12 ambulatorios de especialidades isolados, além de sete hospitais universitários, perfazendo, até 2006, um total de 17,7 mil leitos, com uma produção de aproximadamente 630 mil internações anuais e mais de 2,6 milhões de atendimentos ambulatoriais.

Dentro do conjunto de hospitais, encontramos perfis de atendimento que vão desde o secundário geral até o terciário mais especializado, considerando os 40 hospitais gerais, onde predominam as quatro grandes clínicas (médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica), duas maternidades, dois hospitais infantis, oito hospitais psiquiátricos e cinco de perfil monográfico nas áreas de cardiologia, moléstias

infecção contagiosas, hansenologia, tisiologia e ginecologia terciária. Em relação ao atendimento ambulatorial, é importante salientar que, além daqueles realizados nos 12 ambulatórios de especialidades isolados, temos ainda os realizados nos ambulatórios ligados às unidades hospitalares. Para o próximo quadriênio, a proposta da SES/SP é dar continuidade ao projeto de modernização das redes hospitalar e ambulatorial, iniciado em 2003, visando a garantir atendimento com integralidade e resolubilidade tanto nas unidades da administração direta e como nas gerenciadas por Organizações Sociais (OSS).

Por outro lado, embora as assistências hospitalar e ambulatorial de referência no SUS/SP sejam, de forma geral, uma das melhores do País, com ampla oferta de leitos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais especializados, tanto por meio dos serviços universitários, seja por outros serviços de referência regional, ainda persistem desigualdades regionais na assistência hospitalar do Estado, que prejudicam o acesso da população ao tratamento de que necessitam, exigindo penosas peregrinações, provocando filas nos hospitais universitários e regionais atualmente existentes, com atraso no início dos tratamentos e prejuízos à saúde dos pacientes. A V Conferência Estadual de Saúde 2007, assim como o Conselho Estadual de Saúde, apresentam questões referentes às parcerias que precisam ser aprofundadas.

Objetivo 14: Investir na modernização e ampliação dos serviços da rede própria estadual.

Metas/Resultados Esperados

Implantar 15 hospitais regionais.

Implantar 40 Ambulatórios Médicos Especializados (Ames), que são serviços especializados de alta resolubilidade.

Pôr em funcionamento o Instituto Dr. Arnaldo com mais 720 novos leitos especializados.

Terminar a reforma total do Hospital de Ferraz de Vasconcelos, com a construção de novo prédio anexo, visando ao remanejamento de serviços.

Terminar a obra de um novo Bloco no Instituto Dante Pazzanese, que abrigará o ambulatório, o serviço de diagnóstico por imagem (raios X, tomografia, ultrasonografia), métodos gráficos de medicina nuclear e hemoterapia, entre outros.

Implantar Unidade de Referência para Moléstias Infectocontagiosas no Interior

Paulista (Cremip) (em Américo Brasiliense).

Fazer reforma geral do Hospital Brigadeiro.

Fazer reforma geral do Hospital das Clínicas de Franco da Rocha, visando à instalação de hospital regional.

Adquirir equipamentos e fazer reformas gerais em todos os demais serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme a necessidade dos serviços.

Adequar o espaço físico para implantação do Ceatox nos serviços estaduais, equipando-o, quando necessário.

Ações Estratégicas

Implantar Ambulatórios Médicos Especializados (Ames), que possuirão as seguintes características:

- Equipes multiprofissionais, com especialidades médicas variadas.
- Apoio diagnóstico amplo (ex.: raio X, ultra-som, mamografia etc.) para dar conta da maior parte das necessidades dos pacientes no próprio local.
- Rotina estabelecida para atender aos pacientes da forma mais rápida possível, com realização de todos os procedimentos possíveis em um único dia (atendimento médico, coleta de exames (punção etc.), resultados de laudos para reavaliação do médico solicitante etc.
- Realização de cirurgias ambulatoriais e outros procedimentos que possam ser concluídos em 12 horas.
- Atendimento integrado aos demais recursos assistenciais do SUS.
- Sistema de agendamento ágil.
- Funcionamento em horário ampliado.

Selecionar regiões de saúde do Interior do Estado e da Região Metropolitana de São Paulo, inclusive a Capital, nas quais existe dificuldade no acesso aos cuidados especializados e que contam com a existência de serviços de saúde (estrutura física), que possam ser adaptados para o bom funcionamento dos Ames.

Investir em reforma e adequação das unidades ao papel proposto.

Estabelecer parcerias para o gerenciamento dos novos Ames por entidades filantrópicas custeadas pelo Governo do Estado de São Paulo.

Dar continuidade aos projetos de construção, reformas e modernização dos serviços de saúde estaduais.

Implementar, em conjunto com a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), o Hospital de Referência para atendimento da população penitenciária.

Implantar novos hospitais regionais e/ou microrregionais no Estado de São Paulo.

- Selecionar áreas para implantação dos novos serviços, levando em conta a carência de serviços hospitalares de média e alta complexidades e a existência prévia de serviços de saúde (estrutura física), que pudessem ser adaptados a médio prazo, garantindo o atendimento da população na complexidade de atenção necessária.
- Investir em reforma e aquisição de equipamentos hospitalares que se façam necessários.
- Buscar parcerias para o gerenciamento dos novos serviços por meio de entidades filantrópicas, sob regime de "contratualização", custeadas pelo Governo Estadual.

Garantir equipamentos, em perfeito funcionamento, para exames de imagem e

diagnóstico nos hospitais, prontos-socorros e ambulatórios de especialidades. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 382.

Verificar a necessidade de ampliar o número de leitos cirúrgicos e de retaguarda, leitos UTI, UTI neonatal, além de cirurgia nos hospitais regionais já existentes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 391.

Verificar necessidade de ampliar o número de leitos para realização de cirurgias de alta complexidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 392.

Acelerar o retorno às atividades do Hospital Estadual de Mirandópolis, otimizando os recursos existentes, com ampliação dos serviços e área de abrangência, contra a carência de serviços hospitalares de média e alta complexidades.

Buscar novo perfil para os hospitais de pequeno porte, com novas formas de financiamento e gerência/gestão de recursos baseados nas necessidades regionais.

"Contratualizar" todos os hospitais parceiros do SUS, com pactuação regional.

Apoiar tecnicamente os colegiados regionais, técnicos DRS e prestadores na elaboração, avaliação e monitoramento dos planos diretores hospitalares.

Considerar o modelo de consórcios públicos como alternativa de investimento regional.

Possibilitar o acesso aos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), a mecanismos de monitoramento da utilização dos recursos destinados e/ou implantados.

Priorizar a instalação de AME em regiões de saúde que não contam com ambulatórios de hospitais universitários na sua área de abrangência.

Reavaliar e readequar a estrutura física das unidades em funcionamento, para poder prestar serviços aos usuários e propiciar aos servidores condições de trabalho adequadas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 383.

Criar centros de referência ambulatorial de atenção secundária (SADT e especialidades) nas regiões de saúde, reguladas e financiadas pelo Estado através de uma central de regulação atuante. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 386.

Objetivo 15: Melhorar a qualidade e eficiência dos serviços próprios estaduais, com cronograma e planejamento para estímulo ao aperfeiçoamento da administração/ gerenciamento direto.

Metas/Resultados Esperados

Emitir relatórios periódicos com indicadores de produção, desempenho e qualidade de todos os serviços da administração direta.

Emitir relatórios periódicos com indicadores de produção, desempenho, qualidade e custos de todos os serviços "contratualizados".

Implantar, capacitar e acompanhar o Sistema de Avaliação de Custos nos 39 hospitais da administração direta ligados à Coordenadoria de Serviços de Saúde.

Implantar, capacitar e acompanhar os sistemas de regulação nos 17 DRSs, em conjunto com municípios e respectivos prestadores.

Ações Estratégicas

Informatizar processos de trabalho.

Aprimorar a captação das informações assistenciais e administrativas dos hospitais e ambulatórios de especialidades sob administração direta por meio de sistema informatizado, via web, possibilitando o acompanhamento de indicadores de produção, desempenho e qualidade, visando melhor atendimento das necessidades de saúde da população.

Incentivar e/ou promover a capacitação permanente de todo o quadro de funcionários, técnicos e de apoio, dos serviços de saúde estaduais.

Acompanhar e avaliar o resultado dos serviços de saúde gerenciados por parceiros (OSS), em sistema via web, tanto no seu desempenho assistencial quanto no financeiro, buscando aperfeiçoamento contínuo dos mecanismos de "contratualização", visando melhor atendimento das necessidades de saúde da população.

Implantar Sistema de Avaliação de Custos em todos os hospitais da administração direta.

Integrar os serviços de saúde estaduais na rede do SUS, inclusive os hospitais universitários, aprimorando a regulação por meio de um sistema informatizado de controle de internações hospitalares.

Divulgar os resultados dos serviços de saúde para a comunidade.

Objetivo 16: Articular os serviços próprios de saúde bucal estaduais com as redes municipais de saúde bucal.

Meta/Resultado Esperado

Aumentar a produção de procedimentos odontológicos especializados referenciados para a rede básica municipal.

Ações Estratégicas

Estimular os municípios a utilizar protocolos de regulação em saúde bucal.

Realizar cursos de formação regionalizados, para auxiliares de cirurgião-dentista e técnicos em higiene dental. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 188.

Apoiar tecnicamente os municípios na implantação de serviço de prótese dentária total, parcial e fixa, com laboratórios próprios ou conveniados para confecções das mesmas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 183.

Incentivar os municípios a ampliar as equipes de saúde bucal, na estratégia da saúde da família com contratação de cirurgião-dentista, auxiliares de consultórios dentários e técnicos em higiene dental tanto na Atenção Básica como nos serviços de especialidades e UBS, com integração em equipes multiprofissionais. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 184 e 190.

Avaliar a possibilidade de implantar serviços de odontologia especializados para pessoas com deficiências, acamados e câncer bucal, com aquisição e manuten-

ção de equipamentos e insumos para oferta adequada de serviços, incluindo procedimentos em centro cirúrgico. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 185.

Apoiar os municípios na negociação com o Ministério da Saúde para aumentar o financiamento para desenvolvimento da política de atenção especializada em saúde bucal. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 191 e 192.

Estudar a possibilidade de que a Furp volte a produzir materiais de consumo odontológico tanto para ações coletivas quanto para ações curativas em saúde bucal, reduzindo os custos de aquisição para os municípios. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 193.

Implantar políticas de ação preventiva de câncer bucal, com adequação na distribuição de material e divulgação para os municípios. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 195.

Realizar periodicamente campanha de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal junto com as campanhas de vacinação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 195.

Estabelecer parcerias com vigilâncias municipais, com compartilhamento de conhecimento técnico para o processo de implantação da fluoretação das águas de abastecimento público e controle periódico da concentração de flúor.

Promover a qualificação profissional auxiliar de consultório dentário e a habilitação profissional técnico em higiene dental.

Estabelecer parcerias com as vigilâncias municipais para avaliação das condições de funcionamento dos estabelecimentos que prestem assistência odontológica.

Realizar levantamentos epidemiológicos para avaliação do Índice CPOD nas diversas regiões do Estado.

Estimular a implantação da vigilância dos teores de flúor (heterocontrole) usando os laboratórios de saúde pública dos DRSs.

Eixo II: Fortalecimento e Aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Estadual

Diretrizes Estratégicas:

- ▶ *Aperfeiçoar os mecanismos de gestão, regulação e contratação dos serviços de saúde do SUS/SP.*
- ▶ *Aprimorar os Sistemas de Informação do SUS/SP.*
- ▶ *Fortalecer o Planejamento Regional do SUS/SP.*
- ▶ *Avaliar e monitorar o SUS/SP.*

▶ Aperfeiçoar os mecanismos de gestão, regulação e contratação dos serviços de saúde do SUS/SP.

A gestão estadual deve se responsabilizar pelos princípios éticos do SUS: a universalidade, equidade e integralidade na área de abrangência do Estado. O tipo de atuação do gestor estadual deverá ser diferenciado, conforme a necessidade e complexidade das ações a serem desempenhadas. A regionalização e hierarquização devem avançar no sentido da reestruturação do próprio sistema existente nas regiões, modificando o papel e as funções dos serviços de saúde e até verificando a sua viabilidade. O processo regulatório em saúde deve ser entendido como o conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance também de resultados, ajustados e condizentes com políticas, diretrizes e objetivos predefinidos.

Pode-se dizer que este processo integra um conjunto de ações a serem desenvolvidas para garantir que, a partir dos sistemas locais, se construam redes regionais e que os sistemas municipais se congreguem em sistemas estaduais, integrando-se em um sistema nacional todos com os mesmos princípios e diretrizes, porém com modelos de organização adequados às peculiaridades locais.

A regulação estatal manifesta-se nos sistemas públicos de serviços de saúde quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de funções para direcionar o sistema no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implantar, controlar e avaliar suas políticas, de forma a ordenar o

comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas, necessidades e expectativas da população.

A regulação da atenção à saúde, de acordo com a definição do Pacto pela Saúde, tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os serviços de saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizados em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados.

A regionalização requer um sistema integrado de serviços de saúde que articule os serviços de atenção primária e secundária à saúde e que estes, por sua vez, estejam articulados, em macrorregiões, com os serviços de atenção terciária à saúde.

O Pacto de Gestão conceitua região de saúde como "territórios político-administrativos e territórios sanitários inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores e aprovados na CIB". Define como instrumentos da regionalização o Plano Diretor de Regionalização, a programação pactuada e integrada de ações de saúde e o plano diretor de investimentos. Propõe critérios para elaboração do PDR: contigüidade, identidades social, econômica e cultural, infra-estrutura de transportes e comunicação, fluxos assistenciais, compatibilização de economia de escala e equidade de acesso.

Como diferencial proposto no Pacto destacam-se os colegiados de gestão regional, que se constituem para cada região de saúde como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa entre gestores. O Colegiado de Gestão Regional

constitui-se em um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regionalde ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, o que torna mais efetivo o processo de regionalização. Entre a versão preliminar do PES, de maio, e a atual, de dezembro, definiram-se 64 regiões de saúde, com a efetiva implantação dos respectivos colegiados, que contribuiram para a construção desse Plano. Em relação aos conselhos municipais de saúde, sugere-se que as decisões dos CGRs sejam informadas aos conselhos.

A "contratualização" dos serviços de saúde é um processo pelo qual as partes, ou seja, o representante legal da unidade e o gestor municipal ou estadual do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão, formalizado por meio de convênio. Com isso, há fixação dos limites financeiros para a assistência de média e alta complexidades hospitalares e ambulatoriais, mediante o cumprimento das metas físicas e qualitativas.

Este processo tem sido implementado no Estado de São Paulo nos hospitais universitários e filantrópicos e com os gestores municipais. O Estado de São Paulo, por meio da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, implementou e regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, qualificadas como Organizações Sociais de Saúde, que podem firmar Contratos de Gestão com a Secretaria Estadual de Saúde, visando o gerenciamento de unidades hospitalares e ambulatoriais, cujo financiamento é também relacionado ao cumprimento de metas.

Como política de gestão em saúde no Estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Saúde estabeleceu, na Deliberação CES 1, de 4/4/07, publicada no *Diário Oficial do Estado*, que:

"O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo posiciona-se contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) ou de outros mecanismos com objetivo idênticos, e ainda, de toda e quaisquer iniciativa que atende contra os princípios e diretrizes do SUS. O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo estabelece o prazo de 12 (doze) meses, a partir da

aprovação desta deliberação, para que os órgãos de gestão da SES/SP adotem medidas para seu cumprimento".

Objetivos e ações estratégicas de cada diretriz descritos a seguir refletem, na medida da viabilidade e governabilidade do gestor estadual, o processo regionalizado que envolveu todos os municípios e a V Conferência.

Objetivo 1: Elaborar, monitorar e avaliar a política estadual de saúde.

Metas/Resultados Esperados

Implementar, acompanhar e rever periodicamente o Plano Estadual de Saúde (PES).

Efetivar, acompanhar e rever periodicamente os Compromissos do Pacto de Saúde, no Estado de São Paulo.

Ações Estratégicas

Monitorar e revisar o Plano Estadual de Saúde e o Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo.

Aperfeiçoar o Sistema Estadual de Avaliação e Monitoramento.

Implementar a gestão de saúde para executar ações com competência e responsabilidade, planejando e investindo melhor os recursos públicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 337.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, estas ações estão contempladas nas diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS" e "Responsabilidades no Planejamento e Programação".

Objetivo 2: Implementar a regulação no SUS/SP.

Metas/Resultados Esperados

Atingir o índice de 100% dos leitos "contratualizados" e sob regulação.

Atingir o índice de 100% dos procedimentos de alta complexidade regulados.

Atingir o índice de 100% dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade dos Ames a serem implantados.

Ações Estratégicas

Implantar complexos reguladores no Estado:

- Implementação das centrais de regulação de urgência.
- Implementação das centrais de regulação regionais.
- Implantação das centrais de regulação de consultas e exames.
- Implantação da regulação da alta complexidade.

Construir e padronizar os protocolos assistenciais.

Pactuar os protocolos de regulação no acesso.

Reorientar os fluxos operacionais de regulação, tendo como desenho o PDR.

Reorganizar o acesso da população aos serviços de saúde, partindo da cooperação entre os gestores dos serviços de saúde.

Coordenar a elaboração e pactuar a PPI no Estado.

Controlar a referência para outros Estados, conforme a PPI.

Operar a regulação estadual em articulação com centrais municipais.

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar conforme normas e pactuação.

Estimular e apoiar a implantação, participar da co-gestão e monitorar complexos reguladores municipais.

Monitorar a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais.

Capacitar as equipes regional e municipal em regulação (protocolos, operação das centrais e sistema de informação).

Estimular a participação de diversas instâncias (DRS, Associações de Classe, Entidades de Pesquisa em Saúde Coletiva e Representações do Cosems) e segmentos profissionais na regulação em saúde.

Articular-se com outros Estados, no caso da constituição de regiões interestaduais.

Criar um colegiado permanente com a participação dos DRSs e nível central da SES para negociação e pactuação das referências em média e alta complexidades entre os DRSs.

Garantir apoio técnico aos municípios no exercício das suas várias responsabilidades de gestão.

Capacitar os profissionais das centrais de regulação e os profissionais que atuam nas redes básica, ambulatorial e hospitalar quanto aos protocolos assistenciais.

Estimular a participação de diversas instâncias (DRS, associações de classe, entidades de pesquisa em saúde coletiva e representações do Cosems) e segmentos profissionais na regulação em saúde.

Implantar complexos reguladores no âmbito do Estado de São Paulo em níveis municipal, regional e estadual, com o objetivo de regular a oferta dos serviços de saúde, respeitando o princípio da equidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 359.

Elaborar e implementar de forma participativa, com cooperação múltipla entre os municípios, a PPI no Estado de São Paulo, corrigindo as iniquidades do Estado como forma de suprir especialidades não-disponíveis no município e oferecer retaguarda para outros municípios, em que já existem. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 333.

Agilizar o atendimento da Central de Regulação de Vagas com a verificação diária da utilização dos leitos, otimizando em casos graves os recursos necessá-

rios. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 358.

Implantar no Estado um programa de educação permanente em regulação, controle, avaliação e auditoria, visando a qualificação da gestão do SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 344.

Elaborar instrumentos de regulação do SUS, eficazes e compatíveis com as gestões locais, evitando o engessamento da gestão. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 345.

Garantir e estabelecer o serviço e os protocolos de referência e contra-referência, com objetivo de assegurar o tratamento e acompanhamento do paciente entre os serviços próprios e conveniados, de preferência mais próximos ao município. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 346.

Garantir acesso à média e alta complexidades, reduzindo a demora de realização de exames, com melhoria do financiamento e gestão do sistema, priorizando os pacientes de necessidades especiais e levando em consideração, também, os trabalhadores migrantes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 349.

Definir, através da programação pactuada e integrada, as cotas de média e alta complexidades (consultas especializadas, exames para diagnósticos e cirurgias eletivas), através de série histórica atual, demanda reprimida e perfil epidemiológico para a avaliação de necessidade de contratação de profissional e serviços, regionalização e financiamento nas três esferas de governo, garantindo o acesso ao atendimento. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 350.

Implementar, fortalecer, qualificar, melhorar e monitorar a referência e contra-referência da média e alta complexidades sob a responsabilidade do Estado, garantindo acesso a todos os usuários, dentro do princípio do SUS de hierarquização e regionalização, otimizando os leitos dos hospitais regionais, os serviços ambulatoriais e de exames. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 351.

Garantir o modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseado nas linhas de cuidado, com referência e contra-referência e com centrais de regulação, com garantia de acesso a leitos hospitalares regionalizados, hospitais equipados e atenção multiprofissional, fortalecendo os órgãos controladores e reguladores de saúde e valorização dos técnicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 352.

Subordinar todos os serviços do SUS, incluindo os hospitais universitários e OSS ao processo de regulação dos gestores estaduais e municipais, respeitando as pactuações regionais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 360.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, estas ações estão contempladas nas diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS" e "Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria".

Objetivo 3: Realizar a revisão e atualização da contratação dos serviços de saúde do SUS/SP.

Na pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal todos os serviços próprios municipais ficaram sob gestão municipal a partir de janeiro de 2008.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual estas ações estão contempladas nas Diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS" e "Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria".

Meta/Resultado Esperado

Atingir o índice de 100% de contratos por metas/ano.

Ações Estratégicas

Monitorar metas dos serviços "contratualizados".

Elaborar, monitorar e fiscalizar contratos e convênios.

Instrumentalizar os DRSs e municípios com minutas específicas para cada tipo de convênio ou contrato.

Elaborar de forma cooperada nos CGR instrumentos de avaliação e monitoramento dos contratos.

Credenciar, quando necessário, serviços em consonância com a regionalização, de acordo com critérios e necessidades priorizadas pelos Colegiados de Gestão Regional.

Monitorar e fiscalizar o cumprimento de critérios para credenciamento de serviços.

Monitorar e avaliar o funcionamento de consórcios intermunicipais junto aos Colegiados de Gestão Regional.

Implementar a avaliação e auditoria.

Avaliar e auditar sistemas municipais de saúde.

Elaborar normas técnicas complementares.

Garantir participação das Visas nas revisões e atualizações de contratos.

Revisar os convênios e contratos estabelecidos com os prestadores de serviços, assegurando a efetiva realização dos serviços credenciados, com garantia do pagamento pelos gestores aos prestadores, e transparência na prestação de contas e o compromisso de utilização de equipamentos adquiridos com recursos públicos pelos usuários SUS, através da extensão do programa de reestruturação e "contratualização" dos serviços de saúde sob gestões estadual e municipal. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 341.

Objetivo 4: Credenciar e habilitar serviços de média e alta complexidades.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, estas ações estão contempladas nas diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS" e "Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria".

Meta/Resultado Esperado

Credenciar e habilitar todos os serviços de média e alta complexidades, de acordo com as normas específicas.

Ações Estratégicas

Instruir os DRSs e municípios sobre a documentação necessária para o credenciamento/habilitação de serviços.

Identificar serviços de saúde que possam ser credenciados/habilitados.

Estabelecer, em conjunto com gestores municipais, pactuados nos CGRs e Comissão Intergestora Bipartite (CIB), requisitos para credenciamento/habilitação compatíveis, garantindo a qualidade da assistência prestada à população.

Apoiar o planejamento na escolha dos serviços que deverão compor as redes de assistência.

Definir parâmetros para priorizar credenciamentos/habilitações dentro dos recursos disponíveis, reduzindo desigualdades.

Objetivo 5: Apoiar o fortalecimento da gestão regional e municipal de saúde.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual estas ações estão contempladas nas diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS" e "Responsabilidades na Regionalização".

Metas/Resultados Esperados

Garantir que os CGRs sejam plenamente atuantes em todas as suas competências.

Garantir a participação técnica e politicamente qualificada do DRS nos CGRs.

Instituir parcerias atuantes para o apoio de 100% dos municípios e regiões em áreas estratégicas de gestão, planejamento, controle, regulação, auditoria, avaliação e gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde (FMS) até 2011.

Ações Estratégicas

Estabelecer parcerias para o desenvolvimento do processo de planejamentos regional e municipal em saúde.

Estabelecer parcerias para apoio aos municípios e regiões em áreas estratégicas de gestão, planejamento, controle, regulação, auditoria, avaliação e gestão financeira do FMS.

Promover curso de especialização em gestão pública de saúde para equipes dos DRSs e nível central SES.

Fortalecer a gestão estadual nos DRSs para exercer o papel de coordenador do sistema.

Ampliar e melhorar a infra-estrutura e capacidade de gestão dos DRSs para desenvolvimento das ações previstas no Plano.

Fornecer apoio técnico do DRS para capacitação de equipes no processo de planejamento municipal em saúde.

Garantir apoio técnico aos municípios das regiões na consolidação da gestão dos SUS, na implantação e reestruturação das políticas de saúde e no enfrentamento dos principais problemas e agravos de saúde, diagnosticados de forma participativa com os técnicos e gestores locais.

Incentivar a criação de consórcios municipais para otimização dos recursos nas áreas de auditoria SADT e consultas especializadas.

Instituir mecanismos de apoio à implantação e ao monitoramento do pacto pela saúde.

Objetivo 6: Desenvolver e incorporar novas metodologias nos processos de trabalho no âmbito do SUS/SP.

Metas/Resultados Esperados

Incorporar pelo menos uma nova metodologia para o processo de trabalho em cada área.

Manter a produção mensal de *Boletim Epidemiológico Paulista*.

Divulgar 100% da produção de conhecimento gerada nas diversas áreas.

Ações Estratégicas

Fomentar a produção de conhecimento com a finalidade de diversificar metodologias para o processo de trabalho em vigilância, prevenção e assistência à saúde.

Sistematizar e disseminar os conhecimentos produzidos nos serviços.

► **Aprimorar os Sistemas de Informação do SUS/SP.**

Os sistemas nacionais de informação do SUS abrangem a maior parte das informações necessárias à avaliação de condições de saúde e ao planejamento e avaliação de ações e serviços de saúde; entretanto, seguem uma lógica fragmentada e com baixo grau de padronização de procedimentos de obtenção e tratamento dos dados. Os sistemas relacionados a cadastros e produção de serviços são, em geral, atrelados ao pagamento e foram concebidos em uma lógica de controle financeiro, enquanto, por outro lado, há sistemas vinculados a programas de saúde verticalizados focados em determinado agravo ou grupo de risco.

Iniciativas como a constituição da Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa) e iniciativas de Estados e municípios buscam a compatibilização e padronização dos dados, tendo em vista o acesso com maior precisão e agilidade para os tomadores de decisão e a priorização de informações de saúde, segundo as necessidades de cada esfera de gestão e a transparência da gestão pública, visando o controle social.

Nesse sentido, a SES/SP vem desenvolvendo projetos como o Portal da Saúde e padronização de modelos de informatização de serviços de saúde.

A V Conferência Estadual de Saúde de 2007 dedicou especial atenção ao tema do sistema de informações em saúde, com propostas relevantes, que foram incluídas nas ações estratégicas do objetivo 7 deste eixo.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, estas ações estão contempladas nas Diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS".

Objetivo 7: Aprimorar o Sistema Estadual de Informações de Saúde.

Metas/Resultados Esperados

- Alimentar adequada e regularmente todos os sistemas nacionais de informação.
- Melhorar a qualidade de todos os sistemas nacionais de saúde.
- Implantar sistemas integrados.
- Aprimorar a divulgação de informações.

Ações Estratégicas

- Melhorar a alimentação e qualidade das informações dos sistemas nacionais de informação do SUS no Estado de São Paulo.
- Estabelecer parcerias para o desenvolvimento da integração entre os sistemas de informações em consonância com as demais esferas de governo.
- Criar comitê para acompanhamento e consistência das informações geradas, a fim de garantir: a uniformidade com a Política Nacional de Informação em Saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Cartão Nacional de Saúde (CNS) no Estado de São Paulo, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Serviço de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações da Atenção Básica - Saúde da Família (Siab) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Discutir a incorporação e padronização de informações de saúde bucal nos sistemas de informação do SUS, contemplando informações adicionais que colaborem no conhecimento da situação e gestão dos serviços e ações de saúde bucal.

Realizar pesquisas epidemiológicas relativas à saúde bucal nos municípios e regiões, de acordo com recomendações da OMS.

Implantar, promover e fortalecer mecanismos de sistematização de dados disponíveis e produzidos nos sistemas de informação em saúde existentes, que possibilitem o planejamento das ações e a disponibilização pública de dados. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 355.

Buscar assegurar recursos dos gestores para a implantação do cartão SUS em todos os municípios, adotando sistemas tecnológicos de informática viáveis e acessíveis, atendendo inclusive a população flutuante, agilizando cadastros, prontuários eletrônicos e integração de serviços. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 356.

Incentivar a integração das informações odontológicas e gerais no prontuário do paciente, incluindo ficha clínica, anamnese e demais documentos, sendo disponibilizados à equipe de saúde bucal, bem como aos demais profissionais, em todos os atendimentos, além de implantar e unificar os sistemas de informação com a inclusão da Saúde Bucal no Sistema de Informações da Atenção Básica através de ficha específica. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 186.

Inserir o quesito raça-cor nos sistemas onde a informação ainda não estiver disponível.

Monitorar a existência de equipe mínima municipal de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica para alimentação e desenvolvimento de ações e integração dos sistemas de informação, equipando adequadamente esses setores.

Assegurar o apoio técnico/atualizações quanto aos sistemas de informação de forma sistemática e periódica aos municípios.

Capacitar e ampliar recursos humanos dos DRSs para apoiar tecnicamente os municípios.

Integrar os Indicadores da Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAPVS) com o Sistema de Informações do Pacto pela Vida (Sispacto), evitando duplicidade de trabalho.

Implementar o Sistema de Informação Estadual de Vigilância Sanitária (Sivisa) com instrumentos que possibilitem análise e avaliação do setor pelos gestores estadual e municipais.

Criar manuais e protocolos para análise e interpretação dos indicadores com as ações previstas.

Promover nos âmbitos estadual, regionais e municipais a capacitação dos profissionais para operar todos os sistemas de informação do SUS.

Aperfeiçoar e atualizar os sistemas estaduais de informação.

Capacitar os gestores e equipes municipais e prestadores para que sejam melhoradas a alimentação e a qualidade das informações dos sistemas nacionais de informação do SUS no Estado de São Paulo.

Implementar o Sistema de Informação Estadual de Vigilância Sanitária (Sivisa) com instrumentos que possibilitem análise e avaliação do setor pelos gestores estadual e municipais.

Viabilizar junto ao MS a implantação efetiva do Cartão Único de Saúde, Cartão SUS.

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais juntamente com os CGRs e colegiado de gestão macrorregional, criando um sistema de informação para identificar mensalmente o município de origem dos pacientes atendidos com exames e consultas, possibilitando o acompanhamento da assistência dentro do mês de competência.

Incorporar informações de saúde bucal coletadas a partir de resoluções estaduais no sistema de informações.

Estimular a construção de banco de dados que inclua as informações de saúde bucal, contemplando informações adicionais às dos sistemas nacionais de informações.

► **Fortalecer o Planejamento Regional do SUS/SP.**

A função do planejamento regional é acompanhar, planejar, monitorar, capacitar e assessorar as regiões do Estado nas ações consideradas prioritárias para o aprimoramento do SUS, avaliando, inclusive, a qualidade e resolubilidade da Atenção Básica nos municípios e o desempenho dos sistemas municipais, para a correção de desvios e estímulo das ações adequadas.

O planejamento regional deve contribuir para maior racionalidade e eficiência do sistema, buscando a inversão da lógica de gastos dos recursos de saúde segundo a oferta para a de necessidade (há concentração de serviços onde há oferta e vazios que geram iniquidade).

Hoje, a SES conta com 17 DRSs, sendo uma das suas atribuições coordenar a regionalização, fortalecendo o planejamento no âmbito das regiões de saúde.

A elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008/2011 e construção dos termos de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, priorizando o processo ascendente e participativo a partir das regiões de saúde e colegiados de gestão regional favorecem o fortalecimento do planejamento de base regional.

Objetivo 8: Acompanhar, planejar, monitorar, capacitar e assessorar as regiões do Estado nos DRSs e CGRs.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, estas ações estão contempladas nas diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS", "Responsabilidades na Regionalização" e no "Planejamento".

Metas/Resultados Esperados

Atingir o índice de 100% das regiões de saúde acompanhadas.

Atingir o índice de 100% dos termos de compromisso de gestão municipal monitorados e ajustados a cada ano.

Monitorar ações estratégicas do PES nos seus desdobramentos regionais.

Ações Estratégicas

Avaliar a qualidade e resolubilidade da Atenção Básica e da vigilância em saúde nos municípios e o desempenho dos sistemas municipais, para correção de desvios e estímulo das ações adequadas.

Aperfeiçoar o planejamento, a racionalidade e eficiência do sistema, na busca da inversão da lógica dos gastos dos recursos de saúde em relação à oferta e necessidade de uma região.

Coordenar a realização da PPI de média e alta complexidades.

Implantar os sistemas regionais e macrorregionais de saúde no Estado, com atualização do PDR.

Atualizar o Plano Diretor de Investimento (PDI) no Estado.

Acompanhar a execução do Plano Diretor de Investimento no Estado.

Monitorar os termos de compromisso das gestões municipais nos CGRs e estadual.

► **Avaliar e monitorar o SUS/SP.**

A avaliação e o monitoramento são instrumentos da gestão que contribuem para a medida do impacto de políticas públicas e ações de saúde implantadas e correção de rumos. Para tanto, devem estar orientados pelos princípios do SUS e ainda pela qualidade da informação.

O monitoramento deve ser contínuo e em tempo eficaz para permitir uma rápida avaliação situacional e intervenção oportuna.

No Estado de São Paulo propõe-se a institucionalização da avaliação e monitoramento do SUS, a partir da Atenção Básica. De outra forma, o processo de acompanhamento e avaliação de contratos de serviços, apesar de já avançado, requer aperfeiçoamento e padronização.

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual do pacto, a SES comprometeu-se a desenvolver processos sistematizados de monitoramento e avaliação. O Relatório da V Conferência Estadual de Saúde apresenta várias propostas nesta área, conforme se apresenta nas ações estratégicas.

Objetivo 9: Aperfeiçoar os mecanismos de avaliação e monitoramento.

Metas/Resultados Esperados

Implantar sistema de monitoramento do PES.
 Implantar, até o final da gestão, a metodologia de avaliação e monitoramento do SUS/SP.
 Aprimorar o relatório de gestão estadual.

Ações Estratégicas

Elaborar e implantar o Sistema de monitoramento do PES.
 Criar mecanismos para integração dos instrumentos de gestão com vistas à correção de rumos.
 Melhorar a qualidade da informação através de sistemas locais e regionais.
 Estabelecer monitoramento contínuo para permitir uma rápida avaliação situacional e intervenção oportuna.
 Estabelecer parcerias para o desenvolvimento de metodologias de avaliação no SUS/SP.
 Implementar as ações de monitoramento, avaliação e auditoria do SUS, no sentido de produzir um conhecimento da realidade e intervir quando necessário, buscando contribuir para a qualificação da gestão no SUS, garantindo a disseminação das informações. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 324.
 Implementar sistemas de planejamento e avaliação de resultados, garantindo a continuidade e eficiência das ações entre as mudanças de governo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 336.
 Intensificar as supervisões técnico-administrativas junto às equipes municipais de Visa.
 Capacitar técnicos em metodologias de avaliação e monitoramento.

Objetivo 10: Manter e ampliar as ações de auditoria do Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde (GNACS), componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, estas ações estão contempladas nas diretrizes "Responsabilidades Gerais no SUS" e "Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria".

Metas/Resultados Esperados

Capacitar 100% dos auditores membros das Comissões Técnicas de Auditoria Regional (CTAR).

Estabelecer indicadores para monitoramento e avaliação.

Verificar 100 % dos hospitais de ensino "contratualizados".

Estabelecer cronograma para auditoria de gestão nos municípios do Estado de São Paulo.

Auditar 100% dos serviços que compõem as redes especializadas de assistência à saúde.

Auditar 100% das críticas dos sistemas de informações disponíveis.

Apurar 100% das demandas de outros órgãos das demais esferas do SUS.

Ações Estratégicas

Capacitar os Auditores Membros das Comissões Técnicas de Auditoria Regional.

Implantar e realizar auditoria nos hospitais de Ensino/Universitário previamente às avaliações trimestrais de metas pactuadas.

Auditar a gestão de municípios do Estado de São Paulo.

Auditar serviços que compõem as redes especializadas de assistência à saúde.

Auditar analiticamente as críticas dos sistemas de informações disponíveis (SIA-SIH/SUS, SIHD/SUS e outros).

Responder a demandas dos Ministérios Públicos Federal e Estadual, Controladoria Geral da União (CGU), Divisão de Auditoria (DIAUD) /SP, Denasus/MS, Gabinete do Secretário e outras.

Garantir equipe mínima no DRS com médico/enfermeiro.

Apoiar a realização de cursos de capacitação para as equipes de auditoria municipais.

Incentivar a efetivação do serviço de auditoria municipal.

Eixo III: Gestão da Educação e do Trabalho no SUS

Diretrizes Estratégicas:

- ▶ *Aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais do SUS/SP*
 - ▶ *Aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos do SUS/SP*
- ▶ **Aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais do SUS/SP.**

O objetivo geral da Gestão da Educação é propiciar a adequada qualificação dos trabalhadores do SUS, notadamente aqueles vinculados às esferas públicas estadual e municipal, com vistas à contínua melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à população.

A Gestão da Educação deve pautar-se pela ampliação da oferta e da facilidade de acesso aos processos educacionais por meio do incentivo ao uso de diferentes estratégias educacionais e de comunicação. A educação permanente aparece como estratégia privilegiada, por oferecer possibilidades de interação entre os serviços do SUS e os formadores. A humanização é um eixo transversal privilegiado na estratégia da educação permanente.

Objetivo 1: Garantir, por meio do apoio técnico da CRH, a Política de Educação Permanente em Saúde como eixo estruturante da Política de Desenvolvimento para o SUS no âmbito da SES, articulado a uma Instância Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar o número de profissionais qualificados na atenção à saúde, propiciando educação permanente nas diferentes áreas que integram a assistência.

Ampliar o número de gestores municipais e estaduais (regionais) qualificados, para garantir o aperfeiçoamento dos processos de gestão do SUS.

Ampliar o número de propostas de capacitação discutidas de maneira articulada entre as Coordenadorias da SES.

Fortalecer a Instância Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Garantir a educação permanente dos gestores municipais da Atenção Básica.

Realizar o ingresso qualificado de profissionais no serviço público estadual, capacitando-os nas diretrizes e princípios do SUS.

Implantar oito Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço no Estado de São Paulo (Cies).

Ações Estratégicas

Garantir a implementação da Política de Educação Permanente no Estado de São Paulo por meio do Plano Estadual de Educação Permanente do Estado de São Paulo.

Garantir a capacitação e qualificação dos profissionais da saúde tanto na atenção como na gestão em saúde em todos os níveis da assistência.

Propiciar fóruns de discussão e pactuação entre as Coordenadorias da SES para articulação, planejamento e definição de prioridades das propostas de capacitação.

Articular e reinstaurar, por meio da CRH, uma Instância Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS, formada por representantes das instâncias regionais, por gestores e técnicos (estaduais e municipais) indicados pela CIB.

Garantir a educação permanente dos gestores municipais da Atenção Básica.

Viabilizar a participação em congressos e outros eventos visando a qualificação e atualização técnica dos profissionais da SES, considerando as necessidades e os recursos disponíveis.

Fortalecer o papel dos centros de formadores da educação permanente para profissionais dos diversos níveis de atenção a saúde.

Oferecer assessoria na estruturação das propostas de formação e desenvolvimento para o SUS.

Incentivar a participação do CDQ SUS das escolas técnicas e demais segmentos afins nas proposições de educação permanente em saúde.

Manter o fortalecimento de Educação Profissional de Nível Técnico em saúde através do Centro de Formação de Recursos Humanos (Cefor)/Secretaria de Estado de Saúde (SES). Promover cursos na área de gestão. Promover a Política de Educação Permanente e outras modalidades de educação em saúde para profissionais que atuam nas diferentes áreas que integram a Atenção Básica em saúde.

Garantir por meio do apoio técnico da CRH a Política de Educação Permanente em Saúde, como eixo estruturante da Política de Desenvolvimento para o SUS no âmbito da SES e das secretarias municipais de saúde.

Propiciar fóruns de discussão e pactuação entre os municípios para articulação, planejamento e definição de prioridades das propostas de capacitação da região.

Apoiar os municípios na implantação das atividades de educação permanente e de seus centros de formação, quando houver.

Criar parcerias com universidades para implementação da educação permanente nas áreas de gestão, assistência e vigilância em saúde no SUS.

Estimular as articulações regionais para implantação e implementação do Plano de Educação Permanente.

Oferecer cursos de qualificação nas regiões de saúde visando maior participação dos profissionais.

Promover oficinas de capacitação técnica à equipe de saúde dos municípios para a realização de oficinas de educação em saúde junto à população, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade de HIV/Aids, a transmissão vertical do HIV e a transmissão de outras DST.

Parcerias com universidades públicas para disponibilizar cursos de especialização em Visa para os técnicos da rede pública.

Capacitar os profissionais de Visa para inspecionar bancos de leite materno.

Parcerias com universidades públicas para disponibilizar cursos de especialização e aperfeiçoamento para os profissionais da saúde bucal da rede pública.

Promover curso de capacitação para a implementação da educação permanente em saúde nos municípios.

Garantir, por meio do apoio técnico da CRH, a Política de Educação Permanente em Saúde como eixo estruturante da Política de Desenvolvimento para o SUS no âmbito da SES.

Investir na qualificação dos profissionais na área da saúde coletiva. Proposta DRS Sorocaba.

Articular e participar, por meio da CRH, das políticas regulatórias e mudanças no campo da formação técnica, graduação e da especialização das profissões de saúde.

Apoiar, participar da formulação e promoção dos processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos necessários e adequados à política de educação permanente no âmbito da gestão estadual do SUS.

Articular junto aos gestores municipais e estadual, o levantamento das necessidades/demandas de formação/desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Desenvolver processos educativos para a docência (Formação dos Formadores), para os profissionais das redes de serviço de saúde e/ou outros, inclusive para os de nível universitário, estabelecendo parcerias intersetoriais.

Viabilizar a participação em congressos, cursos e outros eventos visando a qualificação e atualização técnica dos profissionais estaduais.

Capacitar médicos e enfermeiros em urgência e emergência.

Instituir mecanismos que facilitem a participação (financeiros e liberação do dia de trabalho).

Articular projetos de formação, capacitação e educação continuada e permanente que incluam a equipe de saúde bucal nos Pólos de Educação Permanente.

Incluir processos de capacitação sobre auditoria para os representantes da saúde bucal nas DRSs.

Incentivar processos de capacitação das equipes de saúde bucal na utilização de protocolos clínicos, de especialidades e de regulação.

Estimular a condução de processos de capacitação da equipe de saúde bucal na utilização de critérios de risco de doenças bucais.

Identificar necessidades de complementação de processos formadores para a equipe de saúde bucal, além dos contemplados pelos Pólos de Educação Permanente.

Viabilizar processos de capacitação para a equipe de saúde bucal com enfoque no uso de equipamentos de proteção contemplados nas "Precauções-Padrão".

Incentivar a condução de formação de pessoal de nível técnico (THD e ACD) nos centros formadores.

Envolver profissionais de saúde bucal de outras secretarias estaduais, além da saúde, em processos de capacitação.

Priorizar municípios com dificuldades técnicas e operacionais na condução de pesquisas científicas em serviços de saúde, incluindo as epidemiológicas. Proposta DRS Marília.

Incentivar processos de capacitação das equipes de Atenção Básica para a utilização de protocolos clínicos, de utilização de critérios de risco de doenças e de encaminhamento para especialidades, de entendimento e integração aos processos de regionalização.

Qualificar os trabalhadores de saúde nos processos de trabalho para incorporar os saberes de vigilância sanitária e o enfoque de risco sanitário nos serviços de atenção à saúde do SUS, visando o princípio da integralidade.

Incentivar a condução de formação de pessoal de nível técnico (THD e ACD) nos centros formadores.

Manter e ampliar programas permanentes de formação de níveis médio e básico (ex.: ACD, THD e ACS).

Estabelecer uma política de educação permanente para a área de saúde mental de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, com supervisão e avaliação contínuas, que contemple a formação das equipes de PSF e UBS para atenção em saúde mental. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 160.

Capacitar trabalhadores para garantir a implantação dos programas de saúde da mulher, do homem e do adolescente e seus protocolos, introduzindo-os na Atenção Básica sobre a ótica da educação permanente em saúde através da problematização, envolvendo profissionais de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 362.

Promover a educação permanente em saúde considerando os grupos populacionais específicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 461.

Articular os espaços instituídos em níveis municipais, regionais e estaduais à implementação da educação permanente em saúde como estratégia de formação para os trabalhadores, gestores e usuários, abrangendo Estatutos da Criança, do Adolescente e do Idoso. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 463.

Realizar o ingresso qualificado de profissionais no serviço público, em todas as esferas de governo, capacitando-os nas diretrizes do SUS e nos princípios da humanização. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 466.

Intensificar os cursos de qualificação profissional para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 471.

Garantir e incentivar a formação dos trabalhadores do SUS, em especial nas áreas prioritárias, para o funcionamento do sistema, utilizando os princípios de educação permanente e tendo as escolas de governo como equipamento fundamental para implementação desse processo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 472.

Implantar um sistema de avaliação periódica atrelada a processos de capacitação dos profissionais de saúde para melhoria do atendimento. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 476.

Estudar proposta conjunta com a Secretaria da Educação para ampliação do programa de atendimento às crianças do Ensino Infantil e Fundamental com profissionais das áreas de Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Serviço

Social e implantar programa de educação continuada em saúde do adolescente, com financiamento específico, a ser desenvolvido junto aos professores do Ensino Fundamental e Ensino Médio, com a finalidade de transformar esses profissionais em multiplicadores e realizar programas preventivos conjuntos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 81.

Garantir financiamento para a gestão do trabalho e da educação no Estado e municípios, os quais nem sempre recebem recursos para capacitações ou mesmo dispõem destes para levar seus profissionais para cursos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 316.

Implantar e concretizar uma política de valorização e motivação dos trabalhadores da saúde, com parâmetros definidos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 450.

Incentivar a educação permanente dos trabalhadores da saúde, educação e assistência social para formação de multiplicadores de ações educativas e intersetoriais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 458.

Disponibilizar vagas para participação dos profissionais da saúde em cursos e congressos proporcionais ao número de profissionais da unidade criando condições para não prejudicar o atendimento. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 459.

Realizar convênios entre o Governo e as instituições de ensino para implementação de atividades de educação permanente nos equipamentos das secretarias de saúde através de estágios remunerados ou não, sob supervisão docente. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 460.

Apoiar as iniciativas de educação popular, formação em saúde, capacitação e educação permanente que sejam de caráter regional, com participação da população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 464.

Objetivo 2: Apoiar e fortalecer os DRSs, por meio da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) / Grupo de Seleção e Desenvolvimento em Recursos Humanos - para construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, considerando o cenário de cada região.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar o número de profissionais qualificados nos DRSs.

Ampliar a participação e integração dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS) dos DRSs, das instituições de ensino regionais e das escolas técnicas nas instâncias de educação permanente no Estado.

Ações Estratégicas

Garantir a capacitação e qualificação dos profissionais da saúde dos DRSs.

Definir com os DRSs, a partir da implantação dos Colegiados de Gestão Regionais, a área de abrangência dos Cefor/ETSUS.

Facilitar a integração dos Centros de Desenvolvimento dos DRSs, das institui-

ções de ensino regionais e das escolas técnicas nos colegiados de gestão regional. Capacitar permanentemente a equipe regional nas ações desenvolvidas e nas que venham a ser implantadas pela SES.

Apoiar e fortalecer os DRSs, por meio da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) / Grupo de Seleção e Desenvolvimento em Recursos Humanos para construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, considerando o cenário de cada região.

Articular e participar, por meio da CRH, das políticas regulatórias e mudanças no campo da formação técnica, graduação e da especialização das profissões de saúde.

Apoiar e fortalecer os DRSs, por meio da CRH - Grupo de Seleção e Desenvolvimento em Recursos Humanos, para construção do plano regional de Educação permanente em saúde, considerando o cenário de cada região.

Garantir a qualificação da equipe técnica do DRS, para o fortalecimento da gestão estadual e apoio para a gestão municipal. Proposta DRS Taubaté.

Implantar Centro de Formação de Recursos Humanos para saúde nos departamentos regionais de saúde.

Qualificar a equipe técnica do DRS para gestão e atualização das técnicas pedagógicas através da SES e CRH.

Apoiar e fortalecer o DRS por meio da CRH - SES para construção do plano regional de educação permanente em saúde.

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde (formação inicial e formação técnica de nível médio), com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

Articular o processo de vinculação dos municípios às referências e diretrizes do processo de formação e desenvolvimento, estabelecido pela SES e pelo MS.

Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre eles (na definição das sedes para o funcionamento das classes descentralizadas), para os processos de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação para os processos de formação, nos termos da legislação de ensino vigente, de acordo com as necessidades do SUS.

Construir coletivamente com atores envolvidos no processo educativo, para estabelecimento de perfis de conclusão, estruturação de currículos e dimensões da aprendizagem nos aspectos conceitual, técnico, ético e político, metodologia a ser adotada e critérios de avaliação do processo ensino-aprendizagem.

Aprimorar mecanismos de monitoramento e avaliação dos cursos instalados.

Instrumentalizar os profissionais de saúde das regionais que atuam como apoiadores técnicos junto aos municípios.

Promover capacitação aos técnicos dos DRSs em diferentes áreas.

Proporcionar a formação técnica de agentes comunitários de saúde pelos centros formadores para atuação junto às equipes de saúde da família.

Formar novos agentes comunitários de saúde em nível técnico.

Concluir a segunda e terceira etapas do curso de formação de ACS iniciadas em 2005.

Viabilizar a participação em congressos, cursos e outros eventos, visando a qualificação e atualização técnica dos profissionais estaduais. Proposta DRS Bauru.

Instituir mecanismo que facilitem a participação (financeira e liberação do dia de trabalho).

Qualificar e instrumentalizar os gestores municipais de saúde dos DRSs.
 Desenvolver, através do DRS, cursos de capacitação, de acordo com as estratégias de educação permanente para gestores municipais. Proposta DRS Bauru.
 Fortalecer a parceria dos gestores municipais e estaduais como função estratégica na consolidação do SUS.
 Implantar práticas de gestão que proporcionem o desenvolvimento das equipes de saúde dos municípios.
 Capacitar os profissionais dos DRSs em informática básica e avançada.

Objetivo 3: Articular e participar, por meio da CRH, das políticas regulatórias e mudanças no campo da formação técnica, graduação e da especialização das profissões de saúde.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar a integração nos fóruns de saúde e educação com foco nas adequações dos processos de graduações técnica, profissional e superior das profissões de saúde.
 Ampliar a proposição e execução de formação técnica em saúde.

Ações Estratégicas

Integrar e pactuar com o Conselho Estadual de Saúde/Educação nos processos de formação, de acordo com as necessidades do SUS.
 Intensificar o potencial para formação técnica em diferentes especificidades, pelas Escolas Técnicas do SUS e respectivo potencial de parcerias loco-regionais.
 Incorporar novas tecnologias na preparação/adequação de material didático para construção de novos currículos para educação profissional em saúde.
 Proporcionar cursos de especialização em saúde pública e áreas afins para funcionários estaduais, visando sua qualificação.
 Estabelecer parcerias com órgão formador para realização dos cursos.
 Valorizar e ampliar a Educação Permanente em Saúde como estratégia metodológica privilegiada para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) pautada na realidade loco-regional, necessidades, diversidades e populações vulneráveis. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 468.
 Garantir cursos de formação ligados às escolas técnicas do SUS, de forma descentralizada e de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, para as categorias profissionais relevantes à reorganização do processo de trabalho em saúde (agente comunitário de saúde, auxiliar e técnico de farmácia, auxiliar e técnico de enfermagem, atendente de consultório dentário, técnico de higiene dental e técnico de vigilância à saúde), visando melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 474.

Objetivo 4: Estimular e acompanhar a Política de Humanização na atenção e gestão nos serviços de saúde da SES.

Meta/Resultado Esperado

Ampliar a educação permanente em humanização para todos os trabalhadores envolvidos com a política de humanização e os demais interessados.

Ações Estratégicas

Capacitar/qualificar, através da educação permanente em humanização, os trabalhadores da saúde dos grupos de trabalho em humanização dos serviços de saúde da SES e dos núcleos de humanização e qualidade de vida dos DRSS.

Capacitar/qualificar, através da Educação Permanente em Humanização, os trabalhadores da saúde dos grupos de trabalho em humanização dos serviços de saúde da SES e dos Núcleos de humanização e qualidade de vida dos DRSS.

Estimular e acompanhar a política de humanização na atenção e gestão nos serviços de saúde da SES.

Capacitar todos os profissionais do SUS para a humanização, atualização e modernização de equipamentos e aprendizado dos serviços, por meio de educação permanente e continuada, com alocação de recursos específicos, com foco no acolhimento, respeito às diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 400.

Inserir nas disciplinas de saúde pública, epidemiologia e programas de aproximação à prática profissional conteúdos referentes às políticas de saúde e humanização do SUS, para a formação de profissionais da saúde dos níveis técnico e superior. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 465.

Realizar o ingresso qualificado de profissionais no serviço público, em todas as esferas de governo, capacitando-os nas diretrizes do SUS e nos princípios da humanização. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 466.

Implantar a proposta de parceria interinstitucional, otimizando custos, viabilizando e formalizando núcleos de educação permanente, em nível regional, para garantir a política pública de humanização, pactuada nos colegiados de gestão. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 475.

Objetivo 5: Implantar a modalidade de Educação à Distância (EAD) no âmbito da SES, a partir de coordenação da CRH.

Meta/Resultado Esperado

Executar amplamente o projeto de implantação da EAD construído pela CRH.

Ações Estratégicas

Garantir a formação da equipe técnica (docente e operacional) no nível central da SES para a implantação da estratégia da EAD no âmbito da SES
 Desenvolver a modalidade de Educação à Distância sob a coordenação da CRH.
 Garantir a formação mínima necessária da equipe técnica (docente e operacional) no nível central da SES para a implantação da estratégia da EAD no âmbito da SES.
 Implantar a modalidade de Educação à Distância (EAD) no âmbito da SES, a partir de coordenação da CRH.

Objetivo 6: Manter e qualificar os programas de residência médica, os programas de aprimoramento profissional e estágios.

Meta/Resultado Esperado

Realizar oficinas de discussão entre os supervisores, preceptores e tutores dos programas.

Ações Estratégicas

Promover a qualificação dos supervisores, preceptores e tutores.
 Trabalhar de forma ampliada programas de aprimoramento profissional, de acordo com as necessidades loco-regionais.
 Manter e qualificar os programas de residência médica, os programas de aprimoramento profissional e estágios.

Objetivo 7: Investir na qualificação dos profissionais na área da saúde coletiva.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar o número de bolsas de estudo de Especialização para os profissionais da SES.
 Manter as bolsas de mestrado profissionalizante para os profissionais da SES.
 Realizar pelo menos dois cursos de especialização até 2009.

Ações Estratégicas

Manter o financiamento de bolsas para o Mestrado Profissionalizante em saúde coletiva.

Implementar o curso de especialização na Área da Saúde Coletiva.

Desenvolver qualificação dos profissionais na área da saúde coletiva. Investir na área de saúde coletiva nas universidades para que se garanta a formação de qualidade e mais próxima da realidade do SUS para todos os profissionais de saúde e promova cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família com intercâmbio interinstitucional entre secretarias municipais de Saúde, SES e as universidades públicas e privadas, como também capacitação permanente para os outros profissionais que integram a equipe da estratégia da saúde da família. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 467.

► **Aprimorar a gestão do trabalho para valorizar os recursos humanos do SUS/SP.**

A gestão estadual do trabalho pauta-se pelos princípios gerais de desprecarização da força de trabalho em saúde e pela sua valorização, uma vez que esta força de trabalho é elemento-chave para a efetiva implementação dos princípios que orientam o SUS.

Os serviços do SUS devem pautar-se pela humanização das relações de trabalho, que compreende o estímulo à negociação do trabalho, envolvendo a criação e o fortalecimento de espaços de negociação entre gestores e trabalhadores, e a organização dos ambientes de trabalho que atendam à perspectiva da melhoria da qualidade de vida e ambiente profissional.

Objetivo 8: Assegurar boas condições de trabalho aos servidores do Sistema Único de Saúde.

Meta/Resultado Esperado

Apoiar a implantação e o fortalecimento de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e da Comissão de Saúde do Trabalhador (Comsat) na totalidade das instituições hospitalares e nos Departamentos Regionais de Saúde

Ações Estratégicas

Fortalecer as ações em saúde do trabalhador previstas nas normas regulamentadoras contidas na legislação do trabalho, na totalidade de instituições da Secretaria Estadual de Saúde.

Fortalecer a mesa permanente de negociação para as questões referentes à gestão do trabalho na SES.

Incentivar maior participação dos profissionais nos canais formalmente instituídos, principalmente nas mesas de negociação do SUS.

Desenvolver ações que assegurem as boas condições de trabalho dos servidores do DRS.

Criar e incentivar as mesas de negociação do trabalho no SUS.

Assegurar boas condições de trabalho aos servidores do Sistema Único de Saúde.

Promover educação permanente para gestores estaduais e municipais na gestão do trabalho.

Criar uma comissão permanente de negociação para as questões referentes à gestão de trabalho na SES para questões referentes ao segmento dos servidores de saúde dos serviços públicos (em caráter permanente e formação paritária com representantes dos trabalhadores de saúde, representações de trabalhadores e gestores eleitos pelos mesmos e estabelecimento da política salarial para os trabalhadores da saúde). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 448.

Incluir os departamentos técnicos pertinentes às áreas para avaliação e elaboração de editais para concursos públicos e avaliação do perfil profissional na contratação e processo seletivo de Recursos Humanos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 434.

Conceder o adicional de insalubridade para todos os trabalhadores da saúde, inclusive para os agentes de apoio que trabalham em DST/AIDS em obediência à NRs 09, 15 e 32 e que, posteriormente, seja incorporada aos proventos na aposentadoria, como os agentes comunitários de saúde, agentes de saúde e correlatos que ficam expostos a inúmeras patologias e os riscos físicos, químicos e biológicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 455.

Fortalecer a gestão do trabalho no nível estadual, tornando-a como área estratégica, assegurando recurso financeiro fundo a fundo para esse fim com ampliação de recursos federais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 442.

Garantir no quadro de RH Reserva Técnica de Profissionais da Saúde, visando cobrir férias, licenças e outros afastamentos previstos em Lei. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 443.

Implantar uma política gerencial que possibilite aos funcionários participar da dinâmica do trabalho, aproveitando e valorizando os profissionais, permitindo seu crescimento e a melhoria do serviço, além de garantir relações pautadas no respeito mútuo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 451.

Criar comissão de análise e prevenção de acidentes de trabalho nos serviços de saúde, conjuntamente com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa), Comissão de Saúde do Trabalhador (Comsat), sindicato da categoria e Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 456.

Estudar proposta de regulamentação da jornada de trabalho especial de 30 horas semanais para os trabalhadores. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 444.

Objetivo 9: Estimular a redução de vínculos precários e informais em todos os serviços do Sistema Único de Saúde.

Meta/Resultado Esperado

Realizar oficinas destinadas a gestores de saúde, com o objetivo de ressaltar a importância da contratação por vínculos formais, discutir alternativas de gestão, assim como as consequências de contratações por vínculos informais e precários.

Ações Estratégicas

Incentivar a prática de vínculos empregatícios formais nos serviços próprios e contratados pelo SUS.

Capacitar e difundir junto aos municípios as formas e critérios de contratação dos ACS.

Estimular a redução de vínculos precários e informais em todos os serviços do Sistema Único de Saúde.

Construir junto com os municípios uma política de gestão para os trabalhadores municipalizados.

Estimular a redução de vínculos precários e informais em todos os serviços do Sistema Único de Saúde.

Reforçar o papel da saúde ocupacional nos municípios.

Desprecarizar o trabalho na saúde e apoiar o Ministério do Trabalho na fiscalização das empresas para que não haja funcionários sem vínculo empregatício e retomar os concursos públicos com cargos efetivos, com apoio do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 432.

Contratar funcionários através de concursos públicos como único meio de ingresso, cumprir as sanções administrativas previstas em lei e instituir política de recursos humanos, com a participação e amplo debate com todos os segmentos do controle social e as três esferas do Governo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 435.

Objetivo 10: Produzir conhecimento que contribua para a melhor gestão de Recursos Humanos no âmbito do SUS.

Meta/Resultado Esperado

Realizar estudo acerca de Recursos Humanos, enfocando dois eixos temáticos:

- a formação de profissionais para o SUS e mercado de trabalho em saúde;
- a gestão de recursos humanos no SUS.

Ações Estratégicas

Incentivar estudos direcionados para a formação e gestão de Recursos Humanos no SUS.

Instituir mecanismos de monitoramento e avaliação da gestão do trabalho no SUS.

Produzir conhecimento que contribua para melhor gestão de Recursos Humanos no âmbito do SUS.

Caracterizar o perfil dos servidores estaduais dos DRSs e dos profissionais que atuam nas unidades de saúde dos municípios de cada região.

Instituir mecanismos de monitoramento e avaliação da gestão do trabalho no SUS.

Produzir conhecimento que contribua para a melhor gestão de Recursos Humanos no âmbito do SUS.

Estudar a inclusão nos quadros de pessoal do laboratório de anatomia patológica, profissional adequado, para ações de coletas de material e outras ações de diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 437.

Estudar as possibilidades de implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), incluindo a pactuação junto às esferas municipais, estaduais e federal, de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB)/Recursos Humanos (RH) Sistema Único de Saúde (SUS). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 439.

Estudar as possibilidades de estabelecer, para todos os trabalhadores da saúde, PCCS, prevendo reajuste anual de salários (política salarial) com isonomia e disciplinando a jornada de trabalho de 30 horas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 440.

Estudar a inclusão nas carreiras típicas de Estado, dos trabalhadores das vigilâncias em saúde, em particular da vigilância sanitária, com acesso garantido por concurso público, com processo de formação e qualificação de forma permanente. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 303.

Estabelecer os critérios para avaliação funcional sistematizada desde o estágio probatório para os trabalhadores da saúde, incluindo os aspectos de valorização do resultado de equipe (metas da unidade), condições de trabalho e aperfeiçoamento profissional. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 452.

Estudar a situação de remuneração dos servidores municipalizados. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 436.

Incentivar as iniciativas públicas e não-públicas que produzam conhecimento de interesse da saúde da população que produzam inovações a custo baixo para aquisição pelo SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 477.

Eixo IV: Redução da Mortalidade Infantil e Materna

Diretrizes Estratégicas:

- *Reduzir a mortalidade infantil.*
- *Reduzir a mortalidade materna.*

➤ **Reduzir a mortalidade infantil.**

A atenção com a morte infantil na agenda de saúde pública do Brasil é tradicionalmente utilizada como indicador de qualidade de vida e de saúde de uma dada população.

No Estado de São Paulo, embora os indicadores deste tipo de evento registrem valores bem mais baixos que no restante do Brasil, as taxas de mortalidade encontradas ainda são bastante superiores a de países desenvolvidos, demonstrando a necessidade de atenção e medidas específicas do setor saúde para influir em suas causas. Informações sobre a situação da mortalidade infantil no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Indicadores de Saúde, subitem Mortalidade Infantil.

Da mesma forma, deve-se considerar para grandes diferenças inter-regionais e intermunicipais, buscando sempre a elaboração de estratégias para redução das desigualdades, que abarquem os riscos diferenciados.

Objetivo 1: Reduzir a mortalidade infantil.

Meta/Resultado Esperado

Reduzir a mortalidade infantil em pelo menos 10% no Estado de São Paulo no quadriênio.

Ações Estratégicas

Detectar e reduzir as desigualdades regionais na atenção à saúde infantil.
Priorizar municípios com mortalidade infantil acima dos coeficientes do Estado.
Qualificar a atenção hospitalar às urgências neonatais.

Promover capacitações para qualificar a assistência ao recém-nascido (curso de reanimação neonatal, curso de humanização da assistência ao parto e ao nascimento), especialmente a assistência ao recém-nascido, que necessite de cuidados intensivos e/ou especiais.

Manter e incrementar os programas de pré-natal e do bebê de risco com o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal precoce e reativar o funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, tendo em vista as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis e fetais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 117.

Melhorar a qualidade de assistência à gestante, criança e puérpera, com a implantação do serviço de pré-natal de alto risco de referência regional com capacitação de médicos e enfermeiros do PSF para detecção do problema. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 71 e 117.

Promover campanhas de divulgação sobre a importância do pré-natal pela TV e rádio. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 71 e 117.

Apoiar tecnicamente os municípios para melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido, à criança durante o primeiro ano de vida e para o fortalecimento da rede de assistência aos bebês egressos dos serviços de neonatologia, garantindo o monitoramento dessas crianças nos dois primeiros anos de vida. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 71 e 117.

Promover o estabelecimento da rede de atenção ao recém-nascido doente.

Qualificar o setor de transporte do recém-nascido doente.

Detectar e reduzir desigualdades regionais nos mecanismos de triagem neonatal, garantindo a formação de uma rede de assistência aos casos diagnosticados e a qualificação dos profissionais para triagem e encaminhamento adequado.

Acompanhar e qualificar a cobertura vacinal destas crianças.

Estudar a inclusão de novos imunobiológicos no calendário vacinal.

Garantir o direito ao acompanhante nas internações infantis e monitorar o cumprimento das leis.

Implantar e/ou implementar imunização nas maternidades, garantindo a vacinação para hepatite B e BCG.

Inspecionar e monitorar estabelecimentos ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares com atendimento às gestantes e crianças (maternidades, centros de parto normal, Berçários, UTI adulto e neonatal, cuidados intermediários, UBSs, USFs e Clínicas/consultórios obstétricos e laboratórios).

Ampliar leitos de UTI neonatal para o atendimento SUS de acordo com o perfil da morbimortalidade infantil e serviços na área hospitalar de gestação de alto risco.

Sensibilizar a população em relação à importância do parto normal e consequente diminuição da cesárea (campanhas de sensibilização anual, uso de analgesia e Campanha Estadual "Evite a Primeira Cesárea").

Fortalecer os programas de incentivo ao aleitamento materno com implantação de postos de coleta e distribuição de leite materno nos diversos hospitais "contratualizados", vinculados aos bancos de leite materno de cada região.

Desenvolver estratégias (seminários/oficinas intersetoriais) para redução e/ou acompanhamento integral da gravidez na adolescência para redução do risco associado.

Incentivar as ações intersetoriais relativas à redução das mortalidades infantil e materna nas esferas estadual, regionais e municipais.

Elaborar e implantar instrumentos de informações para monitoramento da morbimortalidade neonatal na rede hospitalar.

Regular e dar vigilância aos recém-nascidos de riscos, egressos dos serviços de neonatologia.

Monitorar as maternidades conveniadas ao SUS, quanto à assistência ao parto humanizado.

Incentivar/instruir a implantação do Método Mãe Canguru nas maternidades de referência.

Implantar estratégias de atenção à criança vitimizada (violência contra crianças).

Garantir a atenção prioritária à desnutrição infantil grave, instituindo a notificação obrigatória e dar assistência prioritária em todos os níveis de atenção do SUS.

Implantar ações programáticas para o enfrentamento dos problemas respiratórios, de forma a garantir atendimento, medicação e controle ambiental.

Objetivo 2: Atenção ao nascimento - oferecer atenção qualificada e pautada na humanização da assistência.

Metas/Resultados Esperados

Qualificar a assistência ao recém-nascido.

Ampliar e qualificar a rede de assistência ao recém-nascido.

Ações Estratégicas

Sensibilizar gestores, profissionais e usuárias para a importância do pré-natal para a saúde do bebê. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 71.

Qualificar a atenção ao pré-natal, promovendo campanhas e capacitações para gestores, profissionais e usuários. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 71.

Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da assistência pré-natal. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 71.

Detectar e reduzir desigualdades regionais na assistência ao parto e na recepção do recém-nascido (assistência ao recém-nascido). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 108.

Apoiar tecnicamente os municípios para melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 108.

Promover capacitações para qualificar a assistência ao recém-nascido (curso de reanimação neonatal, curso de humanização da assistência ao parto e ao nascimento). Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 108 e 117.

Garantir o direito ao acompanhante e monitorar o cumprimento das leis.

Apoiar os municípios na detecção e redução das desigualdades regionais na assistência ao recém-nascido de baixo peso. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 117.

Implantar e/ou implementar o MMC nos 34 serviços do Estado (administrações direta e indireta). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 117.

Incentivar e qualificar as equipes de neonatologia para trabalharem nesse modelo de assistência em todo o Estado. Proposta do DRS Barretos.

Apoiar técnica e financeiramente o Centro de Referência Estadual

Reativar a Comitê Técnico Estadual do MMC.

Fortalecer a rede de assistência aos bebês egressos dos serviços de neonatologia. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 117.

Apoiar técnica e financeiramente a ampliação dessa rede na atenção primária.

Apoiar os municípios no monitoramento dessas crianças nos dois primeiros anos de vida.

Qualificar os municípios para a cobertura vacinal dessas crianças.

Detectar e reduzir desigualdades regionais na assistência ao recém-nascido que necessite de cuidados intensivos e/ou especiais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 117.

Priorizar municípios com coeficiente de mortalidade neonatal acima dos coeficientes do Estado.

Qualificar atenção hospitalar às urgências neonatais.

Promover o estabelecimento da rede de atenção ao recém-nascido doente.

Qualificar o setor de transporte do recém-nascido doente.

Detectar e reduzir desigualdades regionais nos mecanismos de triagem neonatal.

Apoiar técnica e financeiramente a formação de uma rede de assistência aos casos diagnosticados na triagem.

Qualificar os profissionais para triagem e encaminhamento adequado.

Objetivo 3: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Meta/Resultado Esperado

Aumentar a prevalência de aleitamento materno no Estado de São Paulo.

Ações Estratégicas

Aumentar o número de municípios que participam do monitoramento de prevalência e aleitamento materno no Estado de São Paulo realizado pelo Instituto de Saúde ("Amamentação e municípios").

Aumentar em 30% a rede de bancos de leite humano do Estado de São Paulo.

Aumentar o número de hospitais habilitados como "Hospital Amigo da Criança".

Constituir o comitê estadual de aleitamento materno.

Apoiar e incentivar os hospitais para que se habilitem como "Hospital Amigo da Criança".

Apoiar tecnicamente os hospitais para que cumpram a Portaria nº. 756.

Promover e apoiar fóruns de discussão sobre aleitamento materno.

Qualificar as 34 maternidades estaduais (administrações direta e indireta) para o

cumprimento dos "10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno".

Incentivar e apoiar a criação de redes de apoio à amamentação nas comunidades.

Detectar e reduzir desigualdades regionais no acesso a bancos de leite humano.

Apoiar técnica e financeiramente a implantação e implementação de bancos de leite humano e postos de coleta em regiões com coeficientes de mortalidade infantil acima do coeficiente do Estado.

Apoiar técnica e financeiramente os centros de referência estaduais.

Incentivar o aumento de centros de referência do Estado na perspectiva das regiões de saúde, ampliando o acesso dos municípios a estes centros de excelência.

Apoiar técnica, política e financeiramente o Congresso Estadual de Bancos de Leite Humano, como evento oficial de divulgação e compartilhamento dessa tecnologia.

Apoiar a atenção primária no fortalecimento da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da qualidade da assistência aos bebês e suas mães durante a amamentação.

► **Reduzir a mortalidade materna.**

Algumas ações para redução da mortalidade infantil também se prestam para a redução da mortalidade materna, a exemplo da melhoria de qualidade do pré-natal. Deve-se considerar que a mortalidade materno-infantil não depende exclusivamente do setor saúde, sendo ocasionada por complexo conjunto de fatores de caráter social (desigualdades de acesso à renda, educação, habitação e alimentação, entre outras), mas que o setor saúde pode influir positivamente na redução da mortalidade com ações específicas realizadas por serviços e programas de saúde, que envolvem o atendimento da mulher e da criança tanto na atenção primária, como na atenção de maior complexidade.

Informações sobre a situação da mortalidade materna no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Indicadores de Saúde, subitem Mortalidade Materna.

Objetivo 4: Reduzir a mortalidade materna.

Meta/Resultado Esperado

Reduzir a mortalidade materna em 30% em todos os municípios com taxas

superiores a 50/100 mil nascidos vivos (NV).

Ações Estratégicas

Detectar e reduzir as desigualdades regionais na atenção à saúde das mulheres em idade fértil.

Priorizar municípios com morte materna acima de 50 óbitos/100 mil nascidos vivos.

Qualificar a atenção hospitalar às urgências obstétricas e avaliar os serviços prestados.

Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e ao puerpério e melhorar as condições de atendimento das maternidades já existentes nos municípios de pequeno porte e fazer parcerias entre os municípios vizinhos (com apoio do Governo do Estado) para construção de maternidade com ampliação de número de leitos e melhoria de infra-estrutura dos hospitais-maternidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 108.

Ampliar a oferta de atenção especializada ambulatorial à gestação de alto risco nas regiões de saúde do interior do Estado com dificuldade no acesso aos cuidados especializados para gestação de alto risco.

Implementar ações do Comitê Estadual e dos Comitês dos Departamentos Regionais de Saúde para a investigação das mortes maternas, infantis e natimortos com foco na redução das mortes evitáveis.

Ampliar o acesso à anticoncepção, ampliando a oferta de contraceptivos e de laqueaduras e vasectomias através do SUS, incluindo a contracepção de emergência.

Implementar ações e projetos de intervenção sanitária, visando a melhoria da qualidade do serviço prestado pelos bancos de leite materno e pelos estabelecimentos com regime de internação hospitalar de gestantes e crianças (maternidades, centros de parto normal, berçários hospitalares, UTIs materna e neonatal, entre outros).

Apoiar os municípios na garantia da realização dos exames na gestação, preconizados pelo Ministério da Saúde e Estado de São Paulo, incluindo a sorologia para rubéola no pré-natal.

Promover cursos de capacitação em serviço no acompanhamento à gestante no que se refere à prevenção de doenças cardiovasculares.

Priorizar a introdução de ações educativas, com metodologia apropriada na assistência pré-natal e puerpério.

Qualificar os enfermeiros da rede para a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, incluindo parcerias para promover curso de especialização em Obstetrícia para enfermeiros.

Promover seminários e fóruns voltados para os municípios e hospitais para apresentação, sensibilização e troca de experiências, com base em indicadores de mortalidades materna e infantil.

Viabilizar a implantação da comissão de aborto legal.

Implantar a rede de Assistência Obstétrica e Neonatal (AON), sob gestão da qualidade e quantidade de forma efetiva pela SES/SP.

Rearticular-se com o Programa Bolsa-Família para detecção de 100% dos casos de desnutrição materno-infantil.

84 *Plano Estadual de Saúde*

Incluir campos de digitação no SISPRENATAL de todos os exames preconizados pelo MS.

Promover a integração entre os comitês regionais e comitês comissões municipais, promover parcerias com Conselho Municipal da Criança, Conselho Tutelar, Delegacia de Polícia em Defesa da Mulher, Promoção Social e outros setores afins.

Eixo V: Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários no Estado de São Paulo

Diretrizes Estratégicas:

- *Melhorar a vigilância e o controle das doenças transmissíveis.*
- *Melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não-transmissíveis.*
- *Aperfeiçoar a vigilância sanitária e ambiental.*
- *Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública.*

➤ **Melhorar a vigilância e o controle das doenças transmissíveis.**

As doenças transmissíveis constituem importante problema de saúde pública, podendo algumas se disseminar rapidamente. As medidas de controle para a interrupção da cadeia de transmissão, como a imunização de rotina e de comunicantes, além da quimioprofilaxia, podem impedir o surgimento de casos secundários e de epidemias. A detecção precoce de casos e o aprimoramento dos critérios diagnósticos favorecem a adoção de medidas de controle adequadas e oportunas.

Informações sobre a situação dessas doenças e as metas SUS no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde. Na V Conferência Estadual de Saúde de São Paulo foram avançadas diversas propostas na área da vigilância epidemiológica.

Objetivo 1: Implementar a vigilância das doenças agudas transmissíveis e doenças transmitidas por vetores e antroponozoonoses para adoção de medidas de controle adequadas e oportunas.

Metas/Resultados Esperados

Manter a interrupção da circulação do vírus do sarampo e da poliomielite.

Eliminar a síndrome da rubéola congênita.

Identificar precocemente a circulação de novas cepas do vírus *influenza*.

Ampliar o diagnóstico etiológico das meningites bacterianas em mais de 45% dos casos.

Reduzir a incidência de dengue em 15% por ano.

Manter índice predial igual ou menor que 1 em pelo menos 80% dos municípios infestados pelo *Aedes aegypti*.

Reduzir a letalidade da febre hemorrágica do dengue para níveis inferiores a 3% e da leptospirose para níveis inferiores a 10%.

Reduzir a transmissão de leishmaniose visceral americana.

Assegurar o desenvolvimento de Programa de Controle da Raiva para a não-ocorrência de casos em humanos e a manutenção sob controle de cães e gatos.

Ampliar a implantação do sistema de vigilância das infecções hospitalares para 80% dos hospitais cadastrados no CNES.

Reduzir a letalidade da Febre Maculosa Brasileira (FMB).

Ações Estratégicas

Prestar apoio técnico e capacitação aos municípios/regionais para a execução das atividades de vigilância epidemiológica.

Capacitar permanentemente os profissionais da rede, incluindo os núcleos hospitalares de epidemiologia, com ênfase no diagnóstico etiológico e redução da letalidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 295.

Monitorar a vigilância sindrômica e laboratorial nas unidades sentinela de *influenza*. Notificar imediatamente e fazer investigação oportuna de casos, surtos e novos agravos.

Implantar ações de promoção, prevenção e controle de zoonoses incorporadas nas atividades de rotina de todas as unidades de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 296.

Implementar a vigilância e o controle do *Aedes aegypti* e *Lutzomyia longipalpis* para redução da infestação nas áreas com presença do vetor e impedir a infestação de novas áreas, além do controle de outros vetores,

Implantar a vigilância da síndrome febril íctero-hemorrágica aguda,

Desenvolver e/ou participar de projetos de pesquisa direcionados à vigilância e controle de doenças transmissíveis.

Implementar a vigilância passiva de morcegos não-hematófagos em áreas urbanas.

Implantar em hospitais sentinela a vigilância sindrômica de casos agudos de encefalite e da tríade parestesia, paresia a paralisia.

Implementar o envio de amostras de espécies mamíferas para monitoramento de reservatórios de raiva e diagnóstico diferencial de agente etiológico causador de sintomatologia neurológica.

Avaliar os atributos do Sistema de Vigilância quanto à sensibilidade, especificidade e flexibilidade, entre outros.

Capacitar recursos humanos visando o controle da infestação dos vetores da LVA e disseminação da doença.

Identificar áreas com risco de transmissão de Febre Maculosa Brasileira (FMB).

Implementar as ações de prevenção da leishmaniose, por meio da educação ambiental e controle do vetor, com recursos específicos e equipe multidisciplinar especializada, com a realização de encontros estaduais e incentivar pesquisas científicas de prevenção e tratamento da leishmaniose em cães, com fiscalização e monitoramento dos conselhos de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 293.

Fortalecer as atividades de controle de pragas urbanas/roedores - aumentando recursos humanos e materiais - e as ações intersetoriais e educativas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 294.

Ampliar a implantação do sistema de vigilância das infecções hospitalares.

Implementar Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) nas regiões de saúde, atendendo a todos os municípios, com o objetivo de qualificar a informação de relevância epidemiológica e não apenas a formalização para o sepultamento, garantindo o que preconiza a Renast. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 278.

Desenvolver ações intersetoriais que permitam reduzir a incidência das doenças de notificação compulsória, agilizar o fluxo de notificação, os resultados de exames e manutenção da referência laboratorial do Instituto Adolfo Lutz. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 280.

Verificar a possibilidade de criar sistema de notificação *on-line* de doença epidemiológica (através de máscara própria) nas Unidades Básicas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 282.

Avaliar a oportunidade de aumentar recursos para ampliar o número de agentes específicos para o controle de zoonoses e aquisição de veículos de uso exclusivo nas atividades de controle de zoonoses. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 292.

Objetivo 2: Manter elevadas e homogêneas as coberturas vacinais.

Meta/Resultado Esperado

Atingir 95% de coberturas vacinais em 70% dos municípios.

Ações Estratégicas

Capacitar os recursos humanos.

Avaliar e monitorar as coberturas vacinais com ênfase na intervenção nas áreas com baixa cobertura vacinal.

Incrementar a aplicação da vacina contra hepatite e BCG nas maternidades.

Realizar inquéritos de coberturas vacinais nas áreas de baixa cobertura vacinal.

Realizar campanhas de vacinação atendendo às diretrizes nacionais.

Incrementar vacinações de populações específicas como: > 5 anos com hepatite B, adultos, escolares e população flutuante.

Padronizar o indicador populacional nos três níveis de governo, incluindo a população flutuante.

Uniformizar a base populacional utilizada em todas as pactuações.

Avaliar a possibilidade de implantar programa de vacinação específico para a zona rural (tétano, hepatite e *influenza*, entre outras), através de postos volantes e incluir os pescadores profissionais para a vacinação contra *influenza*. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 283.

Adotar as medidas necessárias para garantir as vacinas contra meningite meningocócica em surtos, hepatite, varicela, *influenza* para todas as idades no programa nacional de imunização e no calendário do Estado, com adequação dos períodos de campanha e divulgação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 284.

Objetivo 3: Reduzir a morbimortalidade da tuberculose implementando a estratégia Directly Observed Therapy (DOT).

Metas/Resultados Esperados

Aumentar a busca ativa de sintomáticos respiratórios em 30%.
Atingir 85% de cura nos pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera.
Reduzir o coeficiente de mortalidade em 30%.

Ações Estratégicas

Aumentar a proporção de sintomáticos respiratórios examinados.
Criar e implementar estratégias que viabilizem o aumento de cobertura da tomada supervisionada - DOT, aumento da taxa de cura e diminuição do abandono.
Fortalecer as ações de controle em populações de risco (detentos, coinfectados Tb/HIV/Aids, moradores em situação de rua e profissionais de saúde).
Garantir a mobilização social fortalecendo a "Rede Paulista de controle social da tuberculose".
Incentivar técnica e financeiramente os sistemas de saúde municipais considerados prioritários na ampliação da detecção precoce dos casos bacilíferos e no aumento das taxas de cura de tuberculose.
Capacitar profissionais da Secretaria de Administração Penitenciária para utilização dos instrumentos de registros do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), registro de sintomático respiratório, notificação no sistema *on-line* de TB (TBWEB) e acompanhamento dos casos e transferência.
Adotar medidas para garantir exame de baciloscopia para tuberculose pulmonar aos pacientes com suspeita ou sintomas da doença. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 279.

Objetivo 4: Eliminar a hanseníase em todas as regiões do Estado.

Metas/Resultados Esperados

Eliminar a hanseníase em 100% das regionais.
Atingir 90% de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

Ações Estratégicas

Avançar em direção à meta de eliminação na esfera municipal.

Manter a capacidade de detecção e adoção de atividades de controle nos municípios silenciosos.

Definir o sistema de referência e contra-referência para os níveis de média complexidade (atenção diagnóstica e terapêutica especializada) e de alta complexidade (assistência multiprofissional e multidisciplinar especializada, incluindo as cirurgias reparadoras das seqüelas de hanseníase), mantendo a qualidade do atendimento ao portador de hanseníase na rede de serviços.

Intensificar o diagnóstico em menores de 15 anos (identificando a fonte de infecção) e as ações de vigilância nos contatos intradomiciliares dos pacientes de hanseníase.

Integrar institucionalmente o Programa Estadual de Eliminação da Hanseníase (PEEH) à Atenção Básica, à Vigilância Epidemiológica e à Assistência Farmacêutica.

Garantir o fornecimento da medicação para o tratamento completo e que o fornecimento ao paciente esteja sob o controle do farmacêutico responsável pela instituição solicitante.

Garantir a avaliação de incapacidade do paciente de hanseníase no momento do diagnóstico e alta do paciente - Departamento Regional de Saúde (DRS)/Vigilância Epidemiológica (VE).

Objetivo 5: Reduzir a morbimortalidade de HIV/Aids, a transmissão vertical do HIV e a transmissão de outras DST.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir 50% da mortalidade por Aids nos municípios com taxas acima de 20 óbitos por 100 mil habitantes.

Ampliar a sobrevivência média dos portadores do HIV/Aids no Estado de São Paulo para 80 meses.

Reduzir para menos de 2% a taxa de transmissão vertical do HIV.

Reduzir para < 1 caso/1 000 nascidos vivos a ocorrência de sífilis congênita.

Atingir 60% dos municípios com pelo menos uma UBS fazendo abordagem sindrômica para tratamento das DST.

Ampliar a cobertura das ações de prevenção junto às populações vivendo em contexto de maior vulnerabilidade, alcançando 100% dos municípios com Plano de Ações e Metas (PAM).

Ações Estratégicas

Prestar apoios técnico, logístico e capacitação aos municípios/regionais para a execução das atividades, distribuição de insumos, implementando o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante, no parceiro e no recém-nascido e a investi-

gação detalhada e ampliada dos casos de infecção congênita.

Priorizar municípios em função das desigualdades regionais na atenção aos portadores do HIV e Aids.

Qualificar e ampliar a oferta da atenção hospitalar e outras modalidades de atenção aos portadores do HIV e Aids (atendimento domiciliar, hospital dia), junto aos municípios e serviços próprios.

Ampliar e qualificar os atendimentos ambulatorial e hospitalar para as intercorrências e efeitos colaterais do tratamento Anti-Retroviral.

Detectar e conhecer os diversos contextos de vulnerabilidade (regionais e populacionais), ampliar a cobertura das ações de prevenção de HIV/Aids e outras DST e monitorar as diretrizes de trabalho adotadas junto às populações identificadas com risco acrescido.

Aprimorar rede laboratorial de CD4 e Carga Viral, ampliar a rede de genotipagem e a cobertura de testagem.

Realizar estudo amostral de sobrevivência.

Atuar em parceria com as áreas de educação, grupos religiosos e entidades que trabalhem com pessoas em situação de privação da liberdade.

Estimular a notificação da sífilis congênita (busca ativa) nos municípios com prevalência estimada menor que a esperada para o Estado.

Qualificar a atenção nos Serviços de Atenção Especializada (SAEs) e na rede hospitalar do pré-natal e parto das gestantes HIV+.

Ampliar e capacitar a rede laboratorial para diagnóstico das DST (estruturar a rede para *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Treponema Pallidum Hemagglutination Test* (TPHA).

Incentivar ações que estimulem a adoção de práticas seguras no tocante à prevenção da sífilis e do HIV junto às mulheres, da anticoncepção ao aleitamento.

Capacitar profissionais em abordagem sindrômica das DST.

Fornecer apoios técnico, logístico e de insumos para municípios priorizados.

Pactuar, fornecer e monitorar medicamentos disponibilizados nas UBS para tratamento das DST.

Desenvolver tecnologia e plano de apoio ao trabalho junto aos parceiros dos portadores de DST.

Implementar estratégias para responder às demandas de saúde bucal dos usuários cadastrados no Programa DST/Aids, na Atenção Básica e na rede de referência e contra-referência.

Estabelecer propostas para organização e coleta de informações de saúde bucal de usuários cadastrados no programa DST/Aids.

Articular intersetorialmente no sentido de estabelecer mecanismos de inclusão, por meio de leis e projetos para pessoas com HIV/Aids, tuberculose, hanseníase e outras doenças crônicas e em situação de risco social (desemprego e deficiências), nos programas de amparo social e garantindo acesso aos serviços de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 199.

Promover a prevenção das DST/Aids, incluindo as hepatites virais, gravidez não-planejada, sífilis congênita na gestação, visando promover a redução da Transmissão Vertical do HIV e sífilis congênita, com responsabilização dos três níveis da atenção à saúde, descentralizando recursos financeiros para aquisição de insumos específicos, com a participação dos profissionais de saúde das redes pública e privada. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 200.

Incentivar a implantação de centros de testagem e aconselhamento nas regiões

onde não existem e ampliar os programas e serviços existentes, para aumentar a cobertura e melhorar o acesso às ações de prevenção e tratamento de DST/Aids, com ênfase na oferta de ações integrais ao grupo Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBTT) e profissionais do sexo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 201.

Facilitar o acesso às cirurgias reparadoras para tratamento de lipodistrofias em pessoas vivendo com HIV/Aids, em cumprimento à Portaria 2.583 do MS e por meio da revisão do credenciamento de hospitais, incluindo pessoas com hepatites crônicas virais, mediante protocolo específico de base multidisciplinar. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 202.

Apoiar os municípios para formar e atualizar os agentes de prevenção em DST/Aids e promover a educação em saúde no Ensino Fundamental e no Ensino Médio e estimular o adolescente a ser multiplicador de ações de prevenção à DST/Aids/hepatites virais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 203.

Apoiar os municípios para realizar as sorologias para as hepatites B e C, HIV e sífilis à população usuária das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família, com orientação e aconselhamento, conforme protocolo do MS, e agilizar os resultados para adequação do tratamento. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 204.

Ampliar a atenção e o acesso à saúde dos grupos vulneráveis tanto no âmbito municipal quanto no estadual através de Planos de Ação e Metas em Redução de Danos e de realização de exames e consultas de especialidades, junto aos poderes públicos, o desenvolvimento de campanhas de conscientização contra a discriminação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 205.

Credenciar adolescentes portadores de DST/Aids nos postos de saúde para que sejam acompanhados sigilosamente. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 206.

Implementar a assistência à gestante portadora do vírus HIV com a prevenção da transmissão vertical, regulamentar, por meio de lei, a realização de exames para detecção de toxoplasmose e hepatite B em dois tempos e fazer cumprir as Portarias do MS, que normatizam as ações relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 118.

Apoiar os municípios para realizar a testagem para sífilis e HIV para todas as gestantes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 119.

Objetivo 6: Aumentar o diagnóstico, controle e tratamento dos portadores do vírus das hepatites B e C.

Meta/Resultado Esperado

Implantar testagem sorológica em 100% dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em 20% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ações Estratégicas

Capacitar profissionais no adequado manejo de pacientes portadores de vírus C e B.

Ampliar os serviços de saúde com equipes capacitadas para o diagnóstico, controle e tratamento de portadores dos vírus B e C, estabelecendo rede de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de complexidade.

Integrar institucionalmente o Programa Estadual de Hepatites Virais, a Atenção Básica, a Vigilância Epidemiológica e a Assistência Farmacêutica.

Intensificar a parceria com os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) visando aumento de notificações e investigações.

Implementar o controle sorológico dos profissionais de saúde.

Garantir *kits* para a realização de Sorologia para hepatites B e C no cumprimento das Portarias nºs 860, 863 e Resolução SS 91.

Proceder estudos quanto à viabilidade de ampliar a faixa etária contra a vacina de hepatite B para a população em geral.

Garantir a medicação integral específica para o tratamento do vírus da hepatite C, assim que diagnosticado, sem a necessidade de medidas judiciais ou através de ONGs.

Aumentar a cobertura vacinal de hepatite B em crianças, adolescentes e grupos de risco.

Ampliar serviços de alta complexidade de referência para execução de genotipagem para Hepatite C e biópsia hepática.

Estudar alternativas para a revisão do valor do procedimento de biópsias na tabela SUS.

► ***Melhorar a vigilância e o controle das doenças e agravos não-transmissíveis.***

As doenças crônicas não-transmissíveis compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, tais como: hipertensão arterial, diabetes, doença cerebrovascular, neoplasias e doença isquêmica do coração.

Informações sobre a situação dos agravos não-transmissíveis no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde, no subitem Doenças Crônicas Não-transmissíveis.

Esta diretriz estratégica do PES atende as Propostas da V Conferência Estadual de Saúde com respeito ao tema do controle das doenças crônico-degenerativas, particularmente propostas que ressaltam respostas às necessidades especiais resultantes dos agravos e a valorização do cuidador de pessoas com doenças crônico-degenerativas incapacitantes.

Outra proposta do Relatório da V Conferência Estadual de Saúde relevante para nortear as políticas do PES na área de doenças crônico-degenerativas é a nº 240: "Implementar programas de prevenção de doença renal dando atenção especial aos exames solicitados disponibilizando medicamentos mais adequados ao controle da hipertensão arterial que facilitem a adesão do paciente ao tratamento e incentivo ao programa educativo; incluindo o trabalho educativo sobre anemia falciforme".

Dentre esse grupo de doenças, as cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas representam a primeira causa de morte no Brasil, segundo registros oficiais. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255 585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório.

A hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Melito constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do Diabetes Melito no âmbito da Atenção Básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos.

De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), desde a virada do século, o número de pessoas com diabetes duplicou. O diabetes é um problema global. Hoje, mais de 230 milhões de pessoas no mundo convivem com a doença. Se nada for feito, este número excederá os 350 milhões no espaço de uma geração e destruirá a melhoria das condições de vida em todo o mundo. A estimativa é de que a cada cinco segundos uma pessoa no mundo contraia o diabetes. Todos os anos, o diabetes mata mais de 3,5 milhões de pessoas.

Em termos financeiros, os gastos dos governos com estes pacientes, previstos para 2007, foram entre 215 e 375 bilhões de

dólares. Em relação aos custos e benefícios da prevenção, pesquisas realizadas em diversos países comprovam que a prevenção e o tratamento podem gerar economia nos custos, pois evitam comorbidades e/ou internações.

Em 20 de dezembro de 2006, na 83ª reunião plenária da Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, delibera a Resolução nº 61/225 reconhecendo o Diabetes Melito como a primeira epidemia mundial não infectocontagiosa.

Objetivo 7: Reduzir a morbimortalidade por Doença Isquêmica do Coração (DIC) e Doença Cerebrovascular (DCV).

Meta/Resultado Esperado

Reduzir 1,5% do coeficiente de mortalidade por DIC e DCV e 5% na taxa de internação por DIC e por DCV.

Ações Estratégicas

Aumentar a abrangência das ações para controle do sobrepeso e obesidade, do tabagismo, do sedentarismo e do estresse, prevenção e detecção precoce de doenças crônicas e pulmonares, como: asma, enfisema e bronquite crônica. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 239.

Identificar populações com Fatores de Riscos (FR), tais como: diabetes e resistência à insulina e hipercolesterolemia.

Incentivar a incorporação dessas ações nas atividades assistenciais (programas de Atenção Básica e saúde ocupacional) e ações na prevenção secundária.

Estimular os municípios a usar de espaços diferenciados para disseminação da informação (escolas de samba, terreiros e igrejas, entre outros).

Realizar pesquisas sobre prevalência de FR.

Mapear a incidência das DIC e DCV na população negra.

Produzir material instrucional sobre DIC e DCV para a população negra.

Providenciar medidas para o aprimoramento do sistema informatizado de cadastramento de hipertensos e diabéticos (SISHIPERDIA) junto ao DATASUS.

Implementar projeto de capacitação dos profissionais de nível superior para intervenção sobre os fatores de risco em DCNT, em empresas, escolas e unidades de saúde.

Apoiar a aplicação de pesquisa de prevalência sobre os fatores de risco em DCNT nos municípios da DRS, para identificação da população de maior risco, tais como: DM, resistência à insulina, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e dislipidemias.

Instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na Atenção Básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.

Estudar a possibilidade de ampliação da ESF incorporando profissionais, tais como: o nutricionista e o de educação física, com garantia de repasse de recursos financeiros para as equipes.

Implementar o acompanhamento multidisciplinar e familiar de pessoas com doenças crônicas, deficiências físicas e mentais, assegurar o transporte adequado, equipamentos (cadeiras de rodas, ônibus adaptado), facilitar o acesso aos medicamentos de alto custo e de uso contínuo e divulgar as associações de apoio (psicóticos, diabéticos, hipertensos e outras patologias), valorizando o cuidador de pessoas com doenças crônico-degenerativas incapacitantes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 231.

Ampliar o investimento em reabilitação nos serviços de saúde e implantar políticas públicas de promoção, prevenção, assistência, reabilitação, monitoramento e avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, para portadores de patologias crônicas (diabéticos, hipertensos, celíacos etc.). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 237.

Estudar a viabilidade de ampliar a cesta de medicamentos para os programas de hipertensão, diabetes, cardiopatias e novos antibióticos, com avaliação criteriosa e protocolos técnicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 238.

Objetivo 8: Aperfeiçoar o atendimento integral do Diabetes Melito, melhorando a detecção precoce e o tratamento dos casos.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir complicações, internações e mortes relacionadas ao diabetes.
Aumentar a adesão dos portadores de diabetes ao tratamento.

Ações Estratégicas

Instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na Atenção Básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e diabetes.

Estimular o sistema de cadastramento dos pacientes pelo gestor municipal.

Orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos diabéticos inseridos na Atenção Básica.

Reconhecer as situações que requeiram atendimento nas redes secundárias e terciárias.

Reconhecer as complicações do diabetes, possibilitando as reabilitações psicológica, física e social.

Realizar campanhas educativas periódicas, observando os fatores de risco e medidas de promoção em saúde.

Implementar atendimento integral do portador de Diabetes Melito, melhorar a detecção precoce, tratamento e controle das complicações, ampliar o financiamento dos insumos para diabéticos insulino-dependentes, incluindo a manutenção do fornecimento destes, em especial para o controle de glicemia (seringas, fitas e

aparelhos). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 232.

Realizar estudos para verificar a viabilidade do controle de hemoglobina glicosilada como acompanhamento da adesão dos portadores de diabetes ao tratamento.

Constituir equipe técnica regional para subsidiar as equipes municipais na atenção ao Diabetes Melito e hipertensão arterial, incluindo a capacitação técnica das equipes municipais, a confecção de protocolos técnicos e o cadastramento e monitorização de todos os diabéticos e hipertensos dos municípios e regiões de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 233.

Apoiar os municípios no aprimoramento à prevenção e atenção à doença renal crônica nas UBS, com ênfase no controle adequado da hipertensão arterial e Diabetes Melito, garantindo o acesso à medicação, insumos e consultas especializadas periódicas, como em Nutrição, Oftalmologia e Nefrologia; revisão da grade de medicamentos, aumentando a abrangência dessa diversidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 234.

Objetivo 9: Aperfeiçoar o atendimento integral da hipertensão arterial, melhorando a detecção precoce e a adesão ao tratamento.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir complicações, internações e mortes relacionadas à hipertensão arterial.

Reduzir a prevalência da doença hipertensiva.

Ações Estratégicas

Estimular os municípios para aferir a pressão arterial de todos os usuários com idade igual ou maior de 15 anos, para detecção precoce do problema.

Estabelecer protocolo de procedimento.

Garantir mecanismos que fortaleçam a adesão ao tratamento e melhoria do controle da doença.

Dar conhecimento à população sobre o processo saúde-doença, incentivando o autocuidado através da adoção de hábitos saudáveis.

Identificar pacientes com lesões em órgãos-alvo que apresentam níveis tensionais elevados, para acompanhamento em Unidades Especializadas, conforme protocolo.

Implementar programas de prevenção de doença renal, com ênfase no controle adequado da hipertensão arterial e Diabetes Melito, garantindo o acesso à medicação, insumos e consultas especializadas periódicas como em Nutrição, Oftalmologia e Nefrologia; revisão da grade de medicamentos aumentando a abrangência dessa diversidade, com atenção especial aos exames. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 234 e 240.

Capacitar os municípios em medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco para hipertensão.

Realizar campanhas educativas contínuas, observando os fatores de risco para hipertensão e medidas de promoção em saúde.

Objetivo 10: Capacitar de forma intensiva os profissionais de saúde da rede do SUS, principalmente na AB no atendimento integral a HAS e DM.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar a rede de profissionais sensibilizados, treinados e especializados.
 Incluir nos módulos de treinamento e capacitação da AB, inclusive PSF, os assuntos de prevenção de FR e prevenção primária (diagnóstico precoce).
 Incluir nos módulos de treinamento e capacitação da AB, inclusive PSF, os assuntos relacionados à atenção global a DM e HAS, focando o peso destes nos FR cardiovasculares.
 Capacitar equipes de serviços de urgência e de emergência, de modo a prover um atendimento adequado, inclusive diagnóstico.

Ações Estratégicas

Apoiar os municípios para a melhoria da Atenção Básica a HAS e DM.
 Promover capacitação específica para autocuidado em DM, focando a adesão destes indivíduos.
 Estabelecer parcerias e o credenciamento de centros colaboradores, voltados para pesquisa, validação de protocolos/modelos de assistência e capacitação, produção, socialização e publicação de conhecimento na área, desde a atenção, autocuidado, ferramentas para avaliação da adesão e para estímulo à adesão até educação em saúde.

Objetivo 11: Tornar efetiva a atenção a HAS e DM e ampliar o acesso aos insumos (medicamentos e correlatos).

Metas/Resultados Esperados

Prestar atenção à saúde a HAS e DM, organizada com base na AB, e dar encaminhamento a média e alta complexidades, quando necessário.
 Aumentar o número das pactuações realizadas entre Estado e municípios.

Ações Estratégicas

Elaborar estratégias para medida e melhoria da adesão.
 Elaborar protocolos clínicos mínimos e modelos de assistência.
 Identificar e avaliar os procedimentos realizados de atenção a HAS e DM pelos serviços de AB, média e alta complexidades.
 Subsidiar as DRSs e intervir conjuntamente, quando necessário, no controle, regulação do acesso, acompanhamento e implementação das ações realizadas.

Pactuar junto aos municípios, a implantação de protocolos clínicos mínimos e modelos de assistência.

Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da qualidade das ações realizadas. Integrar os procedimentos de atenção a HAS e DM de média e alta complexidades aos de AB.

Construir indicadores para monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Propor mecanismos para controle e acompanhamento das ações realizadas (visita anual, com participação de instituições, parceiras e conselhos de classe, se necessário).

Estimular o estabelecimento de parcerias intersecretariais, intersetoriais e com terceiro setor para ampliação e melhoria da atenção a HAS e DM em suas necessidades globais.

Objetivo 12: Implementar ações de vigilância para subsidiar políticas públicas para a redução da morbimortalidade decorrente de causas externas.

Metas/Resultados Esperados

Implantar a notificação de violências doméstica, sexual e outras mais em serviços de referência em 50% dos municípios do Estado de São Paulo.

Notificar e prestar atendimento a 100% dos casos de violência sexual conhecidos pela Secretaria de Segurança Pública.

Estabelecer rede para atendimento às vítimas de violência doméstica e/ou sexual, de maus-tratos contra crianças, adolescentes e idosos, com cobertura para 70% dos municípios do Estado.

Ações Estratégicas

Capacitar para a vigilância e prevenção dos acidentes e violências.

Monitorar a mortalidade e morbidade hospitalar no sistema público de saúde.

Ampliar o sistema de notificação das violências doméstica, sexual e outras mais em serviços de referência.

Estabelecer uma rede de atendimento e proteção às vítimas de violência doméstica e/ou sexual, de maus-tratos contra crianças, adolescentes e idosos.

Planejar e implantar estratégias de prevenção em conjunto com outros setores.

Analisar e divulgar rotineiramente dados do Boletim da Secretaria de Estado da Saúde sobre os indicadores de acidentes e violências.

Analisar e divulgar rotineiramente dados do Boletim Epidemiológico Paulista sobre indicadores de acidentes e violências segundo raça/cor.

Integrar as ações de prevenção para causas externas inter e intra-institucionalmente.

Promoção de seminários intersetoriais para ampliar a compreensão da magnitude, impacto e determinantes das causas externas.

Captar recursos do Ministério da Saúde e/ou agências de fomento governamentais

e estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para a realização de estudos específicos, com ênfase no conhecimento de fatores de risco para causas externas.

Planejar e implantar estratégias de enfrentamento de prevenção à mortalidade por causas violentas entre os jovens adultos negros, em conjunto com outros setores.

Monitorar a mortalidade e morbidade hospitalar no sistema público de saúde decorrente de acidentes e violências segundo raça/cor através das fontes de informação oficiais.

Definir uma política de financiamento público para investimento e custeio por parte da esfera estadual, com equidade, respeitando as diversidades e prioridades loco regionais para estruturação dos serviços e operacionalização das ações de Visa.

Estabelecer uma política de incentivo à estruturação da equipe Visa, integrado e descentralizado no âmbito estadual, como incentivo e criação de carreira para Visa, dentro do PCCS.

Promover seminários intersetoriais para ampliar a compreensão da magnitude da mortalidade por causas violentas na população, em especial nos jovens negros.

Intensificar as parcerias com outras secretarias, universidades, conselhos tutelares e organizações civis.

Avaliar a possibilidade de implantar rede de SVO Regional.

Incentivar a implantação de comitês municipais de investigação de óbitos.

Intensificar campanhas de conscientização com propagandas na mídia, concurso de redação e arte nas escolas à população, juntamente com a Secretaria de Trânsito, com o objetivo de reduzir acidentes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 67.

Implementar e divulgar o programa de atendimento de pessoas vítimas de violência e acidentes, por meio dos núcleos de apoio regionalizados para atendimento integrado, humanizado e por profissionais e equipes multidisciplinares permanentemente capacitados em todos os níveis de atenção, incluindo situações decorrentes da dupla jornada, com atendimento psicológico e psiquiátrico e a notificação compulsória da agressão, em cumprimento à Lei Maria da Penha. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 68.

Objetivo 13: Diminuir a mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, especialmente a causada pelos mais prevalentes.

Metas/Resultados Esperados

Identificar referências para o tratamento oncológico em todos os Departamentos Regionais de Saúde.

Estabelecer a rede de oncologia para o SUS/SP.

Garantir acesso aos serviços de diagnóstico.

Aumentar em 50% o diagnóstico em estádios precoces para tumores de colo do útero, mama, cólon e reto, pele, cavidade oral e próstata.

Ações Estratégicas

Rastrear periodicamente a população feminina sob maior risco de ocorrência de câncer de mama.

Desenvolver ações de rastreamento diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino nos municípios onde o diagnóstico é tardio.

Estabelecer central de regulação.

Capacitar os profissionais de saúde, com especial abordagem para os componentes do Programa de Saúde da Família, em ações de prevenção e detecção precoce de câncer (coleta de Papanicolaou, tratamento e seguimento dos casos alterados, citoescrutinação, exame clínico da mama, indicação adequada para mamografia, exame clínico de partes moles da boca, PSA para homens acima de 60 anos na rotina de detecção precoce do câncer de próstata).

Monitorar a qualidade dos laudos citopatológicos para prestadores do SUS/SP.

Estabelecer protocolos de conduta clínica para neoplasias mais prevalentes.

Melhorar o diagnóstico anatomopatológico, com individualização de tipos histológicos e marcadores tumorais.

Ampliar a oferta de pesquisa de receptores hormonais em exames anatomopatológicos com diagnóstico de câncer de mama.

Estabelecer em cada departamento regional de saúde pelo menos um serviço adequado para diagnóstico em câncer.

Criar centros de referência em imunoistoquímica.

Divulgar informações sobre a intensidade da radiação solar.

Educar os profissionais de saúde quanto aos protocolos estabelecidos para a realização de exames.

Ampliar o acesso a bloqueador solar pelas populações profissionalmente expostas ao sol.

Estabelecer sistemáticas de apropriação de custo para as neoplasias mais prevalentes, segundo estadiamento. Avaliar relação custo-benefício.

Estimular a produção científica nas áreas de epidemiologia, diagnóstico e tratamento.

Realizar e participar de ações antitabagistas.

Implantar a Rede de Oncologia/Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) nas regiões de saúde e formar equipes multiprofissionais para atendimento adequado nos três níveis da atenção: básica, média e alta complexidades, para melhorar a qualidade da atenção ao paciente oncológico. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 229.

Articular medidas no sentido de agilizar e garantir, nas três esferas de governo, o atendimento ao paciente de oncologia e ampliar o acesso aos tratamentos e à oferta de exames de média complexidade (colonoscopia, broncoscopia, de pesquisa de sangue oculto nas fezes, cistoscopia e biópsias, CEA, CA 125, CA 153, CA 199), com garantia de sedação e anestesia, por meio de serviços próprios e conveniados, com rede de apoio social e acesso à reabilitação, ao apoio psicológico, social, fonoaudiológico, jurídico e medicação específica devendo ser garantido pelo Ministério da Saúde o financiamento necessário. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 230.

Ampliar o número de campanhas de prevenção de câncer de colo uterino, mama, próstata, bucal, catarata, diabetes, colesterol e outras patologias com distribuição de maior quantidade de materiais e com antecedência, para me-

lhorar a divulgação para os municípios e implementar a campanha educativa junto às empresas e à população de forma geral quanto à importância dos exames preventivos de cânceres e doenças crônicas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 236.

Implantar políticas para a ampliação do acesso das mulheres a exames preventivos para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, com acesso a serviços de maior complexidade para diagnóstico e tratamento, quando necessário, com qualificação dos profissionais para realização de auto-exames, conforme recomendação do Inca/MS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 111.

Formalizar, sob supervisão do Departamento Regional de Saúde, os protocolos de referência e contra-referência para diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer bucal.

Incentivar os municípios a desenvolver ações permanentes de prevenção e controle de câncer bucal, envolvendo cirurgiões-dentistas, além de outras especialidades.

► **Aperfeiçoar a vigilância sanitária e ambiental.**

A vigilância sanitária tem como atribuição principal a proteção, promoção da saúde da população, do meio ambiente e do ambiente de trabalho, segundo a Lei nº 8080, Lei Orgânica de Saúde. Estas ações são embasadas na legislação sanitária, buscando o controle da produção de insumos e garantindo a qualidade da prestação de serviços de saúde.

Informações sobre metas e ações de vigilância sanitária no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde, no subitem Fatores de Risco Ambientais para a Saúde Coletiva.

A V Conferência Estadual de Saúde de São Paulo formulou diversas recomendações que dizem respeito a esta diretriz estratégica do Plano.

Primeiramente, é importante mencionar a proposta nº 49: "Promover a política nacional de alimentação e nutrição de forma integrada ao sistema nacional de segurança alimentar e nutricional, fortalecendo os instrumentos de controle social, a vigilância alimentar e nutricional, o reaproveitamento de alimentos, a fiscalização da qualidade dos alimentos e o monitoramento da propaganda e rotulagem, criando-se novos e equipando-se os laboratórios públicos para a pesquisa e avaliação de alimentos nutrientes, bem como o poder público fornecer assessoria para orientar as instituições sociais que trabalhem com o reaproveitamento dos

alimentos, em benefício à população carente, para adequar-se às normas da RDC 116 (Resolução da ANVISA)".

Objetivo 14: Implementar o Plano Diretor de Vigilância Sanitária em consonância com os termos do pacto pela saúde.

Meta/Resultado Esperado

Garantir a implementação do Plano de Ação em Vigilância Sanitária em 100% dos municípios do Estado de São Paulo elaborados em consonância aos planos municipais de saúde.

Ações Estratégicas

Constituir um núcleo bipartite para assessorar o processo de elaboração dos planos de ação em Visa.

Realizar oficinas regionais com a participação do núcleo de organização, os grupos de vigilância sanitária e subgrupos regionais e equipes técnicas de vigilância sanitária municipais.

Apoiar a elaboração dos planos de ação em vigilância sanitária em consonância com a proposta para Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS).

Apoiar a elaboração dos planos de ação em vigilância sanitária, considerando as novas formas de financiamento, através de blocos, no âmbito do Ministério da Saúde.

Objetivo 15: Implementar ações de educação permanente e qualificar os profissionais das equipes municipais e estaduais de vigilância sanitária nas suas diferentes áreas de atuação.

Metas/Resultados Esperados

Capacitar 10.800 profissionais de vigilância sanitária, distribuídos segundo o tema da capacitação: 2.040 em produtos de interesse da saúde, 1.920 em serviços de saúde e de interesse da saúde, 2.400 em saúde do trabalhador, 3.240 em ações sobre o meio ambiente e 1.200 em toxicovigilância.

Capacitar 100% dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs) em análises de dados de saúde e sua relação com o ambiente.

Ações Estratégicas

Promover eventos de capacitação técnica e administrativa aos profissionais de

vigilância. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 301.

Articular a implantação de cursos técnicos de qualificação, aperfeiçoamento e capacitação em fiscal de vigilância sanitária, para profissionais de nível médio que atuam na área das esferas estadual e municipal, em parcerias com as universidades, faculdades e/ou escolas de saúde pública (título reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), sob o patrocínio do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 299.

Promover a articulação entre as diversas esferas de gestão para a definição de prioridades da regulação sanitária e execução das ações de VISA.

Estabelecer recursos para aquisição de equipamentos específicos de avaliação do meio ambiente de trabalho para a vigilância regional/estadual.

Criar espaço de divulgação de assuntos de vigilância sanitária de interesse da coletividade (ex.: página do cidadão na Internet, televisão, jornais etc.).

Incluir e implementar nos roteiros de inspeção das diversas áreas de atuação da vigilância sanitária, itens que contemplem a saúde do trabalhador.

Ampliar o critério de investigação do Programa de Saúde do Trabalhador com a inclusão dos acidentes leves.

Objetivo 16: Monitorar a qualidade da prestação de serviços de saúde e de interesse da saúde sob a competência da vigilância sanitária.

Meta/Resultado Esperado

Monitorar 100% dos serviços de terapia renal substitutiva cadastrados no SIVISA.

Ação Estratégica

Implementar ações e projetos de intervenção sanitária, visando a melhoria da qualidade da prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Objetivo 17: Implementar o desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde ambiental visando a proteção e promoção da saúde da população em geral.

Metas/Resultados Esperados

Implementar o Pró-Água em 100% dos municípios do Estado de São Paulo.

Alcançar 100% dos sistemas públicos de abastecimento de água com fluoretação.

Alcançar 75% dos estabelecimentos grandes geradores de resíduos de serviços de saúde atendendo ao Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Alcançar 100% das equipes central e regionais de vigilância aptas a avaliar e gerenciar riscos à saúde humana em áreas contaminadas e degradadas e emergências ambientais

Ações Estratégicas

Aprimorar a referência laboratorial, o sistema de informação e a capacidade técnica dos profissionais que desenvolvem ações do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Pró-Água) no Estado de São Paulo, assim como ser capaz de atender as necessidades de análises de baixa, média e alta complexidades das ações de vigilância sanitária e ambiental.

Equipar e instrumentalizar os sistemas públicos de abastecimento de água, aprimorar a referência laboratorial e a vigilância da qualidade da água para consumo humano.

Aprimorar o aparato legal e a capacidade de intervenção do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa) para a promoção da saúde e prevenção de risco de agravos à saúde da população exposta a ambientes degradados e contaminados.

Formalizar e implementar o programa de qualidade do ar no Estado.

Definir áreas prioritárias para construção de protocolos, tendo como base a existência da AB/ESF e ser área de risco.

Monitorar a qualidade da água para consumo humano e garantir as análises necessárias para os municípios.

Viabilizar estudos que apontem condições, amostragem e rastreamento de fontes (poços) de água em todos os municípios do Estado com compartilhamento de conhecimento técnico.

Desenvolver e implantar protocolos de atenção à saúde, voltados para exposição de contaminantes químicos ambientais para o nível de Atenção Básica, em parceria com as vigilâncias sanitária e epidemiológica (estadual e municipais), o Centro de Controle de Intoxicações e o IAL.

Implementar a estrutura do Centro de Controle de Intoxicação (CCI) regional como apoio para os diversos níveis do sistema.

Avaliar e monitorar o perfil de morbidade em áreas consideradas de alto risco, para contaminação química ambiental na área da AB/ESF em parceria com o IAL.

Priorizar ações de vigilância de qualidade da água para consumo humano, para controlar a qualidade e implementar as ações de vigilância nos locais de captação de água (rios e lagos), visando identificar e eliminar as fontes de contaminação, promovendo a potabilidade e balneabilidade das águas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 273.

Implementar a fluoretação da água para consumo humano de fontes alternativas em zonas rurais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 274.

Inserir como ação ou norma de vigilância em saúde a reciclagem de lixo e regulamentar as áreas de armazenamento de lixo hospitalar, com risco de contaminação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 298.

Garantir atuação efetiva da vigilância sanitária e meio ambiente na fiscalização e orientação da resolução de problemas de depósitos clandestinos de materiais recicláveis, incentivando e apoiando a criação de cooperativas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 300.

Estruturar a vigilância ambiental em saúde e ampliar a atuação da vigilância sanitária nas questões de preservação do meio ambiente. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 297.

Implantar efetivamente o Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) nas unidades básicas de saúde e hospitais, com o objetivo de impedir agravos à saúde decorrentes de alterações do meio ambiente: fim da poluição ambiental, antecipar proibição das queimadas, proteger e ampliar áreas verdes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 302.

Fortalecer o trabalho integrado da vigilância sanitária com os CERESTs, unidade sentinela, vigilância epidemiológica e demais instituições afins, definindo como prioridade a intervenção sobre situação de grave e iminente risco à saúde do trabalhador.

Estruturar/dimensionar a(s) equipe(s) da (s) vigilância(s) sanitária(s) regionais/estaduais para realização de ações complementares nos municípios de médio e pequeno portes.

Definir o campo de atuação das vigilâncias sanitárias municipais com vistas à complementação/suplementação das ações, com o nível regional, tendo como critério a avaliação de risco da população exposta (áreas críticas).

Implantar no SIVISA ferramentas que contemplem todas as ações de VISA, inclusive o controle de recolhimento de taxas, cobranças e execução das multas.

Manter atualizada a legislação sanitária no *site* do CVS, inclusive com um *link* com a Anvisa.

Criar/sistematizar o fluxo de informações entre as três esferas de governo, para as práticas de ações preventivas, bem como criar um fluxo de contra-referência entre as vigilâncias estaduais/municipais para as irregularidades constatadas quando a empresa geradora está em outra região da área de atuação.

Promover o uso de metodologia de reconhecimento do território/mapeamento de risco ambiental em todas as suas dimensões demográficas, epidemiológicas e entomológicas como instrumentos de organização dos serviços de saúde.

Objetivo 18: Implementar o Sistema Estadual de Toxicovigilância.

Meta/Resultado Esperado

Implantar e implementar o Programa Estadual de Toxicovigilância do Agrotóxico em 100% das regionais.

Ações Estratégicas

Implementar o Programa Estadual de Toxicovigilância do Agrotóxico.

Implementar e desenvolver o Sistema de Informação de Eventos Toxicológicos. Capacitar serviços priorizados para o diagnóstico de intoxicações por agrotóxicos.

Objetivo 19: Monitorar a qualidade dos produtos de interesse da saúde fabricados, importados, armazenados, distribuídos, transportados, manipulados e comercializados no Estado.

Metas/Resultados Esperados

Cadastrar no Sivisa 100% dos estabelecimentos que fabricam, importam e distribuem produtos para saúde, para que fiquem em condições satisfatórias de funcionamento.

Cadastrar no Sivisa 85% dos estabelecimentos industriais de alimentos, para que fiquem em condições satisfatórias de funcionamento.

Realizar coleta de amostra para análise fiscal de 100% dos alimentos previstos no Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos.

Ações Estratégicas

Monitorar a qualidade dos produtos para saúde fabricados, importados e distribuídos no Estado por meio de inspeções sanitárias nos estabelecimentos que fabricam, importam e distribuem produtos para saúde.

Avaliar e investigar notificações de desvio de qualidade e/ou evento adverso relacionado ao uso de produtos de interesse à saúde (produtos para saúde, cosméticos, produtos de higiene, perfumes e saneantes domissanitários).

Implementar sistema *on-line* de notificação de desvio de qualidade e de eventos adversos relacionados ao uso de produtos de interesse para a saúde.

Realizar oficinas de trabalho sobre a vigilância pós-comercialização de produtos de interesse à saúde.

Estabelecer parceria com a Anvisa/MS e com os GVS para realização de ensaios e testes em equipamentos médicos com suspeita de evento adverso.

Monitorar a qualidade de alimentos por meio de inspeções sanitárias nos estabelecimentos que fabricam alimentos.

Desenvolver as atividades previstas no Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos.

Implementar o sistema de informação de registro de alimentos.

Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde a implementar nas escolas públicas em parceria com a Educação e o Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável a orientação alimentar nas crianças e adolescentes em razão do elevado índice de obesidade entre esses grupos, supervisionados por funcionários qualificados ao servir a merenda. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 51.

➤ **Aprimorar a rede laboratorial de saúde pública do Instituto Adolfo Lutz.**

O Instituto Adolfo Lutz é parte fundamental do sistema de vigilância epidemiológica e sanitária na geração e divulgação do

conhecimento, na produção de bens e serviços nas áreas de laboratório de saúde pública, na referência técnica de laboratórios integrantes do sistema de saúde no Estado e no controle da qualidade da produção dos laboratórios da rede. O aprimoramento destes laboratórios colaborará para o adequado desempenho das vigilâncias e do controle de doenças no Estado de São Paulo.

Informações sobre o Instituto Adolfo Lutz no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde, no subitem Laboratório de Saúde Pública.

Objetivo 20: Reorganizar e aprimorar a rede laboratorial do IAL para atender área de controle de doenças e demais ações de saúde pública necessárias para o SUS/SP.

Metas/Resultados Esperados

Incorporar 100% dos laboratórios estaduais da CRS que atendem aos critérios estabelecidos na rede IAL.

Implantar quatro laboratórios de técnicas de biologia molecular certificadas para diagnóstico.

Implantar o sistema de informação laboratorial disponibilizando os resultados aos serviços de vigilância (regional, municipal e hospitalar) em 100% dos laboratórios regionais.

Elaborar plano de calibração regular para 80% dos equipamentos cadastrados.

Habilitar 40% dos laboratórios da rede regional IAL nos requisitos do sistema da qualidade.

Implantar o programa de monitoramento da qualidade em determinação da acetilcolinesterase nos laboratórios públicos cadastrados.

Supervisionar as redes de diagnóstico das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e vigilância ambiental em 70% dos laboratórios públicos cadastrados.

Implantar o programa de monitoramento da qualidade em análises clínicas e bioquímicas em 40% dos laboratórios públicos cadastrados.

Ações Estratégicas

Organizar normas e protocolos técnicos para o estabelecimento de uniformidade de procedimentos na rede de laboratórios oficiais.

Realizar capacitações, treinamentos e eventos técnico-científicos para a rede de laboratórios, no atendimento de demandas para a investigação, diagnóstico e controle dos agravos.

Ampliar a capacidade laboratorial para atendimento de demandas das vigilânci-

as ambiental e sanitária.

Implantar e implementar o diagnóstico por técnicas moleculares.

Implantar sistemática de calibração de equipamentos para atender a rede estadual de saúde pública.

Implantar laboratórios de referência para certificação de procedimentos técnicos laboratoriais, como meio de cultura para exames de qualidade microbiológica da água e alimentos.

Habilitar os laboratórios regionais do IAL segundo os requisitos de qualidade estabelecidos em portarias.

Implantar a determinação da acetilcolinesterase eritrocitária na rede de laboratórios regionais para monitoramento de trabalhadores da saúde nas esferas estadual e municipal que manipulam inseticidas.

Avaliar os laboratórios estaduais e estabelecer critérios para a incorporação da rede IAL em conjunto com a CRS.

Monitorar a qualidade das redes de diagnóstico das DNC e vigilância ambiental, segundo normas da Portaria nº 2606/05 (Finlacen).

Avaliar o sistema de informação laboratorial, incluindo atividades de supervisões direta e indireta com emissão de relatórios.

Monitorar os laboratórios públicos em análises hematológicas e bioquímicas.

Desenvolver ações intersetoriais que permitam reduzir a incidência das doenças de notificação compulsória e agilizar o fluxo de notificação e dos resultados de exames e manutenção da referência laboratorial do Instituto Adolfo Lutz. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 280.

Implementar medidas no sentido de buscar garantir sistema seguro e adequado de transporte de material biológico, para realização de exames, de acordo com a legislação vigente.

Ampliar a oferta de atendimento de especialidades e exames de diagnóstico e implantação de laboratórios regionais e também do Instituto Adolfo Lutz para a realização de exames de patologia clínica, conforme diagnóstico e demanda apontada. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 381.

Objetivo 21: Implantar novas técnicas diagnósticas.

Metas/Resultados Esperados

Implantar seis novas técnicas diagnósticas.

Implantar 14 novas técnicas de análise de produtos.

Ações Estratégicas

Implantar novas técnicas diagnósticas para *Salmonella thyphi*, *Bordetella pertussis*, *Epestein barr*, HIV, *Trypanosoma cruzi*, cisticercose humana e toxocaríase humana.

Implantar novas técnicas de análise de produtos (medicamentos, alimentos e amostras ambientais).

Eixo VI: Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas

Diretrizes Estratégicas:

- ▶ *Ampliar e garantir a atenção à saúde mental.*
- ▶ *Ampliar o acesso à atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas.*
- ▶ *Aperfeiçoar a atenção à pessoa portadora de deficiência.*
- ▶ *Garantir a atenção integral à saúde da população indígena.*
- ▶ *Garantir a atenção integral à saúde da população negra.*
- ▶ *Aperfeiçoar a atenção à saúde do trabalhador.*
- ▶ *Aperfeiçoar a atenção integral à saúde da mulher.*
- ▶ *Garantir a atenção à saúde do idoso.*
- ▶ *Aperfeiçoar e garantir a atenção integral à HAS e DM.*
- ▶ *Ampliar e garantir a atenção integral à saúde da criança.*
- ▶ *Aperfeiçoar a atenção à saúde da população do sistema penitenciário e dos adolescentes em conflito com a lei.*

A elaboração de políticas relativas à saúde evoca questões importantes relacionadas à identificação de problemas prioritários para populações específicas com vulnerabilidade, física ou psicossocial, aos riscos de doença e para as necessidades diferenciais de distintos grupos sociais.

A integralidade enquanto princípio constitutivo de um novo modo de atenção à saúde deve atentar para a incorporação dos cuidados integrais em áreas que os indicadores epidemiológicos apontam sua relevância social, tais como: a atenção à saúde bucal integral e a atenção qualificada e não-institucionalizante da saúde mental. A universalidade configura-se e se qualifica pela integralidade, incluindo as necessidades específicas de raça/etnia, ciclos de vida e de pessoas com deficiência.

As necessidades em saúde são aqui consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e representantes das sociedades científicas e civil) legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores

relevantes na sua definição e implementação.

Desta perspectiva, deve-se promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades de saúde e ampliação do acesso do usuário às políticas setoriais, especialmente aquelas voltadas para mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, trabalhadores, saúde mental e populações em situação de desigualdade por fatores genéticos ou por condicionantes de exclusão social.

A formulação de políticas públicas e a organização do sistema de saúde devem produzir respostas suficientes e qualificadas que diminuam as iniquidades e promovam ações que devem ser privilegiadas diante desses problemas. Para isto, é fundamental a organização dos serviços de uma forma abrangente, desde a atenção primária até a atenção especializada, a qual deve estar organizada de forma relacionada quanto à sua complexidade, através de redes hierarquizadas e regionalizadas de oferta de serviços que devem ser compreendidas como ferramentas estratégicas de disseminação das ações de saúde.

► **Ampliar e garantir a atenção à saúde mental.**

Segundo dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e comportamentais afetam universalmente 25% da população em uma determinada fase da vida. Estão presentes em 10% da população adulta e 10% a 20% entre crianças e adolescentes. Além disso, 20% das pessoas atendidas por profissionais da Atenção Básica têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais (Opas/OMS, relatório sobre a saúde no mundo, 2001).

A alta prevalência dos transtornos mentais e comportamentais na população em geral exerce considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades, com implicações psíquicas, sociais, econômicas, culturais e políticas.

Nas três últimas décadas, uma complexa transformação no campo de conhecimentos e práticas em saúde mental vem se processando no Brasil, tendo como pressupostos a reorientação do modelo de atenção em saúde mental e a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Com base na redução progressiva e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de atenção em saúde mental, de base territorial, a política de saúde mental do SUS, por meio de atos normativos, apoiada na Lei nº 10.216 (2001) e nas recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2000), prevê a construção articulada de um conjunto de serviços e recursos, capaz de oferecer os cuidados necessários ao tratamento, produção de autonomia e exercício de direitos de cidadania para esta população, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços prestados.

O Estado de São Paulo conta com uma rede pública de atenção à saúde mental composta por serviços extra-hospitalares (centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental e ações de saúde mental dispersas em serviços da Atenção Básica e hospitais gerais) e hospitalares (hospitais psiquiátricos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais). O relatório da V Conferência Estadual de Saúde dedica uma parte relevante de propostas ao tema da saúde mental. Algumas delas tornaram-se ações estratégicas do Plano. Outras Propostas da V Conferência Estadual de Saúde, relativas a alguns princípios gerais, foram consideradas na elaboração dos objetivos e das ações desta diretriz estratégica do Plano, que são as seguintes:

- Definir que os recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde para produtividade dos Caps sejam exclusivamente utilizados nestes serviços. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 161.
- Realizar o plano de ações e metas, elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade na área de saúde mental, assim como para um financiamento adequado. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 166
- Inserir indicadores de saúde mental no conjunto de indicadores de saúde previstos no Pacto de Gestão, para apoiar a reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico, de acordo com a reforma psiquiátrica em andamento no País. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 167.
- Implementar uma política interinstitucional de atenção para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, integrada à política de saúde mental, incluindo a atenção, orientação

integral à criança, adolescente e familiares, ao agressor e acompanhamento do caso junto ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 170.

- Realizar campanhas informativas sobre os portadores de transtornos mentais, com o objetivo de combater preconceitos e estigmas decorrentes da desinformação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 173.
- Reconhecer a terapia comunitária como ação da atenção em saúde mental, incluí-la na agenda municipal da saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 175.
- Promover ações em conjunto com os conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacionais), juntamente com os conselhos dos direitos das crianças e adolescentes, com ênfase na criação de Caps - AD (Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas), voltadas a crianças e adolescentes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 177.

Considerando as prioridades estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental no SUS e pela V Conferência Estadual de Saúde, os objetivos a serem compartilhados e adequados às necessidades locais do Plano de Saúde do Estado de São Paulo para a área técnica de saúde mental são expostos a seguir.

Objetivo 1: Garantir atenção integral à saúde mental da população em serviços extra-hospitalares.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar os serviços e as ações na rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar.

Ampliar os atendimentos em saúde mental na Atenção Básica.

Ampliar 50% da cobertura assistencial de Caps no Estado de São Paulo.

Ampliar 100% no número de Caps III no Estado de São Paulo.

Ampliar 100% no número de Caps no Estado de São Paulo.

Avaliar e qualificar 100% dos Caps do Estado de São Paulo.

Ampliar 100% no número de serviços residenciais terapêuticos.

Ampliar o número de municípios habilitados e beneficiários do Programa de Volta para Casa.

Reduzir o número de óbitos por suicídio.

Ampliar o acesso de pessoas submetidas a regimes prisionais e medidas

socioeducativas na rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar.

Ampliar o financiamento para implantação, qualificação, monitoramento e pesquisa da rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar.

Ações Estratégicas

Promover e apoiar os municípios na implantação e implementação de equipes de apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 168.

Identificar necessidades regionais e promover, junto aos municípios, a implantação de Caps em todas as modalidades, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 156.

Incentivar os municípios, com população superior a 200 mil habitantes, na implantação de Caps III como dispositivo resolutivo no acolhimento de situações de crise. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 157.

Promover implementação da rede de atenção à infância e adolescência, por meio da ampliação de Caps, articulados à Atenção Básica e a outras políticas setoriais. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 158 e 170.

Promover a avaliação e qualificação dos Caps do Estado de São Paulo, de modo a ampliar a resolubilidade das questões de saúde mental e a articulação e integração com a rede de atenção à saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 160.

Promover implementação da atenção ao autista na rede extra-hospitalar de saúde mental, articulada à Atenção Básica e a outras políticas setoriais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 158.

Promover a ampliação e implementação dos serviços residenciais terapêuticos, prioritariamente para a população de internações de longa permanência. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 168 e 174.

Incentivar a habilitação dos municípios e o acesso de novos beneficiários no Programa de Volta para Casa. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 174.

Promover a implantação da estratégia de prevenção ao suicídio, prioritariamente nos grandes centros urbanos do Estado de São Paulo. (Portaria MS/ GM nº 1.876/06).

Promover a atenção e inclusão sociais de pessoas com transtornos mentais submetidas a regimes prisionais e medidas socioeducativas na rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar.

Financiar a implantação e implementação de serviços de atenção à saúde mental na rede extra-hospitalar. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 156 e 157.

Incentivar a ampliação dos recursos financeiros do SUS destinados ao custeio da rede extra-hospitalar.

Financiar projetos de avaliação, estudos e pesquisas da rede extra-hospitalar em saúde mental.

Ampliar a diversidade de oferta de medicamentos para tratamento das pessoas com transtornos mentais, atualizando a lista-padrão de medicamentos na rede de atenção à saúde mental. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 164.

Incentivar programas municipais de atenção a crianças e adolescentes, vítimas de violência. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 170.

Objetivo 2: Promover e apoiar articulações intersetoriais para a atenção à saúde mental.

Metas/Resultados Esperados

Estabelecer parcerias com outros setores do governo e da sociedade civil.
Articular-se e dar apoio às associações de usuários de serviços de saúde mental.
Co-financiar projetos com outras secretarias.

Ações Estratégicas

Promover e apoiar a articulação com o campo da Justiça, Direitos Humanos, Educação, Desenvolvimento e Assistência Social, Habitação, Previdência Social, Trabalho e Cultura para a realização de projetos conjuntos visando a inclusão social das pessoas com transtornos mentais em políticas públicas de outros setores. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 169.
Promover e apoiar a articulação com o Poder Judiciário e Ministério Público que possibilite determinações judiciais pactuadas entre estas instituições, serviços de saúde e familiares.
Promover a interlocução com Casas de Custódia e Tratamento e Fundação Casa, visando à inserção das pessoas com transtornos mentais na rede de atenção extra-hospitalar.
Incentivar e apoiar a formação e articulação de associações de usuários e familiares de serviços de saúde mental para o desenvolvimento de projetos de inclusão social. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 169.
Fomentar o investimento de recursos de outras secretarias de Estado para a realização de projetos intersetoriais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 169.

Objetivo 3: Promover a avaliação e reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar.

Metas/Resultados Esperados

Realizar anualmente o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)/Psiquiatria.
Reduzir 25% dos leitos em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo.
Fazer o levantamento da situação de 100% dos moradores de hospitais psiquiátricos.
Desinstitucionalizar 50% dos moradores de hospitais psiquiátricos, até 2011.
Estabelecer programas de melhoria da assistência psiquiátrica nos hospitais próprios estaduais.
Ampliar 50% dos leitos de atenção integral à saúde mental em hospitais gerais.

Ampliar 50% na oferta de leitos de observação em saúde mental em prontos-socorros gerais.

Ações Estratégicas

Coordenar a execução do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)/Psiquiatria para garantir a qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados.

Coordenar a execução do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) para garantir a redução progressiva e pactuada de leitos desde os hospitais de grande porte, transformando-os em hospitais menores, mais adequados tecnicamente e mais integrados com a rede extra-hospitalar.

Estabelecer programa de desinstitucionalização para os moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Instituir programas de melhoria da assistência psiquiátrica nos hospitais próprios da gestão estadual visando a promover internações de curta permanência e o trabalho de desinstitucionalização de moradores.

Promover e apoiar a implantação e implementação de leitos de atenção integral à saúde mental nos hospitais gerais. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 162, 163 e 168.

Promover e apoiar a implantação e implementação de leitos de observação em prontos-socorros gerais. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 162 e 168.

Divulgar para os Conselhos de Saúde a avaliação dos hospitais psiquiátricos realizada por meio do PNASH. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 159.

Objetivo 4: Promover a implantação e implementação de programas de educação permanente e qualificação de serviços da rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar.

Metas/Resultados Esperados

Identificar e promover atividades de capacitação, avaliação e monitoramento em saúde mental para o aprimoramento do modelo de atenção e aumento da resolubilidade das ações e serviços.

Qualificar as ações de saúde mental na Atenção Básica.

Qualificar o trabalho de articuladores, coordenadores e interlocutores de saúde mental dos níveis locais.

Qualificar o trabalho dos profissionais dos serviços de saúde mental extra-hospitalares, em especial dos Caps.

Estabelecer parcerias com instituições formadoras para o desenvolvimento do campo docente-assistencial.

Ações Estratégicas

Apoiar tecnicamente os interlocutores da área de saúde mental, estaduais e municipais, para o desenvolvimento e organização das redes de atenção à saúde mental.

Promover cursos de capacitação para equipes da Atenção Básica destacando a singularidade de grupos específicos (crianças, mulheres, idosos, negros, índios e trabalhadores).

Promover cursos de capacitação para as equipes de serviços de atenção à saúde mental (Caps, ambulatórios, residências terapêuticas, serviços de emergência e Samu). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 160.

Promover e apoiar a prática de supervisão clínico-institucional para a formação continuada das equipes dos Caps. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 160.

Promover a interlocução com as universidades e instituições formadoras para a discussão e adequação dos currículos dos cursos de graduação e formação na área de saúde mental. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 160.

Elaborar instrumentos de avaliação e monitoramento do trabalho desenvolvido pela rede de atenção à saúde mental, especialmente os Caps. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 160.

Favorecer a ampliação da oferta de cursos de aprimoramento em saúde mental por meio da SES.

► **Ampliar o acesso à atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas**

O uso prejudicial de álcool e outras drogas acometem grande parte da população, em especial o álcool, cuja dependência afeta 11,2 % da população brasileira, seguido pelo tabaco (9%), benzodiazepínicos (1,1%), maconha (1%) e os solventes (0,8%), sendo que a presença de transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de álcool e outras drogas é bastante significativo. (Cebrid, Levantamento domiciliar sobre o uso de psicotrópicos, 2002). O álcool é a substância mais consumida no Brasil e no mundo, sendo que 12% da população apresentam algum problema relacionado ao uso prejudicial ou dependência do álcool; portanto, necessita de ações específicas do sistema de saúde (Senad, I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, 2007).

Os transtornos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, pela relevância epidemiológica e agravos provocados à saúde, vêm sendo abordados como problemas de saúde pública e

objeto de políticas específicas do SUS; tem como estratégias a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem da redução de danos para as pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Dessa perspectiva, com base nas diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Álcool e outras drogas preconizada para o SUS, propõem-se os seguintes objetivos para o Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo na área de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, descritos a seguir.

Objetivo 5: Garantir atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas na rede extra-hospitalar.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir o número de internações psiquiátricas por transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Ampliar a oferta de ações de saúde para usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica.

Ampliar 50% no número de Caps I no Estado de São Paulo.

Ampliar 50% no número de Caps AD no Estado de São Paulo.

Avaliar e qualificar 100% dos Caps AD.

Ações Estratégicas

Promover a implementação da rede de atenção extra-hospitalar aos usuários de álcool e outras drogas articuladas à Atenção Básica, segundo a estratégia de redução de danos.

Promover e apoiar os municípios na implantação e implementação de equipes de apoio matricial em saúde mental, álcool e drogas na Atenção Básica.

Estimular a implantação de Caps I, em municípios de menor porte, para ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares para usuários de álcool e drogas.

Promover implementação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, por meio da ampliação de Caps AD articulados à Atenção Básica e a outras políticas setoriais, segundo o paradigma da redução de danos como estratégia de tratamento, prevenção e promoção da saúde mental. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 171.

Promover a avaliação e qualificação dos Caps AD para ampliar a resolubilidade das questões relacionadas ao uso de álcool e drogas.

Objetivo 6: Promover projetos intersetoriais para a atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

Metas/Resultados Esperados

Estabelecer parcerias com Organizações Governamentais e Não-Governamentais.

Estabelecer parcerias com instituições de redução de danos.

Promover encontros de associações.

Estabelecer projetos conjuntos com outras secretarias.

Ações Estratégicas

Promover e apoiar a articulação com o campo da Justiça, Direitos Humanos, Educação, Desenvolvimento e Assistência Social, Habitação, Previdência Social, Trabalho e Cultura para a realização de projetos conjuntos visando a prevenção e inclusão social das pessoas usuárias de álcool e outras drogas nas políticas públicas de outros setores. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 172.

Promover e apoiar as iniciativas das instituições de redução de danos, estimulando sua aproximação e articulação com a rede de atenção (Caps I, Caps AD e Atenção Básica).

Apoiar a criação e organização de associações de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares para o desenvolvimento de projetos de inclusão social. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 171 e 172.

Fomentar o investimento de recursos de outras secretarias de Estado para a realização de projetos intersetoriais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 178.

Objetivo 7: Promover a implantação de leitos de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir as internações de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Aumentar o número de leitos de atenção integral para álcool e outras drogas em hospitais gerais e prontos-socorros gerais.

Ações Estratégicas

Promover e apoiar a implantação de leitos de atenção integral em saúde mental nos hospitais gerais e prontos-socorros gerais, criando possibilidades de retaguarda para situações de crise.

Incentivar e apoiar a implantação de serviços hospitalares de referência para a

atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHRad) segundo a Portaria GM nº 1612/05.

Objetivo 8: Promover a implantação e implementação de programas de educação permanente e qualificação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Metas/Resultados Esperados

Qualificar o trabalho de articuladores, coordenadores e interlocutores de saúde mental para a área de álcool e drogas.

Qualificar as ações na área de álcool e drogas para a Atenção Básica.

Qualificar o trabalho dos profissionais dos serviços extra-hospitalares para a atenção na área de álcool e outras drogas, em especial os Caps AD.

Estabelecer parcerias com instituições formadoras para o desenvolvimento do campo docente-assistencial.

Aprimorar o modelo de atenção e capacidade assistencial na área de álcool e outras drogas.

Ações Estratégicas

Apoiar tecnicamente os representantes estaduais e municipais para o desenvolvimento e organização da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Promover cursos de capacitação em saúde mental para as equipes da Atenção Básica, destacando a singularidade de grupos específicos (crianças, mulheres, idosos, negros, índios e trabalhadores).

Promover cursos de capacitação para as equipes de serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas (Caps, ambulatórios, residências terapêuticas, serviços de emergência e Samu).

Promover capacitação na estratégia de redução de danos para as equipes da Atenção Básica, Caps I e Caps AD.

Promover e apoiar a prática de supervisão clínico-institucional para a formação continuada das equipes dos Caps AD.

Promover a interlocução com as universidades e instituições formadoras para a discussão e adequação dos currículos de cursos de graduação e de formação na área de álcool e outras drogas.

Elaborar instrumentos de avaliação e monitoramento do trabalho desenvolvido pela rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Financiar programas de educação permanente para trabalhadores da área de álcool e outras drogas.

► **Aperfeiçoar a atenção integral à pessoa portadora de deficiência.**

Considera-se como deficiente a pessoa que possui limitação ou

incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental, múltipla. No Brasil, estima-se que 14,5% da população brasileira tenham algum tipo de deficiência (Censo IBGE, 2000), o que causa importante impacto social e econômico.

A grande prioridade da pessoa com deficiência, no mundo todo, é sua inclusão na sociedade por meio de uma política de acessibilidade, o que contempla os diversos espaços sociais, como: educação, trabalho, lazer e saúde, entre outros.

Nesse sentido, a política estadual de saúde da pessoa com deficiência tem como objetivo básico efetivar a inclusão da pessoa com deficiência no SUS, para atendimento à sua saúde e reabilitação, promovendo a sua inserção social por meio de ações de promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiência, organização da rede de serviços e assistência integral, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação e capacitação de recursos humanos.

O Estado de São Paulo conta com uma rede de reabilitação física, rede de saúde auditiva e rede de saúde mental, com diferentes níveis de complexidade, que necessitam de adequação, buscando maior qualificação dos serviços prestados.

Objetivo 9: Garantir atenção à saúde da pessoa com deficiência (auditiva, mental, visual, física, múltipla), por meio das redes de reabilitação.

Meta/Resultado Esperado

Organizar redes com a composição tecnicamente adequada segundo os parâmetros existentes.

Ações Estratégicas

Identificar e avaliar os procedimentos realizados pelos serviços que compõem as redes de atenção à pessoa com deficiência.

Subsidiar as DRSs e intervir conjuntamente, quando necessário, no controle, regulação do acesso, acompanhamento e implementação das ações realizadas.

Articular as redes e ações de atenção a pessoas com deficiências nos municípios e incentivar Programa de Concessão de Órteses, Próteses e Matérias Auxiliares,

coordenado pelos municípios, com auxílio de verbas estaduais de acordo com as necessidades da população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 219.

Pactuar junto aos municípios a adequação das redes, por meio de implantação ou implementação de serviços de média e alta complexidades para as pessoas com deficiência, incluindo oficinas-escola para produção e conserto de órteses, adequando a equipe multiprofissional, inclusive serviços de terapia fonoaudiológica e outros, em todas as microrregiões do Estado. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 171, 172, 207, 209 e 223.

Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da qualidade das ações realizadas, incluindo as de prevenção. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 207.

Integrar os procedimentos hospitalares ao fluxo das redes de assistência à pessoa com deficiência, implementando, quando necessário, serviços em algumas regiões.

Estimular o estabelecimento de parcerias intersecretariais e intersetoriais para discutir e propor estratégias de inclusão do deficiente na sociedade.

Propor regulamentação estadual para os serviços cadastrados para assistência ao deficiente mental.

Objetivo 10: Ampliar o acesso, com qualidade, às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Meta/Resultado Esperado

Ampliar o fornecimento naquelas regiões do Estado, que forem consideradas mais prioritárias (com maior tempo de espera), conforme definidas em estudos específicos.

Ações Estratégicas

Realizar estudos para identificação da situação atual de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no SUS/SP.

Avaliar a situação da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, identificando as regiões com maiores dificuldades.

Verificar, entre as pessoas que demandam de órteses e prótese, quantas estão relacionadas com agravos relacionados ao trabalho.

Construir sistema de fila única de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, de acordo com o tipo de ajudas técnicas necessárias para cada paciente.

Pactuar o financiamento tripartite para aumento da dispensação, conforme as necessidades identificadas.

Propor, em conjunto com sociedades científicas e serviços, projetos para o aperfeiçoamento constante da qualidade de atendimento prestado e incorporação de novas tecnologias.

Promover políticas intersetoriais para ampliação e implementação das adaptações de todos os transportes coletivos (ônibus) para deficientes visuais,

cadeirantes e outros, para melhor locomoção, unificar as carteiras de transportes regionais para deficientes, promover processos educativos intersetoriais voltados para a população e profissionais da área de transporte, objetivando a redução da discriminação. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 215, 216, 217 e 227.

Objetivo 11: Apoiar o aperfeiçoamento da reabilitação na Atenção Básica municipal.

Meta/Resultado Esperado

Implantar as estratégias de aperfeiçoamento pactuadas.

Ações Estratégicas

Discutir, propor e pactuar com os municípios, estratégias de apoio à reabilitação na Atenção Básica, objetivando:

- fornecer suporte técnico às equipes de saúde da família;
- promover o atendimento domiciliar, inclusive da saúde bucal. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 212, 213, 221, 222, 226 e 228.

Promover articulação intersetorial para inclusão das pessoas com deficiência na sua comunidade.

- Contribuir para o diagnóstico do território, definindo os parâmetros de necessidades.
- Identificar e propor ações de intervenção nos problemas prioritários e de maior complexidade (ex.: acompanhamento do DNPM em recém-nascidos de baixo peso, casos de disfunção oral que interferem no aleitamento materno, atuação integrada na prevenção de deficiências, entre elas AVE etc.).

Propor, em conjunto com sociedades científicas e serviços, material de orientação sobre estratégias de comunicação e conduta para Atenção Básica às pessoas com deficiência, por tipo de deficiência.

Construir indicadores para monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Capacitar e apoiar tecnicamente os profissionais de saúde da rede de Atenção Básica para o diagnóstico do território, com levantamento e identificação das pessoas portadoras de deficiência mental e o seu atendimento.

Objetivo 12: Promover ações de prevenção e identificação precoce das diversas deficiências.

Metas/Resultados Esperados

Realizar regulamentação técnica do assunto.

Ampliar a cobertura no SUS, de acordo com regulamentação elaborada.

Ações Estratégicas

Implantar/implementar procedimentos de identificação precoce de deficiências (teste do reflexo, triagem auditiva) em serviços de média e alta complexidades. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 225.

Capacitar profissionais para a realização dos testes do reflexo vermelho e triagem auditiva.

Organizar fluxo de retaguarda com a rede estadual de saúde auditiva e demais serviços de reabilitação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 225.

Construir indicadores para monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Promover educação permanente para profissionais dos serviços de saúde que atuam no apoio às pessoas que utilizam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

► **Garantir a atenção integral à saúde da população indígena.**

A população indígena no Estado de São Paulo é de cerca de três mil pessoas, das etnias guarani, tupi-guarani, terena, kaingang e krenak, vivendo em cerca de 32 aldeias localizadas em 16 municípios, abrangendo sete DRSS, concentrando a maior população da etnia guarani do País, estando a mais populosa na cidade de São Paulo. Há também na favela do Real Parque em São Paulo cerca de 800 indígenas da etnia pankararu.

A lei do subsistema de saúde indígena diferencia (não privilegia) o atendimento e responsabiliza diretamente o Ministério da Saúde - Funasa - Departamento de Saúde Indígena (Desai) com seus 36 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI) no País. São Paulo, atualmente, pertence ao DSEI - Sudeste, sediado em Florianópolis-SC.

Na Coordenação Regional da Funasa em São Paulo - CORE-SP, a responsabilidade é da Assessoria de Saúde Indígena (Asin), que tem seis pólos-bases, onde estão sediadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), cujo modelo de assistência é semelhante ao PSF, havendo cerca de nove equipes contratadas por ONG e Prefeitura com recursos da Funasa.

De 1999 a 2003, com recursos do tesouro do Estado, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo fez convênio com a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para assistir às aldeias Krucutu e Tenondê Porá da Cidade de São Paulo.

A retaguarda e referência são feitas pela rede regionalizada e hierarquizada do SUS (exceto quando a comunidade não aceita) e hospitais indicados/escolhidos pelas comunidades indígenas que recebem incentivo financeiro do Ministério da Saúde para o atendimento. O Hospital São Paulo e o ambulatório do índio - Unifesp, pela sua tradição, é referência nacional. Os índios da etnia pankararu da cidade de São Paulo conquistaram um dia específico da semana no ambulatório, desde que referenciados pela unidade de saúde.

São prevalentes doenças respiratórias e distúrbios gastrintestinais. Existe ainda a desnutrição, com discreta redução, doenças imunopreveníveis, tuberculose e poucos casos de DST/Aids, porém onde é maior o contato com a sociedade envolvente, agravos relacionados às alterações dos hábitos de vida (alimentação e atividades sociais), como hipertensão arterial e diabetes estão aparecendo, principalmente no oeste paulista, além do alcoolismo em quase todas as aldeias; mas em São Paulo o perfil de morbimortalidade indígena vem melhorando nos últimos anos.

O controle social é constituído pelo Conselho Local de Saúde Indígena, por pólo-base, perfazendo um total de oito, no qual só participam indígenas e os não-índios às vezes são convidados, sem direito a voto. e pelo Conselho Distrital que é paritário, abrange os Estados do Rio de Janeiro até Rio Grande do Sul, exceto Paraná e a SES-SP ocupa uma vaga de titular no segmento de prestador. A presidência deve ser exercida por um indígena. Há também o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais, a CISI e a participação deles no Conselho Nacional de Saúde (CNS), recentemente conquistado. Ocorreram quatro conferências nacionais de saúde indígena, sendo a última em março de 2006. O Estado de São Paulo, por meio da SES, também é integrante do Conselho Estadual dos Povos Indígenas.

Ao se elaborarem políticas públicas de saúde para esta população, é primordial considerar os próprios conceitos de saúde e doença e os aspectos intersetoriais de seus determinantes, tendo em mente que são povos do ecossistema e suas práticas de cura são produto da relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Para eles, a melhoria do Estado de saúde não ocorre pela simples transferência de tecnologias e conhecimentos da

biomedicina. Ao se adotarem tecnologias de interesses sociais, estas devem ser compatíveis com as condições socioeconômicas e culturais de cada povo e terra, utilizando material conhecido ou de domínio deles, de funcionamento simples, de fácil manutenção e eficiente para fazer parte do dia-a-dia deles.

O Plano Estadual de Saúde 2008/2011 dedica uma diretriz estratégica a estas populações, respondendo também às solicitações da V Conferência Estadual de Saúde, cujo relatório formula propostas relevantes entre elas, a de "Acelerar a identificação, homologação e demarcação das terras Indígenas". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 253.

Objetivo 13: Reduzir as desigualdades e iniquidades na atenção integral à saúde indígena, com perspectiva de inclusão social, promoção e expansão da cidadania e qualidade de vida e auto-sustentabilidade.

Meta/Resultado Esperado

Melhorar a qualificação na atenção integral à saúde indígena.

Ações Estratégicas

Capacitar técnicos dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e de secretarias municipais de saúde que possuem aldeias.

Capacitar recursos humanos de serviços de saúde - SUS/SP que atendam populações indígenas.

Colaborar, dar suporte e/ou assessorar técnica e S/N financeiramente a ASIN - CORE - SP - e municípios quando solicitados e/ou a situação o exigir, respeitada a autonomia dos gestores. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 250, 251 e 252.

Elaborar e executar conjuntamente (SES-DRS-SMS, com colaboração da Funasa - CORE/SP), capacitação de recursos humanos. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 250 e 252.

Implementar a Lei do Subsistema de Saúde Indígena, bem como a Portaria GM 2656 de 17 de outubro de 2007 no âmbito do SUS-SP. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 250, 251 e 252.

Fortalecer/apoiar a economia de subsistência, a manutenção e reposição de espécies tradicionais, em especial as utilizadas pela medicina tradicional. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 251 e 253.

Contribuir, valorizar e incentivar a preservação/revitalização da medicina tradicional e cultura alimentar tradicional. Propostas da V Conferência Estadual de

Saúde nºs 251 e 253.

Alertar para os riscos no consumo de produtos da sociedade envolvente.

Implementar e implantar onde for indicado pelas lideranças as práticas de cura tradicional (medicina tradicional), inclusive com adaptações nos serviços da rede SUS-SP.

Apoiar a implementação do Projeto de Resgate da Medicina Tradicional Indígena.

Articular e buscar assessoria junto às universidades sempre que necessário.

Manter o pacto da SES-SP, lideranças indígenas, caciques e parteiras indígenas no respeito ao direito que eles têm de manter em sigilo os conhecimentos tradicionais.

Criar mecanismos e participar de trabalhos intra/intersetorial e multissetorial. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 250, 251, 252 e 253.

Articular com o MS/Funasa para incentivar financeira e tecnicamente os municípios com população indígena e comunidades remanescentes de quilombos para implantação de equipe de saúde bucal na Atenção Básica e para melhoria de recursos físicos e materiais.

Estender a cobertura de Saúde às comunidades indígenas em parceria com a Fundação Nacional de Saúde, respeitando as especificidades de cada etnia e que esta cumpra seu papel de garantir a Saúde Integral à Comunidade Indígena com mais empenho e dedicação no enfrentamento dos problemas com investimentos em infra-estrutura. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 251.

Criar estrutura no Programa de Saúde da Família para atender as comunidades indígenas, esclarecer e orientar esses profissionais a respeitarem a cultura e crenças sem discriminações e que valorizem o uso dos fitoterápicos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 252.

► **Garantir a atenção integral à saúde da população negra.**

A SES-SP propõe-se a atuar em consonância com a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial coordenada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), o Programa Estadual de Políticas Afirmativas para Afrodescendentes e a Política Nacional de Saúde.

As desigualdades étnicas raciais são fatores determinantes da sociedade brasileira, e quando associados a fatores sociais, políticos e econômicos incrementam o processo de vulnerabilidade de grupos sociais, influenciando no processo saúde, doença e morte. Para alterar a forma de pensar e agir os modelos de atenção, gestão e práticas de saúde, é necessário a adoção de ações afirmativas em saúde - iniciativas de longo, médio e curto prazos. Com os objetivos aqui propostos, pretende-se reduzir as diferenças existentes entre a morbimortalidade por doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, violência, Diabetes Melito, HIV/Aids, tuberculose,

câncer de colo uterino, mioma e transtornos mentais na população negra do Estado de São Paulo e nos demais paulistas.

A garantia à atenção integral à saúde da população negra foi um tema amplamente debatido durante a V Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, oferecendo elementos valiosos para a elaboração desta seção do PES. As principais propostas da V Conferência Estadual de Saúde sobre este tema estão priorizadas nos objetivos desta diretriz.

Objetivo 14: Aplicar estratégias para facilitar a implantação da política de atenção integral à saúde da população negra.

Metas/Resultados Esperados

Melhorar a qualificação dos recursos humanos de serviços de saúde - SUS/SP nas especificidades e necessidades de saúde da população negra e, em especial, os técnicos dos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) e de secretarias municipais de saúde.

Realizar seminários regionais nos 17 Departamentos Regionais de Saúde.

Aumentar o número de publicações e a produção instrucional sobre os temas relacionados à saúde da população negra.

Ações Estratégicas

Realizar seminários regionais de saúde da população negra.

Estimular a criação de uma comissão municipal de saúde da população negra, visando a participação no Comitê Regional de Saúde da População Negra. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 245.

Promover o acesso a serviços de saúde às comunidades remanescentes de quilombos.

Incluir o tema saúde da população negra nos processos de formação e educação permanentes dos trabalhadores da saúde.

Incluir a divulgação dos dados epidemiológicos segundo raça/cor na rotina da SES.

Implantar comitês regionais de saúde da população negra.

Implementar política de atenção às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Estado de São Paulo.

Fortalecer a participação e a representação da população negra nas instâncias de controle social.

Valorizar as práticas e culturas de promoção à saúde das religiões de matriz africana.

Fomentar a produção do conhecimento sobre a temática saúde da população negra. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 244.

Incluir indicadores referentes à saúde da população negra, ao pactuar a Progra-

mação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS).

Trabalhar em conjunto e com a apreciação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

Garantir a execução de ações para efetivação nos três níveis de governo da Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra e fomentar a produção de conhecimento científico, de modo a responder dúvidas persistentes e dar conseqüências à tomada de decisões no campo da saúde da população negra. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 244.

Objetivo 15: Melhorar a qualidade da informação (coleta, processamento e análise) do quesito cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena).

Metas/Resultados Esperados

Treinar 100% do pessoal de atendimento dos serviços próprios e conveniados.

Qualificar a coleta e reduzir para 10% o percentual de informação raça/cor ignorado nos sistema de informação do SUS.

Ações Estratégicas

Incluir na Pactuação de Saúde do Estado de São Paulo (Pacto pela Vida) o quesito cor como meta não-facultativa, obedecendo os critérios do IBGE para identificação do usuário. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 248.

Pactuar a desagregação dos dados por raça/cor nos indicadores do PAP.

Incluir o quesito cor em todo e qualquer novo sistema de informação do Estado e municípios. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 248.

Melhorar a qualidade dos sistemas de informação no que tange à coleta, processamento e à análise dos dados específicos sobre saúde da população negra.

Capacitar profissionais de saúde - que fazem o atendimento inicial, gerentes responsáveis/gestores - sobre a necessidade da autoclassificação.

Sensibilizar a população usuária dos serviços sobre a importância do quesito cor.

Elaborar campanhas sobre a importância do quesito cor.

Pactuar a inclusão do quesito em todos os sistemas de saúde (banco de dados) e correlatos do Estado de São Paulo.

Fazer gestão aos órgãos competentes para a inclusão do quesito cor na AIH (Autorização de Internações Hospitalares) impressos do Banco de Dados da Violência e outros, do SUS.

Estabelecer mecanismos de monitoramento da informação, avaliação, análise de dados e retroalimentação de informação raça/cor.

Criar mecanismos para informar os municípios que não coletam a informação raça/cor e percentual de não-preenchimento.

Objetivo 16: Capacitar os recursos humanos.

Metas/Resultados Esperados

Capacitar 100% de recursos humanos de serviços de saúde - SUS/SP estaduais nas especificidades e necessidades de saúde da população negra.

Incluir o tema nas capacitações realizadas com recursos humanos das Secretarias Municipais de Saúde.

Ações Estratégicas

Incluir o tema diversidade cultural e racial/étnica no processo de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS.

Incluir o tema Saúde da População Negra nos programas dos cursos realizados para funcionários da SES.

Incluir o tema Saúde da População Negra nos cursos de especialização e residência em saúde da família para médicos e outros profissionais do Programa Saúde da Família.

Incluir o tema Saúde da População Negra nos cursos de Residência Médica e Programas de Aprimoramento Profissional.

Objetivo 17: Implementar a política de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Meta/Resultado Esperado

Estabelecer a rede de atenção às pessoas com doença falciforme em 100% do Estado de São Paulo.

Ações Estratégicas

Assessorar tecnicamente a interligação do programa de triagem neonatal e o programa de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Desenhar e estabelecer a Rede de Atenção à Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 246.

Capacitar e promover educação permanente em hemoglobinopatias para os trabalhadores da saúde.

Capacitar profissionais de saúde da rede de atenção, incluindo a Atenção Básica. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 246.

Apoiar a pesquisa e promoção do conhecimento em doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Estimular a pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pes-

soas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Apoio para estruturação e/ou organização da hemorrede e /ou hospitais de referência para a atenção às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Apoiar projetos regionais, municipais e/ou da sociedade civil.

Formar multiplicadores do movimento social para auxiliar na execução/acompanhamento/fiscalização da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra.

Implementar testes de eletroforese com esclarecimento da mãe no pré-natal e realização de campanhas esclarecedoras para prevenção do câncer tanto masculino como feminino, em especial à população negra. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 247.

Efetivar a atenção à população negra, com estabelecimento de rede de referência e contra-referência, com prioridade para a anemia falciforme, fornecendo medicamentos e insumos, capacitação da Atenção Básica e programa de saúde da família no manejo do agravo, capacitação de profissionais para detectar a anemia falciforme, prevendo campanhas para informações à população e incentivos financeiros. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 246.

Objetivo 18: Valorizar as práticas tradicionais e as culturas de promoção à saúde das religiões de matriz africana, parteiras e benzedeiras.

Meta/Resultado Esperado

Estabelecer estratégias para a inclusão de religiosos de matriz africana, parteiras e benzedeiras, como parceiros do SUS.

Ações Estratégicas

Reconhecer a função do sacerdote e da sacerdotisa das religiões de matriz africana na promoção da saúde.

Possibilitar que as religiões de matriz africana tenham assentos nos conselhos de controle e participação social dos municípios.

Reconhecer que os terreiros são comunidades tradicionais e promotoras de saúde.

Reconhecer que as benzedeiras são promotoras de saúde.

Assegurar ao ministro religioso a possibilidade de assistir os praticantes da religiosidade de matriz africana em hospitais públicos (direito ao acompanhante/direitos do usuário).

Promover o intercâmbio entre comunidades tradicionais, espaços religiosos e centros de pesquisa/universidades, visando a realização de atividades conjuntas.

Promover eventos/seminários sobre espaços religiosos e práticas de cura.

Realizar estudos sobre práticas tradicionais em saúde.

Estimular casas de parto específicas para gestantes de comunidades quilombolas, com capacitação das parteiras quilombolas, garantindo a atenção hospitalar para gravidez de risco e/ou por opção do parto hospitalar. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 249.

Objetivo 19: Sensibilizar a população para as temáticas relacionadas à saúde da população negra (Comunicação Social).

Meta/Resultado Esperado

Sensibilizar a população em geral sobre as temáticas relacionadas à saúde da população negra.

Ações Estratégicas

Apoiar a elaboração de campanha a ser veiculada por meio digital.
 Elaborar campanha a ser veiculada nos jornais locais e nas rádios (locais e comunitárias). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 246.
 Apoiar a elaboração de DVD com o tema "Saúde da População Negra".
 Elaborar manuais instrucionais sobre saúde da população negra.
 Elaborar cartazes, pôsteres e manuais técnicos para hospitais, profissionais de saúde e população em geral.

Objetivo 20: Aplicar estratégias para melhorar o acesso a serviços de saúde às populações remanescentes de quilombos.

Meta/Resultado Esperado

Identificar perfil epidemiológico e assistencial das populações remanescentes de quilombos do Estado de São Paulo (reconhecidos).

Ações Estratégicas

Implementar a estratégia Saúde da Família nos municípios que possuem comunidades remanescentes de quilombos.
 Recrutar e formar agentes comunitários de saúde quilombolas.
 Ter informação sistematizada da prevalência de doenças, acesso a serviços de saúde e equipamentos públicos de saúde no entorno ou em cidades circunvizinhas às comunidades quilombolas.
 Sistematizar a informação de onde são realizados os atendimentos à população quilombola, quais serviços, dificuldades/tempo de deslocamento/espera para obtenção de atendimento e opinião das comunidades.

Estabelecer em parceria com a comunidade quais as prioridades a serem estabelecidas no enfrentamento de seus problemas de saúde.

► **Aperfeiçoar e consolidar a rede de atenção integral à saúde do trabalhador.**

A Saúde do Trabalhador no SUS/SP deve ser configurada como um campo de práticas que se preocupa com as relações entre o trabalho e o processo saúde e doença, desde a Atenção Básica até o nível terciário.

A uma rede estadual de saúde do trabalhador deve traduzir uma hierarquização dos diferentes serviços a serem oferecidos à clientela, garantindo acesso e racionalizando a utilização dos diversos recursos.

Esta rede deve garantir:

- ações na rede de Atenção Básica e no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF);
- referências assistenciais de diagnóstico, tratamento e reabilitação nos serviços de média e alta complexidades do SUS;
- articulação com os dispositivos de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental);
- Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

Os CRSTs estadual e regionais estão integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede de média e alta complexidades, integrando um sistema de informação desenvolvido no âmbito da assistência terciária de média e alta complexidades, a execução de projetos de capacitação comuns, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede estadual.

A saúde do trabalhador representou um dos temas mais debatidos na V Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, levando à formulação de muitas propostas relevantes, que foram apreciadas para a elaboração do PES.

Objetivo 21: Prevenir os riscos de agravos (doenças e acidentes incapacitantes ou fatais) em trabalhadores do setor canavieiro.

Metas/Resultados Esperados

Cadastrar e inspecionar 100% das empresas do setor canavieiro no Sivisa, conforme programação do Pevisat Canavieiro.

Monitorar 100% dos municípios que realizam inspeções em moradias coletivas e alojamentos de trabalhadores canavieiros.

Ações Estratégicas

Implantar e implementar o Programa Estadual de Vigilância à Saúde do Trabalhador Canavieiro (Pevisat Canavieiro), atividade em franca expansão no Estado de São Paulo.

Formular políticas de controle ambiental regulando as queimadas de cana e definindo responsabilidade para os usineiros. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 263.

Adotar medidas no sentido de regulamentar a área de cultivo da cana-de-açúcar no perímetro de aglomerado residencial. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 264.

Promover a co-participação entre gestores e Associação de Fornecedores de Cana da Região Oeste Paulista (AFCOP) e outras associações patronais do setor sucroalcooleiro na aquisição de materiais e insumos para atendimento da população flutuante, revisão do percentual de cotas durante a safra de corte de cana, ou seja, a correta aplicação da Lei Federal no 4.870/65. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 266.

Buscar medidas para implementar o financiamento tripartite de projeto de atendimento aos municípios que agregam usinas de álcool e presídios, em função do aumento da população, muitas vezes flutuante, que tem trazido um novo perfil epidemiológico e sanitário. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 267.

Apoiar a implantação de políticas públicas que ofereçam condições de trabalho dignas e adequadas às necessidades dos trabalhadores do setor canavieiro, garantindo recursos necessários para ações de vigilância em saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho e alojamentos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 268.

Articular de modo intersetorial a responsabilização dos produtores de cana-de-açúcar pelas doenças respiratórias de maior incidência nas regiões que onde tem queimadas de cana-de-açúcar, estabelecendo um índice de incidência que, se ultrapassado, se converte em multa para os produtores, com destinação ao SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 270.

Articular a criação de um projeto de lei que delimite um teto para o corte de cana-de-açúcar e que evite o desgaste excessivo físico ou morte por exaustão, sem prejuízo nos seus vencimentos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 271.

Articular intersetorialmente no sentido de buscar aumentar aporte financeiro destinado à expectativa do desenvolvimento regional, relacionada ao aumento da atividade canavieira com criação de mecanismos de ressarcimento ao SUS pelos empregadores em consequência do aumento de agravos desta prática profissional para a saúde no período de colheita e incluir como caso de notificação compulsória os agravos e óbitos de trabalhadores do setor canavieiro no

sistema estadual de vigilância epidemiológica. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 265.

Articular intersecretorialmente no sentido de elaborar projetos de lei que criem um imposto destinado a taxar os produtores de cana-de-açúcar que façam uso de queimadas para produção de álcool e açúcar, com destinação para a Saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 269.

Objetivo 22: Implementar o desenvolvimento da atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) nos agravos previstos pela Portaria MS nº 777 de 2004.

Meta/Resultado Esperado

Inspecionar 100% das empresas previstas no programa.

Ações Estratégicas

Implementar e desenvolver o Programa de Visat exposto ao amianto.

Implementar e desenvolver o Programa de Visat exposto ao benzeno.

Implementar programas de saúde ocupacional nas empresas para melhorar os sistemas de biossegurança funcional (prevenção e atenção às vítimas de acidentes com materiais biológico e radioativo) e conforto, por meio de gerenciamento e vigilância dos CERESTs com apoio da criação de leis de incentivo tributário e regulamentar o pagamento de adicional de insalubridade para todos os profissionais de saúde, públicos e privados. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 137.

Negociar com o Ministério da Saúde, por meio de lei federal, a promoção de campanhas de prevenção do câncer de pele, com distribuição de protetor solar, para trabalhadores rurais e urbanos sob exposição ao sol e em parceria com entidades públicas e privadas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 128.

Estabelecer parceria com a Casa da Agricultura, visando ações para elevar a qualidade de saúde do trabalhador, abordando como foco principal os trabalhadores que manuseiam agrotóxicos e carvão. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 130.

Articular a alocação de recursos federais e estaduais para municípios com atividades agrícolas, que recebem trabalhadores migrantes e/ou eventuais, destinados à assistência à saúde necessária e/ou específica a esse público-alvo (por exemplo, acidentes no campo, intoxicação aguda e crônica por agrotóxicos e outros agravos). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 131.

Implantar e implementar os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) existentes em todas as DRSs e municípios de médio porte, com planejamento, avaliação e divulgação das ações de prevenção, vigilância e atenção à saúde do trabalhador, nos âmbitos municipais, regionais e estaduais, de acordo com a Política da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com poder de autoridade sanitária e ampliação da integração, parce-

rias e envolvimento com os diversos setores. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 132.

Criar e implantar fóruns de discussão para a saúde do trabalhador e Comissão Intermunicipal de Saúde do Trabalhador para debater temas como: critérios para participação no lucro de empresas e inclusão de trabalhadores informais na previdência. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 134.

Alocar recursos financeiros para as ações da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast); definir no pacto de gestão que os recursos desta sejam aplicados somente na área e articular no sentido de conseguir que os recursos referentes a seguros de acidentes de trânsito e de trabalho sejam repassados ao SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 135.

Estudar a possibilidade de implementar os Programas de Atenção à Saúde do Trabalhador nas regiões de saúde com ampliação das equipes multiprofissionais, incluindo profissionais especializados, de acordo com as necessidades das regiões para implantação de programas e protocolos como os relacionados aos distúrbios da voz, perda auditiva induzida por ruído, efeitos neurotóxicos de agentes químicos (mercúrio, pesticidas solventes organo-halogenados e Produtos Organoclorados Persistentes (POPs) e aumentar a oferta de terapias (saúde mental, fonoaudiologia, terapia ocupacional), pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e unidades básicas envolvidas e implantar busca ativa de acidentes de trabalho, alimentação de sistema de informação específicos, inspeções conjuntas com órgãos afins e fomentar a criação de CIPAs nos serviços de saúde de acordo com NR5. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 136.

Criar comissões interinstitucionais de análise e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais para atuarem nos locais de trabalho tanto público como privado e constituir CIPAs descentralizadas nos locais de trabalho que envolva trabalhadores da saúde de acordo com a NR 5. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 138.

Integrar as vigilâncias em Saúde do Trabalhador, sanitária, epidemiológica e do meio ambiente na fiscalização de todos os estabelecimentos comerciais e industriais, para verificar as condições de trabalho, a realização dos exames periódicos dos trabalhadores e responsabilizar as entidades empregadoras no sentido de promover um bom ambiente de trabalho. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 139.

Apoiar o Ministério do Trabalho na fiscalização das empresas para que não haja funcionários sem vínculo empregatício e implantar equipes técnicas qualificadas para a execução de vigilância em saúde do trabalhador em todos os municípios. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 140.

Estudar a possibilidade de implementar ações de promoção à saúde e qualidade de vida da população e do trabalhador em saúde com programas de atividade física, planejados e conduzidos por profissional da área de Educação Física e Fisioterapeutas, com objetivos de redução de utilização de medicamentos para hipertensão arterial, prevenção de obesidade e diabetes e reduzir os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - lesões por esforços repetitivos e outras doenças crônicas, salvaguardados os campos de atuação profissional. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 141.

Articular a criação de um sistema integrado de dados de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais nas três esferas de governo, por meio da organização de Rede Sentinela composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais de referência para urgência e emergência, prontos-socorros e Pronto-Atendimento (PA), serviços da Atenção Básica e de média e alta comple-

xidades, para incorporar a notificação de acidentes de trabalho à rotina desses serviços, implementar a notificação compulsória de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho de acordo com o preconizado pelo Sinan e incluir os dados de morbimortalidade em Saúde do Trabalhador na análise estatística da saúde da população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 142.

Articular a implantação do programa de prevenção e atenção às vítimas de acidentes com materiais biológico e radioativo e regulamentar o pagamento de adicional de insalubridade para todos os profissionais de saúde, públicos e privados, que têm contato regular com pacientes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 127.

Instituir política estadual de atenção à saúde do trabalhador rural no SUS e realizar campanhas de prevenção e detecção do câncer ocupacional, principalmente na zona rural. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 129.

Articular parceria entre os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) com o Programa Reabilita do INSS, para gerenciar ações de reabilitação e reinserção no mercado e com atribuições e responsabilidades definidas e pactuadas com o setor da saúde para a manutenção dos fóruns de saúde do trabalhador, na abordagem de suas diferentes temáticas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 133.

Adotar medidas que busquem incentivar as empresas a implementar programas de saúde ocupacional para melhorar os sistemas de biossegurança e conforto funcional, por meio de gerenciamento e vigilância dos CERESTs com apoio da criação de leis de incentivo tributário. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 137.

Objetivo 23: Garantir a promoção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos riscos ocupacionais.

Metas/Resultados Esperados

Implantar a notificação de casos confirmados (Sinan-NET ST) dos agravos relacionados ao trabalho listados na Portaria nº 777 em 100% das Unidades Sentinelas dos municípios pactuados.

Aumentar o número de inspeções nos locais de trabalho com maior ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho da Portaria nº 777.

Definir as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/04/GM, a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS.

Instituir procedimentos de diagnóstico e de notificação dos agravos relacionados ao trabalho na Atenção Básica, desencadeado pela implementação de projetos pilotos em cada região de saúde, articulando a rede de Cerest com unidades do PSF, abrangendo 100% dos municípios do Estado.

Fortalecer a implementação das ações integradas de vigilância em saúde do trabalhador, pela articulação da rede de Cerest, Unidades Sentinela, dispositivos do SUS/SP das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária.

Definir como prioridade a intervenção sobre situações de grave e iminente risco

à saúde, a serem definidos e previstos nos Planos Regionais de Saúde do Trabalhador.

Projeto integrado de intervenção à saúde dos indivíduos que desenvolvem trabalhos na cadeia produtiva do álcool, polietileno e açúcar no Estado de São Paulo.

Propor normas relativas ao diagnóstico, tratamento e reabilitação de trabalhadores expostos a amianto, mercúrio, chumbo e solventes orgânicos.

Ampliar a rede de Cerest de forma a abranger todas as regiões de saúde do Estado, a serem definidas pelo PDR/SUS/SP.

Desenvolver um programa permanente de educação em saúde do trabalhador, integrado com o processo de capacitação dos Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde, incluindo a formação em vigilância em saúde do trabalhador.

Estabelecer e desenvolver um projeto integrado de Comunicação Social e Educação Popular, de forma a fortalecer a participação dos movimentos sociais na implementação do Plano Estadual de Saúde.

Fortalecer a gestão participativa em saúde do trabalhador por meio da implementação de cursos de desenvolvimento de agente social para os integrantes dos conselhos estadual e municipais de saúde.

Ações Estratégicas

Consolidar os dados regionais incorporados nos planos regionais, que nortearão as inspeções nos locais de trabalho com maior ocorrência de agravos.

Dar apoio técnico e logístico para a elaboração dos Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, na implantação do Sinan-NET e Portaria nº 777.

Criar o Observatório Estadual em Saúde do Trabalhador, vinculado ao Cerest estadual, para consolidar os dados regionais, além das prioridades definidas localmente e incorporadas nos planos regionais, nortearão as inspeções nos locais de trabalho com maior ocorrência de agravos.

Incentivar a implantação das Unidades Sentinelas e Projetos Pilotos regionalizados, integrando a rede de Cerest com equipes PSF.

Recomendar a incorporação, em todos os Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, do provisionamento de recursos repassados pelo Ministério da Saúde neste projeto, que deverá abranger 100% dos municípios, de forma a implantar a vigilância dos agravos relacionados ao trabalho: a partir da análise de dados (Sinan, Siab, SIM, Sivisa) ou orientada por prioridades definidas regionalmente.

Recomendar que cada plano regional dê prioridade a três situações de grave e iminente risco à saúde.

A partir da experiência concreta do processo de implantação da Renast no Estado de São Paulo, promover estudos e debates sobre a pertinência de ampliar a rede estruturadora de Cerest a todos os municípios-sede de microrregiões de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 132.

Recomendar a incorporação em todos os Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, do provisionamento de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, nas prioridades de capacitação gerais e específicas de cada região (norteadas pelos dados epidemiológicos locais e pelas situações de grave e iminente risco à saúde identificadas).

Propor política nacional de atenção à saúde do trabalhador rural no SUS, realizando campanhas de prevenção e detecção do câncer ocupacional, principal-

mente na zona rural. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 129 e 128.

Propor a alocação de recursos federais e estaduais para municípios com atividades agrícolas, que recebem trabalhadores migrantes e/ou eventuais, destinados à assistência à saúde necessária e/ou específica a esse público-alvo (por exemplo, acidentes no campo, intoxicação aguda e crônica por agrotóxicos, carvão e outros agravos). Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 130 e 131. Instituir parceria entre os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) com o Programa Reabilita do INSS, para gerenciar ações de reabilitação e reinserção no mercado e com atribuições e responsabilidades definidas e pactuadas com o setor da saúde para a manutenção dos fóruns de saúde do trabalhador, na abordagem de suas diferentes temáticas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 133.

Implementar os Programas de Atenção à Saúde do Trabalhador nas regiões de saúde com ampliação das equipes multiprofissionais, incluindo profissionais especializados, de acordo as necessidades das regiões para implantação de programas e protocolos como os relacionados aos distúrbios da voz, perda auditiva induzida por ruído, efeitos neurotóxicos de agentes químicos (mercúrio, pesticidas, solventes organo-halogenados e Produtos Organoclorados Persistentes (POPs) e para aumentar a oferta de terapias, como em saúde mental, fonoaudiologia e terapia ocupacional pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 136.

Estimular ações de promoção à saúde e qualidade de vida da população e do trabalhador em saúde com programas de atividade física, planejados e conduzidos por profissional da área de Educação Física e fisioterapeutas, com objetivos de redução de utilização de medicamentos para hipertensão arterial, prevenção de obesidade e diabetes e reduzir os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - lesões por esforços repetitivos e outras doenças crônicas, salvaguardados os campos de atuação profissional. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 141.

Criar um sistema integrado de dados de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais nas três esferas de governo, por meio da organização de Rede Sentinela composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais de referência para urgência e emergência, prontos-socorros e PA, serviços da Atenção Básica e de média e alta complexidades, para incorporar a notificação de acidentes de trabalho à rotina desses serviços, implementar a notificação compulsória de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho de acordo com o preconizado pelo Sinan e incluir os dados de morbimortalidade em saúde do trabalhador na análise estatística da saúde da população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 142.

Propor a implementação, regulamentação e fiscalização de equipe de saúde necessária dentro das usinas de álcool para o atendimento aos trabalhadores volantes do cultivo da cana.

Propor pactuação, inclusive financeira, das ações de saúde voltada para os trabalhadores cortadores de cana em todos os municípios que tenham esse contingente de trabalhadores.

► **Aperfeiçoar a atenção integral à saúde da mulher.**

Os principais agravos à saúde que se traduzem em causas

específicas de mortalidade feminina: as causas maternas, os cânceres de mama e de colo uterino figuram como prioridades do Plano Estadual de Saúde já consideradas. No entanto, as necessidades específicas de saúde das mulheres não se restringem àquelas vinculadas à reprodução e à redução da mortalidade. As especificidades biológicas femininas e a assimetria das relações sociais entre homens e mulheres determinam uma alta prevalência de doenças em mulheres adultas que, por não serem fatais, não se expressam em indicadores de mortalidade e escapam às definições de prioridades em saúde. Destacam-se aí as vulvovaginites (em sua maioria, doenças de transmissão sexual), a miomatose e a endometriose, que se traduzem como demanda para a rede básica de saúde, nas chamadas "queixas ginecológicas". A relação insuficiente entre oferta de serviços e demanda, neste nível de atenção, conduz, muito freqüentemente, à repressão do atendimento a mulheres com estas queixas. Somam-se a isto as dificuldades de acesso a procedimentos de média complexidade, necessários à investigação diagnóstica de doenças como as duas últimas citadas. A violência contra a mulher e, em particular, a violência sexual, inscreve-se também como prioridade para a política de saúde, pois é no setor que as mulheres que a sofrem podem encontrar alternativas para minimizar os agravos conseqüentes à violência. A existência no Estado, de serviços de atenção a estas mulheres, vinculados a hospitais universitários, municipais e estaduais, assim como a integração de ações dos setores de Segurança Pública e Saúde no Programa Bem Me Quer constituem-se em respostas ao problema. No entanto, a concentração destes serviços em um pequeno número de municípios certamente faz com que a maioria das mulheres expostas à violência permaneça não assistida.

Objetivo 24: Ampliar o acesso das mulheres à assistência às queixas ginecológicas.

Meta/Resultado Esperado

Ampliar o número de consultas ginecológicas na rede básica de saúde, prioritariamente nas regiões mais carentes deste procedimento, de acordo com estudos específicos.

Ações Estratégicas

Estudar e comparar as regiões e municípios quanto ao acesso da população feminina às consultas ginecológicas, detectando carências.

Estimular as secretarias municipais de saúde a ampliarem a oferta de consultas ginecológicas na rede básica.

Oferecer capacitação aos médicos atuando na rede básica de saúde, em especial nas equipes de saúde da família para a assistência às queixas ginecológicas mais freqüentes.

Elaborar manual técnico para assistência às queixas ginecológicas.

Ampliar a oferta de medicamentos para o tratamento das queixas ginecológicas na rede básica de saúde.

Ampliar o programa de assistência às mulheres em climatério e menopausa, com a realização de exames imprescindíveis para o seguimento adequado, capacitação de ginecologistas e, ainda, garantir acesso à medicação para Terapia de Reposição Hormonal (TRH). Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 112.

Contemplar procedimentos de média complexidade para a investigação diagnóstica e tratamento de doenças ginecológicas na rede de CADEs em implementação.

Implantar uma política de saúde para as mulheres e implementar as ações de atenção integral à saúde da mulher, por meio de capacitação dos gestores e profissionais e da oferta adequada de ações e serviços em relação às diferentes fases da vida, às especificidades, como a mulher negra, mulheres com deficiências e com diferentes orientações sexuais. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 109.

Estimular parcerias entre os municípios vizinhos para melhorar as condições de atendimento das maternidades já existentes nos municípios de pequeno porte e estimular melhoria de infra-estrutura dos hospitais-maternidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 108.

Avaliar a possibilidade de criar centros de referência sexual e reprodutiva da saúde da mulher e ambulatorios de mastologia, com a realização de reconstruções e reparações mamárias, além de disponibilizar próteses, nas regiões de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 110.

Apoiar os municípios na implantação de políticas para a ampliação do acesso das mulheres a exames preventivos para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, com acesso a serviços de maior complexidade para diagnóstico e tratamento, quando necessário, com qualificação dos profissionais para realização de auto-exames, conforme recomendação do Inca/MS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 111.

Objetivo 25: Ampliar o número de serviços de atenção a mulheres vítimas de violência sexual.

Meta/Resultado Esperado

Implantar pelo menos um serviço de atenção a mulheres vítimas de violência

em cada uma dos 17 DRS.

Ações Estratégicas

Estimular as secretarias municipais de saúde a implantarem serviços de atenção a mulheres vítimas de violência.

Oferecer capacitação a equipes profissionais para atuarem nestes serviços.

Implantar uma unidade de atenção integral às vítimas de violência sexual em cada um dos DRSs.

Ampliar e intensificar as ações de prevenção da gravidez não-intencional e das doenças sexualmente transmissíveis entre jovens e mulheres em idade e situação de risco. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 115.

► **Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa.**

As mudanças significativas na composição populacional acarretam uma série de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas para as quais os gestores da área da saúde devem estar preparados. Observa-se uma demanda e utilização de serviços de saúde por idosos cada vez maior, principalmente hospitalares, além das demandas por novos e específicos serviços, em função de sua fragilidade e vulnerabilidade.

Estudos populacionais têm demonstrado que, no Brasil, mais de 85% dos idosos apresenta pelo menos uma enfermidade crônica em cerca de 15%, pelo menos cinco dessas doenças, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo quase 60% deste contingente populacional. Esses mesmos estudos populacionais, embora ainda limitados em número, demonstram que 4% a 6% dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional; 7% a 10%, formas moderadas; 25% a 30%, formas leves. Somente 50% a 60% dos idosos seriam capazes de se autodeterminar e se organizar sem necessidade de ajuda, mesmo tendo uma ou mais enfermidades crônicas.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, para todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais. A missão da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa é implantar essa Política no Estado de

São Paulo, tendo como princípios a promoção do envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida, a organização da rede de atenção integral e a gestão dos cuidados com foco na manutenção e recuperação da autonomia e independência e a capacitação de profissionais e cuidadores, estabelecendo um programa de apoio aos cuidadores formais e informais.

Nesse sentido, deverá apoiar ações intersetoriais que produzam e disseminem uma cultura da solidariedade, respeito e dignidade à pessoa idosa no Estado de São Paulo. Iniciativas que promovam a manutenção e a recuperação da capacidade funcional do idoso devem ser estimuladas, assim como a articulação com Organizações Governamentais e Não-Governamentais para a implementação de projetos que possibilitem inclusão, convivência social e lazer. Para tanto, deve ser estimulada a ampliação da rede de suporte social tanto para o idoso, como para seus familiares e a ampliação dos cuidados domiciliares, além do estabelecimento de padrões de qualidade para as instituições de longa permanência.

A Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa deve ser organizada em cada região de saúde, estabelecendo estratégias de gerenciamento e regulação dos cuidados, adequando a oferta à necessidade da pessoa idosa, incorporada na Atenção Básica e através do estabelecimento de rede referenciada em centros-dia, hospital-dia e atenção domiciliar integrada, com disponibilização de insumos e medicamentos necessários.

O enfoque da humanização deve permear todos os aspectos da atenção ao idoso e, em especial, os cuidados paliativos ao final da vida, através da garantia de capacitação específica dos profissionais da rede do SUS.

Objetivo 26: Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.

Metas/Resultados Esperados

Garantir 70% de cobertura vacinal antigripal para a população acima de 60 anos.

Desenvolver ações de promoção do envelhecimento sadio em 50% de todos os

17 Departamentos Regionais de Saúde, com prioridade para as de maior índice de envelhecimento.

Ações Estratégicas

Apoiar ações intersetoriais que produzam e disseminem uma cultura da solidariedade, respeito e dignidade à pessoa idosa no Estado de São Paulo, com ampla divulgação do Estatuto do Idoso e incentivo aos conselhos da pessoa idosa, como estratégia para legitimar a efetivação de políticas públicas voltadas a essa população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 93.

Estimular as iniciativas que promovam a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa, com incentivo às estratégias de promoção da saúde e envelhecimento ativo e das práticas de atividade física e de programas de prevenção de doenças crônicas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 101.

Ampliar a cobertura de imunização contra influenza para todas as pessoas de 60 anos e mais e contra pneumococos para os que estejam hospitalizados ou em abrigos, buscando a ampliação das coberturas obtidas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 101.

Articular com Organizações Governamentais e Não-Governamentais para a implementação de projetos que possibilitem inclusão, convivência social e lazer, incluindo projetos de salas de inclusão digital. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 93 e 103.

Estimular a ampliação da rede de suporte social, tanto para o idoso, como para seus familiares.

Implementar política intersetorial para a ampliação do acesso ao transporte coletivo para pessoas idosas, em função da dependência e autonomia. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 97.

Colaborar na implantação o Programa Nacional de Cuidadores, que possibilitará maior suporte aos familiares dos idosos, com processos de capacitação, apoio e suporte para cuidadores formais e informais, integrados à Atenção Básica e à rede de apoio social. Atende as Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 89 e 91.

Articular intersetorialmente para realizar a adaptação dos ambientes domiciliares e públicos para oferecer maior acessibilidade, conforto e segurança ao idoso.

Estimular e qualificar a ampliação dos cuidados domiciliares, incentivando o autocuidado. Atende parcialmente a Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 94.

Desenvolver ações intersetoriais para a prevenção da violência contra o idoso e implantar sistema de vigilância às violências de idosos, com sistema de notificação, investigação e intervenção de casos suspeitos ou confirmados.

Objetivo 27: Organizar a rede de atenção e estimular estratégias de gestão do cuidado no sentido de manter e recuperar a autonomia da pessoa idosa.

Metas/Resultados Esperados

Implantar Ações de Atenção à Saúde do Idoso em todos os municípios.
Ampliar os centros de referência para idosos em todos os Departamentos Regionais de Saúde do Estado.
Implantar ações de atenção domiciliar integrada à rede básica e de média e alta complexidades em todo o Estado.

Ações Estratégicas

Manter e recuperar a autonomia e dignidade da pessoa idosa.
Incentivar a implementação, nos serviços municipais e estaduais, de ações voltadas para o tratamento e a reabilitação de seqüelas decorrentes de doenças crônicas, mediante protocolos específicos.
Fortalecer modelos alternativos à atenção dos idosos, tais como as estratégias de atenção domiciliar, hospital-dia, centro-dia.
Fortalecer a atenção em serviços de reabilitação, com a orientação de profissionais qualificados na área de geriatria e gerontologia.
Ampliar o acesso dos portadores de patologia mais prevalentes à assistência farmacêutica.
Construir a Rede de Atenção ao Idoso.

Objetivo 28: Capacitar profissionais de saúde da rede do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa.

Metas/Resultados Esperados

Ampliar a rede de profissionais sensibilizados, treinados e especializados.
Incluir nos módulos de treinamento e capacitação do PSF questões referentes ao atendimento de idosos.
Capacitar equipes de serviços de urgência e emergência, de modo a prover um atendimento.

Ações Estratégicas

Oferecer, aos profissionais da rede do SUS, em especial, capacitação específica para cuidados paliativos ao final da vida, com enfoque na humanização da atenção.
Estabelecer parcerias e o credenciamento de centros colaboradores, voltados para pesquisa, validação de protocolos, testagem de modelos, capacitação de profissionais da área da saúde do idoso, produção e socialização de conhecimento gerontogeriátrico.
Apoiar a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no Estado de São Paulo. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 99.

Incentivar junto aos serviços municipais e estaduais a implantação de ações voltadas para o tratamento e a reabilitação de seqüelas decorrentes de doenças crônicas, mediante protocolos específicos.

Fortalecer os modelos diferenciados com relação às necessidades e demandas das pessoas idosas, tais como as estratégias de atenção domiciliar, hospital-dia, centro-dia etc. com centralidade na Atenção Básica. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 106 e 107.

Estimular a implantação de Centros de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, de acordo com o Estatuto do Idoso, em todas as regiões de saúde, com equipe multiprofissional, que englobe um centro de apoio aos cuidadores informais, centros de convivência e centros-dia. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 92.

Implantar leitos de cuidados prolongados, cuidados paliativos e leitos-dia em serviços hospitalares gerais e especializados, com leitos para acompanhantes. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 102.

Implantar programas de atenção domiciliar junto a todos os níveis de complexidade, com foco na humanização, com equipes especializadas e lógica matricial, com acompanhamento de toda a equipe multiprofissional, inclusive nutricional e com disponibilização dos insumos necessários à permanência no domicílio, quando indicada. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 90, 95 e 105.

Fortalecer a atenção em serviços de reabilitação, com a orientação de profissionais qualificados nas áreas de geriatria e gerontologia. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 94 e 100.

Ampliar o acesso dos portadores de patologia mais prevalentes, como a doença de Alzheimer, à assistência farmacêutica, com a organização de rede referenciada e de acordo com protocolos elaborados e validados. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 98 e 104.

Construir as redes integradas de atenção à saúde da pessoa idosa e estimular estratégias de gestão do cuidado, com estabelecimento de protocolos e programação por linhas de cuidado, estabelecimento de referências e contra-referências e ampliação do acesso às redes ambulatorial e hospitalar. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 96 e 104.

Estabelecer tipologia, avaliação e padrões de qualidade para serviços de atenção à saúde de pessoas idosas, de curta, média e longa permanência.

Apoiar os municípios no monitoramento e avaliação da qualidade das instituições de longa permanência para idosos (asilos e casas de repouso) em conjunto com a vigilância sanitária.

Fomentar a criação nas universidades públicas e privadas de cursos de formação e de pós-graduação em Gerontologia e Geriatria.

► **Aperfeiçoar e garantir a atenção integral a HAS e DM.**

Objetivo 29: Garantir e ampliar o acesso aos insumos (medicamentos e correlatos) necessários à atenção a HAS e DM.

Metas/Resultados Esperados

Fornecer insumos (medicamentos e correlatos) segundo protocolos clínicos pactuados em todo o Estado.

Atualizar os cadastros em 100% dos municípios.

Ações Estratégicas

Realizar levantamento sobre a situação atual de dispensação de correlatos do Programa de insumos para controle de Glicemia e de medicações para a atenção a HAS e DM.

Avaliar a situação da dispensação de correlatos do programa de insumos para controle de glicemia e de medicações para a atenção a HAS e DM, identificando as regiões com dificuldades.

Identificar a presença de filas de espera para a dispensação, insumos, auxiliando os municípios na gestão da inclusão dos indivíduos nos programas.

Pactuar o financiamento bipartite de protocolos clínicos e modelos de assistência para dispensação de insumos e correlatos. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 233 e 234.

Construir indicadores para monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Estimular a ampliação do financiamento dos insumos para diabéticos insulino-dependentes, incluindo a manutenção do fornecimento destes, em especial para o controle de glicemia (seringas, fitas e aparelhos), de acordo com a lei. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 232.

► **Ampliar e garantir a atenção integral à saúde da criança.**

A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (ECA Art. 7º).

A elaboração de políticas públicas e a organização do Sistema de Saúde para atender a criança devem abordar a integralidade do cuidado e o ambiente sociocultural da criança.

A atenção à saúde da criança tem início no pré-natal e tem continuidade até a adolescência, respeitando as diversidades social, cultural, econômica, étnico-racial e observando a especificidade de cada fase do desenvolvimento.

Tendo como objetivos promover a saúde da criança, dar proteção de agravos e diminuir a mortalidade infantil e neonatal, podemos dividir a Saúde da Criança em ações estratégicas, que, reunidas, organizarão a saúde desse grupo nos Departamentos Regionais

de Saúde, nos municípios e nos serviços. Outros objetivos e ações desta diretriz estão contemplados nos Eixos I e V.

Objetivo 30: Promover a alimentação saudável das crianças.

Meta/Resultado Esperado

Reduzir em 50% o número de crianças desnutridas no Estado de São Paulo.

Ações Estratégicas

Elaborar um diagnóstico da situação nutricional das crianças no Estado.

Detectar e reduzir desigualdades regionais na assistência à saúde da criança e elevar a promoção de alimentação saudável.

Incentivar e apoiar parcerias com programas de universidades e/ou entidades que se promovam a saúde e a alimentação saudável (programas para obesos e desnutridos).

Promover campanhas para promover hábitos saudáveis e reduzir a obesidade na infância.

Promover campanhas para o enfrentamento da desnutrição prevalente em algumas regiões do Estado.

Objetivo 31: Garantir atenção às doenças prevalentes nas crianças.

Metas/Resultados Esperados

Reduzir em 20% a morbimortalidade por doença diarreica.

Reduzir em 20% a morbimortalidade por doença respiratória.

Ações Estratégicas

Detectar desigualdades regionais na prevalência de doença diarreica e de doenças respiratórias como causa de internações e óbito.

Priorizar municípios com coeficientes de mortalidade infantil por estas causas acima dos coeficientes do Estado.

Apoiar tecnicamente os municípios para diagnóstico e controle dessas patologias.

Qualificar profissionais para assistir às crianças com patologias respiratórias.

Apoiar a formação de uma rede de assistência e apoio às crianças portadoras de asma.

Objetivo 32: Prevenir acidentes e combater a violência doméstica e o trabalho infantil.

Metas/Resultados Esperados

Aumentar a notificação de casos de crianças submetidas ao trabalho infantil.
Aumentar as notificações de violência doméstica contra a criança.

Ações Estratégicas

Apoiar os municípios na implantação de serviços para assistência à criança vítima de violência.
Qualificar os profissionais e os serviços para a prevenção de acidentes, para diagnóstico e combate à violência doméstica e para diagnóstico e encaminhamentos de crianças submetidas a trabalho infantil.
Priorizar municípios com maior incidência de acidentes notificados.
Apoiar e incentivar campanhas de prevenção de acidentes, de combate à violência doméstica e de combate ao trabalho infantil.
Incentivar, apoiar e fomentar as redes de proteção à criança, envolvendo os serviços de saúde do Estado e incentivando o envolvimento dos demais serviços.
Priorizar municípios com coeficientes de mortalidade infantil por estas causas acima dos coeficientes do Estado.
Priorizar municípios onde o trabalho infantil é detectado (lavouras familiares, trabalhos domésticos etc.).
Promover parcerias com setores e/ou entidades envolvidas com o combate ao trabalho infantil.

Objetivo 33: Promover a saúde de crianças vivendo em situações específicas.

Meta/Resultado Esperado

Favorecer 100% das crianças que vivem em abrigos, com serviços integrados de assistência à saúde.

Ações Estratégicas

Detectar e reduzir desigualdades regionais na assistência a crianças abrigadas.
Incentivar, apoiar e fomentar as redes de proteção a estas crianças, envolvendo os serviços de saúde do Estado e incentivando o envolvimento dos demais serviços.
Qualificar tecnicamente profissionais e serviços para acolherem e cuidarem dessas crianças.

Apoiar os municípios no levantamento dos abrigos e na avaliação da situação de saúde das crianças que neles vivem.

Garantir ativamente a equidade na assistência a essas crianças, dado que não existe uma figura parental para fazê-lo.

Objetivo 34: Garantir atenção a crianças portadoras de doenças crônicas e/ou recidivantes que necessitem de tratamento e/ou medicamentos de alto custo.

Meta/Resultado Esperado

Implantar a rede de assistência a crianças portadoras de doenças crônicas ou recidivantes, englobando todos os níveis de assistência.

Ações Estratégicas

Detectar desigualdades regionais no diagnóstico e tratamento das doenças.

Apoiar tecnicamente os municípios para melhorar a assistência às crianças portadoras dessas doenças.

Promover parcerias com universidades e outras entidades que assistem essas crianças.

Apoiar os centros de referência para a assistência às crianças portadoras destas patologias.

Priorizar municípios com coeficientes de mortalidade infantil por estas causas acima dos coeficientes do Estado.

Monitorar a assistência às crianças portadoras dessas patologias, visando a melhorar o acesso e reduzindo as fraudes.

➤ **Aperfeiçoar a atenção à saúde da população do sistema penitenciário e dos adolescentes em conflito com a lei**

Esta diretriz foi incluída após discussão com o Conselho Estadual de Saúde, reconhecendo-se que se trata inequivocamente de populações vulneráveis a riscos de doença e que requerem diferentes estratégias de atenção. Os planos operativos do PES deverão contemplar ações estratégicas e resultados esperados mais específicos direcionados a essas populações.

Objetivo 35: Aperfeiçoar a atenção à saúde da população do sistema penitenciário.

Meta/Resultado Esperado

Apoiar o desenvolvimento de ações da Atenção Básica dirigidas a essa população.

Ações Estratégicas

Organizar referências para média e alta complexidades para a população compreendida pelo Sistema Penitenciário no Estado.

Capacitar os profissionais de saúde da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) para realização de ações de promoção de saúde.

Estabelecer parcerias para a formação dos agentes de saúde penitenciários e a formação de seus formadores.

Objetivo 36: Aperfeiçoar a atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei.

Meta/Resultado Esperado

Apoiar o desenvolvimento de ações da Atenção Básica dirigidas a essa população.

Ações Estratégicas

Organizar as referências para média e alta complexidades para a população de adolescentes em conflito com a lei.

Estabelecer parceria com instituições universitárias para desenvolvimento de novos modelos de atendimento a esta população.

Eixo VII: Incentivo ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde no SUS

Diretriz Estratégica:

▶ *Apoiar e desenvolver ações de promoção em saúde no SUS/SP.*

▶ **Apoiar e desenvolver ações de promoção em saúde no SUS/SP**

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, promovida pela OMS em 1992, definiu que se trata de "um processo que confere à população os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde".

A Opas a define como "soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva".

O Ministério da Saúde instituiu em 2006 (Portaria MS/GM nº 687/06) a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo objetivo é a "promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e bens e serviços essenciais".

A promoção da saúde figura como estratégia de produção de saúde e requer "política transversal integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas de setor sanitário, outros setores do governo, setor não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida".

A OMS estabelece que o desenvolvimento das ações de promoção se dê em torno de cinco pontos:

- desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis.
- incremento dos Poder Técnico e Político das comunidades.
- desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida.

- reorientação dos sistemas de saúde.
- criação de ambientes favoráveis à saúde.

Atualmente no SUS, devido à implementação da descentralização, as atividades de promoção e prevenção relacionadas à saúde fazem parte do elenco de atividades de Atenção Básica ou primária em saúde, sendo desenvolvidas prioritariamente pelos municípios. Entretanto, cabe à gestão estadual a tarefa de apoiar, estimular e facilitar estas atividades, por meio da articulação intersetorial, desenvolvimento de novas idéias e modelos de atuação, efetivação de parcerias para o desenvolvimento de ações, acompanhamento e avaliação do impacto da implantação das ações de promoção e prevenção, no apoio e estímulo aos municípios para ampla difusão das estratégias propostas, de forma a produzir mudanças de hábitos e de estilo de vida na população.

As ações de prevenção e promoção em saúde estão incluídas e são realizadas em outros eixos do presente Plano (como no apoio e aperfeiçoamento da atenção primária em saúde, no Programa de DST/Aids, no combate ao vetor da dengue etc.), mas aqui damos destaque a algumas destas atividades, ainda não adotadas de forma global pelo sistema de saúde, buscando aprofundar a incorporação destas ações no SUS/SP.

Para a Conferência Estadual de Saúde de 2007 (CSS-2007), o tema da promoção da saúde é considerado prioritário. O primeiro tema abordado pelo Relatório da CSS-2007 refere-se ao direito e à promoção da saúde.

No novo movimento da promoção da saúde emerge um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, no qual o conceito de promoção está associado a:

- um conjunto de valores, como: vida, saúde, solidariedade, equidade, cidadania, participação e parceria;
- uma combinação de estratégias que envolvem ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação dos sistemas de saúde) e de parcerias intersetoriais, isto é, trabalha com a idéia de responsabilização mútua;
- integralidade, entendendo que problemas com

multideterminações necessitam de respostas com múltiplas estratégias, medidas e atores;

- valorização do conhecimento popular e da participação social;
- articulação com outros movimentos sociais como o movimento ecológico/ambientalista e feminista);
- ação intersetorial nos campos a que centralmente se referem como: desenvolvimento, ambiente, saúde, produção coletiva de bens, levando em conta os respectivos fatores determinantes internos e externos;
- equidade seja na distribuição da renda, no acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação:

- elaboração e implementação de "políticas públicas saudáveis", que consiste em abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, distribuição equitativa da renda e políticas sociais;
- criação de "ambientes favoráveis à saúde", que compreende a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como trabalho, lazer, lar, escola e outros;
- incremento do "poder das comunidades", enfatizando a participação popular na direção dos assuntos relacionados à saúde com acesso à informação e oportunidades de aprendizagem nesta área: é o conceito de *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de Poder Técnico e consciência política para atuar em prol da sua saúde;
- o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, sendo imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, devendo esta ocorrer em casa, na escola, no trabalho e nos espaços coletivos: é idéia de *empowerment* agora no plano individual;
- a reorientação dos sistemas de saúde, para além do provimento de serviços assistenciais, preconizando uma visão abrangente e intersetorial, recomendando a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos,

econômicos e ambientais, devendo ser tais mudanças acompanhadas na formação dos profissionais de saúde.

Objetivo 1: Apoiar o desenvolvimento de habilidades individuais na comunidade de forma a torná-la coletivamente promotora da sua saúde.

Meta/Resultado Esperado

Aumentar gradativamente a participação e o conhecimento da comunidade com relação à saúde.

Ações Estratégicas

Estimular os municípios nos processos de capacitação de agentes sociais (líderes comunitários) para reprodução de conhecimentos de saúde (incluindo saúde bucal) na comunidade.

Estimular a discussão intersetorial do tema de promoção de saúde em entidades e Órgãos Governamentais e Não-Governamentais, permitindo a ampliação da difusão dos conhecimentos.

Promover ações de cultura de paz e não-violência, com profissionais de saúde, usuários e ONGs.

Implementar ações e políticas de financiamento para a prevenção de doenças, promoção da saúde, da qualidade de vida e para a desmedicalização da sociedade, compartilhada entre a saúde, educação, assistência social, cultura, empresas privadas e afins. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 3.

Investir recursos para o desenvolvimento de ações em programas de educação em saúde, visando a promoção e prevenção à saúde e melhora da qualidade de vida. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 40.

Desenvolver projetos de educação acerca da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, por meio de parcerias intersetoriais, com capacitações específicas, conforme a necessidade da população. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 42.

Promover ações intersetoriais para melhoria da qualidade de vida e para estilos de vida saudáveis mediante ações em parceria com secretarias municipais e estaduais (educação, serviço social, cultura, transporte, meio ambiente, juventude, esporte e lazer), Ministérios Federais e Organizações Não-governamentais. Propostas da V Conferência Estadual de Saúde nºs 9, 46, 31 e 32.

"Incentivar a implementação de políticas de saúde bucal, estimulando parcerias entre os Governos Federal, Estadual e Municipal, para promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, inclusive com atendimento odontológico de média e alta complexidades e financiamento específico". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 180.

Incentivar a implementação de ações coletivas e campanhas preventivas em saúde bucal junto às escolas das redes estadual e municipal, para conscientização do corpo docente sobre a importância da saúde bucal com a organização e

manutenção de calendário anual e com a participação da comunidade. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 194.

Objetivo 2: Estimular a atividade física e reduzir o sedentarismo.

Meta/Resultado Esperado

Aumentar em 100% no quadriênio o número de municípios e organizações parceiras que adotem ações e programas de estímulo à atividade física.

Ações Estratégicas

Dar continuidade e ampliar as ações do Programa Agita São Paulo, objetivando a divulgação da importância da atividade física.

Estimular os municípios e outras entidades (empresas, órgãos governamentais, escolas etc.) na adoção de programas locais de estímulo à atividade física.

Salientar os componentes de atividade física para populações específicas: idosos, mulheres, adolescentes, trabalhadores etc.

Incluir os conhecimentos sobre a importância da atividade física nos fóruns de treinamento e capacitação dos técnicos e equipes de saúde estaduais e municipais.

Participar e divulgar a importância da atividade física na mídia e nos eventos e datas relacionados com a saúde (Dia Mundial de Saúde, Semana da Mulher etc.).

Levar o Programa "Agita" para os eventos realizados, divulgando o programa ou as atividades desenvolvidas, através da mídia, bem como nas unidades de saúde com cartazes e faixas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 45.

Implementar ações de promoção à saúde e qualidade de vida da população e do trabalhador em saúde com programas de atividade física, com objetivos de redução de utilização de medicamentos para hipertensão arterial, prevenção de obesidade e diabetes e reduzir os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - lesões por esforços repetitivos e outras doenças crônicas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 141.

Objetivo 3: Promover e difundir conhecimentos sobre alimentação saudável.

Metas/Resultados Esperados

Incluir os temas de alimentação saudável nas capacitações e treinamentos de equipes municipais de Atenção Básica em saúde.

Incluir temas de alimentação saudável na mídia.

Ações Estratégicas

Incentivar e apoiar parcerias com programas de universidades e/ou entidades que promovam a saúde e a alimentação saudável (programas para obesos e desnutridos).

Estimular os municípios e outras entidades (empresas, órgãos governamentais, escolas etc.) na adoção de programas locais de difusão de conhecimento sobre a alimentação saudável.

Incluir o tema de alimentação saudável nas ações e eventos de saúde voltadas para populações com necessidades específicas: crianças, idosos, mulheres, adolescentes, portadores de diabetes, hipertensão arterial etc.

Incluir os conhecimentos sobre a importância da alimentação saudável nos cursos e estágios de treinamento e capacitação dos técnicos e equipes de saúde estaduais e municipais.

Participar e divulgar a importância da alimentação saudável na mídia, em eventos e datas relacionados com a saúde (Dia Mundial de Saúde, Semana da Mulher etc.).

Incentivar atividades de reeducação alimentar através de grupos de alimentação saudável, considerando a importância da alimentação na promoção da saúde, reconhecendo transtornos alimentares e do metabolismo como fatores de risco. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 50.

Criar programa estadual e nacional de combate à obesidade infantil, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), incluindo orientações sobre alimentação adequada e segurança alimentar e trabalho interdisciplinar, com estímulos à prática de esportes nas escolas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 77.

Objetivo 4: Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Meta/Resultado Esperado

Ampliar as iniciativas para estimular a prática do aleitamento materno no Estado de São Paulo.

Ações Estratégicas

Apoiar e incentivar os hospitais para que se habilitem como "Hospital Amigo da Criança".

Promover e apoiar eventos relativos ao aleitamento materno. Qualificar as 34 maternidades estaduais (administrações direta e indireta) para o cumprimento dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Incentivar e apoiar a criação de redes de apoio à amamentação nas comunidades.

Apoiar a implantação e implementação de bancos de leite humano e postos de coleta em regiões, de forma a garantir a cobertura adequada do Estado de São Paulo.

Apoiar os centros de referência estaduais, ampliando o acesso dos municípios a esses centros de excelência.

Apoiar a atenção primária no fortalecimento da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da qualidade da assistência aos bebês e suas mães durante a amamentação.

Realizar e fazer o levantamento de estudos existentes, a fim de verificar a prevalência de aleitamento materno.

"Implantar atividades permanentes de promoção e apoio ao aleitamento materno, com financiamento específico". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 121.

"Criar bancos de leite humanos e postos de coleta, com investimentos municipais, estaduais e federais, nas regiões de saúde e municípios, tanto nos hospitais públicos quanto privados, com suporte em ordenha nos fins de semana, conforme protocolo da Rede Brasileira de Banco Leite Humano". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 122.

"Implantar Casas de Apoio para cuidadores de crianças internadas em hospitais, com espaço destinado para coleta e estocagem de leite materno, e adequar as existentes, conforme protocolo da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 123.

Objetivo 5: Proteger a integridade da criança prevenindo acidentes, combatendo a violência doméstica e o trabalho infantil.

Metas/Resultados Esperados

Levantar e analisar informações sobre violência e acidentes infantis.

Difundir conhecimento sobre o tema para profissionais e serviços envolvidos.

Ações Estratégicas

Apoiar e incentivar campanhas de prevenção de acidentes.

Qualificar tecnicamente os profissionais e os serviços para a prevenção.

Priorizar municípios com maior incidência de acidentes e violências notificados e trabalho infantil detectado.

Apoiar e incentivar campanhas de combate à violência doméstica.

Incentivar o envolvimento dos serviços de saúde do Estado nas redes de proteção à criança.

Qualificar os profissionais de saúde para diagnóstico e encaminhamentos de violência doméstica.

Incentivar, apoiar e fomentar as redes de proteção à criança.

Priorizar municípios para detecção do problema ou com alguma demanda, profissional ou comunitária.

Apoiar e incentivar campanhas de combate ao trabalho infantil.

Qualificar os profissionais de saúde para diagnóstico e encaminhamentos de crianças submetidas a trabalho infantil.

Trabalhar em parceria com setores e/ou entidades envolvidas com o combate ao trabalho infantil.

"Otimizar ações de prevenção à violência e acidentes domésticos envolvendo crianças e adolescentes por meio da criação de campanhas direcionadas aos serviços de saúde, escolas municipais e movimentos populares de saúde". Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 66.

Criar programas de prevenção, detecção e combate à violência doméstica, considerando-a como um problema de saúde pública, especialmente para mulheres, adolescentes e crianças, com foco na extinção da violência e por meio de redes intersetoriais de atenção. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 69.

Criar programas com equipe multidisciplinar voltados para a prevenção da gravidez indesejada, prostituição de crianças e adolescentes, com atenção às crianças com deficiências, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, DST/AIDS e acidentes em geral, em parceria com a Secretaria de Educação, Esportes, Infância e Juventude e Conselho Tutelar, incluindo na equipe um terapeuta comunitário, promovendo a auto-estima dos interessados e a educação dos valores e não recorrendo simplesmente a orientações e medidas técnicas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 36.

Intensificar as ações educativas em relação ao uso e abuso de álcool, drogas e demais substâncias químicas que causam dependência, por exemplo, a cola de sapateiro, com objetivo de promover saúde e bem-estar entre os jovens e comunidades em geral. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 57.

Eixo VIII: Fortalecimento da Participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS

Diretriz Estratégica:

► Fortalecer a participação da Comunidade e o controle social.

► Fortalecer a participação da Comunidade e o controle social.

Desde suas origens, o SUS já incluiu a participação da comunidade como uma das diretrizes do sistema. O estímulo a este processo se dá por diferentes mecanismos para ampliar e qualificar esta participação, entre eles, a garantia de condições materiais e técnicas para o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, o auxílio à formação dos conselheiros de saúde (municipais e estaduais), o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos conselhos de saúde, a participação e apoio às Conferências Estaduais de Saúde, a difusão de informação, conhecimento e discussão acerca das prioridades de saúde e do SUS para a população e seus representantes, o aperfeiçoamento das ouvidorias nos órgãos de saúde (informações sobre a situação atual da ouvidoria no Estado de São Paulo podem ser encontradas no capítulo Diagnóstico da Situação de Saúde do Estado de São Paulo, no item Oferta e Produção de Serviços de Saúde do SUS, no subitem Informações de Satisfação dos Usuários).

O tema da participação da comunidade e do controle social foi muito debatido na V Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, na qual foram formuladas diversas propostas que encontram respostas concretas neste eixo do Plano Estadual de Saúde.

Objetivo 1: Manter as condições materiais técnicas e administrativas para o funcionamento regular do Conselho Estadual de saúde (CES).

Metas/Resultados Esperados

Realizar reunião mensal do Plenário.

Manter os trabalhos das comissões específicas.

Ações Estratégicas

Garantir as informações necessárias para os temas prioritários elencados pelo Pleno.

Garantir a produção do material, espaço físico e demais necessidades de infraestrutura, para o bom desenvolvimento dos trabalhos.

Divulgar as atas e outros documentos de interesse do Conselho Estadual de saúde (CES).

Cumprir Resoluções 333 de 4 de novembro de 2003 e 363 de 11 de agosto de 2006 mediante uma atuação efetiva do Ministério da Saúde e dos conselhos das três esferas de governo, fortalecendo o papel do controle social e dos Conselhos de Saúde por meio de políticas públicas.

Divulgar a importância da função do conselheiro como atividade de relevância pública (texto baseado na Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 494).

Estimular a autonomia, descentralização e capacitação dos conselhos inclusive os de nível local e das conferências de saúde, a fim de que possam atuar na formulação de políticas de saúde e garantir a liberdade de expressão nas reuniões.

Propiciar estrutura física e insumos necessários para o pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e Conferências de Saúde. Adaptado da Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 507.

Apoiar a instituição da Política Nacional de Investimento no controle social, com garantia de recursos regulares oriundos de cada esfera de governo, visando financiamento dos conselhos, conferências, capacitação permanente de conselheiros e demais atividades relacionadas à participação de gestão do SUS. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 506.

Estimular a integração interconselhos com vistas à troca de experiências e saberes, objetivando a intersetorialidade. Texto baseado na Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 511.

Apoiar a implantação do programa de inclusão digital para todos os conselhos municipais e estaduais de saúde nos moldes do programa do Conselho Nacional de Saúde, com disponibilização de microcomputadores, conectividade, capacitação para busca de informações, formação e análise de dados, informações e indicadores, desde que os conselhos de saúde estejam legalmente de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 508.

O papel e as modalidades de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde foram objeto de intensas discussões, como emerge da proposta nº 499: "Promover amplo debate nos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo, sobre as formas de gestão na Saúde" e da proposta nº 500: "Fixar o mandato dos conselheiros de saúde, dos conselhos de unidades de saúde, distritais, municipais, regionais e estaduais, permitida uma única recondução, conforme diretrizes da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde".

Objetivo 2: Organizar e prover as condições necessárias para a realização da Conferência Estadual de Saúde.

Meta/Resultado Esperado

Realizar uma conferência estadual de saúde em 2011, segundo a Lei nº 8.142.

Ações Estratégicas

Estabelecer parcerias para a organização da conferência.

Estimular a ampla participação e discussão dos assuntos prioritários para a Política Estadual de Saúde.

Garantir o encaminhamento dos delegados paulistas para participarem da Conferência Nacional.

Incentivar os conselhos de saúde a participarem do monitoramento das propostas aprovadas nas conferências de saúde nos três níveis, mediante elaboração de relatórios com ampla divulgação. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 486.

Garantir a divulgação com maior antecedência do calendário para realização e organização das etapas regionais e estaduais da Conferência Nacional, proporcionando melhor organização e mobilização social. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 490.

Disponibilizar materiais didáticos adequados, de fácil compreensão, que facilitem o desenvolvimento dos eixos temáticos nas conferências de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 491.

Atualizar o regulamento ou regimento dos conselhos, para incorporar as diretrizes determinadas nas conferências. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 492.

Objetivo 3: Implementar política estadual de educação permanente para os conselheiros estaduais e apoiar o processo de formação dos conselheiros municipais.

Meta/Resultado Esperado

Realizar cursos de capacitação para todos os conselheiros estaduais e para representantes de todos os conselhos municipais

Ações Estratégicas

Desenvolver cursos, encontros e outros processos de formação e capacitação que possam qualificar o trabalho dos conselheiros estaduais e municipais.

Estimular a criação de fóruns permanentes de discussão entre os conselhos

municipais de saúde em todas as regiões de saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 495.

Implantar e implementar a capacitação permanente dos conselheiros, a ser oferecida pelas secretarias municipais, estaduais e pelo Ministério da Saúde, a respeito da função e funcionamento dos conselhos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 504.

Aproveitar a capacidade funcional já estabelecida nos pólos regionais de educação permanente (Cies) para a formação de conselheiros de saúde, com base na Resolução 363 de formação de multiplicadores para a qualificação da gestão participativa em saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 505.

Publicar cartilha sobre os direitos e deveres dos conselheiros de saúde.

Garantir a realização dos cursos de capacitação de conselheiros municipais de saúde por colegiado regional.

Objetivo 4: Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral com vistas ao fortalecimento da participação social.

Metas/Resultados Esperados

Publicar documentos que subsidiem a atuação dos conselheiros.

Realizar eventos de divulgação sobre o SUS.

Ações Estratégicas

Participar de fóruns intersetoriais e não-governamentais para divulgação das ações e diretrizes do SUS.

Divulgar o Pacto em Defesa do SUS.

Divulgar a cartilha dos conselheiros produzida pelo Conselho Estadual de saúde (CES).

Criar e manter os instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso a informações sobre assuntos tratados pelos conselhos de saúde e suas resoluções. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 517.

Propor uma política de comunicação e marketing que garanta a divulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), salientando a importância do papel e da participação da população nas políticas de saúde, enfatizando e qualificando as instâncias de controle social e outros, ressaltando os direitos e deveres dos usuários de serviços de saúde. Texto baseado nas Propostas da V Conferência estadual de Saúde nºs 519 e 523.

Viabilizar mecanismos para que o usuário tenha acesso à informação e à ampliação dos direitos humanos à saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 521.

Realizar pesquisas periódicas de satisfação junto aos públicos interno e externo, sobre os serviços de saúde do SUS, discutir seus resultados com a sociedade, promovendo a melhoria constante e permanente das políticas de saúde, e a qualidade de serviços prestados, com a implantação de ouvidorias no segmento

dos trabalhadores, com membros dos conselhos municipal, estadual e nacional. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 525.

Objetivo 5: Aperfeiçoar o sistema de ouvidoria na saúde.

Meta/Resultado Esperado

Garantir que pelo menos 90% das manifestações sejam respondidas pelos órgãos estaduais.

Ações Estratégicas

Divulgar as informações das manifestações geradas nas ouvidorias estaduais de saúde por meio de Internet, boletins e relatório semestral para os gestores e usuários.

Facilitar o acesso da população às ouvidorias dos serviços estaduais de saúde do Estado de São Paulo.

Desenvolver encontros/seminários entre os ouvidores da Secretaria de Estado da Saúde, com o objetivo de troca de experiências e conhecimentos para aperfeiçoamento do atendimento ao usuário visando a humanização.

Fortalecer as ouvidorias do SUS em todas as esferas, estimulando a população para participação e apresentação de soluções, com relatórios e esclarecimentos sobre as providências adotadas, para o controle e acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 526.

Incentivar a implantação de ouvidorias nos serviços de saúde municipais.

Eixo IX: Tecnologias e Inovações em Saúde

Diretrizes Estratégicas:

- Promover o desenvolvimento científico de interesse para o SUS/SP.
 - Promover a difusão do conhecimento científico.
 - Estimular a formação de profissionais em pós-graduação (stricto sensu) para o fortalecimento da área de C&T no SUS.
-
- **Promover o desenvolvimento científico de interesse para o SUS/SP**

Objetivo 1: Efetivar a implementação e gestão de política pública para produção de conhecimento, no âmbito do SUS/SP, buscando integrar a política nacional de Ciência e Tecnologia (C&T).

Metas/Resultados Esperados

Criar Conselho de Ciência e Tecnologia (C&T) na SES-SP.
Desenvolver um projeto de pesquisa/ano por pesquisador.
Desenvolver 22 tecnologias para diagnósticos de interesse em saúde pública.
Firmar parcerias com instituições, universidades e empresas para desenvolvimento de pesquisas.

Ações Estratégicas

Identificar, analisar e discutir as principais lacunas de conhecimento e deficiências tecnológicas do SUS-SP.
Elaborar e consolidar a agenda de prioridades em C&T para o SUS-SP, envolvendo gestores, academia, institutos de pesquisa e indústria/empresas.
Implementar e aperfeiçoar o sistema de monitoramento e avaliação dos projetos de pesquisa.
Identificar, cadastrar e promover parcerias com entidades com *expertise* em C&T relacionadas à agenda de prioridades em C&T para o SUS-SP.
Realizar as articulações necessárias para a constituição do conselho de ciência e tecnologia na SES-SP.
Promover ações objetivadas a sensibilizar e capacitar os técnicos das equipes de saúde, nos diversos níveis de atuação, para desenvolver a produção de conhecimentos.
Promover a produção de conhecimento científico aplicável ao campo da saúde, contemplando áreas básicas biomédicas, clínicas e da saúde coletiva.
Propor e avaliar mecanismos de descentralização e regionalização dos processos de seleção, avaliação e financiamento das pesquisas relevantes para priori-

dades loco-regionais.

Definir e implantar estratégias para a incorporação de Tecnologias da Informação (TI) com ênfase no aprimoramento da prática assistencial, como capacitação à distância.

Promover a instituição de mecanismos que incentivem a realização de projetos na área de saúde em ciência e tecnologia.

Estimular o desenvolvimento de estudos que visem estabelecimentos da relação entre impactos na saúde e riscos ambientais (incluindo toxicologia) e do trabalho.

Estabelecer parcerias e iniciar produção de surfactante e anticorpos monoclonais (Instituto Butantan).

Objetivo 2: Fomentar o desenvolvimento de inovação tecnológica.

Metas/Resultados Esperados

Relacionar o Sistema de Gerenciamento de projetos da SES com as bases do CNPq e Fapesp em 2008.

Certificar 30% das cepas de microorganismos disponíveis.

Implantar três unidades laboratoriais provedoras de ensaio.

Ações Estratégicas

Identificar as linhas de pesquisa voltadas para a inovação de tecnologias (produtos, processos, sistemas) de interesse do SUS.

Estabelecer prioridades de parcerias para o desenvolvimento e inovação.

Implantar os protocolos nacionais e internacionais de certificação de cepas biológicas.

Identificar e cadastrar as entidades C&T que desenvolvem pesquisas em inovação tecnológica em saúde.

Manter e ampliar a produção de vacinas e soros hiperimunes, incorporando novas tecnologias e produzindo novos imunobiológicos, biofármacos e hemoderivados.

Promover o desenvolvimento de tecnologia em ensaios de proficiência.

Objetivo 3: Fomentar a capacidade de avaliação e regulação da incorporação e de uso de tecnologias em saúde no SUS.

Meta/Resultado Esperado

Estabelecer a rede estadual em Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS).

Ações Estratégicas

Capacitar pesquisadores das instituições em Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS).

Identificar grupos de pesquisa em avaliação tecnológica e conformar a rede

estadual de ATS.

Realizar estudos de ATS (produtos, processos e sistemas) considerando aspectos bioéticos, eficácia, segurança, risco e custo-efetividade.

Desenvolver recursos humanos para transferência e incorporação de tecnologias.

Incentivar, desenvolver, apoiar a adoção em todas as instâncias do SUS da prática de avaliação de tecnologias de saúde.

Elaborar um plano de incorporação tecnológica e de pesquisas loco-regionais, a partir da identificação das necessidades e avaliação do impacto social, econômico, ambiental, sanitário (Grande São Paulo).

Objetivo 4: Fomentar a criação de mecanismos de proteção à propriedade intelectual e registro/licenciamento de patentes.

Metas/Resultados Esperados

Estabelecer, até 2008, normas e procedimentos.

Criar, até 2008, pelo menos um núcleo de inovação e tecnologia e proteção à propriedade intelectual.

Ações Estratégicas

Definir normas e procedimentos relativos à propriedade intelectual e patentes pelo Conselho de Ciência e Tecnologia.

Estimular a criação de núcleos de inovação e tecnologia e proteção à propriedade intelectual no âmbito da SES.

Estabelecer parcerias para intercâmbio técnico-científico.

Avaliar a oportunidade de criar uma unidade específica para apoiar os institutos para registro de patentes, propriedade intelectual e negociação de *royalties*.

► **Promover a difusão do conhecimento científico**

Objetivo 5: Garantir a difusão do conhecimento científico produzido no Estado.

Metas/Resultados Esperados

Realizar pelo menos dois seminários/ano para a área de C&T.

Apresentar trabalhos em pelo menos dois eventos definidos pelo Conselho como prioritários na área de C&T.

Aumentar o número de publicações científicas em 10%.

Ações Estratégicas

Criar novos veículos de difusão do conhecimento científico para o público geral.
 Manter e implementar a produção de periódicos indexados.
 Realizar e incentivar a participação em eventos técnico-científicos para divulgação do conhecimento produzido na área de C&T.
 Implementar o número de publicações de artigos científicos em revistas indexadas.
 Divulgar a produção científica (resultados parciais e finais) em eventos relacionados à área do produto da pesquisa.
 Apoiar a criação e o trabalho das comissões de ciência, tecnologia e inovação em saúde de âmbitos estadual, regional e municipal.
 Divulgar para a população inovações tecnológicas na Atenção Básica.
 Promover a criação de câmeras técnicas de C&T em saúde junto às instâncias de controle social, estadual e municipais.

► **Estimular a formação de profissionais em pós-graduação (stricto sensu) para o fortalecimento da área de C&T no SUS**

Objetivo 6: Ampliar a qualificação de profissionais envolvidos na área de C&T da SES.

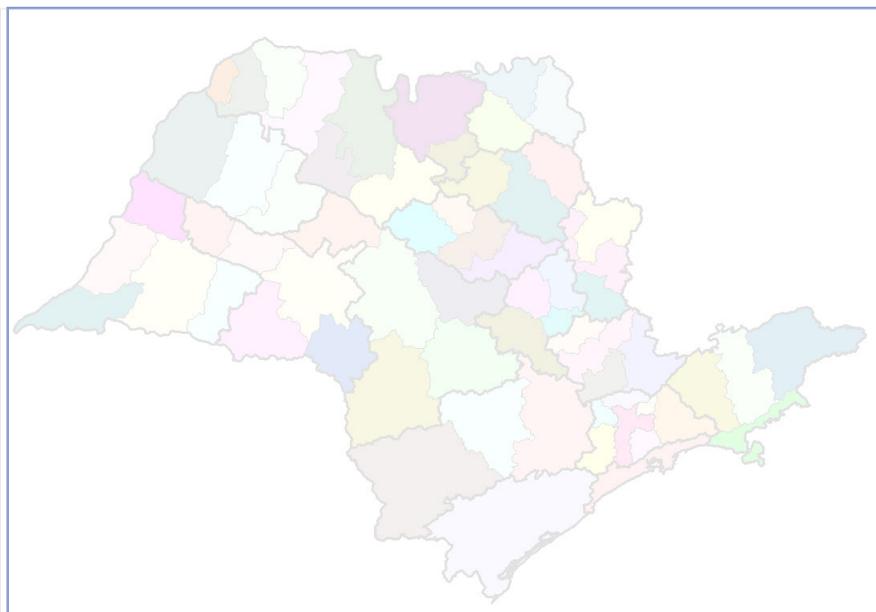
Metas/Resultados Esperados

Manter e/ou melhorar a avaliação da pós-graduação pela Capes.
 Qualificar 40% de mestres e 20% de doutores no quadro dos pesquisadores para o quadriênio.
 Realizar, no quadriênio, pelo menos um concurso para técnicos a serem envolvidos na área de C&T.

Ações Estratégicas

Integrar os programas de pós-graduação existentes na SES relacionados com a área de C&T.
 Dar continuidade ao Programa de pós-graduação nos níveis de Mestrado e Doutorado.
 Estimular a ampliação do número de mestres e doutores nos institutos de pesquisa.
 Fortalecer o quadro de RH na área de C&T através de concursos públicos para pesquisadores.
 Estabelecer um programa de bolsas de pesquisa nos Institutos, mediante a utilização de recursos do Fundo Especial de Despesa (FED), com uniformização de procedimentos e valores.
 Manter e implementar o programa da formação de profissionais de nível superior em nível de profissionalização (Fundap).
 Aperfeiçoar o programa de pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) para garantir a qualidade da avaliação da Capes.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO



DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Caracterização Territorial

O Estado de São Paulo situa-se na região sudeste do País, com uma extensão territorial de 248 209,43 km². Sua divisão territorial jurídico-administrativa é de 645 municípios, 15 regiões administrativas de governo e 17 regiões de saúde.



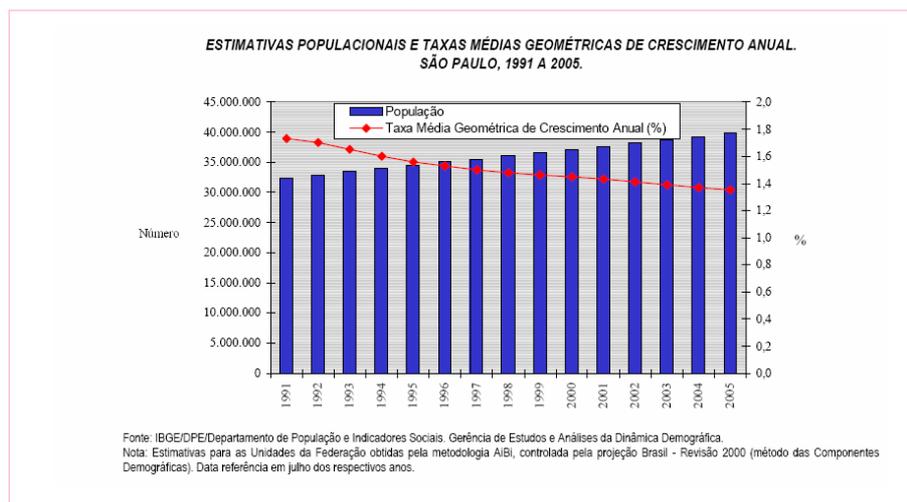
Indicadores Demográficos

Perfil Populacional

A densidade demográfica do Estado é de 162,9 habitantes/km². De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual (TGCA) em São Paulo reduziu de 1,73%, em 1991, para 1,35%, em 2005.

Nesse período, a população do Estado aumentou de 32 318 683 habitantes para 39 767 285.

Gráfico 1

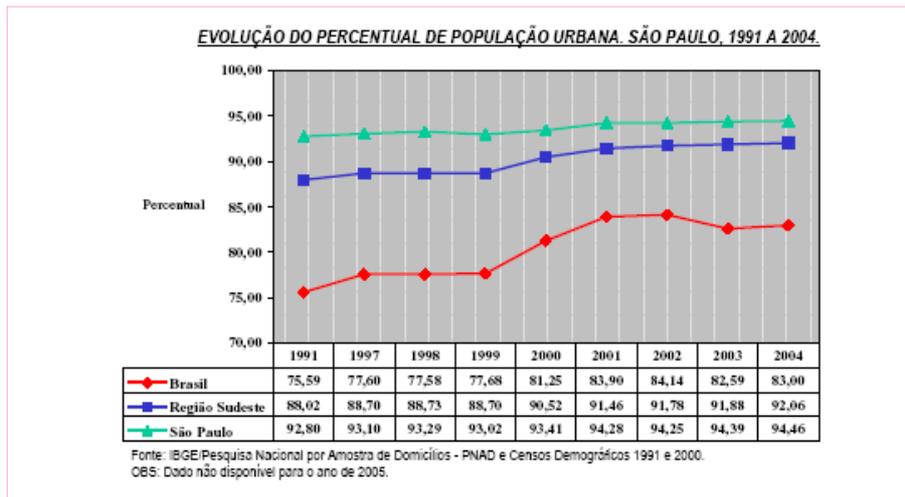


Em 2005, a população desse Estado representava 51,5% da população da Região Sudeste e 22% da população do País. Segundo dados do IBGE, a população estimada para o Estado em 2007 é de 41 663 623 habitantes.

Em relação ao grau de urbanização da população, no período de 1991 a 2004, constata-se uma tendência de crescimento da população urbana, a qual, em 2004, já representava 94,4% do total da população do Estado.

Na Região Sudeste, essa proporção foi de 92,1% e no Brasil, de 83%.

Gráfico 2



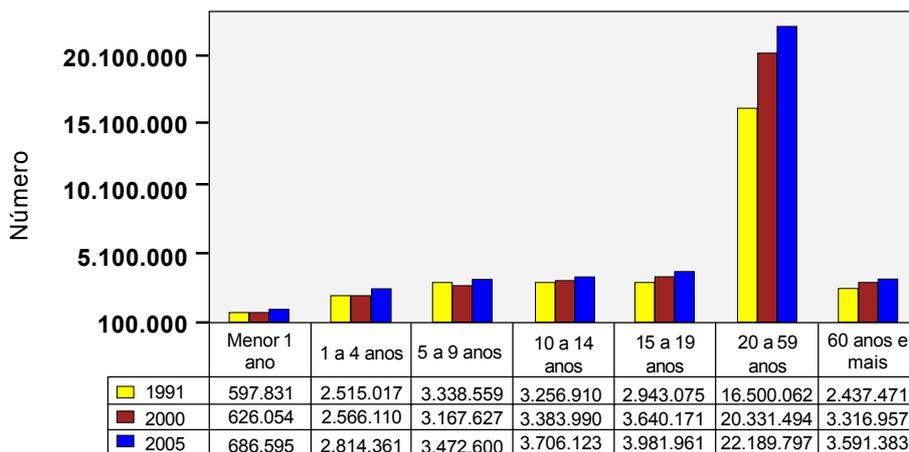
■ **Perfil Populacional por Sexo e Idade**

A faixa etária com maior taxa média anual de crescimento, no período 1991/2005, foi acima de 60 anos (47,3%), passando de 2,4 para 3,5 milhões de idosos. Na faixa etária menor de 1 ano, esta taxa foi de 14,8%, passando de 597 831 para 689 595 habitantes (Gráfico 3).

A população masculina no Estado registrou aumento percentual de 26,9% no período 1991/2005. Já a população feminina do Estado, que em 1991 correspondia a 15 974 936 habitantes, em 2005 subiu para 20 620 803, representando um incremento percentual de 29,1% (Gráficos 4 e 4a).

Gráfico 3

**POPULAÇÃO POR ESTRUTURA ETÁRIA - SÃO PAULO
1991, 2000 e 2005**



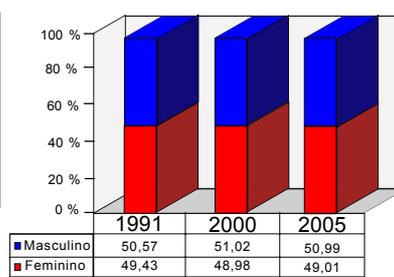
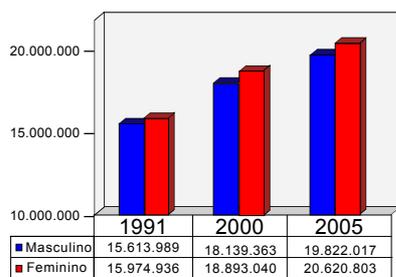
Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

Gráfico 4

Gráfico 4a

População por sexo. 1991, 2000 e 2005

Distribuição percentual da população por sexo. 1991, 2000 e 2005



Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS.

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS.

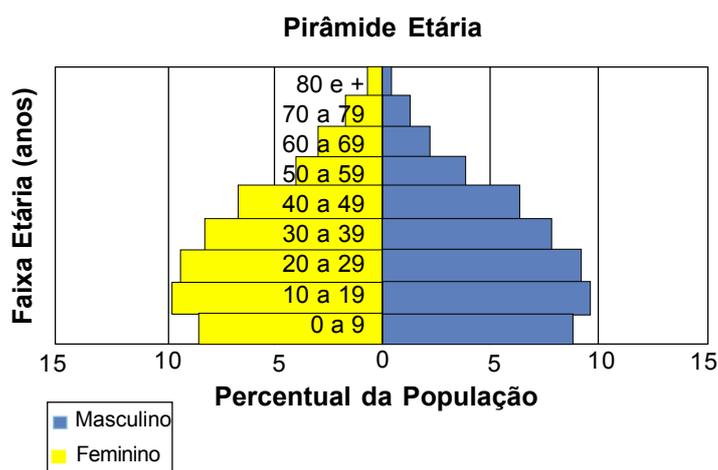
A pirâmide populacional do Estado para o ano de 2006 é apresentada a seguir.

Tabela 1

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	355.490	341.988	697.478
1 a 4	1.453.910	1.405.073	2.858.983
5 a 9	1.792.469	1.734.914	3.527.383
10 a 14	1.902.512	1.861.489	3.764.001
15 a 19	2.019.182	2.024.215	4.043.397
20 a 29	3.712.402	3.768.589	7.480.991
30 a 39	3.209.855	3.366.549	6.576.404
40 a 49	2.516.156	2.683.912	5.200.068
50 a 59	1.564.806	1.701.534	3.266.340
60 a 69	949.472	1.121.264	2.070.736
70 a 79	492.781	658.185	1.150.966
80 e +	155.340	263.674	419.014
Ignorada	-	-	-
Total	20.124.375	20.931.386	41.055.761

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Figura 1
Pirâmide etária por sexo, 2006



Fonte: IBGE.

■ Esperança de Vida ao Nascer

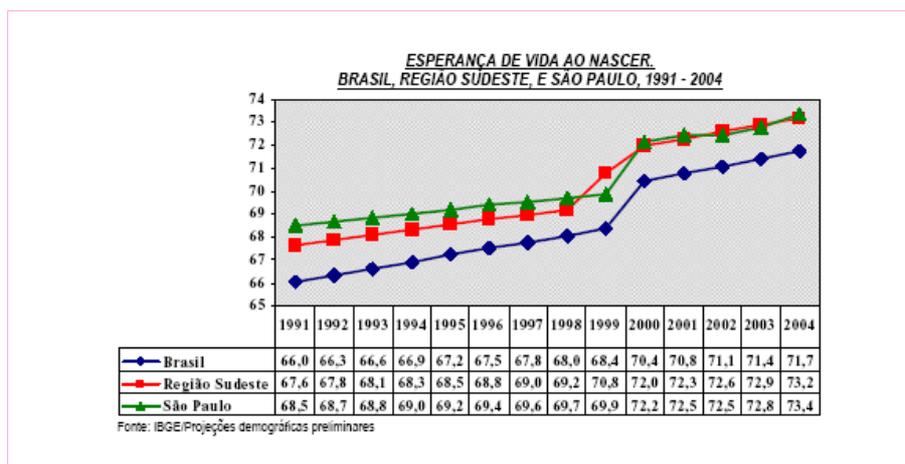
O indicador "esperança de vida ao nascer" mensura a probabilidade de tempo de vida média da população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Seu aumento sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Em São Paulo, observa-se um aumento progressivo da esperança de vida da população, especialmente a partir de 2000.

Os índices registrados no Estado estão acima da média nacional e da Região Sudeste, exceto em 1999, 2002 e 2003, quando o valor registrado nessa região superou os índices do Estado.

Comparando os dados de 1991 e 2004, o número médio de anos de vida em São Paulo cresceu 7,2%, passando de 68,5 para 73,4 anos. Na região e no País, tal variação foi de, respectivamente, 8,3% e 8,6%.

Gráfico 5



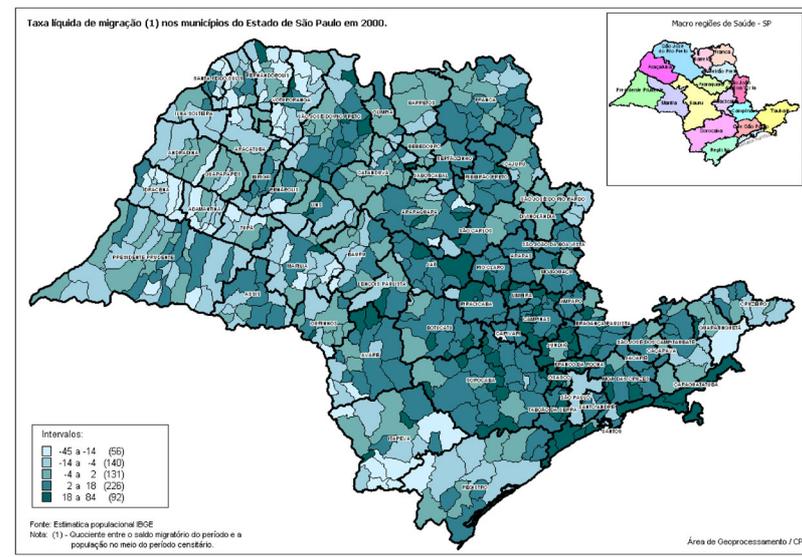
■ Taxa de Fecundidade

De acordo com os Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva (Suzana Cavenaghi, 2006), a Taxa de Fecundidade Total (TFT) do Estado de São Paulo para o ano de 2000 foi de 2,05.

■ **Taxa Líquida de Migração**

As regiões em torno do Município de São Paulo, Baixada Santista, parte de Campinas e de Piracicaba apresentam as maiores taxas líquidas de migração. Estas já são regiões com altas densidades demográficas e inseridas em contextos metropolitanos. As regiões oeste do Estado, que incluem Registro, Itapeva e parte de Taubaté apresentam as menores taxas, embora haja municípios com taxas altas, o que deve ser explicado regionalmente.

Mapa 1

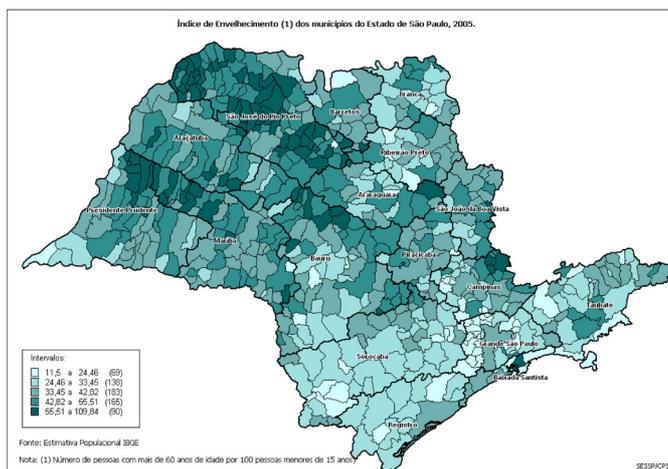


■ **Índice de Envelhecimento**

As regiões oeste e noroeste do Estado apresentam maiores índices de envelhecimento; elas concentram municípios com Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS 3), ou seja, com baixo ou médio desenvolvimento econômico e bons níveis de longevidade e escolaridade.

Grande São Paulo, Sorocaba, Registro e Vale do Paraíba apresentam os menores índices. A análise destes dados deve considerar os perfis de mortalidade e esperança de vida.

Mapa 2

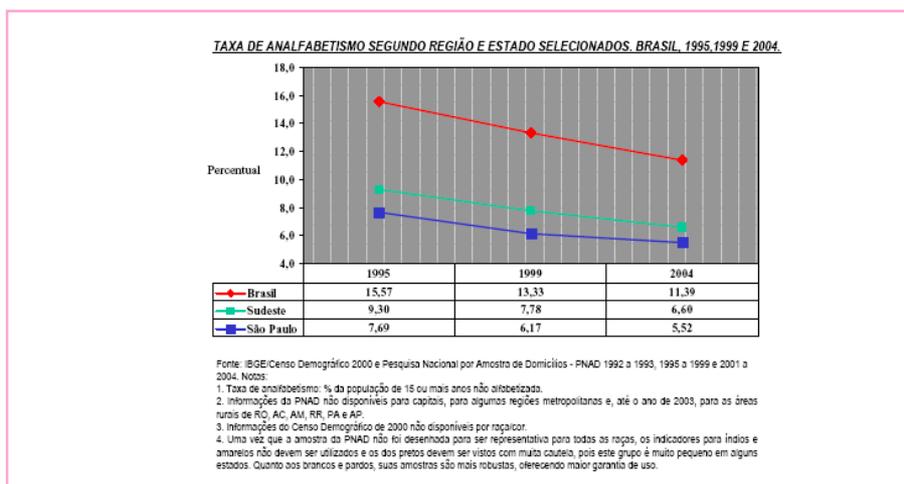


► Indicadores Sociais

■ Educação

No período 1995/2004, o número de pessoas de 15 ou mais anos não-alfabetizadas no Estado de São Paulo reduziu, passando de 7,69%, em 1995, para 5,52%, em 2004, segundo dados do IBGE. Esta tendência decrescente pode ser notada no País e na região em que o Estado está localizado.

Gráfico 6



De acordo com dados do IBGE, a proporção da população acima de 15 anos com mais de 8 anos de estudo, em São Paulo, apresentou crescimento progressivo no período 1995/2004.

Nesse último ano, 58,69% da referida população enquadravam-se nesse nível de escolaridade.

No País, a média foi de 47,7% e na Região Sudeste, de 54,78%.

Tabela 2

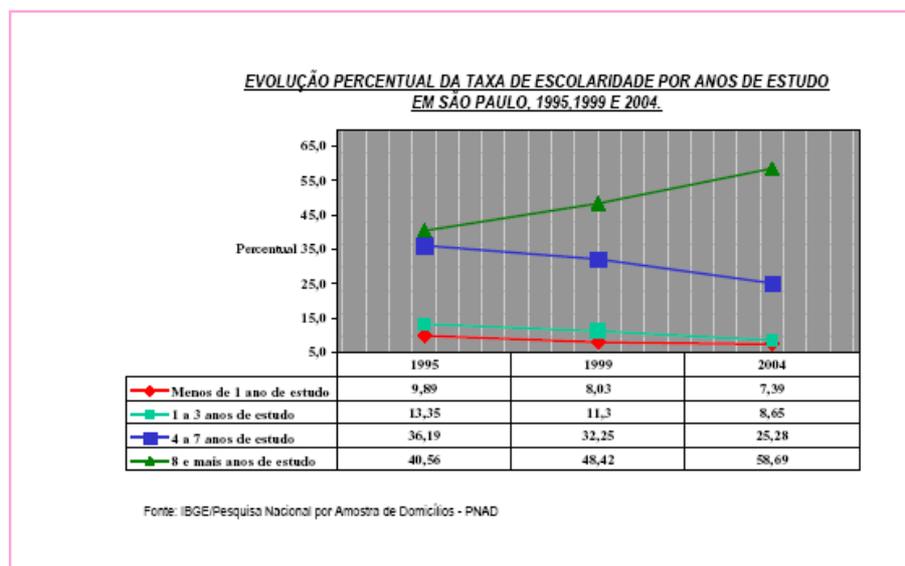
Percentual da população de 15 ou mais anos, segundo escolaridade. São Paulo, 1995, 1999 e 2004

Região e UF	Menos de 1 ano de estudo			1 a 3 anos de estudo			4 a 7 anos de estudo			8 e mais anos de estudo		
	1995	1999	2004	1995	1999	2004	1995	1999	2004	1995	1999	2004
Brasil	16,99	14,60	12,45	17,22	14,97	11,97	33,42	31,69	27,82	32,37	38,74	47,76
Região Sudeste	11,26	9,50	8,13	15,03	12,85	9,95	35,79	32,65	27,14	37,92	45,01	54,78
São Paulo	9,89	8,03	7,39	13,35	11,30	8,65	36,19	32,25	25,28	40,56	48,42	58,69

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Nota: Taxa de escolaridade: % da população de 15 ou mais anos segundo escolaridade. Até o ano de 2003, informações não disponíveis para a área rural de RO,AC,AM, RR,PA e AP. Nas tabulações por escolaridade, estão suprimidos os casos com número ignorado de anos e estudo.

Gráfico 7



■ Saneamento Básico

Para análise desse item, foram selecionados os indicadores de acesso aos sistemas de: abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta domiciliar de lixo.

A cobertura desses sistemas apresentou melhoria progressiva em São Paulo.

Proporcionalmente, o maior incremento em termos de cobertura foi constatado no acesso das pessoas que vivem em domicílios urbanos com esgotamento sanitário, que passou de 81,9% em 1991 para 90,9% em 2004.

Tabela 3
Acesso da população a serviços básicos selecionados.
São Paulo, 1991, 2000 e 2004

Situação	1991	2000	2004
Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada	90,38	93,16	96,14
Percentual de pessoas que vivem em domicílios com esgotamento sanitário	81,94	87,32	90,93
Percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com serviços de coleta de lixo	90,24	95,58	97,93

Fontes: IBGE/Censos Demográficos 1991 e 2000; IBGE/PNDA (1992-1993, 1995-1999, 2001-2004)

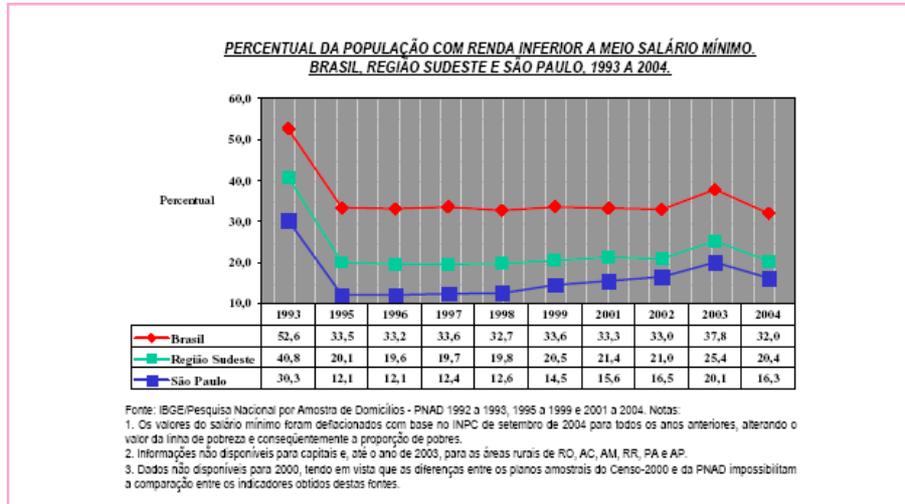
► Indicadores econômicos

■ Renda

Comparando o período 1993/2004, denota-se redução de 46,2% na proporção de pessoas que vivem com até meio salário mínimo de rendimento familiar per capita, passando a proporção de pobres, em São Paulo, de 30,3% em 1993 para 16,3 em 2004. No Brasil, tal redução foi de 39%, em média.

Chama a atenção a importante redução que houve em 1995 em relação a 1993, podendo-se inferir que a mesma esteja associada aos resultados do plano de estabilização e reforma monetária, ocorrido a partir de 1994.

Gráfico 8



A proporção de pessoas no Estado com mais de 50% da renda proveniente de transferências governamentais passou de 6% em 1991 para 10% em 2000, enquanto o percentual da renda derivada de rendimentos do trabalho diminuiu de 84% para 71%.

Tabela 4

Indicadores do nível e composição da renda. Brasil e São Paulo. 1991 e 2000

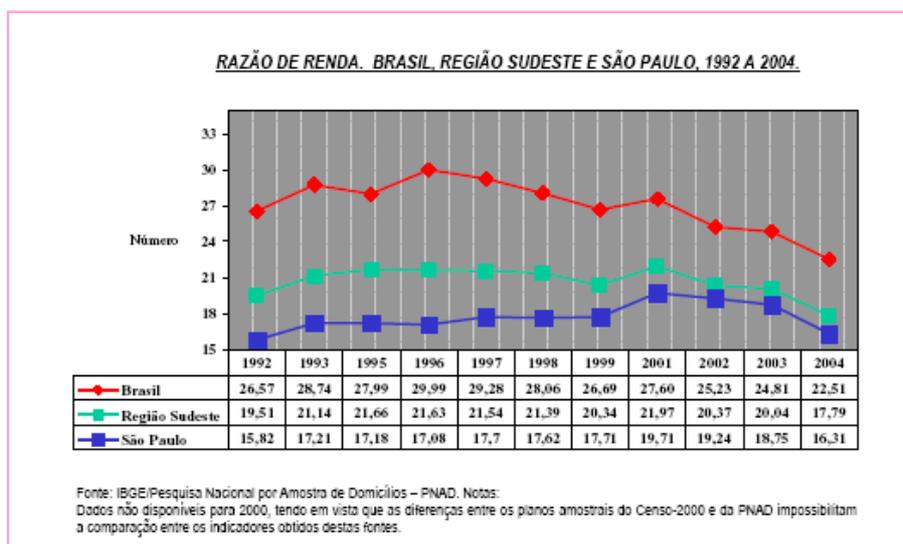
Indicador	Brasil		São Paulo	
	1991	2000	1991	2000
% da renda proveniente de transferências governamentais	10,34	14,663	8,745	12,924
% da renda proveniente de rendimentos do trabalho	83,281	69,767	84,392	71,733
% de pessoas com mais de 50% da renda provenientes de transferências governamentais	7,944	13,245	6,113	10,219

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Em 2004, no Estado de São Paulo, a renda dos 20% mais ricos era 16,3 vezes superior à dos 20% mais pobres. Em 1992, os estratos

mais ricos da população possuíam uma renda 15,8 vezes superior aos dos mais pobres, podendo-se inferir que o desnível de renda entre grupos populacionais dos estratos considerados aumentou ao longo desse período.

Gráfico 9



O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico e no ano selecionado) registrado em São Paulo, no período 1996/2003, superou a média da Região Sudeste e a do Brasil, em todo o período selecionado.

Em 2003, o PIB per capita desse Estado correspondia a 145,1% do PIB per capita nacional e a 112,1% do PIB per capita da Região Sudeste (Gráfico 10).

Em 2004, o percentual da População Economicamente Ativa -(PEA) - contingente de pessoas com 10 anos ou mais que está trabalhando ou procurando trabalho -, que se encontrava desempregada em São Paulo, foi de 11,3%. No período selecionado, a menor taxa de desemprego foi registrada em 1996: 8,8% e a maior em 1999: 12,6%. Nesse mesmo ano, a taxa na Região Sudeste foi de 11,2% e no Brasil, de 9,6% (Gráfico 11).

Gráfico 10

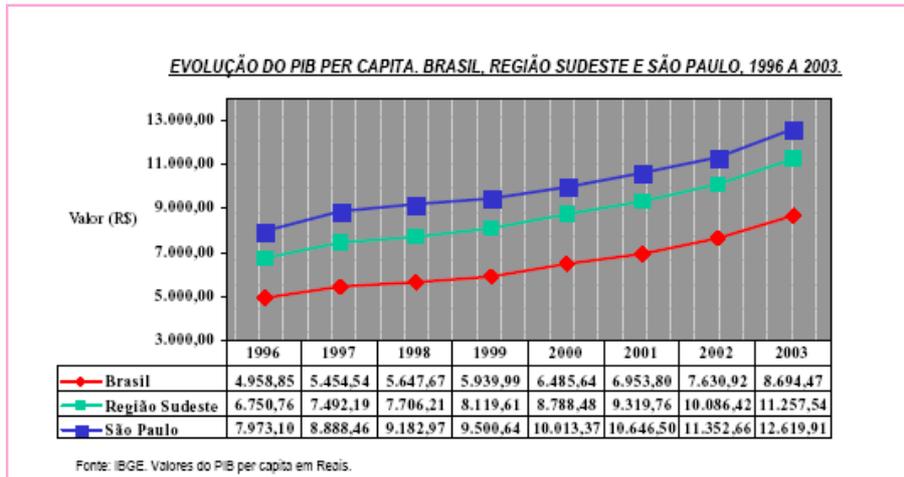
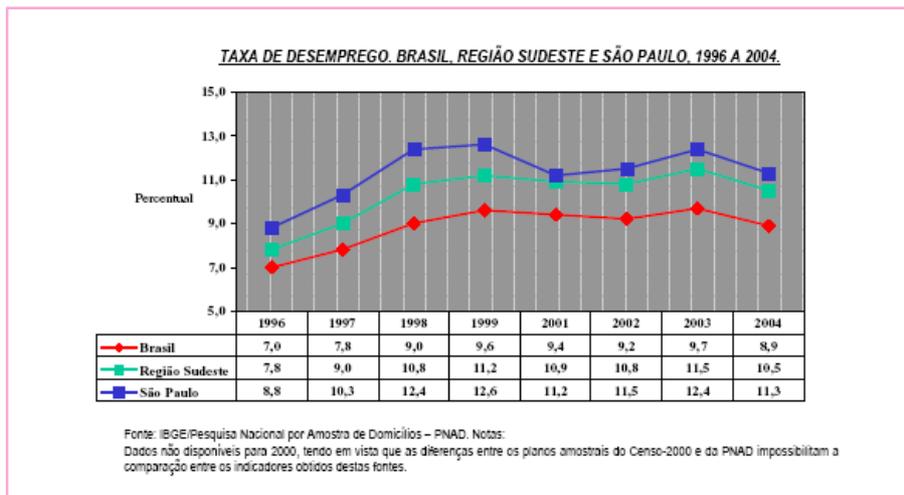


Gráfico 11



■ **Razão de Dependência**

Este indicador representa a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos e os de 65 anos e mais) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, e mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população

potencialmente produtiva.

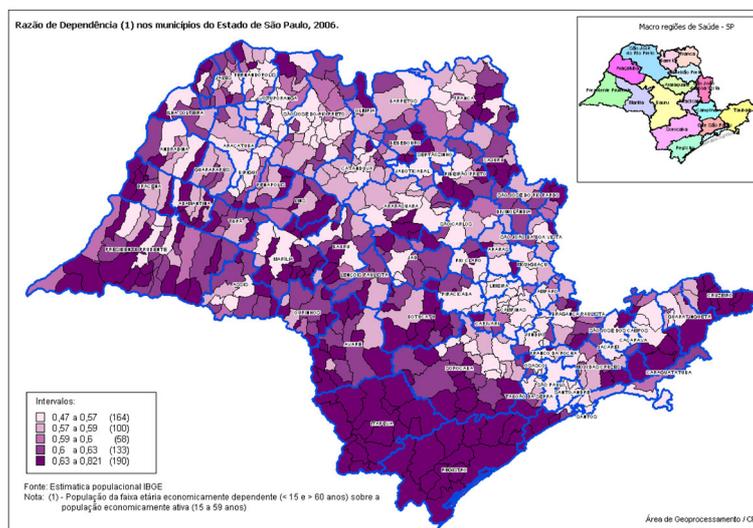
No Estado de São Paulo, a razão de dependência reduziu na população menor de 15 anos e aumentou em relação aos idosos, quando comparados os anos 2004 e 1991. Vale destacar que valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade.

Tabela 5
Razão de dependência. Brasil, Região Sudeste e São Paulo. 1991 e 2004

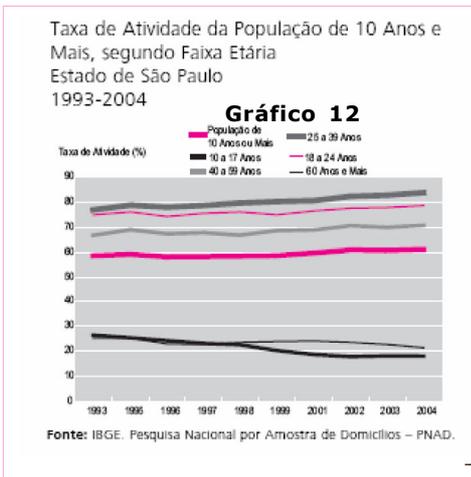
Indicador	Brasil		Região Sudeste		São Paulo	
	1991	2004	1991	2004	1991	2004
Dependência população menor de 15 anos	59,9	43,4	51,3	38,0	49,9	37,1
Dependência população acima de 65 anos	12,6	14,3	13,1	15,1	12,5	14,3
Razão de dependência dos grupos etários selecionados	72,5	57,7	64,4	53,1	62,5	51,5

Fontes: IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

Mapa 3



■ Mercado de Trabalho



Em alguns indicadores sobre o mercado de trabalho paulista, embora a taxa global de atividade tenha se mantido praticamente constante (em torno de 60% da População em Idade Ativa, conforme o Gráfico 12), no período em análise, sua composição tem se alterado de forma expressiva.

Decresce a presença no mercado de trabalho paulista de crianças e adolescentes, bem como de pessoas com 60 anos e se amplia

a participação de jovens e adultos (Gráfico 12).

Esses movimentos tornaram a composição da População Economicamente Ativa paulista distinta da brasileira.

O Gráfico 13 mostra que a presença, no mercado de trabalho, de crianças e adolescentes, bem como de pessoas nas faixas etárias superiores, é maior no conjunto do País do que no Estado de São Paulo. A explicação para essas diferenças não é simples, pois vários elementos concorrem para a inserção produtiva dos diferentes segmentos populacionais.



No caso de crianças e adolescentes, a política de combate ao trabalho infantil e a maior valorização da educação pela sociedade

por empresas e pelo governo são elementos importantes para explicar seu comportamento. No caso do segmento mais idoso, o acesso aos benefícios previdenciários deve ter concorrido para sua menor permanência no mercado de trabalho, sobretudo em São Paulo.

Em contraste, também se pode admitir que esses movimentos reflitam dificuldades de inserção produtiva específicas desses segmentos populacionais, em razão das exigências de contratação (de escolaridade e de qualificação profissional, por exemplo) por parte dos empregadores, que devem ter se ampliado diante do processo de reestruturação produtiva por que passou a economia paulista na última década. A taxa de desemprego aberto é outro indicador que diferencia São Paulo do conjunto do País, como demonstra o fato de esse percentual, em 2004, corresponder a 11,3% da População Economicamente Ativa, em nosso Estado, em relação a 8,9%

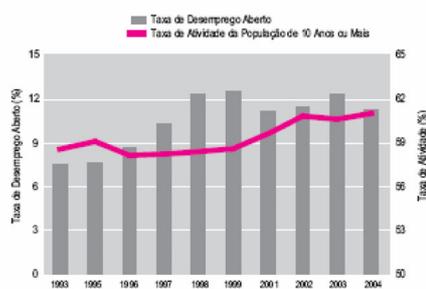
na média nacional. Sua evolução entre 1993 e 2004 mostra que, depois de diminuir de patamar, após 1999, elevou-se até 2003, voltando a se reduzir em 2004 (Gráfico 14).

A dimensão da taxa de desemprego aberto em São Paulo tem sido explicada pelo fato de o processo de reestruturação produtiva, iniciado nos anos 1990, ter atingido particularmente o setor industrial e o segmento mais moderno das atividades terciárias, como as bancárias e financeiras, muito concentradas no território paulista. Ademais, a grande integração da estrutura econômica de São Paulo com a economia brasileira torna-a fortemente dependente da dinâmica macroeconômica nacional.

Um outro elemento relevante para essa explicação encontra-se no fato de seu mercado de trabalho ser mais estruturado que o do

Taxa de Desemprego e de Atividade da População de 10 Anos ou Mais
Estado de São Paulo
1993-2004

Gráfico 14



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

conjunto do País e, portanto, relativamente menos permeável a formas precárias de inserção econômica. Em outras palavras, um mercado de trabalho bem estruturado, com maiores exigências de contratação e maior regulação sobre ocupações alternativas tende a dificultar a inserção daqueles que querem trabalhar, implicando no aumento do contingente de desocupados. Um possível indicador dessa característica é a proporção de ocupados que contribuem para a Previdência: enquanto em São Paulo esse percentual era de 63,1%, em 2004, na média nacional não passava de 46,5%. Como indicam as informações apresentadas, o combate ao desemprego, à pobreza e à desigualdade é uma tarefa de difícil execução, sobretudo devido à sua forte relação com a dinâmica macroeconômica do País, devendo ser consideradas para a formulação e implementação de políticas, inclusive as sociais.

Índices de Desenvolvimento Social

► Índice de Desenvolvimento Humano

No período 1991/2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São Paulo cresceu 5,3%, passando de 0,778 em 1991 para 0,820 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 50%, seguida pela Longevidade com 31,3%, e pela Renda com 18,8%. Neste período, a distância entre o IDH do Estado e o limite máximo do IDH, ou seja, 1, foi reduzida em 18,9%. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Estado está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8). Em relação aos outros Estados do Brasil, São Paulo ocupa a 3ª posição, sendo que dois Estados estão em situação melhor e 24 em situação pior ou igual (Tabela 6).

► Índice Paulista de Responsabilidade Social

Em 2000, durante o Fórum São Paulo Século XXI, a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo incumbiu a Fundação Seade de criar um instrumento que permitisse o acompanhamento e a aferição dos desempenhos sociais e econômicos dos diferentes municípios paulistas. Surgiu, assim, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), sistema de indicadores socioeconômicos para cada município

Tabela 6**Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasil e São Paulo. 1991 e 2000.**

Indicador	Brasil		São Paulo	
	1991	2000	1991	2000
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)	0,696	0,766	0,778	0,820
IDHM - Educação	0,745	0,849	0,837	0,901
IDHM - Longevidade	0,662	0,727	0,730	0,770
IDHM - Renda	0,681	0,723	0,766	0,790

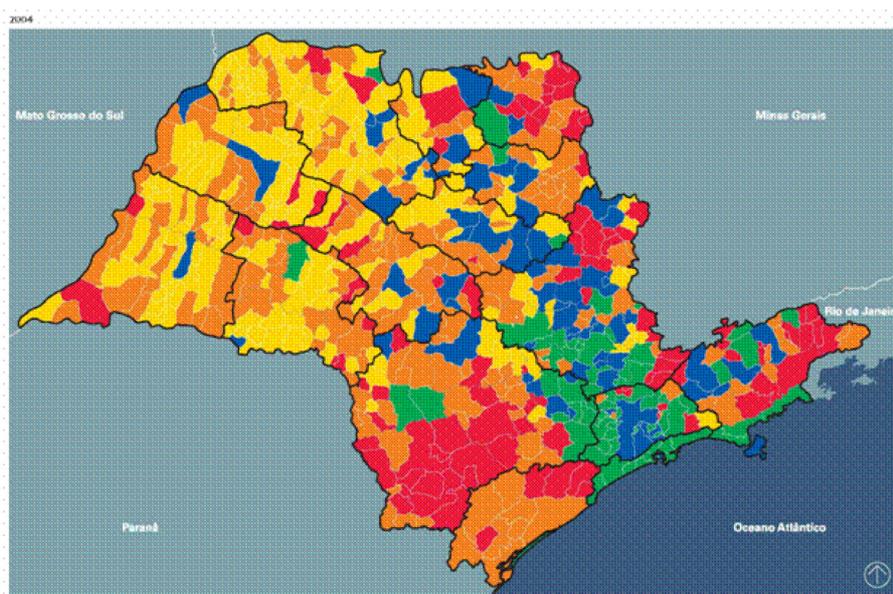
Fonte: *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*

do Estado, destinado a subsidiar a formulação e avaliação das políticas públicas na esfera municipal. Os indicadores sintéticos criados para a composição do índice revelam níveis distintos de desempenho dos municípios quanto à riqueza, longevidade e educação. No período 2000/2004, percebeu-se, para o conjunto dos municípios do Estado de São Paulo, melhora nas dimensões sociais do IPRS. O indicador de longevidade registrou acréscimo de cinco pontos, ao atingir um escore igual a 70 em 2004. Esse resultado expressa a queda da mortalidade infantil, que vem ocorrendo de forma contínua no Estado há pelo menos duas décadas, e o decréscimo da mortalidade adulta nesses últimos anos. Em escolaridade, o aumento foi mais acentuado - 10 pontos - e decorre, principalmente, da ampliação da cobertura da educação infantil e da conclusão do Ensino Fundamental entre os adolescentes de 15 a 17 anos.

O indicador de riqueza, apesar de se manter abaixo do valor de 2000, apresentou melhora em relação a 2002.

Além de ordenar as cidades do Estado de acordo com os três eixos considerados, o IPRS também classifica os municípios a partir de cinco grupos que resumem a situação de cada um deles. O grupo 1 (no mapa sinalizado em azul) agrega municípios com os melhores indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade. Os municípios assinalados em vermelho são os mais críticos, incluídos no grupo 5. Ainda é significativo o número de municípios incluídos nos grupos 4 (laranja) e 5 do IPRS, com desempenho deficiente e abaixo da média estadual. Os grupos 2 e 3 estão, respectivamente, representados no mapa pelas cores verde e amarelo.

Mapa 4
Índice Paulista de Responsabilidade Social, 2004



Na análise do IPRS por Regiões Administrativas (RAs), nota-se que a de Campinas contém os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista. Além disso, 31 municípios da RA de Sorocaba estão no DRS de Bauru (correspondem aos municípios da antiga Divisão Regional de Saúde de Botucatu). As Regiões Metropolitanas de São Paulo e da Baixada Santista encontram-se entre as duas melhores no indicador de riqueza; no entanto, estão entre as seis regiões com os menores indicadores de escolaridade e longevidade.

A RA de Ribeirão Preto passou a ocupar a primeira posição no indicador de longevidade e a de São José do Rio Preto está entre as três melhores nas dimensões longevidade e escolaridade. As RAs de Araçatuba e Presidente Prudente são as duas mais bem posicionadas no indicador de escolaridade, embora na dimensão riqueza estejam entre as quatro regiões mais pobres.

Indicadores de Saúde

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o

movimento de descentralização dos serviços, em que os municípios passam a ser responsáveis pela garantia do primeiro nível de atenção à saúde dos cidadãos - vacinação, consultas médicas básicas em pediatria, ginecologia e pré-natal e outras e pela garantia de universalidade no acesso -, cabe ao gestor estadual o papel de avaliar e acompanhar essas atividades, visando a melhoria da qualidade e da resolubilidade da assistência primária desenvolvida pela esfera municipal.

Em termos de prestação de serviços, a atuação da Secretaria de Estado da Saúde concentra-se nos recursos regionais e de alto custo, que são referência para todos os municípios. Importante papel cumpre o Governo Estadual no processo de regionalização das ações de saúde e na garantia da equidade entre municípios e regiões do Estado. Entre 1997 e 2005, os recursos orçamentários destinados à função Saúde ampliaram-se, em termos nominais, em mais de 213%. Os indicadores a seguir dão a dimensão do segmento populacional, que busca o atendimento desse sistema e alguns dos resultados reveladores dos avanços obtidos nas condições de saúde da população paulista.

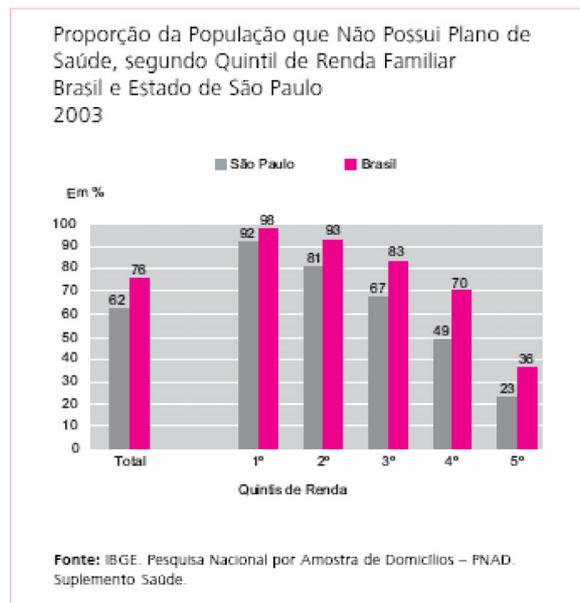
▶ **Acesso aos Serviços de Saúde**

A maioria da população paulista (62%) e brasileira (76%) não possui planos de saúde. Portanto, depende integralmente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. Ao se dividir a população paulista e brasileira em cinco segmentos iguais ordenados segundo o nível de renda familiar, nota-se que a quase totalidade dos segmentos mais pobres depende exclusivamente desse sistema.

O Gráfico 15 demonstra essa dependência com maior precisão: 92% do quinto mais pobre da população paulista (e 98% da brasileira) dependem exclusivamente do SUS. No quinto seguinte, tais proporções correspondem a 81% e 93%, respectivamente. Mesmo no quarto quinto, cerca da metade desse segmento depende do SUS, no caso paulista, e 70% no caso brasileiro. Apenas para os 20% mais ricos, em São Paulo e no Brasil, a população que dispõe de planos de saúde é claramente majoritária. Enquanto praticamente a totalidade da população pertencente ao primeiro quintil de renda, ou seja, os 20% mais pobres são dependentes do

SUS - 92% para São Paulo e 98% para o Brasil - entre os 20% mais ricos, essas proporções são, respectivamente, 23% e 36%.

Gráfico 15

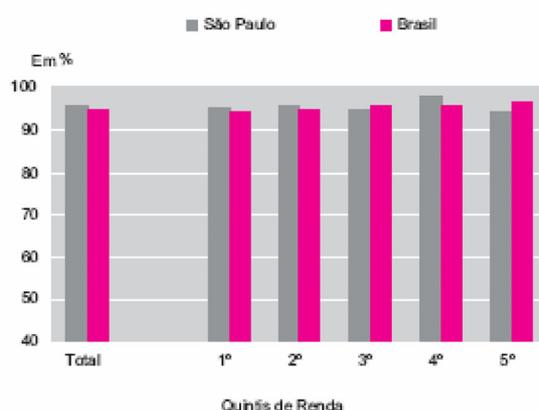


Não podem deixar de ser considerados, com freqüência, os procedimentos médicos e laboratoriais mais complexos e mais dispendiosos que são excluídos da cobertura desses planos; isto equivale dizer que a parcela da população atendida pelo SUS deve ser ainda maior do que revelam as porcentagens mencionadas anteriormente.

Mesmo com tamanha dimensão da clientela potencial do SUS, quando se analisa a população que procurou atendimento nesse sistema, constata-se que quase todas as pessoas foram atendidas na primeira vez que o procuraram tanto no Estado de São Paulo (96%) quanto no Brasil (95%). Também se verifica que não há diferenças significativas no atendimento do SUS para os diferentes níveis de renda da população que o procura, o que demonstra o caráter universal e impessoal do sistema público de saúde (Gráfico 16).

Gráfico 16

Proporção dos Indivíduos que Não Possuem Plano de Saúde e Foram Atendidos na Primeira Vez que Procuraram Atendimento de Saúde no SUS nas Duas Semanas Anteriores à Pesquisa, segundo Quintil de Renda Familiar
Brasil e Estado de São Paulo
2003



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

Nota: Os atendimentos incluem aqueles previamente agendados e os de urgência e emergência.

► Perfil de Mortalidade

As informações sobre causas de morte corroboradas a partir de 1979, para o Brasil e o Estado de São Paulo, mostram a continuidade do processo de transição epidemiológica iniciado com grande intensidade na década de 1940. Por esse processo, entende-se a redução da incidência e letalidade das doenças infecciosas e parasitárias em contraposição às doenças crônico-degenerativas. Reflete, simultaneamente, uma série de avanços socioeconômicos (maior acesso aos serviços de saúde, desenvolvimento tecnológico, melhora das condições de habitação e saneamento, entre outros) e fenômenos demográficos, como o envelhecimento da população. Atualmente, os óbitos decorrentes de doenças crônico-degenerativas, como as do aparelho circulatório, neoplasias e do aparelho respiratório, além das causas externas, ultrapassam, em muito, os provocados por doenças infecciosas e parasitárias. Em

1979, estas últimas eram responsáveis por 13,2% dos óbitos ocorridos no País e por 10% no Estado de São Paulo, proporções que se reduziram para, respectivamente, 5,3% e 3,8% em 1995, último ano em que foi utilizada a nona versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9).

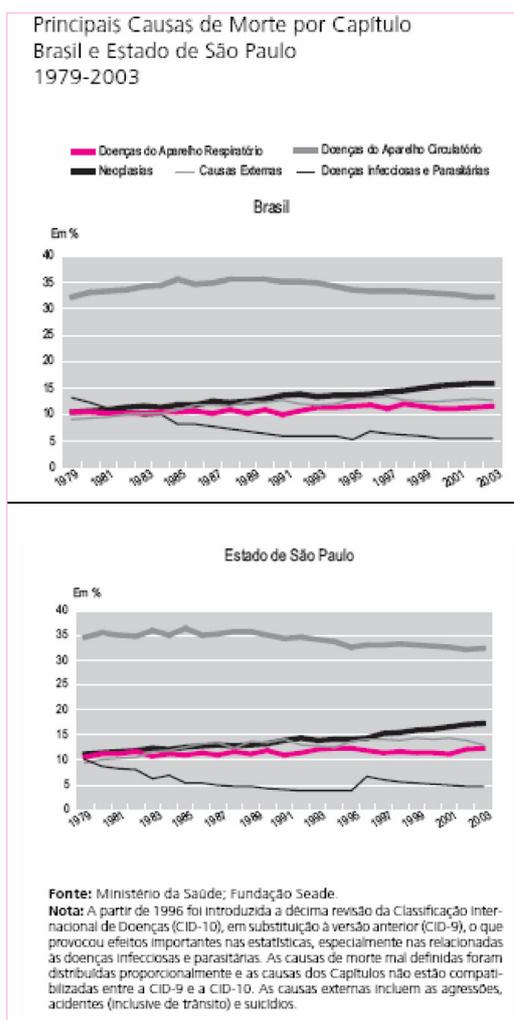
Nessa classificação, devem ser ressaltadas as doenças por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) encontravam-se no capítulo das doenças das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários; na décima versão dessa classificação (CID-10), adotada em 1996, passaram a ser consideradas doenças infecciosas e parasitárias.

Em 1996, a adoção dessa nova classificação de doenças provocou alterações nas tendências desses dois capítulos, que implicaram no aumento das mortes por doenças infecciosas e parasitárias: neste ano, a proporção das mortes provocadas por essas patologias aumentou para 7%, no País e para 6,8% em São Paulo. Com a diminuição dos óbitos por HIV, esses valores voltaram a decrescer nos anos seguintes, chegando a 5,5% no País e a 4,6% no Estado de São Paulo, em 2003.

Ao serem excluídas as mortes por Aids desse capítulo, as tradicionais doenças infecciosas e parasitárias representariam, em 2003, cerca de 4% dos óbitos no País e, aproximadamente, 3% em São Paulo, indicando o acelerado e quase concluído processo de transição epidemiológica em ambas as áreas. No entanto, ressalte-se que ainda prevalecem incidências importantes dessa categoria de doenças quando se encontram áreas geográficas específicas do País. Entre as causas consideradas crônicas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis, em 2003, por cerca de 37% dos óbitos tanto no País como no Estado. Ainda que as primeiras apresentem valores bem maiores, a diferença em relação às neoplasias vem diminuindo a cada ano, devido aos comportamentos distintos de ambas. Enquanto as doenças do aparelho circulatório apresentam tendência à diminuição há vários anos, os óbitos provocados por neoplasias têm aumentado consideravelmente: passaram, entre 1979 e 2003, de 10,4% para 15,9% no País e de 11,2% para 17,1% no Estado.

Já as causas externas (agressões, suicídios e acidentes, inclusive de trânsito), que respondiam, em 1979, por aproximadamente 9,2%

dos óbitos, tanto no Estado como no País, chegaram a 13,2% e 14,4%, respectivamente, nos últimos anos da década de 1990. Mais recentemente, têm-se constatado reduções importantes, mas essas causas ainda mantêm-se entre as três principais no Brasil e em São Paulo, um pouco à frente das doenças do aparelho respiratório, que apresentaram poucas alterações no período considerado, por volta de 11% do total de óbitos em ambas as áreas (Gráfico 17).

Gráfico 17

Segundo o Datasus, nos Cadernos de Saúde, para o Estado de São Paulo o perfil de mortalidade para o ano 2005 é o seguinte:

Tabela 7
Mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupo de causas - CID-10. Estado de São Paulo, 2005

Grupo de causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,0	13,6	7,9	5,2	2,1	9,8	4,8	2,8	2,9	4,7
II. Neoplasias (tumores)	0,5	9,4	17,5	14,5	6,5	13,7	25,9	18,6	19,6	18,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,2	3,7	4,2	4,0	2,7	16,9	35,1	40,7	40,3	32,3
X. Doenças do aparelho respiratório	6,8	18,6	7,8	5,4	3,4	5,4	7,9	15,8	15,0	11,6
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	58,6	0,5	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,8	23,1	35,3	49,9	77,1	37,4	7,5	3,0	3,3	12,4
Demais causas definidas	24,3	30,9	27,0	21,0	8,2	16,9	18,8	19,1	18,9	18,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 8
Coefficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100 mil habitantes). Estado de São Paulo, 1999/2005

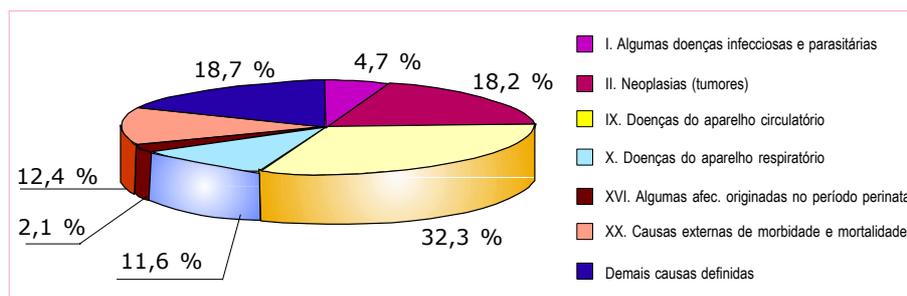
Causa do óbito	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aids	11,9	11,3	10,6	10,1	9,4	8,5	8,6
Neoplasia maligna de mama (/100.000 mulheres)	15,0	14,4	14,7	14,8	14,7	15,0	15,3
Neoplasia maligna de colo do útero (/100.000 mulheres)	4,5	4,8	4,6	4,1	4,1	4,1	3,9
Infarto agudo do miocárdio	49,3	48,8	46,6	46,4	47,1	46,4	42,1
Doenças cerebrovasculares	59,2	56,8	55,1	54,4	52,8	53,7	49,4
Diabetes mellitus	22,5	23,5	21,8	21,3	21,5	21,2	19,5
Acidentes de transporte	21,1	16,1	18,5	17,0	18,4	18,3	18,1
Agressões	44,0	42,1	41,8	37,9	35,9	28,6	21,6

Fonte: SIM.

Tabela 9
Outros dados e indicadores de mortalidade. Estado de São Paulo, 1999/2005

Indicador	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de óbitos	236.820	238.959	235.987	237.741	240.253	243.984	236.456
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	6,61	6,45	6,27	6,23	6,21	6,22	5,85
% de óbitos por causas mal definidas	6,57	6,58	6,70	6,52	6,44	6,43	6,26
Total de óbitos infantis	12.796	11.922	10.437	9.534	9.273	8.959	8.353
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	421	418	379	291	291	247	256
% de óbitos infantis no total de óbitos	5,40	4,99	4,42	4,01	3,86	3,67	3,53
% de óbitos infantis por causas mal definidas	3,29	3,51	3,63	3,05	3,14	2,76	3,06

Fonte: SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Gráfico 18**Mortalidade proporcional segundo grupo de causas (todas as idades). Estado de São Paulo, 2005**

Fonte: SIM.

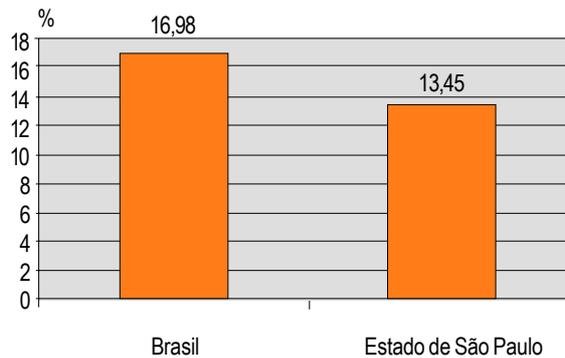
Para o ano de 2005, houve a mesma tendência do perfil de mortalidade dos anos anteriores descritos acima. Este perfil confirma as prioridades definidas nacionalmente no Pacto pela Vida, exceto pela mortalidade por causas externas e Aids, que deverão ser incluídas no Plano de Saúde do Estado de São Paulo devido à sua magnitude.

► Mortalidade Infantil

Em comparação à média nacional no ano de 2005 (16,98 por mil nascidos vivos), a taxa de mortalidade infantil do Estado de São Paulo (13,45 por mil) é um pouco menor (Gráfico 19). Seu atual patamar é fruto de anos de esforços públicos nas áreas da saúde e do saneamento.

No Estado de São Paulo, a tendência histórica desse indicador tem sido de queda acentuada e contínua, passando de 50,9 óbitos por mil nascidos vivos em 1980 para 31,2 em 1990, chegando a 13,45 mortes por mil nascidos vivos em 2005. Esse declínio deveu-se, mormente, à redução da mortalidade pós-neonatal - óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e o momento em que a criança completa um ano -, associada a políticas e serviços ligados à imunização e à melhoria das condições ambientais, como o saneamento básico.

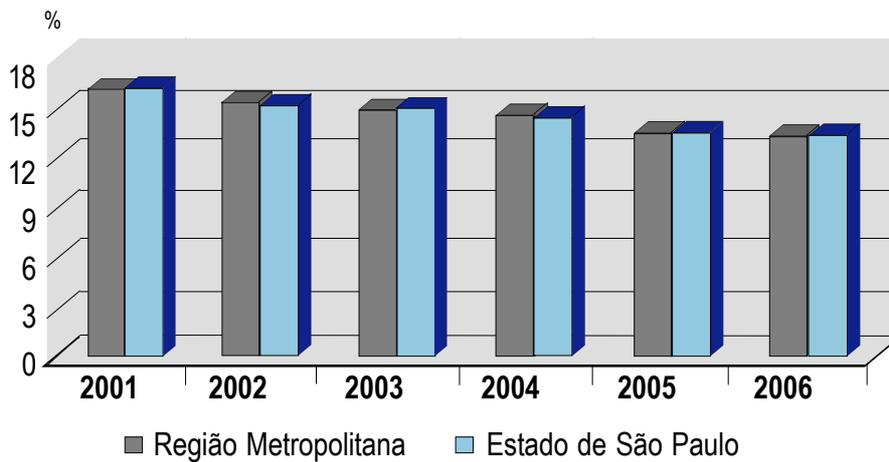
Gráfico 19
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil e Estado de São Paulo, 2005



Fonte: SIM/Sinasc.

O decréscimo da mortalidade infantil entre 2001 e 2006 no Estado foi de 17%, passando de 16,1 em 2001 para 13,2 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 2006, sendo que estes mesmos valores também são detectados na Região Metropolitana neste período.

Gráfico 20
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Região Metropolitana e Estado de São Paulo, 2001/2006



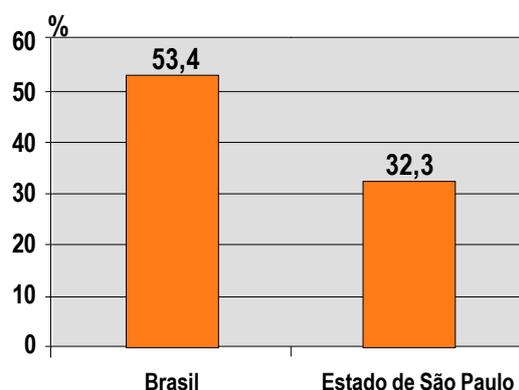
Fonte: SIM/Sinasc.

Diversos fatores contribuíram para essa trajetória, como: a expansão dos serviços básicos de atenção materno-infantil, o acesso a novas tecnologias e medicamentos, a expansão do saneamento básico e o aumento da cobertura vacinal. A adoção da estratégia de saúde da família também desempenhou papel importante nesse cenário. Recorde-se que o Estado implantou o Programa de Saúde da Família, em 1996, com 218 equipes, número que chegou a 2 354, em 2004, com cobertura de aproximadamente oito milhões de pessoas. Para manter a tendência declinante desse indicador nos próximos anos, é necessário ampliar ainda mais os esforços no campo da saúde materno-infantil. Isso porque, hoje, a mortalidade infantil em nosso Estado não reflete mais a incidência de doenças infecciosas ou problemas nutricionais. Concentra-se nos primeiros dias de vida das crianças quando as condições da gestação, do parto e dos cuidados pós-parto são decisivas e exigem ações muito mais complexas. Os Programas de Saúde da Família e de Saúde da Mulher são, assim, de extrema relevância.

► **Mortalidade Materna**

A taxa de mortalidade materna estimada para o Brasil em 2005 foi de 53,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Apesar de o Estado de São Paulo registrar uma taxa bem inferior à taxa nacional, seu valor (32,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos) ainda é considerado elevado.

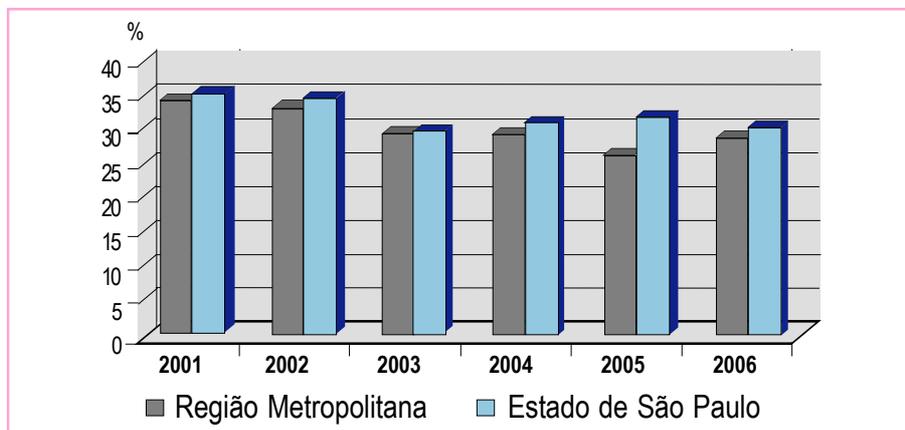
Gráfico 21
Mortalidade materna. Brasil e Estado de São Paulo, 2005



Fonte: SIM/Sinasc.

Em 2006, a taxa de mortalidade materna no Estado de São Paulo (30,8 óbitos) é um pouco superior à registrada na Região Metropolitana (29,2 óbitos). O Gráfico 22 mostra a tendência declinante desse indicador entre 2001 e 2006, que, embora haja algumas flutuações no período, acumulou reduções de 14% no conjunto do Estado e de 16% na Região Metropolitana.

Gráfico 22
Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Região Metropolitana e Estado de São Paulo, 2001/2006

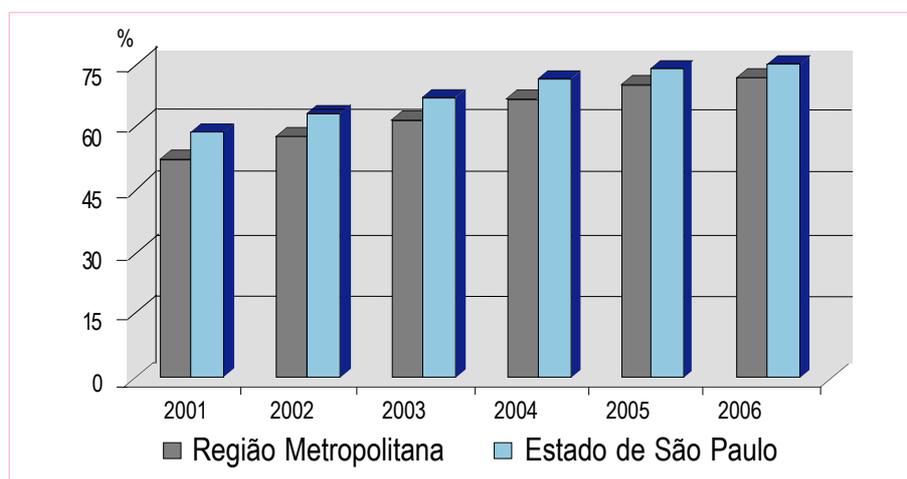


Fonte: SIM/Sinasc.

O principal programa estadual dirigido a esse tema é o de Saúde da Mulher. Seu foco é a redução da mortalidade materna, além de procurar diminuir a incidência de cesárea, do baixo peso ao nascer, da mortalidade neonatal precoce e da sífilis congênita. A implantação dos Comitês de Mortalidade Materna tem contribuído para o sucesso do programa, melhorando a qualidade dos serviços prestados à mulher, mediante avaliação permanente das ações empreendidas. Os decréscimos das taxas de mortalidade infantil e materna estão diretamente relacionados ao acompanhamento da saúde da gestante. A assistência pré-natal é um fator importante para essa redução, uma vez que muitas patologias relacionadas à gravidez e ao período imediatamente após o parto podem ser tratadas ou controladas, evitando complicações à saúde da mãe e da criança.

No Estado de São Paulo, o atendimento às mulheres por meio de consulta pré-natal tem crescido de forma substantiva: a proporção de gestantes que realizaram mais de seis dessas consultas evoluiu de 58,2% para 73,8% entre 2001 e 2006, obtendo um crescimento de 27% no período. Na Região Metropolitana, a proporção subiu de 51,7% para 70,8%, havendo, pois, um crescimento ainda maior ao do conjunto do Estado, ficando em torno de 37% (Gráfico 23).

Gráfico 23
Proporção de gestantes que realizaram mais de sete consultas de pré-natal. Região Metropolitana e Estado de São Paulo, 2001/2006



Fonte: Sinasc.

► Aids - Incidência e Mortalidade

Foram grandes os esforços que o Estado e a sociedade empreenderam para controlar a epidemia de Aids e melhorar as condições de vida de seus portadores. Em 2004, a taxa nacional de incidência dessa doença alcançou 17,2 casos por 100 mil habitantes, enquanto em São Paulo foi de 22,2 casos por 100 mil habitantes.

O pior momento da epidemia no Brasil e no Estado de São Paulo ocorreu em 1998. A partir daí, a taxa de incidência, sobretudo em São Paulo, diminuiu até 2001. Após este ano, voltou a crescer para

o Brasil e manteve relativa estabilidade no Estado, retornando à trajetória decrescente, em ambos os domínios geográficos, em 2004 (os dados de 2004 são provisórios, posto que ainda podem ser modificados com a inclusão de novos casos) (Gráfico 24).

Já a mortalidade por Aids tem apresentado decréscimo contínuo desde 1996. Sua expressiva redução (57%), entre 1993 e 2004, comprova

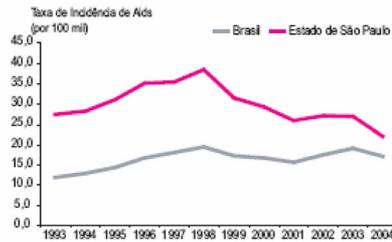
o sucesso do Programa Estadual das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids (PE-DST/Aids), que desde 1983 trabalha pela garantia do acesso universal à assistência gratuita, vigilância epidemiológica, esclarecimento da população e orientação aos profissionais de saúde (Gráfico 25).

O Estado de São Paulo, com a distribuição gratuita do AZT desde 1990, foi pioneiro na implantação dessa política. Em 1996, o

Ministério da Saúde estabeleceu a aquisição obrigatória de novas drogas Anti-Retrovirais (ARV), mas a compra de medicamentos para infecções oportunistas cabe a Estados e municípios. Em 2002, cerca de 119 mil pacientes foram beneficiados, no Brasil, com o acesso gratuito aos medicamentos. Destes, quase 50% eram residentes em São Paulo (mais de 50 mil pacientes em tratamento). Apesar da importante queda

Gráfico 24

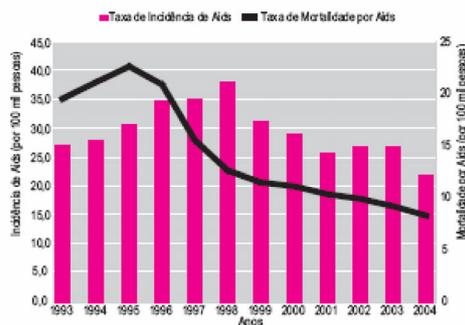
Taxas de Incidência de Aids (1)
Brasil e Estado de São Paulo
1993-04



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Programa Nacional de DST e Aids.
(1) Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/06/2004, referentes ao ano do diagnóstico.

Gráfico 25

Taxas de Incidência (1) e de Mortalidade por Aids
Estado de São Paulo
1993-04

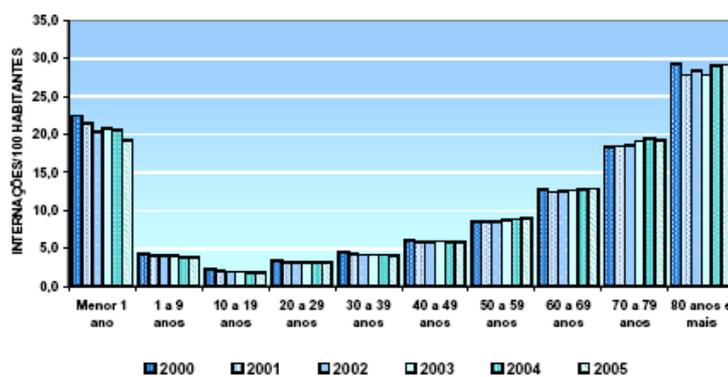


Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Programa Nacional de DST e Aids.
(1) Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/06/2004, referentes ao ano do diagnóstico.

na mortalidade, a redução dessa epidemia no Estado de São Paulo ainda não está garantida, pois passou a atingir segmentos populacionais específicos, como pessoas menos escolarizadas e mulheres.

Gráfico 26

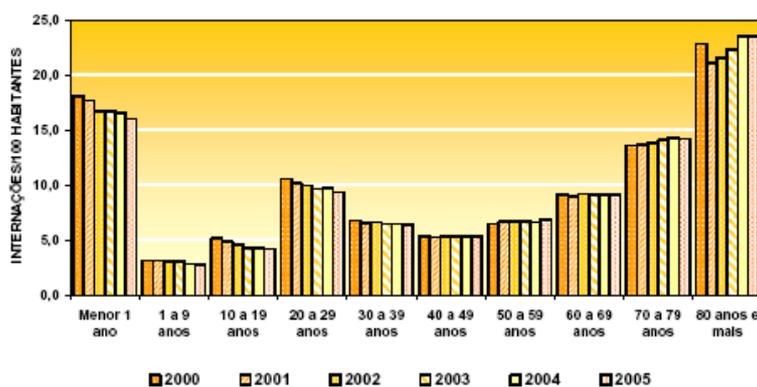
TAXAS DE INTERNAÇÕES DE RESIDENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO, POR 100 HABITANTES DO SEXO MASCULINO, POR FAIXA ETÁRIA SUS 2000 - 2005



Fonte: MS/DATASUS Sistema de Informações Hospitalares

Gráfico 27

TAXAS DE INTERNAÇÕES DE RESIDENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO, POR 100 HABITANTES DO SEXO FEMININO, POR FAIXA ETÁRIA SUS 2000 - 2005



Fonte: MS/DATASUS Sistema de Informações Hospitalares

► **Taxas de Internações por Idade e Sexo**

As taxas de internações foram maiores entre os menores de 1 ano e os maiores de 80 em todo o período e em ambos os sexos. A redução nas taxas de internações ocorreu sobretudo entre os menores de 1 ano, em ambos os sexos. É interessante que as taxas de internações foram sempre maiores no sexo feminino do que no masculino nas faixas etárias entre 10 e 39 anos (Gráficos 26 e 27).

► **Perfil da Morbidade Hospitalar**

Em 2005, quando agrupados por capítulos da CID 10¹, os diagnósticos mais freqüentes das internações estavam relacionados ao Capítulo XV: Gravidez, Parto e Puerpério, seguidos pelas Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX). (Ver Tabela 13 com apresentação detalhada dos capítulos por faixa etária.)

A ordem dos diagnósticos mais freqüentes para o Estado mostrou mais semelhanças com a da Região Sudeste do que com a do Brasil.

Tabela 10

Classificação dos principais diagnósticos das internações por capítulos da CID 10, no Estado de São Paulo, Região Sudeste e Brasil. SUS 2005

Classificação	São Paulo	Região Sudeste	Brasil
1º	XV. Gravidez, parto e puerpério	XV. Gravidez, parto e puerpério	XV. Gravidez, parto e puerpério
2º	IX. D. do ap. circulatório	IX. D. do ap. circulatório	X. D. do ap. respiratório
3º	X. D. do ap. respiratório	X. D. do ap. respiratório	IX. D. do ap. circulatório
4º	V. Transtornos mentais	XI. D. do ap. digestivo	I. D. infec e parasitárias
5º	XI. D. do ap. digestivo	V. Transtornos mentais	XI. D. do ap. digestivo
6º	XX. Causas externas	XX. Causas externas	XX. Causas externas
7º	XIV. D. do ap. geniturinário	XIV. D. do ap. geniturinário	XIV. D. do ap. geniturinário
8º	II. Neoplasias	II. Neoplasias	V. Transtornos mentais
9º	I. D. infec e parasitárias	I. D. infec e parasitárias	II. Neoplasias
10º	IV. D. Sist. Nervoso nutricionais	IV. D. endócrinas nutricionais	IV. D. endócrinas

Fontes: MS/DATASUS Sistema de informações Hospitalares

De 2000 a 2005, a morbidade hospitalar por grupos de causas mostrou uma diminuição nas proporções de internações por transtornos mentais e um aumento sobretudo nas proporções de internações por neoplasias.

A seguir, apresentaremos as internações por alguns dos problemas priorizados no Pacto pela Saúde.

¹ Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão.

► Internações por Causas Obstétricas

Mais de 97% das internações obstétricas ocorreram na faixa etária de 10 a 39 anos e representaram mais que 60% dos diagnósticos das internações do sexo feminino nesta faixa etária.

Do total de internações com os diagnósticos relacionados às causas obstétricas, os procedimentos hospitalares realizados em mais de 90% das internações foram partos ou curetagem pós-aborto.

Tabela 11
Estado de São Paulo
Número de internações por parto e curetagem pós-aborto, por faixa etária. SUS 2000-2005

Ano	Procedimentos hospitalares obstétricos					
	Partos			Curetagem pós-aborto		
	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos
2000	100.494	221.759	77.536	9.186	23.669	11.727
2001	95.700	214.405	77.911	9.028	23.217	11.484
2002	91.687	211.449	78.309	8.999	23.998	12.054
2003	84.086	203.739	75.998	8.615	23.979	12.108
2004	85.035	210.186	79.844	8.433	24.157	12.550
2005	84.599	205.979	80.040	8.172	22.389	12.129

Fontes: MS/DATASUS Sistema de informações Hospitalares

Tabela 12
Estado de São Paulo
Proporções de cesarianas no total de partos, por faixa etária. SUS 2000-2005

ANO	% DE CESARIANAS				TOTAL
	10-19 ANOS	20--29 ANOS	30-39ANOS	40 ANOS E +	
2000	23,0	29,2	36,0	37,4	29,1
2001	25,2	31,8	39,1	40,3	31,8
2002	25,6	31,7	40,0	41,5	32,1
2003	26,1	32,4	40,8	43,8	32,9
2004	26,8	32,9	41,8	45,3	33,7
2005	28,0	34,0	42,7	46,0	34,7

Fonte: MS/Datasus / Sistema de Informações Hospitalares

As taxas de internações por procedimentos obstétricos nas faixas etárias de 10 a 39 anos diminuíram nos partos, mantendo-se mais estáveis nas internações para curetagem pós-aborto. De 2000 a 2005, as proporções de cesarianas no total de partos aumentaram em todas as faixas etárias (Tabela 12).

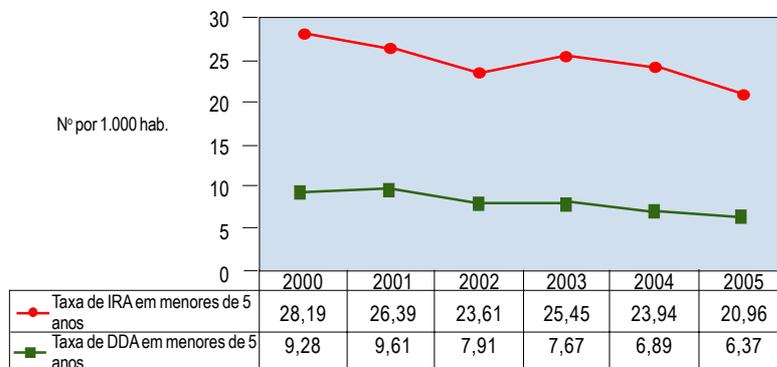
Considerando que as causas obstétricas não são necessariamente causas de adoecer e que a sua ocorrência está relacionada a uma parcela específica da população, a morbidade hospitalar proporcional por sexo e faixa etária foi verificada excluindo essas causas.

► **Internação por Infecções Respiratórias Agudas**

A taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda (IRA) reduziu no período de 2000 a 2005, passando, respectivamente, de 28,19 para 20,96 internações por 1 000 habitantes na faixa etária de 0 a 4 anos, bem como a taxa de internação por Doença Diarréica Aguda (DDA), que passou de 9,28 para 6,37.

Gráfico 28

Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) e por Doença Diarréica Aguda (DDA) Menores de 5 anos* - São Paulo, 2000 a 2005



Fonte: TabnebDATASUS/Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2005.
* Número de internações/1.000 hab. na faixa etária de 0 a 4 anos.

► **Internação por Acidente Vascular Cerebral e por Complicações do Diabetes Melito**

A hipertensão e o diabetes situam-se no rol das principais doenças crônicas que afetam a população, independente dos

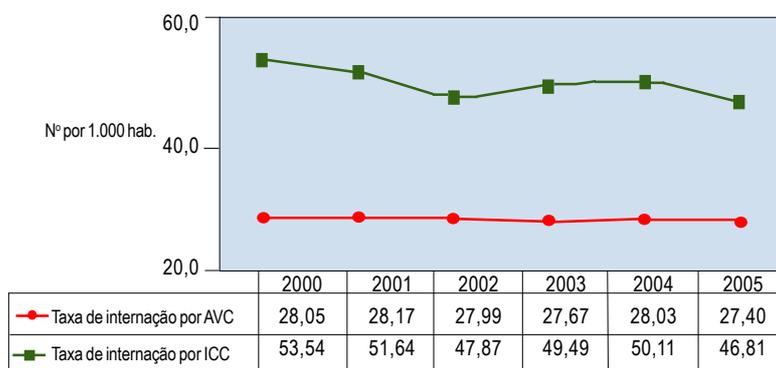
estágios de desenvolvimento econômico-social em que se encontram.

Em face do seu impacto social e econômico, tanto em termos de produtividade quanto de custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, tais patologias vêm sendo tratadas como problema de saúde pública no País.

A taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) reduziu no período selecionado, passando, respectivamente, de 28 em 2000 para 27,4 em 2005 e de 53,5 para 46,8 internações por 10 mil habitantes na faixa etária de 40 anos e mais.

Gráfico 29

Taxa de internação* por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) - São Paulo, 2000 a 2005



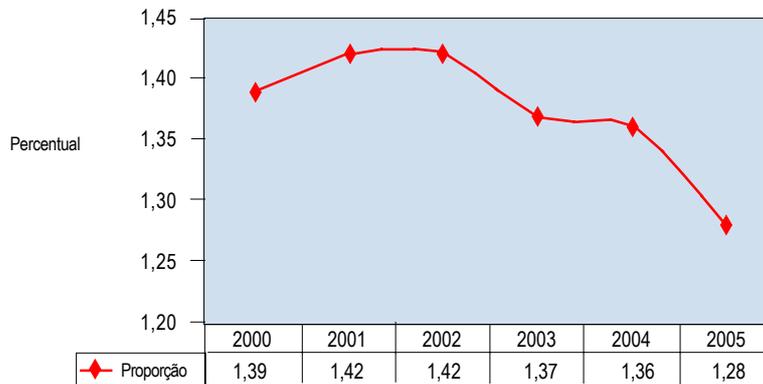
Fonte: TabnebdATASUS/Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006.
* Número de internações/1.000 hab. na faixa etária de 40anos e mais.

As internações por complicações do diabetes a cada 100 internações², no período selecionado, apresentaram seus maiores percentuais em 2001 e 2002 e o menor em 2005.

² Foram selecionados procedimentos de parto (vaginal e cesáreo, conforme lista utilizada no site do Datasus) para serem desconsiderados no denominador.

Gráfico 30

Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus - São Paulo, 2000 a 2005



Fonte: TabnetDATASUS/Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2005.

► **Morbidade Hospitalar - Dados por Faixa Etária**

Tabela 13
Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID 10 (por local de residência), 2006

CID 10 CAPÍTULO	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 15	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 a 69	70 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,8	13,2	8,5	6,6	2,2	3,2	3,9	3,9	4,8	4,5
II. Neoplasias (tumores)	0,5	2,2	3,6	5,3	2,4	4,6	10,4	10,8	8,4	5,8
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitar.	0,6	1,3	1,5	1,7	0,7	0,5	0,5	0,6	0,9	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,1	3,8	2,7	2,7	0,7	1,2	2,8	3,3	4,4	2,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	0,0	0,2	1,1	2,9	11,8	13,9	9,2	4,0	8,3
VI. Doenças do sistema nervoso	1,9	3,6	4,7	5,9	2,6	3,4	3,5	3,0	3,2	3,4
VII. Doenças do olho e anexos	0,3	0,6	1,0	1,3	0,5	0,7	1,7	2,2	2,4	1,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,3	1,0	1,8	1,6	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,3	0,4	0,6	1,3	1,1	5,8	20,9	26,4	28,1	10,9
X. Doenças do aparelho respiratório	35,6	41,6	27,7	13,5	3,7	3,8	6,9	9,6	15,9	10,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,4	8,8	12,6	12,0	4,4	7,6	12,6	11,4	8,9	8,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,9	2,6	3,0	2,8	1,3	1,2	1,5	1,3	1,1	1,4
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tec. conjuntivo	0,2	0,8	2,3	3,9	1,7	2,9	3,8	3,2	2,7	2,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,1	5,2	7,7	7,4	5,6	6,6	6,6	6,1	5,8	6,2
XV. Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,0	6,2	58,0	32,6	0,1	0,0	0,0	18,6
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	37,1	0,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
XVII. Malf. Cong. deformid. e anomalias cromossômicas	3,5	4,3	4,4	4,3	1,0	0,4	0,3	0,3	0,2	1,0
XVIII. Sint. sinais e achados anorm. ex. clin. e laborat.	1,6	2,4	2,6	2,7	1,4	1,5	2,0	2,1	2,2	1,8
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	1,3	6,5	13,3	17,7	8,8	8,7	7,5	5,9	6,6	8,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,4	0,7	1,5	1,9	0,7	3,2	1,0	0,6	0,4	1,8
U99 CID 10 Revisão não disponível	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Não preenchido	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0									

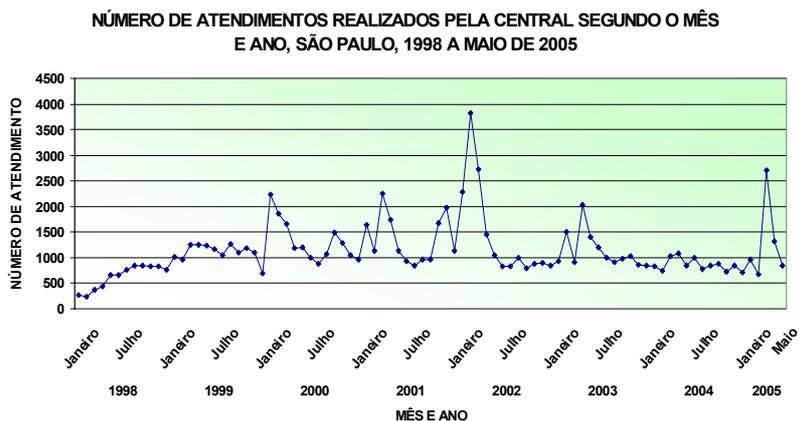
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS.

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

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

Destaque-se que para emergências epidemiológicas de relevância estadual, além de acompanhar e investigar o conjunto das doenças que possivelmente apresentem elevado potencial de disseminação e/ou riscos à saúde pública (incluindo os agravos inusitados - casos e óbitos de patologia desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida), criou-se a Central de Vigilância em 1998. Divisão de Saúde do Centro de Vigilância Epidemiológica, a sua principal finalidade é oferecer a possibilidade de adotar, de maneira coordenada e articulada com todas as instâncias, medidas de controle adequadas, rápidas e oportunas para a redução conseqüente de riscos à população.

Gráfico 31



FONTE: Central - Centro de Vigilância Epidemiológica - CCD - SES - São Paulo

A Central possui equipe médica capacitada e suficiente para atendimento telefônico diuturnamente. A demanda inicial de 448 atendimentos telefônicos atinge hoje média mensal de 1 200 atendimentos, com maior pico no mês de fevereiro de 2002 (3 825 casos). O perfil da clientela não se restringe a técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, mas contempla, além de profissionais de saúde municipais, de outros Estados e aqueles não inseridos na rede de Vigilância à Saúde, também a população em geral, escolas e empresas.

Ressalte-se que a capacidade resolutive do serviço é elevada, em especial nas situações inusitadas, comprovada em diversas situações ocorridas em quase dez anos de funcionamento.

Meningites

O principal objetivo da vigilância das meningites é conhecer seu comportamento epidemiológico para desencadear ações específicas conforme a etiologia. No Estado, cerca de 40% das meningites bacterianas notificadas ao sistema de vigilância ainda não têm esclarecido o diagnóstico etiológico, necessitando, portanto, de esforços no sentido de reduzir estes índices.

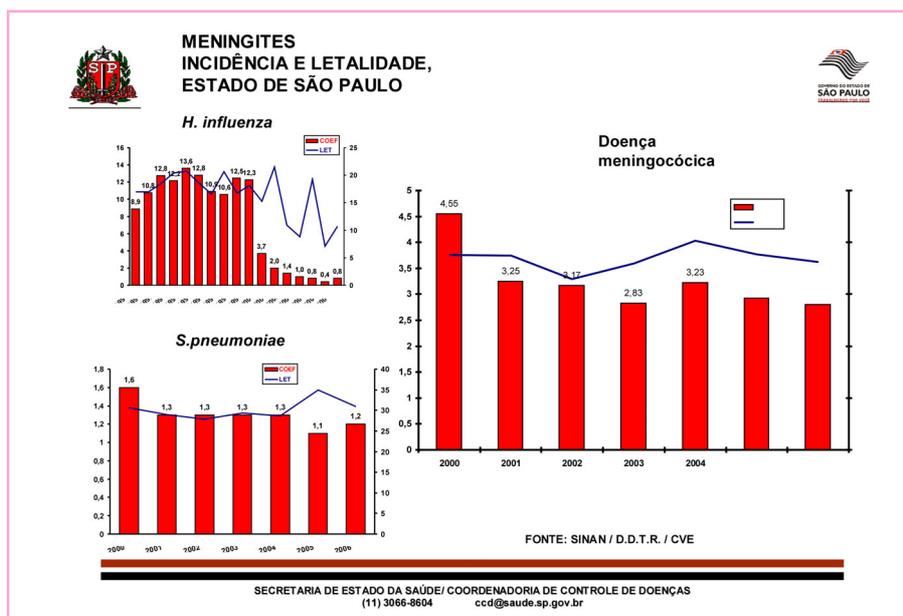
A doença meningocócica mantém o coeficiente de incidência médio de 2002 a 2006 em 3/100 mil habitantes, com estabilização da letalidade em 19,7%. A vigilância das cepas de meningococo vem apontando uma predominância nos últimos dois anos do sorogrupo C. As meningites por *Haemophilus influenzae* mantêm-se sob controle desde a introdução da vacina específica no calendário estadual (Figura 2).

Sarampo/Rubéola

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

Quanto à rubéola, avanços importantes foram obtidos, desde 1992, com a implantação do plano de eliminação da doença e da Síndrome da Rubéola Congênita, concomitantemente com a

Figura 2
Coeficiente de incidência e letalidade por
meningites, 2000/2006



introdução da vacina tríplice viral no calendário de rotina (contra Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR).

Os maiores coeficientes de incidência foram registrados em 2000 e 2001 (6,93 e 3,96/100 mil habitantes, respectivamente), variando entre 0,08 e 0,73/100 mil habitantes nos últimos anos. Destaque-se a importância da implementação da vacinação de adultos jovens, prioritariamente pertencentes aos grupos de risco.

Difteria/Coqueluche

Para o efetivo controle da difteria constituem ações relevantes no Estado: a identificação dos casos com tratamento adequado na rede referenciada, a notificação e investigação imediata com erradicação dos portadores, assim como a manutenção de coberturas vacinais elevadas e vacinação de bloqueio. Em 2006, não foi notificado no Estado de São Paulo nenhum caso de difteria.

A vigilância sentinela da coqueluche visa acompanhar a tendência da doença, avaliar o impacto do programa de imunização, monitorar cepas circulantes com estudos moleculares e detectar de forma oportuna surtos e epidemias com aplicação de medidas de controle eficazes. Com o amplo uso da vacinação, houve importante queda na incidência e mortalidade por coqueluche. Dados mais recentes apontam a concentração daqueles suscetíveis a esta doença dentre os menores de um ano (ainda não totalmente vacinados) e adultos jovens (nunca vacinados ou com queda na imunidade após vacinação na idade pré-escolar).

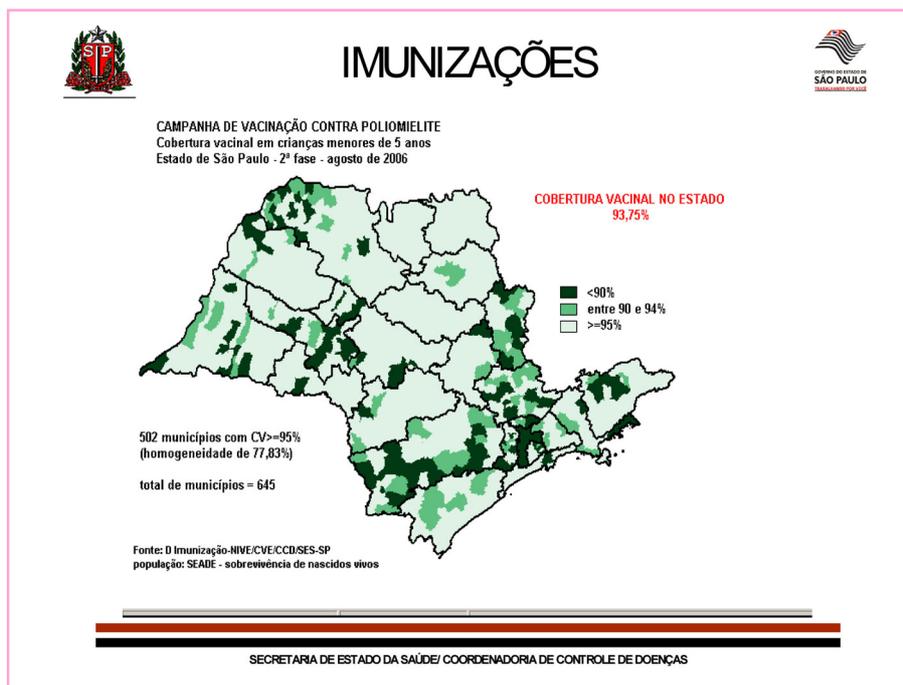
► **Imunobiológicos - Cobertura na Rotina**

As vacinações no Estado de São Paulo, executadas em todos os municípios, são coordenadas pela Divisão de Imunização/Centro de Vigilância Epidemiológica para assegurar a adequada vacinação da população de acordo com o calendário oficial do Programa Nacional de Imunizações para crianças, adolescentes e adultos. Os produtos disponíveis contemplam todas as idades, desde o recém-nascido, que recebe a vacina BCG e hepatite B, nas primeiras horas de vida nas maternidades, até as pessoas com mais de 60 anos, que nas Campanhas do Idoso são vacinadas anualmente com a vacina contra *influenza*. Atualmente, o calendário básico consta de 12 vacinas e a última inclusão foi a vacina contra rotavírus em março de 2006. No Programa de Imunizações, constam também "imunobiológicos especiais", indicados para pacientes imunodeprimidos ou portadores de algumas doenças crônicas. Estes produtos estão disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries).

Em média, as Coberturas Vacinais de rotina no primeiro ano de vida são elevadas (acima de 90%). No entanto, para a manutenção efetiva do controle das doenças imunopreveníveis, é importante, além de CV, avaliarmos a homogeneidade. Este último indicador reflete a proporção de municípios que atingiram a meta estabelecida na regional e no Estado. Definiu-se como meta uma cobertura vacinal de $\geq 95\%$ e para homogeneidade 70% (vide a Mapa 5).

Anualmente, são aplicados mais de 23 milhões de doses de imunobiológicos, entre rotina e campanha, em todo o Estado.

Mapa 5



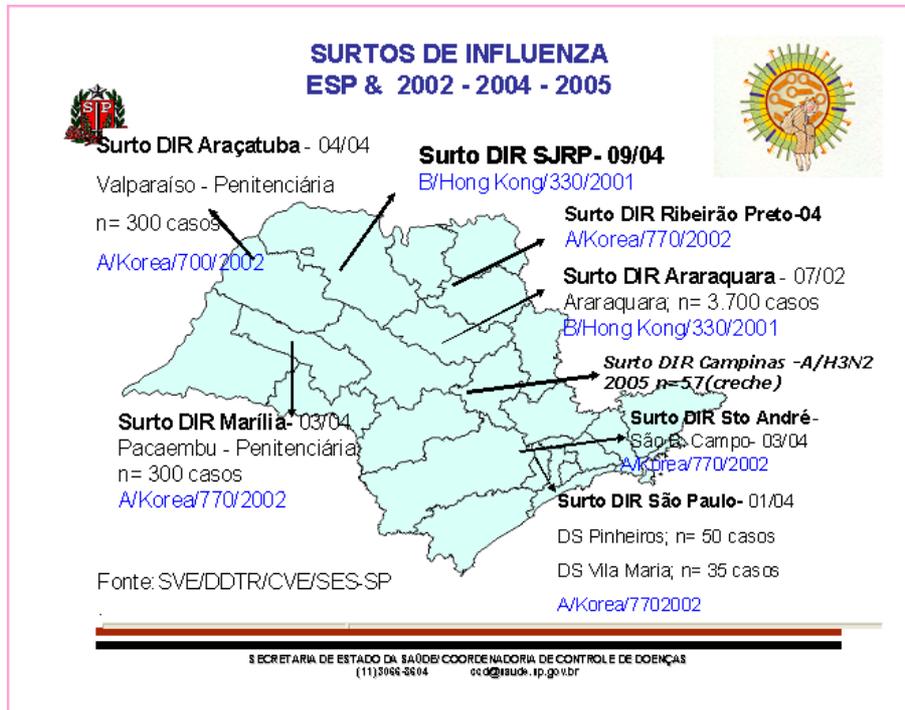
Influenza

No Estado de São Paulo, o sistema de vigilância sentinela da *influenza*, implantado desde 2002, conta com sete unidades localizadas nos Municípios de São Paulo (duas unidades), Campinas, Guarulhos, Ribeirão Preto, Santos e São José do Rio Preto. Os objetivos são: identificar e monitorar a propagação de variantes antigênicas do vírus da *influenza*, colaborar na composição anual da vacina trivalente contra a *influenza* e detectar de maneira oportuna e adequada surtos e epidemias. Em complementação à vigilância sentinela, ocorre notificação de surtos. Entre 2002 e 2005, vários surtos notificados, todos com identificação da cepa circulante, apontam a maior presença do vírus *influenza* tipo A (Mapa 6).

Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses

As doenças transmitidas por vetores e as antropozoonoses repre-

Mapa 6



sentam um importante risco à saúde pública. No Estado de São Paulo, com importantes diferenças de distribuição regional, encontram-se sob vigilância os seguintes agravos: acidentes por animais peçonhentos, dengue, doença de Chagas aguda, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leishmaniose tegumentar, Leishmaniose Visceral Americana, leptospirose, malária, tétano acidental e neonatal. Além destes, outros agravos emergentes, como a febre do Nilo e a encefalite de Saint Louis, que poderão se integrar a esta relação em breve. Missão atribuída à Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), o controle das doenças transmitidas por vetores (dengue e febre amarela), daquelas cujos mamíferos representam um elo importante na cadeia epidemiológica da doença (como a Leishmaniose Visceral Americana, LVA) ou que participam como fator de risco para a ocorrência do vetor (como a Febre Maculosa Brasileira, FMB) e daquelas ainda que mantêm ciclo envolvendo animais sinantrópicos na sua cadeia de transmissão (como leishmaniose tegumentar americana e a

tripanosomíase americana) representam 95% das atividades da autarquia. Objetivos específicos - como identificação de áreas de transmissão, detecção precoce de casos e conhecimento do perfil epidemiológico, associados ao controle de vetores e reservatórios - são relevantes para o controle destas doenças.

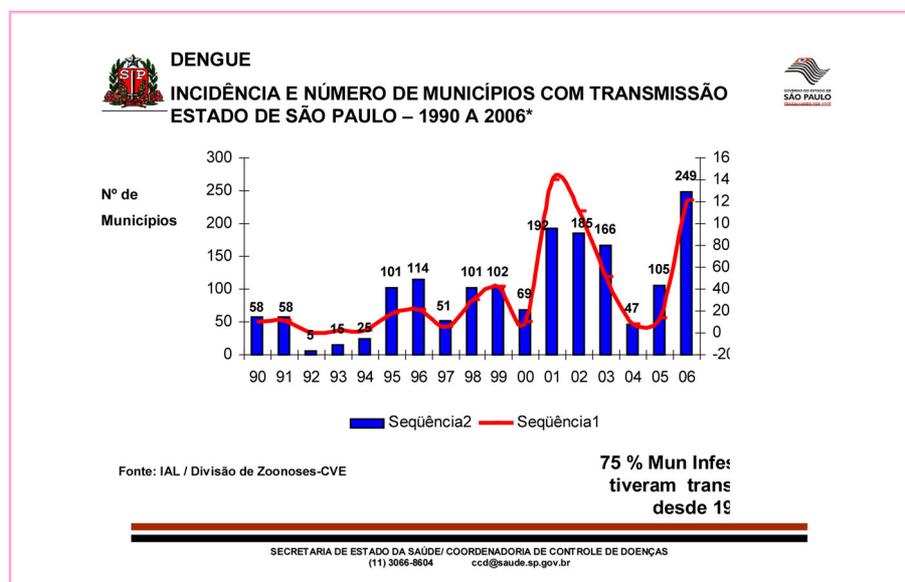
Dengue

A dengue - por sua magnitude, potencial de transmissão e transcendência - tem sido colocada como foco de atuação prioritária. Ela apresenta comportamento epidêmico com maiores índices nos anos de 2001, 2002 e 2006 (111, 140 e 121,4/100 mil habitantes, respectivamente).

Entre 1999 e 2006, foram confirmados 106 casos de febre hemorrágica da dengue com 15% de letalidade, índice superior aos 8% apresentados pelo país.

Em 2006, com a introdução de novos critérios para a classificação de casos de dengue com complicação, registraram-se 41 casos com esta definição e oito óbitos (letalidade de 20%).

Gráfico 32



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

Tabela 14
Situação da Dengue, 2002/2006

Situação	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2006
Total de casos no Estado	39.210	20.460	3.060	5.433	50.020
Total de municípios com transmissão	190	168	49	111	254
Total de municípios com infestação	489	497	497	500	511

Fonte: IAL/CVE.

Mapa 7

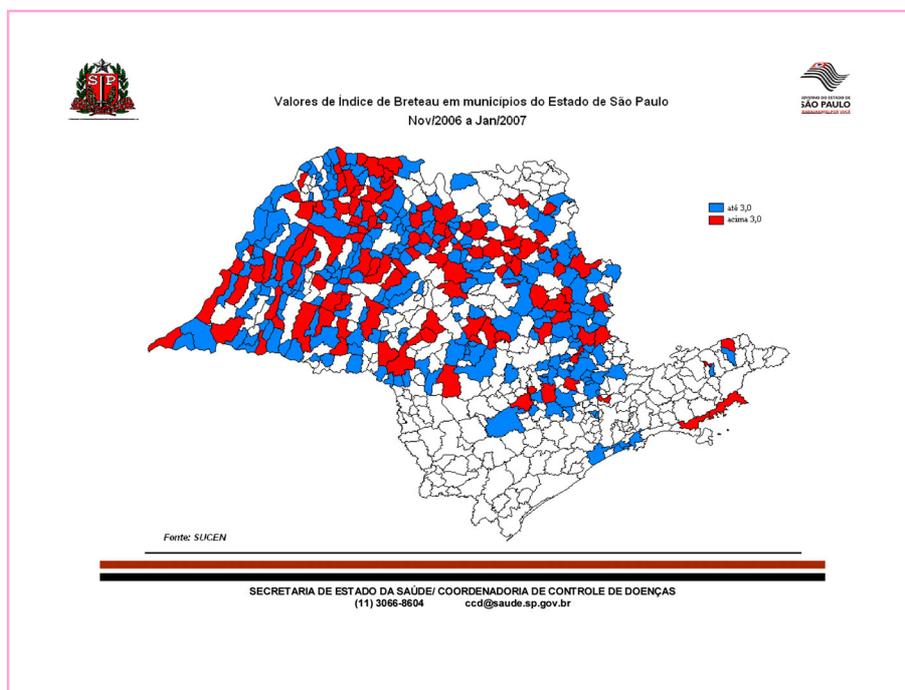
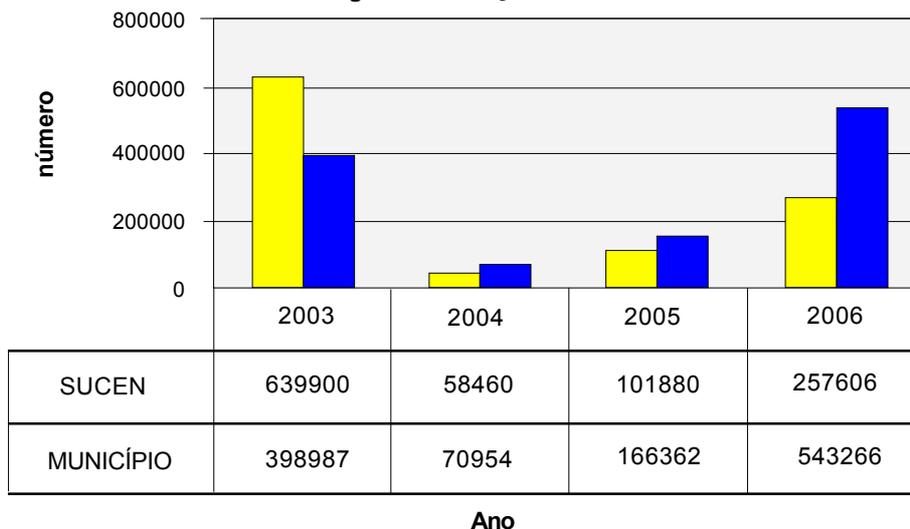


Gráfico 33

**Imóveis nebulizados no Estado de São Paulo,
segundo execução e ano**



Fonte: Suceam.

Leishmaniose Visceral Americana

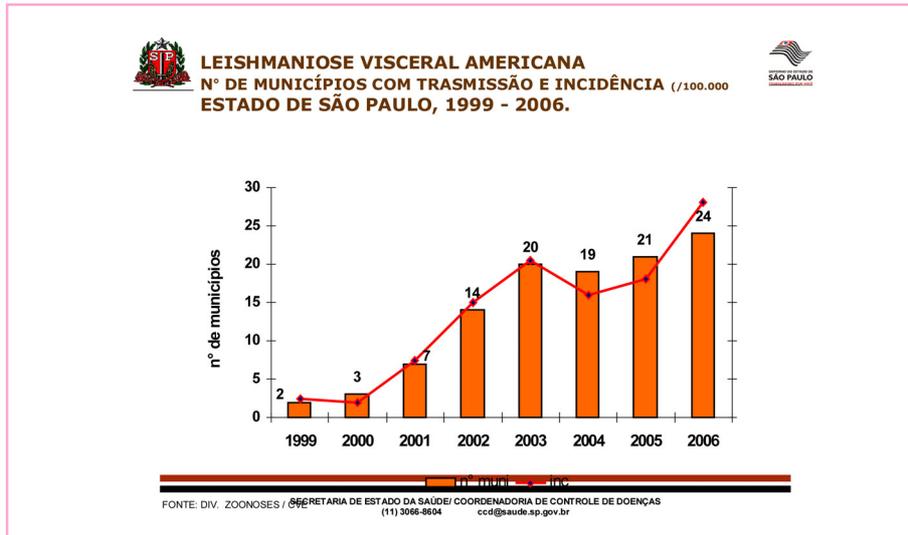
É uma doença emergente no Estado de São Paulo em processo de expansão, detectada pela primeira vez ao final na década de 1990, a partir da região de Araçatuba.

Atualmente, a doença vem ocorrendo nas regiões de Presidente Prudente, Bauru, Marília e, mais recentemente, na Região Metropolitana de São Paulo e São João da Boa Vista (880 casos confirmados entre 1999 e 2006), perfazendo um total de 55 municípios com transmissão da LVA canina e destes 38 com transmissão em seres humanos.

Desde 1997, a Suceam já identificou o vetor em 74 municípios, receptivos para a ocorrência da doença e 343 municípios deverão ser monitorados quanto à receptividade.

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

Gráfico 34



Mapa 8



Leptospirose

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

Febre Maculosa

Em relação ao controle das doenças transmitidas por carrapatos, entre 2002 e 2006, foram realizadas pesquisas acarológicas em 36 e 54 municípios do Estado, decorrentes de notificação de casos e de parasitismo humano e/ou da presença de carrapatos, respectivamente. As áreas de maior importância para estas doenças são as regiões de Campinas e da Grande São Paulo, que registram os maiores números de febre maculosa - 40 e 132 casos, respectivamente. Ressalte-se que a ecologia da transmissão na Grande São Paulo (GSP) é distinta da apresentada no Interior.

Doença de Chagas

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

Hantavirose

Doença emergente com alta letalidade (mais de 50% no Estado) apresenta 98 casos confirmados no período entre 1993 a 2007. Observando-se o local provável de infecção destacam-se as regiões de Ribeirão Preto e Araraquara, onde se concentram 40% e 16% dos casos.

Febre Amarela

Não há registro de casos de febre amarela urbana no Estado desde 1942. Os últimos casos, classificados como silvestres, ocorreram no ano 2000 nos municípios de Santa Albertina e Ouroeste (dois óbitos), na região de São José do Rio Preto. Ressalta-se a importância de manter elevadas coberturas vacinais na população residente de áreas ribeirinhas do noroeste do Estado e a vacinação de viajantes para áreas de risco de transmissão da doença.

Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

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

- Monitorização da Doença Diarréica Aguda (Vigilância Sindrômica da Diarréia).
- Sistema de Vigilância de Surtos de DTHA.
- Vigilância de Doenças Específicas (Doenças de Notificação Compulsória).
- Vigilância Ativa baseada em laboratório (rastreamento de diagnósticos e amostras clínicas registrados por laboratórios).

Poliomielite/Paralisias Flácidas Agudas

Nenhum caso de poliomielite foi detectado no Estado desde 1988. O alcance da meta de vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) = 1 caso/100 mil habitantes < 15 anos é atingido pelo Estado; contudo, as taxas de notificação de PFA reagrupadas por DRS estão significativamente abaixo da meta proposta em cinco DRSs (II, IV, V, VI e XIII).

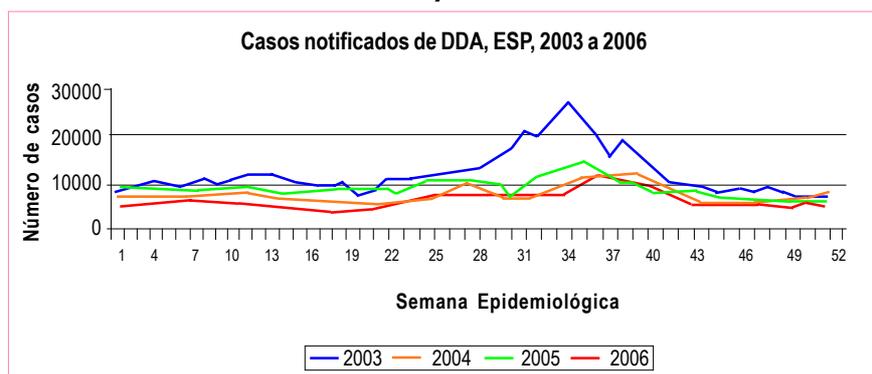
A coleta oportuna de fezes em 80% dos casos notificados não é atingida pelo Estado, sendo alcançadas apenas nas DRSs I, III, VIII e XI.

Doença Diarréica Aguda

A doença diarréica aguda é ainda um importante problema de saúde pública tanto em países em desenvolvimento quanto desenvolvidos.

Embora a transmissão por água decline com medidas de saneamento básico (água tratada e esgoto público), a globalização do comércio econômico, viagens internacionais, intensa mobilização das populações, hábitos alimentares e processos tecnológicos de produção de alimentos têm tornado o alimento um importante veiculador de doenças, emergentes e reemergentes.

Gráfico 35
Casos notificados de DDA. Estado de São Paulo, 2003/2006



Fonte: CVE/Secretaria de Estado de Saúde (SES).

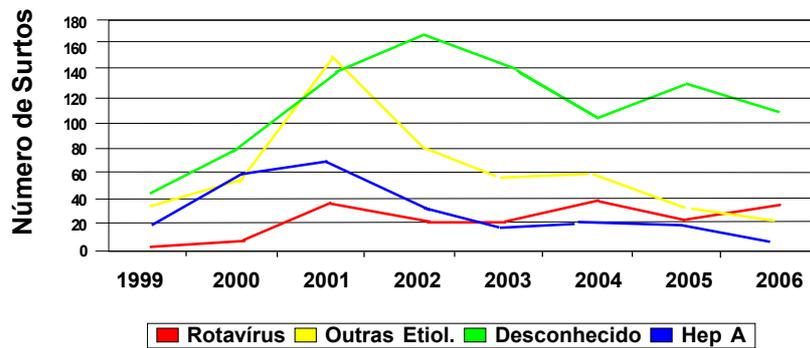
O Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (SVE DTHA), implantado no Estado de São Paulo, está apto para prevenir, identificar e controlar surtos e epidemias de DTHA.

A Monitorização da Doença Diarréica Aguda (Vigilância Sindrômica da Diarréia) consiste no registro e acompanhamento do número de casos para identificação precoce de surtos ou epidemia. A análise dos dados disponíveis aponta para o aumento gradual quantitativo de casos de diarréia, depreendidos a cada ano, atribuído, em parte, à melhoria do programa que inclui unidades mais representativas do atendimento à diarréia. Contudo, destaca-se nitidamente a

sazonalidade da DDA, com aumento de casos a partir dos meses de junho a outubro, tendo o rotavírus - e mais atualmente outros enterovírus (norovírus) - contribuído para essa tendência. Mais de 500 mil casos de diarreia foram registrados pelo programa em 2006 e monitorados para a identificação precoce de surtos. A Vigilância de Surtos de DTHA embasa-se na notificação e investigação de casos em tempo e espaço conhecidos e a ocorrência de casos está relacionada à refeição ou evento comum e quase sempre resulta de um erro na manipulação do alimento. Bufês, festas de aniversário, casamento e eventos científicos, refeitórios de indústria e restaurantes, e mesmo domicílios, são locais freqüentes de ocorrência desses surtos notificados. Entre 1999 e 2006 foram registrados 1 952 surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) com 68 934 casos, resultando em várias medidas de controle - melhoria de sistemas de saneamento, apreensão de alimentos, modificação de regulamentos sanitários, mudanças de hábitos alimentares, introdução de vacina, medidas educativas etc. A figura a seguir mostra a distribuição dos surtos de DTHA, por etiologia, notificados no período de 1999 a 2006, com destaque para a tendência do rotavírus. O aumento do número de surtos com etiologia desconhecida, ainda que represente um aumento das notificações, reflete as dificuldades relacionadas à coleta, realização e aos tipos de testes laboratoriais das amostras de fezes para diagnóstico etiológico ou mesmo de alimentos em tempo oportuno.

Figura 3

Surtos de DTHA - Etiologia, ESP, 1999 - 2006

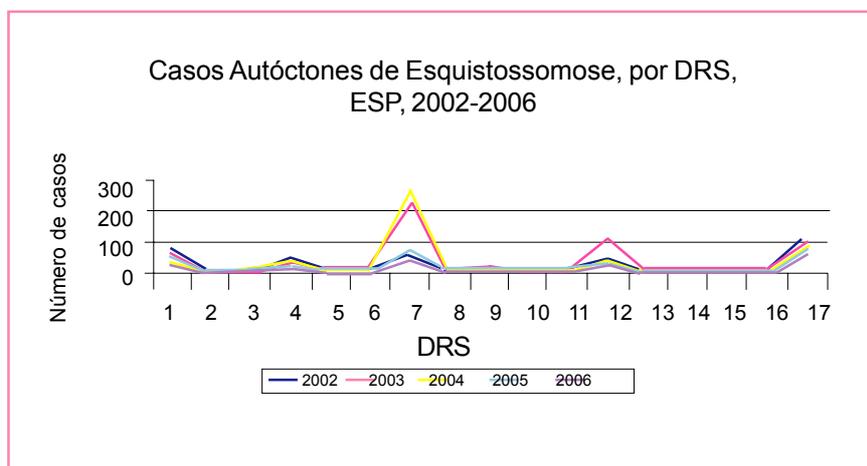


Fonte: CVE/SES.

Esquistossomose

Doença endêmica no Estado de São Paulo, o qual é rico em coleções hídricas com presença do planorbídeo. Em regiões com condições sanitárias inadequadas e intensa migração, o risco aumenta para a disseminação de focos e transmissão autóctone da doença. Ocorrem em média cerca de 200 casos autóctones/ano no Estado de São Paulo, com destaque para o DRS II de Campinas, seguido pelo DRS XII de Registro, DRS XVII de Taubaté, DRS IV de Santos e DRS I de São Paulo (Gráfico 36).

Gráfico 36



Fonte: CVE/SES.

Hepatites B e C

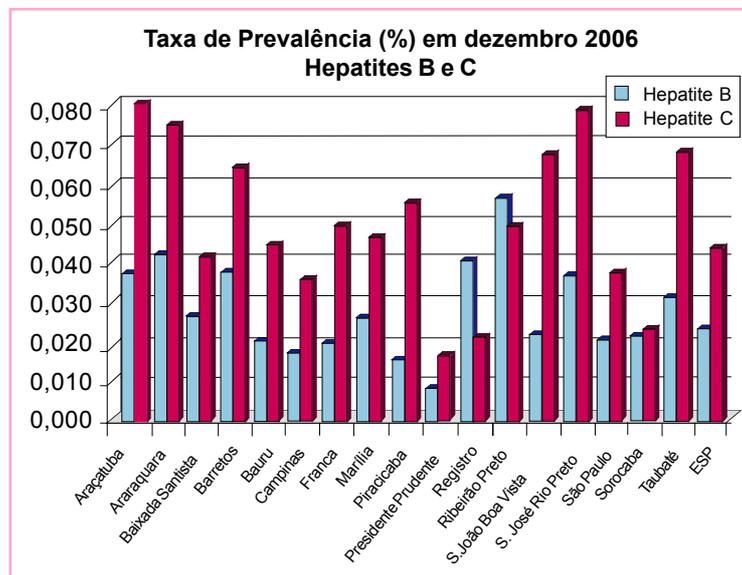
Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que milhões de pessoas são portadoras crônicas dos vírus das hepatites. Estudos apontam que o Estado de São Paulo é a área com índices de prevalência considerados intermediários.

Admitindo-se que a prevalência de portadores indicada em estudo realizado no Município de São Paulo (Focaccia *et al.*, 1998) para as hepatites C (1,42%) e B (1,03%) possa ser projetada para todo o Estado, estima-se que 580 mil e 420 mil pessoas, respectivamente, estão nesta condição. No entanto, entre 1998 e 2006, o Programa

de Hepatites do Estado de São Paulo recebeu 30 262 e 13 537 notificações de portadores crônicos dos vírus C e B, respectivamente, evidenciando a baixa detecção de casos.

É necessária a implementação de ações para maior identificação de casos e, em relação ao vírus B, intensificação da vacinação precoce de recém-nascidos e ampliação da cobertura vacinal de adolescentes.

Gráfico 37



Fonte: CVE/SES.

Aids

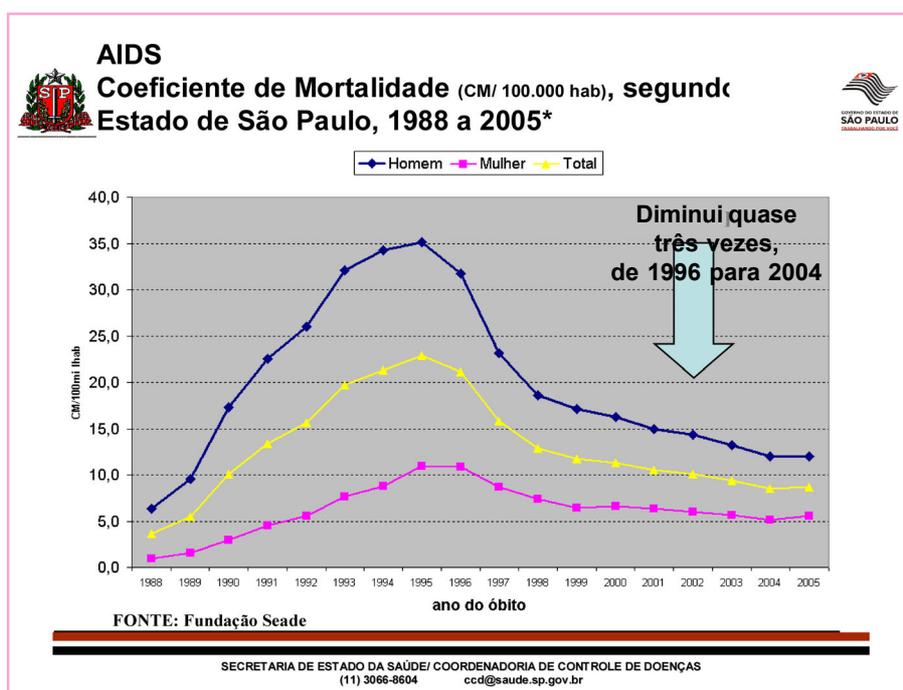
Até junho de 2006, foram notificados 151 961 casos de Aids no Estado, 70,45% deles em homens. O coeficiente de incidência diminuiu mais de duas vezes de 1998 a 2004, mas a epidemia avança em camadas mais pobres, particularmente entre mulheres e adultos com mais de 40 anos.

A mortalidade vem caindo de 22,9 óbitos por 100 mil em 1995 para 8,72 em 2005, porém de 2004 para 2005, há discreto incremento de 153 mortes, talvez atribuível ao maior número de doentes - atualmente, cerca de 65 mil fazendo uso de anti-retrovirais no

Estado, o que demanda investimentos humano e financeiro na área da assistência.

Entre 2000 e 2006, foram notificados 9 981 casos de gestantes HIV+ e crianças expostas (66,6% do esperado). A taxa de transmissão do HIV, que era de 9,4% em 2000, passou para 2,4% em 2002, mas os recursos hoje disponíveis permitiriam reduções maiores.

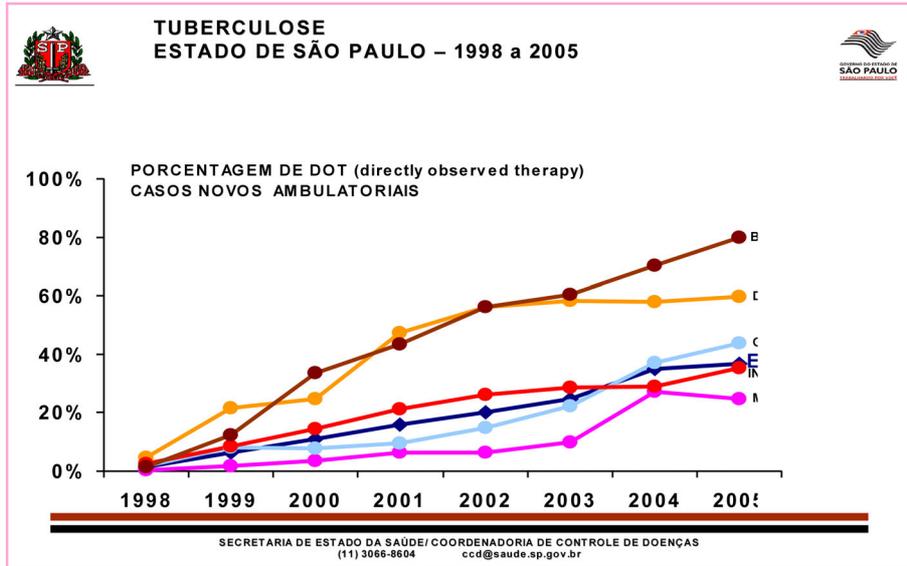
GRÁFICO 38



Sífilis Congênita

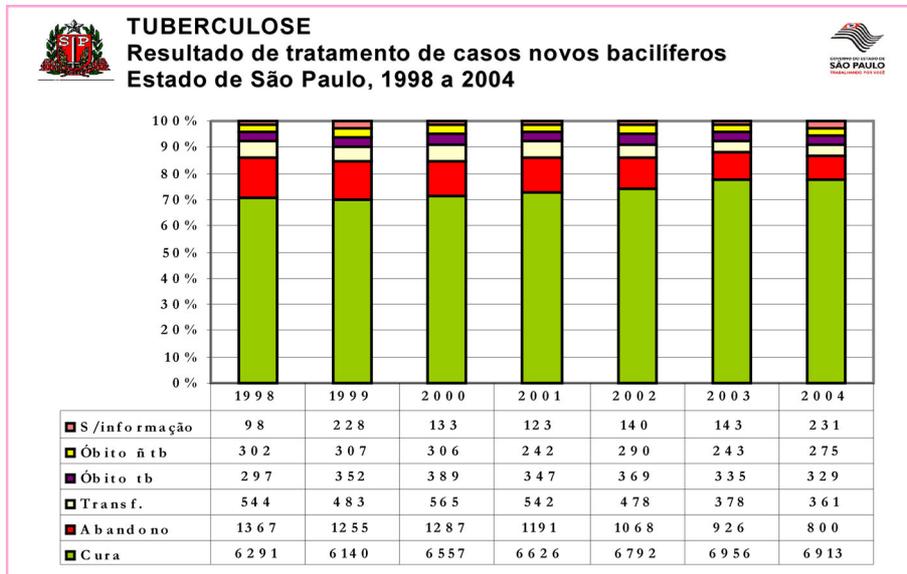
No tocante à sífilis congênita, foram notificados 1 026 casos no ano de 2006, mas a prevalência estimada de sífilis ativa em gestantes é de 1,6 caso para cada 100 gestantes, havendo subnotificação e adesão insuficientes dos serviços aos protocolos para prevenção da sífilis congênita. A implantação do Plano Estadual para eliminação da sífilis congênita propõe o alcance de menos de um caso para cada 100 gestantes até 2012.

GRÁFICO 39



Fonte: CVE/SES.

GRÁFICO 40



Fonte: CVE/SES.

Tuberculose

O Estado de São Paulo detecta, em números absolutos, o maior contingente de casos do Brasil, cerca de 20 mil por ano. O coeficiente de incidência de todas as formas é bastante semelhante ao do Brasil - 43,6 por 100 mil habitantes em 2005. Estas taxas não são uniformes, as mais altas referem-se à Baixada Santista (80 casos por 100 mil habitantes) e as menores no interior do Estado (cerca de 28 por 100 mil habitantes). A Capital apresenta CI de 60/100 mil habitantes e o restante da área metropolitana com cerca de 50 casos/100 mil habitantes (Gráficos 39 e 40). A tendência dos coeficientes de incidência e mortalidade, nos últimos sete anos, é de declínio. No entanto, há necessidade de implementar as taxas de cura que não atingiram a meta de 85%, o que será possível ampliando a cobertura do tratamento supervisionado (Directly Observed Therapy - DOT).

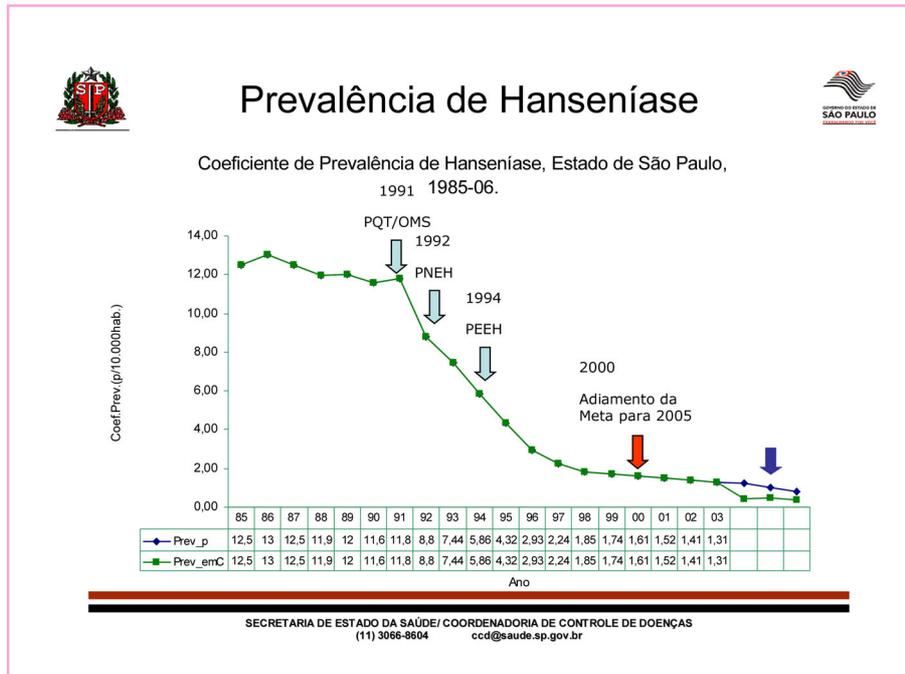
Hanseníase

O Estado de São Paulo atingiu em janeiro de 2005 a meta de eliminação da hanseníase proposta pela OMS, ou seja, menos de um caso por grupo de 10 mil habitantes. Nas regionais, apenas os DRS de Araçatuba e Presidente Prudente mantêm coeficientes de prevalência acima deste índice. Para os municípios, a meta deverá ser alcançada até 2010.

Com a implantação da Poliquimioterapia (PQT/OMS) em 1991, as taxas de detecção começaram a diminuir mais nitidamente a partir de 2001. Hoje, a detecção é considerada de média intensidade (Gráfico 41).

O norte para a sustentação da eliminação da hanseníase nos níveis estadual, regional e municipal deve continuar sendo o aumento da oferta de serviços de saúde da rede básica, integrando: atividades de diagnóstico precoce de todos os casos da doença, tratamento-padrão (PQT/OMS) gratuito, prevenção de incapacidades, vigilância de comunicantes em todos os municípios que possuem pelo menos um caso de doença nos últimos cinco anos.

GRÁFICO 41



Fonte: CVE/SES.

Raiva

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

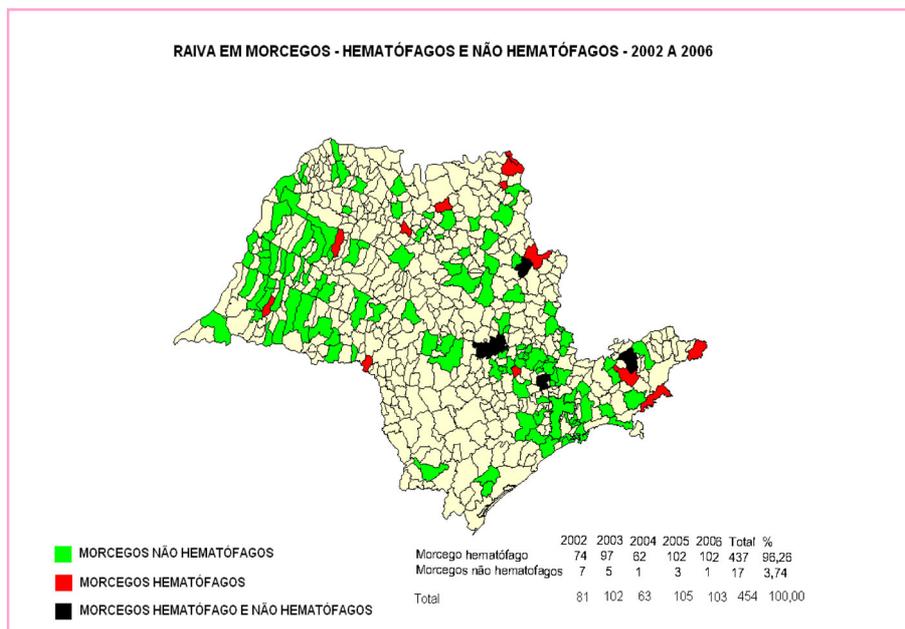
No atendimento às pessoas que sofreram agravos (agressão/acidente/contato) por mamíferos, cerca de 110 mil/ano procuram serviços de saúde em todo o Estado, a maioria em razão de agressões pelos cães (± 85%) e gatos (± 8%). Os acidentes por herbívoros apontam um incremento a partir de 1998/1999, atingindo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

a totalidade não-hematófagos, o aumento foi de 0,1% para 0,5% no mesmo período (Mapa 9).

Entre todos os agravos registrados no Sinan, este é o de maior volume, pois é um atendimento, e não suspeita. Com a substituição da vacina contra raiva humana, tipo Fuenzalida & Palácios modificada pela produzida em culturas de células VERO, em 2000, o percentual de tratamento passou de 50% para, aproximadamente, 35%.

Redução acentuada dos casos de raiva em cães e gatos (90%: 1996 - 104 e 1997 - 11 casos) é observada decorrente de inúmeras capacitações realizadas em todo o Estado. O último caso de raiva humana por variante canina do vírus rábico foi em 1997 e o último caso de raiva em cão, por essa mesma variante, foi em 1998. Posteriormente, todos os casos de raiva em cães e gatos (apenas 34) foram por variante do vírus da raiva característica de morcegos.

MAPA 9



Fonte: Instituto Pasteur.

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

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

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

Tracoma

A OMS propõe a eliminação do tracoma como causa de cegueira para o ano 2020. Para alcançar esta meta, com certificação de eliminação, todos os municípios devem conhecer sua situação epidemiológica, ter um programa de vigilância epidemiológica implantado e apresentar prevalência de tracoma menor que 5% em todos os bairros. A taxa de prevalência do tracoma inflamatório em escolares da 1ª à 5ª série para o Estado de São Paulo é de, aproximadamente, 4%, podendo, porém, alcançar taxas superiores: 10% em alguns municípios, especialmente na região de Registro.

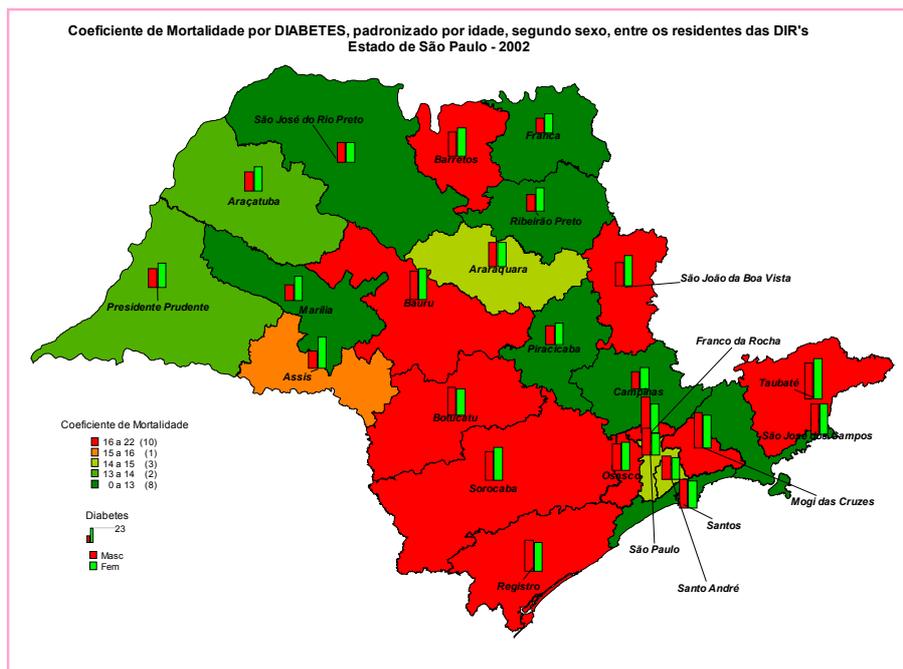
Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) tornaram-se as

principais causas de morte no Estado de São Paulo. Elas são, atualmente, as mais prevalentes e as que mais aportam custos para o sistema de saúde - 70% dos gastos com saúde -, embora sejam, em grande parte, preveníveis. Os comportamentos podem prevenir ou controlar os efeitos dessas doenças.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável. No Brasil, estima-se que apenas as doenças cardiovasculares e as neoplasias respondam por quase metade do total das mortes por causa conhecida, dados semelhantes aos encontrados no Estado de São Paulo (33% doenças cardiocirculatórias e 16% neoplasias).

MAPA 10



Fonte: SIM.

Taxas elevadas de mortalidade por DCNT são decorrentes da maior incidência destas doenças na população, que está associada à freqüência de fatores de risco, como: hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes - associadas, inclusive, a hábitos

alimentares inadequados -, tabagismo, sedentarismo e estresse. A variação na taxa de mortalidade específica pode também estar associada à qualidade da assistência médica disponível. A série histórica (1980/2000) dos coeficientes de mortalidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), padronizados por idade para os sexos feminino e masculino, mostra uma tendência decrescente ao longo do tempo no Estado (redução menos acentuada para o sexo feminino), com exceção ao coeficiente de mortalidade por diabetes (a figura a seguir apresenta os coeficientes de mortalidade por região). No entanto, ainda são preocupantes os dados de morbidade para a Doença Isquêmica do Coração (DIC), a Doença Cerebrovascular (DCV) e as neoplasias.

Acidentes e Violência

As vítimas fatais de causas externas ocuparam o terceiro lugar entre as causas de morte no Estado de São Paulo (1998/2003), sendo superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e as neoplasias.

Em relação aos tipos de causas externas, os homicídios preponderam (35,2/100 mil), estando os acidentes de transporte em segundo lugar (17,9/100 mil). As mortes classificadas como de intencionalidade indeterminada por intenção indeterminada respondem por 11,1% do total das causas externas.

O risco de um homem morrer vítima de violência é 5,8 vezes maior que uma pessoa do sexo feminino. Em relação à faixa etária, estas mortes atingem desproporcionalmente os adolescentes e adultos jovens, uma vez que a faixa de 15 a 29 anos concentrou 40,9% das vítimas fatais.

Apesar das cifras, chama a atenção a tendência decrescente nas taxas de homicídios verificadas a partir de 1999, que significa uma queda de 36,4%. Dentre os tipos de causas externas, encontram-se em segundo lugar os acidentes de transporte, que também apresentaram leve tendência decrescente.

Admite-se que a queda pontual no ano 2000 pode ser devida, particularmente, à troca ocorrida no formulário do atestado de óbito, que determinou mudança na forma de coletar este dado. Os

suicídios também apresentaram ligeira tendência decrescente, porém isto deve merecer uma análise melhor. As mortes decorrentes de quedas mantiveram-se estáveis no período.

A partir de 2006, em consonância com a legislação vigente (Estatuto da Criança e Adolescente, Lei Federal nº 10.778/03 e Lei Estadual nº 10.498/03), foi implantado o sistema de notificação de violências doméstica, sexual e outras. Setenta municípios apresentaram 2 207 notificações, indicando 62,5% de vítimas do sexo feminino e 52,4% de crianças e adolescentes. Justifica-se a priorização da violência sexual na área da saúde pela procura da maioria das vítimas por atendimento médico; existem procedimentos profiláticos a serem executados precocemente (Anti-Retrovirais, imunoglobulina, anticoncepcionais de emergência) e a maioria das vítimas apresentando problemas de saúde a longo prazo.

Laboratório de Saúde Pública

O Instituto Adolfo Lutz, integrante do sistema de vigilância epidemiológica e sanitária, tem como finalidade contribuir para a promoção da saúde da população, através da geração e divulgação do conhecimento, produção de bens e serviços nas áreas de laboratório de saúde pública. Ele atua como referência técnica de laboratórios integrantes do sistema de saúde no Estado, controlando a qualidade da produção dos laboratórios da rede estadual, orientando a organização dos serviços técnicos especializados, promovendo a introdução de tecnologia, reciclando pessoal e avaliando resultados.

Além disso, realiza investigações e pesquisas pertinentes à sua finalidade e papel no sistema de saúde e informa o Conselho das Vigilâncias da Secretaria de Estado da Saúde sobre os resultados e observações realizadas pelo Instituto, consideradas relevantes para o controle ou eliminação de agravos e riscos à saúde da população.

Possui também rede de laboratórios regionais nos DRSs da Grande São Paulo (Santo André), Baixada Santista, Bauru, Campinas, Marília, Piracicaba (Rio Claro), Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Sorocaba e Taubaté.

É, ainda:

- Centro Colaborador da Opas/OMS em virologia.
- Centro Regional Latino-Americano da Opas, recebendo cepas de meningites e pneumococos para serem caracterizadas.
- Centro Colaborador para contaminantes em alimentos - FAO.
- Laboratório Referência Nacional para meningites bacterianas, coqueluche, difteria, enteroinfecções bacterianas (E.coli), infecção pneumocócica, botulismo e hantavírus.
- Referência Macrorregional (Região Sul e Mato Grosso do Sul) para enteroinfecções bacterianas, micobactérias, leptospirose, dengue, febre amarela, riquetsioses, influenza e rotavírus.
- Possui os laboratórios de cosméticos, saneantes e contaminantes inorgânicos habilitados na Rede Nacional de Laboratórios.

Submete-se à avaliação externa de desempenho internacional e possui convênios e programas conjuntos com a Fapesp, Anvisa/MS, Projeto Brasil-Cuba, CVS/CVE, Projeto Brasil-África e outros.

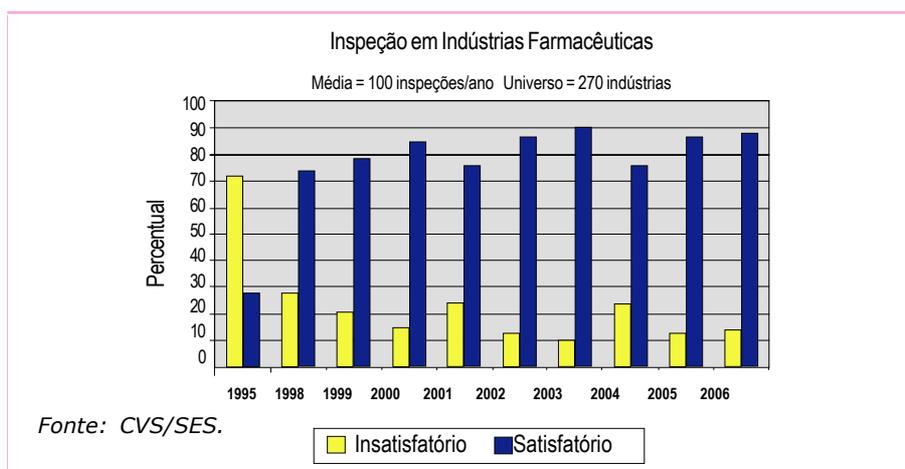
Fatores de risco ambientais para a saúde coletiva

A implementação da política de saúde deve contar com ações integradas das diversas áreas que a compõem. As ações preventivas executadas pela Vigilância Sanitária (Visa) são imprescindíveis para o alcance de metas de redução dos índices de mortalidade e morbidade no Estado; isto porque, para o exercício de qualquer atividade de interesse da saúde, é preciso contar com condições sanitárias satisfatórias.

A vigilância sanitária tem por princípios a promoção e proteção da saúde e regula, enquanto Poder Público, fatia significativa das atividades econômicas do Estado com o objetivo de garantir a qualidade e segurança de produtos, equipamentos e prestação de serviços de interesse da saúde, do meio ambiente e das condições de trabalho.

Nesse sentido, a eleição de prioridades - como a verificação das boas práticas de fabricação que vêm ocorrendo há mais de década neste Estado - tem garantido a eficácia e segurança da saúde dos usuários de medicamentos, alimentos e de produtos para a saúde. Da mesma forma, inspeções e outros procedimentos sanitários para

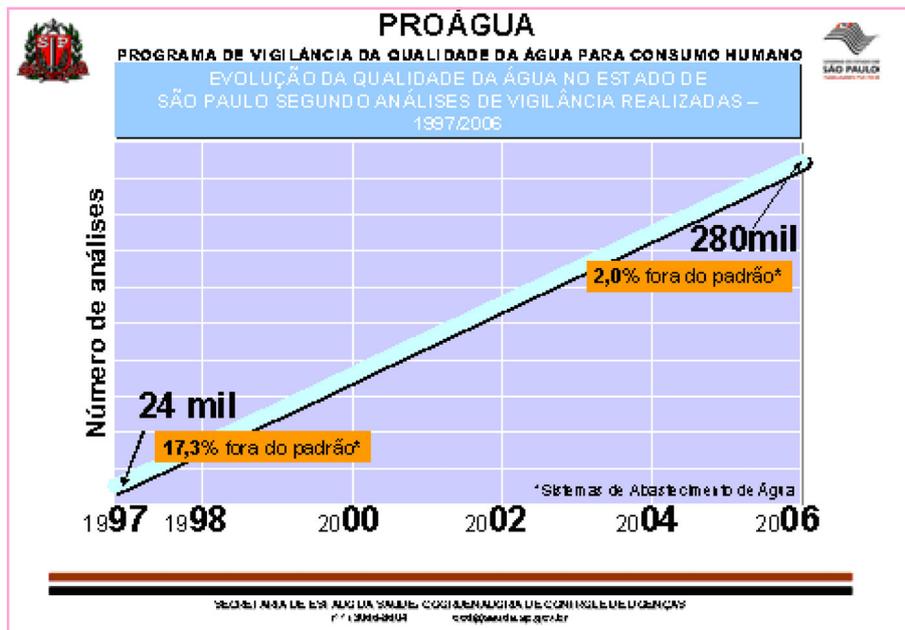
a prevenção de riscos de agravos por terapêutica transfusional, terapia renal substitutiva e internações materna e neonatal tornam-se necessários para a redução de morbidade e mortalidade decorrentes da prestação desses serviços.

GRÁFICO 42

Ressalte-se que também contribuem, substancialmente, para a redução da morbimortalidade o monitoramento de fatores que exponham a população a risco na área ambiental, nos ambientes de trabalho e nos processos produtivos em geral; a título de exemplo: a vigilância da qualidade da água para consumo humano, a vigilância em saúde de populações expostas a áreas com solo contaminado, a vigilância de resíduos de serviços de saúde, a vigilância da saúde do trabalhador do setor canavieiro e a vigilância da exposição ao agrotóxico nas circunstâncias de trabalho (em toda a cadeia, da produção ao uso).

O Centro de Vigilância Sanitária (CVS) tem como principal desafio concretizar e fortalecer a municipalização das ações de vigilância sanitária. A estratégia de firmar pactos de saúde foi e está sendo um grande impulso para esta finalidade. Tanto isto é verdade que atualmente, no Estado de São Paulo, 487 municípios executam as ações de média e alta complexidade em Visa, conforme o Termo de Ajuste e Metas (TAM) de 2004, o que representa 76% do total de municípios do Estado e 9% do País.

GRÁFICO 43



Fonte: CVS/SES.

Considerando a importância e a continuidade do processo de descentralização, os objetivos, diretrizes e metas definidos para a vigilância sanitária no Estado de São Paulo, para o quadriênio 2008/2011, ora apresentados, norteiam a definição das ações a serem implementadas pelos grupos regionais de vigilância sanitária, detalhadas nos programas e/ou projetos pertinentes. Para tanto, dar continuidade ao processo de discussão e construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) - iniciativa federal da qual a parceria da Secretaria de Estado de Saúde (SES) com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), mobilizou 2 330 profissionais de saúde dos níveis municipal e estadual para definir as diretrizes estaduais no ano passado (2006) - é estratégico para a inserção das ações de vigilância sanitária nos planos municipais e regionais de saúde.

A disponibilidade da informação e a capacitação das equipes atuantes de VISA - municípios e regionais do Estado - são investimentos vitais para o alcance do que se propõe. Portanto, a

implementação e modernização do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (Sivisa) é estratégica e de fundamental importância para o monitoramento da maioria das metas apresentadas, além de oferecer dados e informações de cunho gerencial que permitem melhorar a situação sanitária nos âmbitos municipal, regional e estadual.

Oferta e Produção de Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde/São Paulo

Rede Assistencial do Sistema Único de Saúde

O Estado de São Paulo conta com extensa e complexa rede SUS de serviços ambulatoriais e hospitalares de saúde, com mais de quatro mil unidades básicas, 1 277 serviços com atendimento de especialidades (ambulatoriais e policlínicas) e 680 hospitais, conforme demonstrado na Tabela 15.

TABELA 15
Número de estabelecimentos cadastrados ao SUS
por tipo de unidade, 2006

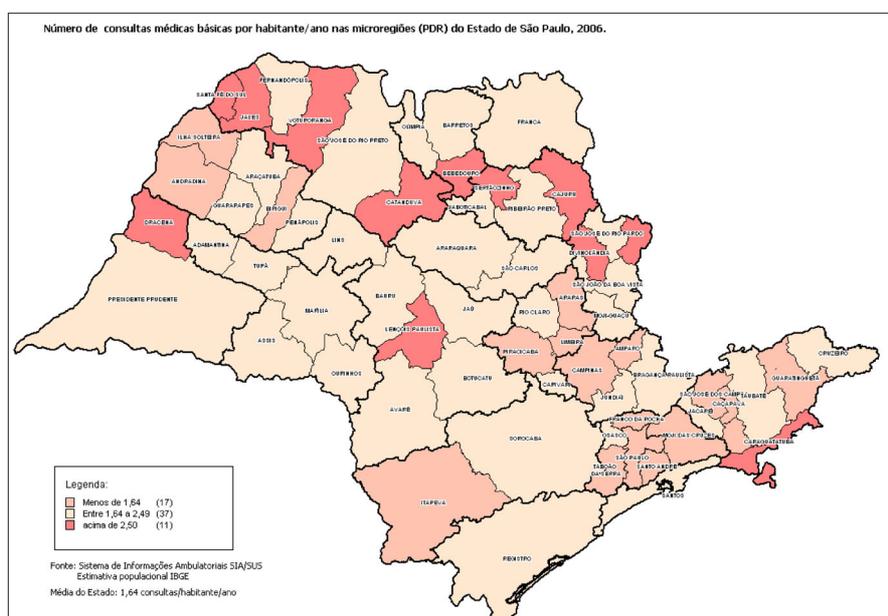
Departamento Regional de Saúde	Unidades Básicas	Amb. Especialidades/ Policlínica	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital Dia	Pronto Socorro	Unidade Mista	Total	SADT	Urgência	Vigilância
Grande São Paulo	962	367	47	93	0	8	12	160	1.096	233	100
Araçatuba	121	22	5	18	0	0	1	24	111	31	34
Araraquara	143	45	5	18	0	0	1	24	125	41	12
Baixada Santista	139	74	0	16	3	3	0	22	123	37	15
Barretos	81	27	2	10	0	0	4	16	85	27	7
Bauru	279	62	10	44	1	0	1	56	228	60	38
Campinas	391	155	18	42	3	0	3	66	360	102	51
Franca	108	31	1	13	0	0	0	14	83	28	12
Marília	253	47	9	35	0	0	0	44	189	55	19
Piracicaba	200	55	2	15	1	0	3	21	181	44	15
Presidente Prudente	168	19	5	18	0	0	0	23	113	27	12
Registro	81	3	0	7	0	0	1	8	35	16	1
Ribeirão Preto	160	61	2	21	0	0	1	24	218	55	20
S. João da Boa Vista	109	50	7	18	4	0	0	29	101	33	20
S. José do Rio Preto	270	71	4	42	1	0	0	47	308	100	22
Sorocaba	347	94	12	35	0	1	3	51	227	54	72
Taubaté	359	94	7	32	2	4	6	51	198	62	21
Total	4.171	1.277	136	477	15	16	36	680	3.781	1.005	471

Fonte: CNES/Datasus.

Atenção Básica

De acordo com a Portaria MS/GM 648, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, espera-se uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família a cada 30 mil habitantes e 1 UBS com Saúde da Família a cada 12 mil habitantes. Se considerarmos um parâmetro médio, as 4 mil UBS representam duas unidades para cada 20 mil habitantes. Esta rede, sob gestão municipal, tem,

portanto, capacidade instalada suficiente para abranger a população do Estado, com poucas variações regionais. Entretanto, ao analisarmos a concentração de consultas básicas por habitante/ano, confirma-se que há variações importantes. De acordo com o Mapa 11, 37 regiões - do total das 65 definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2006 do Estado (57%) - estão próximas da média do Estado, que é de 1,64 consulta básica habitante/ano; 17 regiões estão abaixo de 1,64 (26,1%) e 11 regiões (17%), acima de 2,50.

MAPA 11

As regiões abaixo da média do Estado concentram-se em áreas metropolitanas ou próximas a elas, que também apresentam forte presença da saúde suplementar, como se apresentará mais adiante. Por outro lado, atingem as seguintes regiões: Itapeva, que concentra os mais baixos IDH do Estado, e parte do DRS de Araçatuba, com áreas rurais extensas e assentamentos.

O percentual de parturientes com sete ou mais consultas de pré-natal é um indicador que, embora não reflita qualidade, é sensível

para acesso aos serviços na atenção básica. Observa-se que no Estado houve crescimento de 27% entre 2001 e 2006, ficando em torno de 74% no último ano analisado. As regiões de Araçatuba, Araraquara, Barretos, Marília, São José do Rio Preto e Sorocaba apresentam percentuais acima de 80%.

Registro tem o menor percentual, com 49% das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, mas foi a regional que obteve o maior crescimento da cobertura no período, em torno de 53%.

TABELA 16
Varição percentual de parturientes com sete ou mais consultas de pré-natal. Estado de São Paulo e Direções Regionais de Saúde, 2001 e 2006

DRS Resid.	2001	2006	Varição Percentual 2001-2006
Região Metropolitana	51,78	70,84	36,82
Araçatuba	74,07	82,61	11,52
Araraquara	64,14	83,39	30,02
Baixada Santista	63,96	69,88	9,26
Barretos	66,22	79,48	20,03
Bauru	66,93	78,27	16,93
Campinas	67,66	79,65	17,72
Franca	68,30	75,69	10,82
Marília	72,40	82,19	13,51
Piracicaba	62,63	74,44	18,86
Presidente Prudente	60,26	74,26	23,24
Registro	31,84	48,76	53,15
Ribeirão Preto	65,60	71,19	8,53
São João da Boa Vista	68,57	77,61	13,20
São José do Rio Preto	77,17	85,30	10,54
Sorocaba	61,31	80,31	30,99
Taubaté	61,89	72,59	17,30
Estado de São Paulo	58,25	73,81	26,71

Fonte: Sinasc.

As questões da Atenção Básica, mesmo considerando estas áreas com menor concentração de consultas do que o esperado, envolvem, fundamentalmente, resolubilidade e qualidade, o que justificaria a necessidade de o Estado apoiar os municípios em processos de educação permanente, com vistas à assistência e gestão, entre outras formas, e garantir referências ambulatoriais e hospitalares

através de regulação do sistema para toda a rede, com saúde da família ou não, visto que a cobertura deste modelo no Estado é de 24% da população.

► Atenção Básica - Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), mesmo com os incentivos nacionais (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - Proesf, componente I) para expansão em grandes centros urbanos, cresceu em torno de 3% de 2005 para 2006. Mas cabe ressaltar que neste período houve incremento de 16% no número de equipes implantadas, 16% de incremento no número de agentes comunitários de saúde e 56% das equipes de saúde bucal.

TABELA 17
Número de agentes comunitários, equipes de saúde da família, de saúde bucal e cobertura ESF. Estado de São Paulo, jan./2005 - jan./2007

DRS COD	NOME	Qualis	2003	ACS	ESF	ESB	PSF	Qualis	2005	ACS	ESF	ESB	PSF
1	Grande São Paulo	9	18.628.453	7.093	945	83	17,50	9	19.403.480	7.979	1.130	132	20,62
2	Araçatuba	5	674.998	951	119	50	60,82	8	693.474	754	111	57	56,66
3	Araraquara	1	888.561	231	40	12	15,53	1	928.663	388	63	23	24,02
4	Baixada Santista	0	1.555.846	830	73	12	16,19	0	1.637.565	929	94	21	20,32
5	Barretos	1	399.295	247	31	15	26,78	1	411.083	283	39	22	33,58
6	Bauru	5	1.551.271	664	79	20	17,57	1	1.599.266	854	102	56	22,58
7	Campinas	0	3.596.160	1.115	220	91	21,11	0	3.809.996	1.392	228	119	21,18
8	Franca	1	617.693	238	34	5	18,99	1	646.990	305	44	18	24,07
9	Marília	0	1.038.826	1.109	127	76	42,18	0	1.070.179	1.230	147	103	48,63
10	Piracicaba	0	1.350.987	479	74	16	18,90	1	1.382.074	623	102	37	26,13
11	Presidente Prudente	85	699.822	805	119	47	58,66	88	717.130	847	125	64	61,70
12	Registro	44	282.419	337	50	3	61,08	35	294.927	398	55	10	66,02
13	Ribeirão Preto	0	1.160.842	332	51	23	61,08	1	1.214.710	677	53	25	15,45
14	São João da Boa Vista	0	756.629	586	42	7	61,08	0	774.299	623	43	13	19,66
15	São José do Rio Preto	0	1.383.493	659	109	49	61,08	0	1.437.652	790	123	75	30,29
16	Sorocaba	55	2.027.031	830	116	26	61,08	61	2.203.002	977	136	42	21,85
17	Taubaté	26	2.097.013	1.091	160	52	61,08	18	2.218.305	1.422	209	99	33,35
	Estado		38.709.339	17.597	2.389	587	61,08	225	40.442.795	20.471	2.804	916	24,54

Fonte: Capsi.

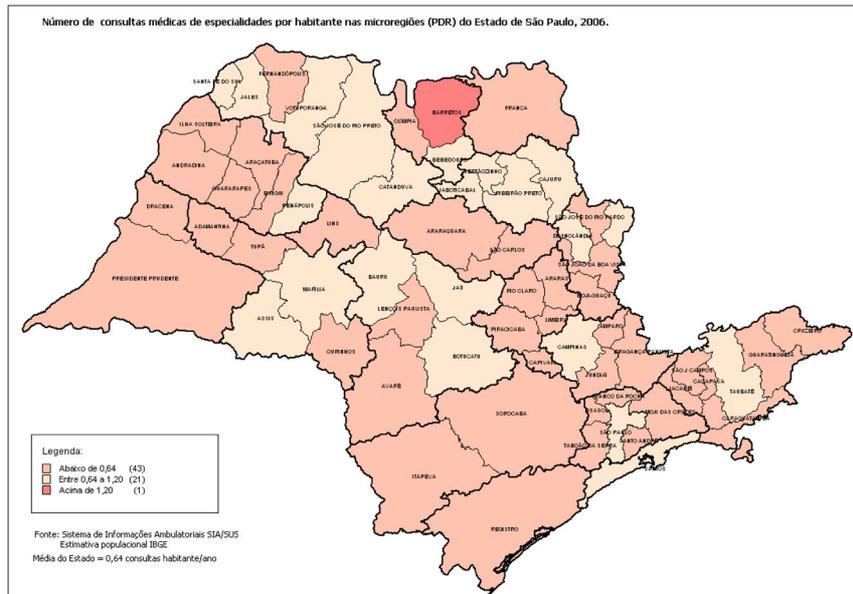
Há regiões com coberturas bastante elevadas da ESF, como aquelas em que o Estado custeia grande parte das equipes com o Programa Qualis. Dirigido a 102 municípios com piores IDH, presença de assentamentos, remanescentes de Quilombos e barreiras geográficas importantes, concentra-se nos DRSs de Presidente Prudente (34 dos 45 municípios), Registro (todos os municípios), Sorocaba (Itapeva), Taubaté (Serra Bocaina, litoral norte) e

Araçatuba (áreas de assentamentos). A exceção é o DRS de Marília, com 49% de cobertura, cujos municípios não recebem incentivos estaduais diretos para as equipes (Tabela 17).

Assistência Ambulatorial de Média Complexidade - Consultas Especializadas

Quanto à rede de ambulatórios de especialidades, apesar do número elevado de unidades, apresenta insuficiências quando se analisa a relação entre as consultas e a população, tomando como base a média do Estado.

MAPA 12



Quarenta e três regiões (66,2%) apresentam parâmetro abaixo da média do Estado, que é de 0,64 consulta especializada por habitante/ano; 21 regiões (32,3%) estão próximas à média do Estado e a região de Barretos atingiu um índice acima de 1,20 consultas especializadas por habitante/ano. Cabe ressaltar que esta região é pólo, macrorregional de alta complexidade em oncologia.

As regiões com concentração abaixo do Estado englobam as três regiões metropolitanas, bem como o oeste do Estado (Presidente

Prudente e Araçatuba), as regiões mais pobres, como: Registro, parte de Sorocaba e de Taubaté.

As referências em ambulatórios de especialidades são apontadas pelos gestores como um importante ponto de estrangulamento da rede. Podem-se discutir as relações com a baixa resolubilidade da atenção básica, dificuldades de fixação de profissionais especialistas, a baixa regulação do sistema e os planos de saúde. No entanto, parece consenso que é necessária a expansão qualificada destes equipamentos de saúde.

► Centros de Atendimento Psicossocial (Caps)

O Estado de São Paulo conta atualmente com 219 Caps, que são equipamentos importantes para a referência do atendimento ambulatorial em saúde mental. Representam, em termos percentuais comparativos com os 1 000 Caps existentes no Brasil para uma população 186 770 613 milhões (IBGE-2006), 22% do total de Caps existentes para uma população de 41 055 761 (São Paulo/IBGE-2006), sendo que a população do Estado é também 22% da população do País.

TABELA 18
Número de Centros de Atendimento Psicossocial (Caps), segundo Departamentos Regionais de Saúde, 2007

DRS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSAD	CAPS i	TOTAL
1	9	32	3	26	16	86
2	0	1	0	0	0	1
3	1	5	0	0	1	7
4		6	5	3	2	16
5	1	0	0	0	0	1
6	2	1	1	3	1	8
7	9	4	6	6	3	28
8	1	0	0	1	0	2
9	7	3	0	1	1	12
10	2	3	1	1	1	8
11	2	0	0	2	0	4
12	0	0	0	0	0	0
13	0	1	0	1	0	2
14	2	1	1	3	0	7
15	0	2	0	1	1	4
16	5	7	0	3	4	19
17	7	4	2	1	0	14
TOTAL	48	70	19	52	30	219

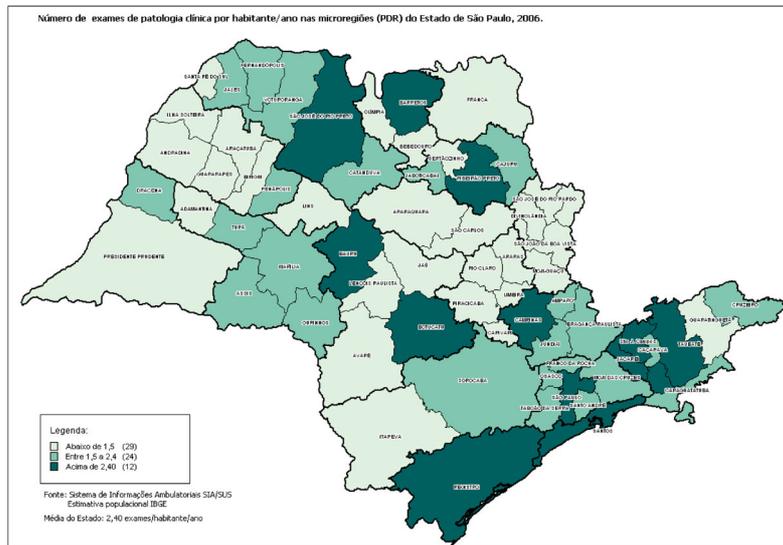
Fontes: DRS e Portarias, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/ Ministério da Saúde (MS).

Segundo o indicador de cobertura utilizado pelo Ministério da Saúde em documento publicado em novembro de 2005 - "Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil" -, considera-se que o Caps I dá resposta efetiva a 50 mil habitantes, que o Caps III dá resposta efetiva para 150 mil habitantes e que os Caps II, Caps infantil e Caps Álcool e Drogas dão cobertura a 100 mil habitantes.

► **Exames de média complexidade**

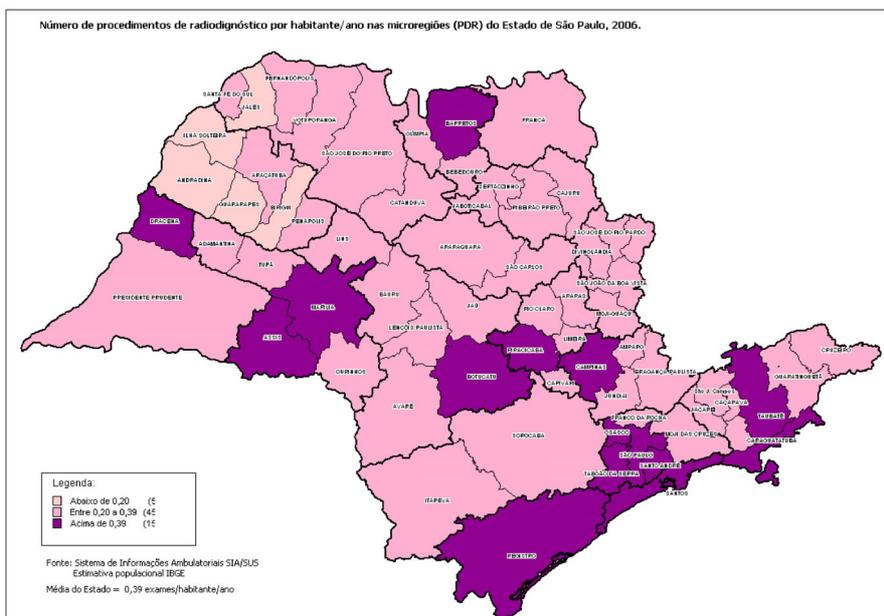
Em relação ao Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT) de média complexidade (patologia clínica, radiodiagnóstico e imagem - ultrassom), não há uma lógica semelhante entre a oferta destes serviços. No caso da patologia clínica, são realizados 2,4 procedimentos por habitante no Estado, sendo que 45% das regiões do PDR 2002 apresentam valores menores e 37% estão próximas à média do Estado.

MAPA 13

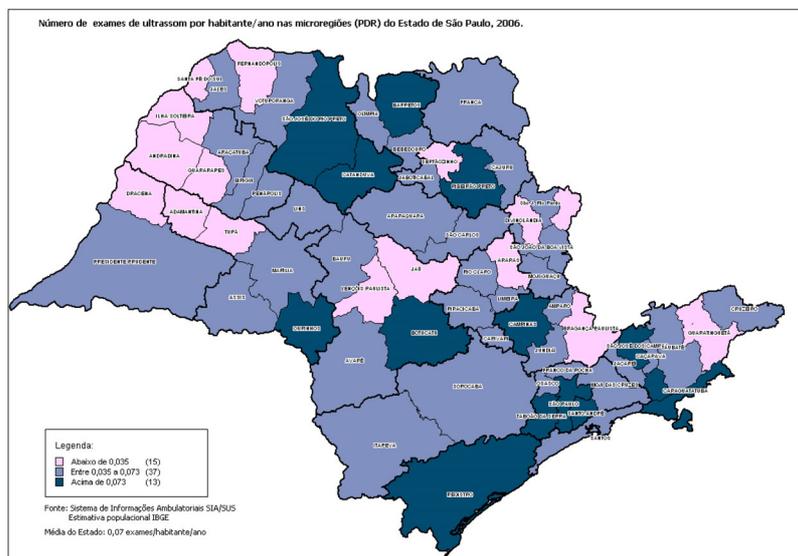


São realizados 0,39 exames por habitante de radiodiagnóstico no Estado, com 70% das regiões com valores semelhantes a este; apenas cinco delas, concentradas no DRS de Araçatuba, estão abaixo da média (Mapa 14).

MAPA 14



MAPA 15

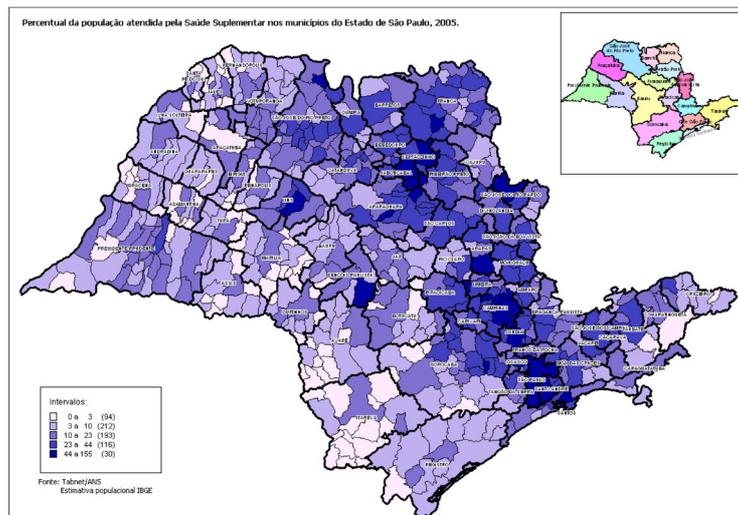


São realizados 0,07 procedimentos de ultra-sonografia por habitante no Estado, sendo que 57% das regiões apresentam valores próximos a este. As médias mais baixas também se concentram no DRS de Araçatuba (Mapa 15).

Participação da saúde suplementar no Estado

É interessante observar que a maior participação da saúde suplementar ocorre nas áreas de maior desenvolvimento econômico. Assim sendo, áreas como a franja oeste e as regiões de Registro, Sorocaba, Serras e litoral de Taubaté apresentam os menores percentuais. Elas têm menores densidades populacionais e menor oferta de serviços de um modo geral, exceto pequenos hospitais com baixa resolubilidade e altas taxas de internação.

MAPA 16



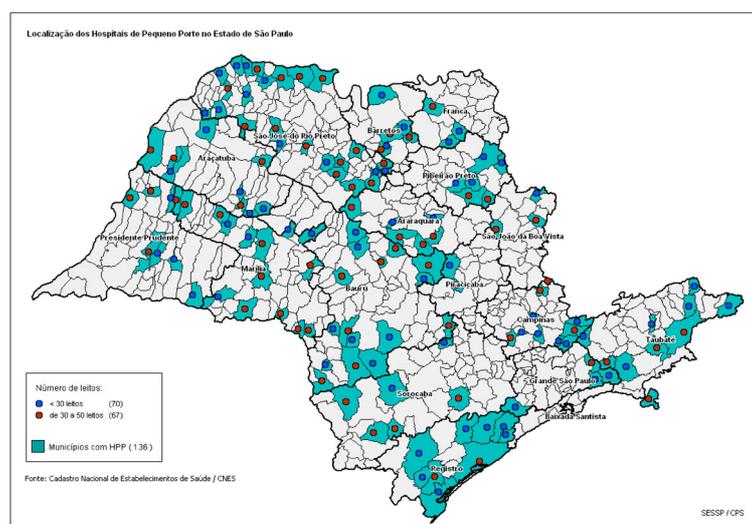
Assistência hospitalar - Oferta de leitos

Dos 680 hospitais, há 116 com 150 leitos ou mais concentrados nas áreas de maior desenvolvimento econômico do Estado ou isolados em municípios pólos regionais. Há 70 deles com menos de 30 leitos e outros 67 entre 30 a 50 leitos dispersos pelo Estado,

exceto nas áreas metropolitanas e de maior desenvolvimento econômico e concentração populacional. Há uma concentração importante no DRS de Registro.

É fundamental analisar taxas de ocupação, rotatividade e o perfil de internações em ambas as situações. Segundo estudos e publicações da Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) em 2006, há baixas taxas de ocupação e ocorrência de internações desnecessárias em hospitais de pequeno porte, que, em determinadas situações, poderiam ser redimensionados em sua participação no sistema, assumindo outros perfis.

Por outro lado, a produção de hospitais universitários ainda está concentrada em procedimentos de baixa ou média complexidade, ressaltando a importância das "contratualizações" e a revisão destes perfis nos âmbitos regional e macrorregional.

MAPA 17

► Assistência hospitalar - Leitos por Especialidade

Em relação à oferta de leitos gerais por mil habitantes, há regiões com concentrações bem superiores ao Estado: Bauru, Barretos, Marília, Araçatuba, Presidente Prudente e São João da Boa Vista, embora elas tenham menor densidade populacional. Os menores índices estão em Piracicaba, Campinas e Grande São Paulo

(regiões de alta densidade, contexto metropolitano e forte participação da saúde suplementar), além de Registro (região pobre, com baixa presença da saúde suplementar).

TABELA 19
Número de leitos hospitalares segundo especialidade, Estado e departamentos regionais de saúde, dezembro de 2006

DRS	Cirurgico	Clinico	Obstétrico	Pediátrico	Hospital Dia	Total leitos Esp. Básicas	Leitos/mil hab. Esp. Básicas	Outras Esp.	Total de Leitos	Leitos/mil hab. Total
3501 Grande São Paulo	6.534	6.032	2.802	2.477	562	18.407	0,94	4.453	22.860	1,16
3502 Araçatuba	287	481	171	223	0	1.162	1,66	389	1.551	2,22
3503 Araraquara	238	529	142	204	0	1.113	1,18	592	1.705	1,81
3504 Baixada Santista	564	674	337	314	19	1.908	1,14	60	1.968	1,18
3505 Barretos	195	371	92	144	6	808	1,95	152	960	2,31
3506 Bauru	1.001	1.380	397	538	102	3.418	2,11	1.157	4.575	2,82
3507 Campinas	1.128	1.167	590	565	131	3.581	0,92	809	4.390	1,13
3508 Franca	166	294	104	203	30	797	1,21	205	1.002	1,52
3509 Marília	545	670	291	325	50	1.881	1,74	1.469	3.350	3,10
3510 Piracicaba	350	366	198	232	6	1.152	0,82	920	2.072	1,47
3511 Presidente Prudente	272	513	125	191	30	1.131	1,56	529	1.660	2,30
3512 Registro	62	99	50	37	0	248	0,83	0	248	0,83
3513 Ribeirão Preto	494	610	215	220	36	1.575	1,28	335	1.910	1,55
3514 São João da Boa Vista	247	493	174	197	30	1.141	1,43	1.787	2.928	3,67
3515 São José do Rio Preto	619	889	206	255	0	1.969	1,35	622	2.591	1,78
3516 Sorocaba	704	1.294	502	594	38	3.132	1,39	3.285	6.417	2,86
3517 Taubaté	557	1.068	359	399	2	2.385	1,06	888	3.273	1,46
Total	13.963	16.930	6.755	7.118	1.042	45.808	1,12	17.652	63.460	1,55

Fonte: CNES/Datasus.

► **Internações gerais por mil habitantes**

Em relação a internações por mil habitantes, houve uma redução de 5% no total do Estado no período entre 2000 a 2006. A região da Grande São Paulo (GSP) teve aumento de 8% no índice; mesmo assim, permanece abaixo do Estado (3,86 internações por mil habitantes na GSP e 4,43 no Estado). Araçatuba cresceu 9% e já apresentava em 2000 valor mais elevado que o Estado. As regiões de Marília, Araraquara, Barretos, Campinas, Piracicaba, Registro e Taubaté tiveram redução de mais de 15% no índice. As regiões de Marília, São José do Rio Preto, Barretos, São João da Boa Vista, Bauru, Presidente Prudente, Araçatuba, Franca e Ribeirão Preto, apesar das reduções, ainda apresentam acima de cinco internações gerais por mil habitantes.

Na análise das internações, é preciso agregar dados sobre procedimentos mais frequentes, taxas de ocupação, médias de

permanência, porte do hospital, capacidade de regulação do sistema, relações com a qualidade e a resolubilidade da atenção básica e os estrangulamentos da média complexidade ambulatorial.

TABELA 20
Número de internações gerais por habitantes/ano
(excluídas psiquiatria e cuidados prolongados) e
variação percentual, segundo região de residência.
Estado de São Paulo, 2000 e 2006

Região de Saúde de Residência	População IBGE		Número de internação por residência		Internação média por mil habitantes		% Variação entre 2000 e 2006
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	
3501 Grande São Paulo	17.878.703	19.677.510	768.271	911.416	3,58	3,86	7,79
3502 Araçatuba	657.087	700.008	39.536	45.988	5,01	5,47	9,19
3503 Araraquara	849.738	942.868	57.382	51.627	5,63	4,56	(18,92)
3504 Baixada Santista	1.476.820	1.666.453	87.443	82.745	4,93	4,14	(16,14)
3505 Barretos	387.894	415.260	33.998	30.690	7,30	6,16	(15,88)
3506 Bauru	1.467.064	1.623.025	118.303	117.789	6,72	6,05	(10,00)
3507 Campinas	3.389.294	3.885.612	197.600	189.173	4,86	4,06	(16,49)
3508 Franca	589.371	657.344	38.769	40.054	5,48	5,08	(7,37)
3509 Marília	1.008.462	1.081.290	98.028	82.571	8,10	6,36	(21,44)
3510 Piracicaba	1.249.689	1.405.849	71.731	66.114	4,78	3,92	(18,07)
3511 Presidente Prudente	683.079	723.244	49.222	52.547	6,00	6,05	0,83
3512 Registro	270.315	299.360	14.923	14.080	4,60	3,92	(14,80)
3513 Ribeirão Preto	1.108.726	1.233.785	72.753	76.049	5,47	5,14	(6,07)
3514 São João da Boa Vista	727.098	797.952	60.276	58.604	6,91	6,12	(11,41)
3515 São José do Rio Preto	1.331.142	1.456.782	120.128	114.460	7,52	6,55	(12,94)
3516 Sorocaba	1.965.811	2.245.623	126.331	133.081	5,36	4,94	(7,78)
3517 Taubaté	1.992.110	2.243.796	122.282	115.797	5,12	4,30	(15,93)
Total	37.032.403	41.055.761	2.076.976	2.182.785	4,67	4,43	(5,20)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/SUS e IBGE.

Fonte: SIH/SUS e IBGE.

► Internações por especialidades

Em relação à comparação das internações entre 2000 e 2006, depreende-se que, por ocorrência, houve acréscimo de 1,4% no número de internações e de 49% no valor financeiro. Essa proporção mantém-se por residência, com pequena variação: **1,8% no número de internações** e **48% no valor financeiro**. É importante verificar que a participação percentual das cirurgias cresceu significativamente em quantidade e valor: responde por 50% do valor e 31% das internações. Reduziu-se a participação da psiquiatria de 11% para 8%, o que é desejável. Em quantidade de internações, a redução entre 2000 e 2006 foi de 26%.

Considerando-se um índice proposto pelo Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional, da Unicamp, denominado eficácia, percebe-se

que os maiores índices para internação de alta complexidade são os grandes pólos, onde também está concentrada a oferta de serviços de maior densidade tecnológica. Este índice relaciona a diferença entre invasão e evasão com o total das internações por município. Note-se que em toda a abrangência dos DRSs de Registro e Sorocaba, apenas o município de Sorocaba apresenta índice alto. Os DRS de Franca e São João da Boa Vista não apresentam nenhum município com alta eficácia para alta complexidade.

TABELA 21
Número e percentual de internações por especialidade, 2000 e 2006

DRS	INTERNAÇÕES OCORRÊNCIA		VALOR OCORRÊNCIA		INTERNAÇÕES RESIDÊNCIA		VALOR RESIDÊNCIA	
	N. Inter.	%	R\$	%	N. Inter.	%	R\$	%
1 Cirurgia	628.301	26,20	506.064.865,11	42,99	607.537	25,70	473.623.333,61	41,64
2 Obstetrícia	492.694	20,54	123.773.302,91	10,51	491.509	20,79	123.472.541,36	10,85
3 Clínica médica	714.095	29,77	241.679.700,74	20,53	705.865	29,86	237.484.091,44	20,88
4 Crônicos/C. Prolongados	35.831	1,49	58.738.216,31	4,99	35.541	1,50	58.290.100,57	5,12
5 Psiquiatria	253.576	10,57	133.884.939,15	11,37	251.440	10,64	132.642.096,41	11,66
6 Tisiologia	7.587	0,32	6.704.777,39	0,57	7.445	0,31	6.577.170,22	0,58
7 Pediatria	262.002	10,92	104.288.713,19	8,86	260.368	11,01	103.343.300,91	9,09
8 Reabilitação	56	0,00	56.961,39	0,00	55	0,00	55.526,25	0,00
9 Psiq./Hosp.Dia	4.202	0,18	2.011.158,94	0,17	4.197	0,18	2.007.993,16	0,18
Total ano 2000	2.398.344	100,00	1.177.202.635,13	100,00	2.363.957	100,00	1.137.496.153,93	100,00
1 Cirurgia	762.449	31,36	890.388.482,58	50,67	748.438	31,09	828.803.202,92	49,10
2 Obstetrícia	442.662	18,21	172.351.886,07	9,81	442.037	18,36	172.119.910,91	10,20
3 Clínica médica	735.237	30,24	343.704.829,72	19,56	728.988	30,28	338.545.181,12	20,06
4 Crônicos/C. Prolongados	37.978	1,56	65.216.562,00	3,71	37.458	1,56	64.570.513,90	3,83
5 Psiquiatria	187.900	7,73	129.164.072,02	7,35	187.244	7,78	128.623.056,59	7,62
6 Tisiologia	3.990	0,16	3.753.449,94	0,21	3.953	0,16	3.714.392,45	0,22
7 Pediatria	255.213	10,50	149.389.417,90	8,50	253.719	10,54	148.268.228,03	8,78
8 Reabilitação	193	0,01	154.724,52	0,01	167	0,01	128.654,96	0,01
9 Psiq./Hosp.Dia	5.483	0,23	3.251.513,63	0,19	5.483	0,23	3.251.513,63	0,19
Total ano 2006	2.431.105	100,00	1.757.374.938,38	100,00	2.407.487	100,00	1.688.024.654,51	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/SUS.

► **Internações de outras unidades federadas**

Corroborar-se que a invasão total das internações passa de 1,43 em 2000 para 0,97 em 2006, sendo que uma mudança interessante se nota em Bauru, que passa de 7,69 em 2000 para 2,39 em 2006. Em contrapartida, as regionais mais "invadidas" passam a ser: Grande São Paulo, Piracicaba, Sorocaba e Barretos, sendo que esta, tendo em vista o perfil de atendimento oncológico no Estado, apresenta uma variação maior de 288,34 em relação a 2000.

TABELA 23
Número de internações e valor financeiro por DRS de ocorrência
realizados para residentes de outros Estados,
2000 e 2006

DRS Ocorrência	2000				2006				VARIACÃO	
	FÍSICO		FINANCEIRO		FÍSICO		FINANCEIRO		Financ.	Físico
	Outras UF	% Invasão	Outras UF	% Invasão	Outras UF	% Invasão	Outras UF	% Invasão		
Grande São Paulo	6.065	0,71	19.588.716,65	3,92	7.235	0,73	38.527.118,41	4,68	19,36	3,06
Araçatuba	321	0,60	148.721,67	0,76	244	0,48	95.850,05	0,33	(56,85)	(20,90)
Araraquara	42	0,07	35.040,56	0,14	24	0,04	39.512,42	0,13	(7,82)	(32,14)
Baixada Santista	99	0,12	23.496,02	0,07	33	0,04	22.060,68	0,05	(33,94)	(64,75)
Barretos	824	2,24	490.757,77	3,74	3.459	8,69	4.256.368,01	16,47	340,20	288,34
Bauru	12.404	7,69	6.539.991,24	9,15	3.338	2,39	8.375.493,65	8,39	(8,27)	(68,98)
Campinas	3.686	1,64	2.811.067,40	2,79	2.390	1,16	3.431.782,18	2,61	(6,50)	(29,64)
Franca	331	0,85	384.475,57	2,31	187	0,47	396.353,50	1,58	(31,61)	(44,92)
Mairiú	814	0,76	513.105,41	1,14	200	0,20	298.308,23	0,50	(56,19)	(73,02)
Piracicaba	464	0,59	546.717,64	1,29	461	0,61	1.976.021,74	3,50	170,52	3,10
Presidente Prudente	293	0,51	148.066,33	0,66	242	0,41	156.696,87	0,48	(26,63)	(20,27)
Registro	84	0,59	44.531,33	1,11	61	0,46	64.391,68	1,13	1,27	(21,91)
Ribeirão Preto	2.705	3,14	3.885.008,83	7,76	1.794	2,06	4.758.177,83	6,25	(19,50)	(34,22)
S. João da Boa Vista	1.204	1,25	714.034,01	1,74	464	0,60	415.052,41	0,97	(44,43)	(52,20)
S. José do Rio Preto	2.695	2,02	2.827.927,50	4,10	1.623	1,30	5.468.930,13	5,55	35,22	(35,71)
Sorocaba	640	0,38	449.329,66	0,59	775	0,45	514.447,92	0,50	(14,61)	18,20
Taubaté	1.678	1,26	541.226,93	1,12	1.085	0,89	552.509,82	0,77	(30,91)	(29,50)
Total	34.379	1,43	39.692.214,52	3,37	23.615	0,97	69.349.065,53	3,95	17,04	(32,24)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares

Cabe destacar que o recurso transferido ao Estado não é somente para a população de 41 055 761 de paulistas; como o Sistema de Informações Hospitalares registra a origem do paciente, pode-se constatar que o maior impacto financeiro das internações de residentes em outros Estados é ainda em Barretos, que representa 16,47% do total destas internações.

No total das internações de outras Unidades da Federação, a variação entre 2000 e 2006 apresenta número decrescente de - 32,41; isto não ocorre do ponto de vista financeiro e uma das hipóteses pode ser a oferta de procedimentos de maior complexidade e valor.

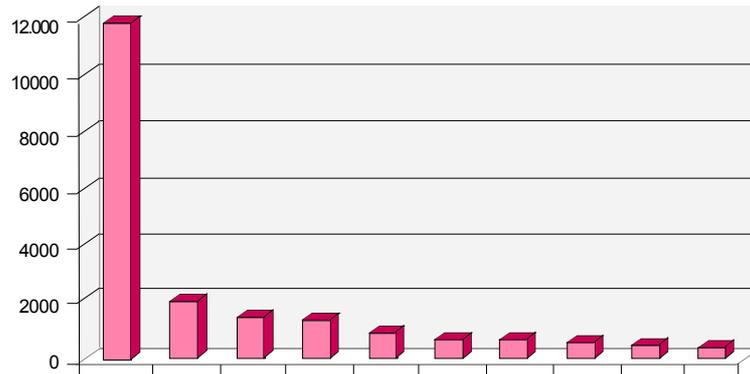
TABELA 24
Freqüência das internações por residência em
outras Unidades da Federação no Estado de São
Paulo, 2006

Origem dos pacientes	Internação no Estado de São Paulo
MG	11.886
MS	2.075
PR	1.494
RJ	1.415
BA	933
RO	739
MT	701
GO	620
ES	505
SC	419
Outras UF	2.828
Total	23.615

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) - Autorização de Internações Hospitalar (AIH) Processadas e Pagas

Na Tabela 24 estão discriminadas somente as 10 unidades federadas que mais encaminham internações para São Paulo; as demais representam apenas 12% das internações oriundas de outros Estados. É importante registrar que 50,3% destas internações são de pacientes residentes no Estado de Minas Gerais, como ilustra o Gráfico 44.

GRÁFICO 44
Frequência das internações ocorridas no Estado de São Paulo, segundo UF de residência, 2006



Fonte: SIH/SUS.

Produção ambulatorial por complexidade

A produção ambulatorial cresceu 79% entre 2000 e 2006, mediante aumento de produção e de inclusão de novos procedimentos. No financiamento, o crescimento foi cerca de 90%, refletindo ajustes de tabela e incorporação de novos procedimentos (Tabela 25).

Não é possível comparar a atenção básica neste período desta forma, pois, as transferências são *per capita* através do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo.

Na média complexidade, destaca-se o incremento financeiro no grupo das consultas especializadas (246%), o qual também representou o maior percentual de incremento físico (76%).

Os exames ultra-sonográficos e as ações especializadas em odontologia são os grupos que também apresentaram incremento financeiro acima de 100%.

Vale mencionar que os procedimentos de média complexidade em traumatologia-ortopedia tiveram incremento negativo.

Entre os grupos que compõem a alta complexidade destacam-se: o de medicamentos, as ressonâncias magnéticas e a quimioterapia. Quanto à quimioterapia, apesar do crescimento, ainda há maior necessidade do que a oferta, quando se encontram parâmetros de cobertura populacional.

TABELA 25
Produção ambulatorial, físico e financeiro. Estado de São Paulo, 2000 e 2006

Grupo de procedimentos	2000	Físico 2006	Variação % 2006/2000	2000	Financeiro 2006	Variação % 2006/2000
01 Ações execut. enfermagem e outros de nível médio	79.805.459	112.641.270	41,14	50.501.827,44	0,00	-100,00
02 Ações médicas básicas	51.590.610	64.402.043	24,83	113.070.232,16	0,00	-100,00
03 Ações básicas em odontologia	47.293.679	50.049.409	5,83	56.767.924,17	0,00	-100,00
04 Ações exec. para outros professores de nível superior	7.089.186	13.918.061	96,33	13.836.884,56	0,00	-100,00
05 Procedimentos básicos em vigilância sanitária	1.200.373	4.123.139	243,49	1.822.537,22	0,00	-100,00
Procedimentos de atenção básica	186.979.307	245.133.922	31,10	235.999.405,55	0,00	-100,00
07 Proc. real. médicos, outros nível superior e médio	52.420.649	89.685.322	71,09	144.773.241,86	500.778.283,71	245,91
08 Cirurgias ambulatoriais especializadas	1.519.864	1.597.989	5,14	42.977.288,10	51.330.335,30	19,44
09 Procedimentos traumato-ortopédicos	2.685.703	1.285.410	-52,14	49.370.851,71	40.771.141,65	-17,42
10 Ações especializadas em odontologia	1.270.596	1.853.666	45,89	5.405.332,77	12.163.731,17	125,03
11 Patologia clínica	55.156.832	97.334.577	76,47	249.001.029,27	438.485.029,69	76,10
12 Anatomopatologia e citopatologia	2.039.818	3.433.969	68,35	15.385.473,49	35.583.919,19	131,28
13 Radiodiagnóstico	10.371.833	15.584.623	50,26	95.273.822,10	155.816.819,60	63,55
14 Exames ultra-sonográficos	1.797.047	2.972.790	65,43	15.301.063,88	45.679.167,08	198,54
17 Diagnose	5.554.003	8.234.140	48,26	39.008.886,72	67.887.312,50	74,03
18 Fisioterapia (por sessão)	7.741.766	9.096.720	17,50	18.030.421,16	21.254.115,52	17,88
19 Terapias especializadas (por terapia)	1.556.688	2.280.878	46,52	30.426.096,79	39.899.836,16	31,14
20 Instalação de cateter	0	65		0,00	7.800,00	
21 Próteses e órteses	776.321	1.175.296	51,39	10.224.248,23	15.092.363,65	47,61
22 Anestesia	14.224	15.367	8,04	216.790,40	231.828,15	6,94
Procedimentos especializados	142.905.344	234.550.812	64,13	715.394.546,48	1.424.981.683,37	99,19
26 Hemodinâmica	33.249	41.878	25,95	15.639.664,62	21.131.929,54	35,12
27 Terapia renal substitutiva	1.637.492	2.354.692	43,80	184.783.596,88	346.077.721,24	87,29
28 Radioterapia (por especificação)	1.490.606	1.940.334	30,17	26.310.632,28	39.286.614,91	49,32
29 Quimioterapia - custo mensal	205.820	454.238	120,70	114.578.199,25	273.433.473,64	138,64
30 Busca de órgãos para transplante	0	150.191		0,00	35.400.969,97	
31 Ressonância magnética	32.861	77.266	135,13	8.883.378,75	20.816.390,00	134,33
32 Medicina nuclear <i>in vivo</i>	159.702	174.107	9,02	24.052.268,79	30.862.775,07	28,32
33 Radiologia Intervencionista	14.532	16.892	16,24	1.250.297,99	1.364.451,08	9,13
35 Tomografia computadorizada	331.910	468.304	41,09	33.152.851,92	47.783.603,10	44,13
36 Medicamentos	21.301.909	149.542.579	602,01	128.671.735,97	560.982.893,82	335,98
37 Hemoterapia	5.059.610	5.567.351	10,04	91.930.295,93	105.295.137,22	14,54
38 Acomp. pacientes	0	2.812.680		0,00	57.520.936,98	
39 Saúde auttiva	0	160.257		0,00	53.090.668,05	
40 Proc. espec. p. reabilitação	0	0		0,00	0,00	
Procedimentos de alta complexidade	30.267.691	163.760.769	441,04	629.252.922,38	1.593.047.564,62	153,16
Total	360.152.342	643.445.503	78,66	1.580.646.874,41	3.018.029.248,00	90,94

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) / Sistema único de Saúde (SUS).

Alta complexidade - Serviços Credenciados

A Tabela 26 indica um incremento da ordem de 30% nos credenciamentos de serviços de alta complexidade no Estado no período observado. Contudo, torna-se necessária uma análise regional com base em parâmetros de cobertura populacional.

TABELA 26
Número de serviços de alta complexidade
credenciados no Estado de São Paulo em 2000 e 2006

Serviços de alta complexidade credenciados	2000	2006
Cardiologia	48	50
Gastroplatia	6	17
Gestação alto risco - atendimento secundário	16	19
Gestação alto risco - atendimento terciário	21	26
Total - Gestação de alto risco	37	45
Ortopedia	52	62
Epilepsia	3	5
Lábio Palatal	4	8
Urgência emergência - nível III	26	28
Urgência emergência - nível II	0	3
Total - urgência emergência	26	31
Queimados	0	13
Neurocirurgia - nível III	10	25
Neurocirurgia - nível II	30	38
Neurocirurgia - nível I	20	13
Total neurocirurgia	30	76
Tratamento AIDS (Hospital Dia)	0	5
Oncologia - Cacon I hospital especializado	3	3
Oncologia - Cacon I	33	33
Oncologia - Cacon I sem radio	7	7
Oncologia - Cacon I com radio	4	4
Oncologia - Cacon II hospital especializado	3	3
Oncologia - Cacon III hospital especializado	1	1
Oncologia - Serviço isolado de quimio	5	6
Oncologia - Serviço isolado com radio	6	6
Oncologia - Serviço isolado de quimio e radio	1	1
Total - oncologia	63	64
Implante coclear	3	3
TRS - Credenciamentos de nível I, II a partir de 2001		127
Nível I	13	
Nível II	111	
Total - TRS	124	127
Lipodistrofia	0	4
Carga Viral CD4/CD8	0	33
Histocompatibilidade	0	15
Oftalmologia	0	6
Saúde auditiva	0	29
Distrofia muscular progressiva	0	9
Triagem neonatal	0	7
Total	426	609

Fonte: CRS

Alta complexidade - redes

► Rede Estadual de Serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS)

A necessidade de criação da Rede de Atenção ao Portador de Doença Renal - instituída pela Portaria MS nº 1168 de 15 de junho de 2004, a partir do monitoramento dos indicadores dos serviços de TRS - demonstrou que em São Paulo não há excesso de serviços e que o acesso estaria garantido.

Quanto aos procedimentos realizados, há variações entre as regiões, principalmente em seus extremos, com baixo percentual em hemodiálise e alto percentual em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) ou, em caso contrário, alto percentual em hemodiálise e baixo percentual em DPAC, quando comparados à média do Estado.

As Tabelas 27 e 28 revelam um comparativo entre pacientes atendidos por residência e potencial da oferta instalada para atendimento por DIR, no qual foi utilizado o total de atendimentos por modalidade e aplicado pela base 100 mil habitantes, encontrando-se a concentração de pacientes em tratamento por 100 mil habitantes de 38,5%, o que corresponde a um valor encontrado inferior ao estabelecido pela Portaria GM 1101, que é de 40 por 100 mil habitantes.

Porém, nesses dados, mesmo considerando possíveis distorções sobre a informação dos dados de residência dos pacientes, identifica-se que há regiões em que a concentração de pacientes em tratamento é muito mais baixa do que a média do Estado, apontando para a necessidade de um aprofundamento na análise sobre as possíveis causas e variáveis, tais como: ações de atenção básica, acesso para a assistência de média complexidade, urgência como principal porta de entrada, aspectos socioculturais e muitos outros.

Por outro lado, algumas regiões apresentam concentração muito superior ao Estado, que também merecem uma análise, como variáveis sobre promoção da saúde, condições socioeconômicas e longevidade.

TABELA 27
Número de pacientes atendidos por local de
residência nas distintas modalidades de
tratamento, por DIR, tendo como base 100 mil
habitantes, 2006

DIR	Residência	Hospital- Dia	Diálise Peritoneal Automática	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua	Diálise Peritoneal Intermitente	Total TRS
1	São Paulo	40,1	2,8	2,3	0,2	45,5
2	Santo André	34,4	0,7	0,8	0,2	36,1
3	Mogi das Cruzes	29,8	4,6	2,5	0,1	37,0
4	Franco da Rocha	21,5	0,7	1,1	80,0	23,4
5	Osasco	24,4	0,4	1,0	0,1	25,9
6	Araçatuba	25,3	1,1	4,3	1,7	32,4
7	Araraquara	30,1	1,4	2,8	0,4	34,7
8	Assis	22,3	2,0	6,3	0,0	30,6
9	Barretos	52,3	0,8	0,9	0,1	54,1
10	Bauru	24,2	4,2	4,7	0,8	34,0
11	Botucatu	26,4	2,0	6,9	0,0	35,2
12	Campinas	40,7	1,7	2,0	0,0	44,4
13	Franca	30,3	1,3	6,4	0,1	38,1
14	Marília	39,1	3,7	7,1	0,3	50,1
15	Piracicaba	31,4	1,1	2,8	0,0	35,4
16	Presidente Prudente	33,2	6,3	2,8	0,0	42,3
17	Registro	26,5	0,5	0,2	0,0	27,1
18	Ribeirão Preto	40,8	1,5	3,7	0,0	46,1
19	Santos	17,3	1,6	5,2	0,0	24,2
20	São João da Boa Vista	29,0	0,5	1,7	0,0	31,2
21	São José dos Campos	26,7	0,9	1,4	0,0	29,0
22	São José do Rio Preto	36,4	4,2	3,7	0,4	44,6
23	Sorocaba	28,6	1,6	3,1	0,1	33,4
24	Taubaté	35,4	2,0	0,1	0,3	37,8
Produção Total (pac./mês)		33,61	2,18	2,60	0,16	38,55

Fonte: Datasus.

TABELA 28
Número potencial de pacientes a serem atendidos
nas distintas modalidades de tratamento, conforme
a capacidade disponível dos serviços, por DIR, tendo
como base 100 mil habitantes

DIR	Residência	Hospital- Dia	Diálise Peritonal		Diálise Peritonal Intermitente	Total TRS
			Automática	Ambulatorial Contínua		
1	São Paulo	55,4	3,1	2,2	0,2	60,9
2	Santo André	52,5	0,6	0,8	0,2	54,1
3	Mogi das Cruzes	32,9	3,7	2,5	0,1	39,3
4	Franco da Rocha	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	Osasco	20,5	0,3	0,6	0,0	21,4
6	Araçatuba	29,7	1,2	4,1	1,6	36,5
7	Araraquara	38,7	0,9	3,1	0,3	43,0
8	Assis	27,5	2,2	5,5	0,0	35,2
9	Barretos	63,4	0,2	0,2	0,0	63,9
10	Bauru	33,5	0,0	9,0	1,6	44,2
11	Botucatu	36,4	0,0	0,5	0,4	37,3
12	Campinas	53,9	1,1	3,6	0,0	58,6
13	Franca	50,0	0,8	1,3	0,2	52,2
14	Marília	51,3	3,8	12,3	0,2	67,6
15	Piracicaba	39,1	1,0	2,9	0,0	43,0
16	Presidente Prudente	45,3	0,4	1,5	0,0	47,3
17	Registro	45,4	0,0	0,0	0,0	45,4
18	Ribeirão Preto	49,2	2,6	4,2	0,3	56,2
19	Santos	31,3	2,5	2,4	0,1	36,3
20	São João da Boa Vista	40,2	0,1	1,2	0,0	41,5
21	São José dos Campos	32,3	0,4	1,8	0,0	34,6
22	São José do Rio Preto	57,5	2,7	4,4	0,1	64,8
23	Sorocaba	31,4	1,1	2,9	0,0	35,4
24	Taubaté	54,4	3,1	0,1	0,0	57,6
Capacidade Total (pac./mês)		44,10	1,82	2,58	0,19	48,7

Fonte: Datasus.

A Tabela 29 mostra que a produção no Estado já supera o parâmetro nacional, de 40 pacientes por 100 mil habitantes. A tendência é de crescimento, pois há um envelhecimento gradativo da população.

TABELA 29
Número de pacientes de TRS por mil habitantes,
2006

DRS	Qtde Pacientes	População 2006	Pacientes/100 mil hab.
01	8.039	19.677.510	40,85
02	201	700.008	28,71
03	307	942.868	32,56
04	469	1.666.453	28,14
05	206	415.260	49,61
06	554	1.623.025	34,13
07	1.993	3.885.612	51,29
08	312	657.344	47,46
09	503	1.081.290	46,52
10	514	1.405.849	36,56
11	330	723.244	45,63
12	83	299.360	27,73
13	684	1.233.785	55,44
14	340	797.952	42,61
15	795	1.456.782	54,57
16	724	2.245.623	32,24
17	859	2.243.796	38,28
TOTAL	16.883	41.055.761	41,12

Fonte: SIA/SUS.

► Rede de Atenção à Saúde Auditiva

A partir da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - instituída pela Portaria MS nº 2073 de 28/9/2004 e operacionalizada pela Portaria SAS nº 587 de 7/10/2004 -, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo adotou providências para organizar e implantar a Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva.

A Tabela 30 mostra, por região de saúde, à época do estabelecimento da rede, o número de serviços necessários, utilizando a proporção de um serviço para 1 500 000 habitantes e projeta o número necessário de equipes por região.

Considerou-se o cálculo de prevalência de perdas auditivas severas em 1,2% da população, com projeção de redução em cinco anos e cada equipe produzindo, no máximo, 100 Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (Aasi) por mês, ou seja, 1 200/ano.

TABELA 30
Projeção de quantidade de serviços por região de
saúde e necessidade de equipes com base na
pesquisa da OMS

DIR	População 2004 DIR	Nec. de Serviços/Hab. (1,5 milhão/hab.)	Prevalência Perda Auditiva Severa	Quantidade/ Ano para Redução em Cinco Anos	Quantidade de Equipes Necessárias (mínimo 100 AASI/mês)
1	10 838 581	7,23	130 063	26 013	22
2	2 511 743	1,67	30 141	6 028	05
3	2 404 804	1,60	28 858	5 772	05
4	496 700	0,33	5 960	1 192	01
5	2 652 281	1,77	31 827	6 365	05
6	686 883	0,46	8 243	1 649	01
7	914 368	0,61	10 972	2 194	02
8	451 372	0,30	5 416	1 083	01
9	406 885	0,27	4 883	977	01
10	1 039 473	0,69	12 474	2 495	02
11	555 282	0,37	6 663	1 333	01
12	3 733 818	2,49	44 806	8 961	07
13	636 557	0,42	7 639	1 528	01
14	607 633	0,41	7 292	1 458	01
15	1 395 808	0,93	16 750	3 350	03
16	710 962	0,47	8 532	1 706	01
17	290 472	0,19	3 486	697	01
18	1 195 519	0,80	14 346	2 869	02
19	1 608 456	1,07	19 301	3 860	03
20	999 539	0,67	11 994	2 399	02
21	1 189 747	0,79	14 277	2 855	02
22	1 418 366	0,95	17 020	3 404	03
23	2 102 911	1,40	25 235	5 047	04
24	977 066	0,65	11 725	2 345	02
Total Geral	39 825 226	26,55	477 903	95 581	80

Fonte: CRS.

A Tabela 30 evidencia que todas as regiões de saúde comportam equipes para atenção à saúde auditiva em média e alta complexidade. Com base na Portaria Ministerial, foi elaborada uma proposta de

distribuição de serviços procurando agrupar as direções regionais geograficamente, levando em consideração os fluxos e referências para os pólos regionais e macrorregionais de alta complexidade.

TABELA 31
Proposta de distribuição de serviços no Estado de São Paulo, 2004

DIR	População 2004	Necessidade de Serviços/hab. (1,5 milhão hab.)	População 2004 DIR agregada	Observação	População Total	Necessidade de Serviços	
						1,1,5 milhão hab.	1/1,5 milhão hab. máximo
1	10.838.581	7,23	1.881.841	DIR 5 (60% pop.)	12.720.422	8,5	8
2	2.511.743	1,67		DIR 17 (100%)	2.511.743	1,7	2
3	2.404.804	1,60			2.404.804	1,6	1
4	496.700	0,33	1.060.912	DIR 5 (40% pop.)	1.557.612	1,0	1
5	2.652.281	1,77					
6	686.883	0,46				0,0	0
7	914.368	0,61			914.368	0,6	1
8	451.372	0,30				0,0	0
9	406.885	0,27					
10	1.039.473	0,69	555.282	DIR 11 (100% pop.)	1.594.755	1,1	1
11	555.282	0,37				0,0	0
12	3.733.818	2,49	195.413	DIR 24 (20% pop.)	3.929.231	2,6	3
13	636.557	0,42				0,0	0
14	607.633	0,41	451.372	DIR 8 (100% pop.)	1.059.005	0,7	1
15	1.395.808	0,93			1.395.808	0,9	1
16	710.962	0,47	686.883	DIR 6 (100% pop.)	1.397.845	0,9	1
17	290.472	0,19				0,0	0
18	1.195.519	0,80	636.557	DIR 13 (100% pop.)	1.832.076	1,2	1
19	1.608.456	1,07			1.608.456	1,1	1
20	999.539	0,67			999.539	0,7	1
21	1.189.747	0,79	781.653	DIR 24 (80% pop.)	1.971.400	1,3	2
22	1.418.366	0,95	406.885	DIR 9 (100% pop.)	1.825.251	1,2	1
23	2.102.911	1,40			2.102.911	1,4	2
24	977.066	0,65					
Total geral	39.825.226	26,55	6.656.798		39.825.226	26,6	28

Fonte: CRS

Cinqüenta e dois serviços apresentaram proposta de credenciamento; 26 deles já eram credenciados e os demais não, inclusive serviços privados com fins lucrativos e sem vínculo com o SUS. Destes 52 serviços, foram aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB): 23 que já eram credenciados e oito novos, ficando, assim, classificados quanto à natureza:

TABELA 32
Número de serviços credenciados da rede de auditiva segundo natureza, 2004

Condição	Universitário Público	Universitário Filantrópico sem Fins Lucrativos	Público Estadual	Público Municipal	Privado sem Fins Lucrativos	Total
Antigos	6	5	1	3	8	23
Novos	0	2	1	4	1	8
Total	6	7	2	7	9	31
Total segundo a natureza		13		9	9	31

Fonte: CRS

► **Rede de Assistência em Alta Complexidade em Cardiologia**

A Rede Estadual de Cardiologia, elaborada em conjunto com o Cosems/SP, compõe-se de:

- 42 serviços de assistência em alta complexidade cardiovascular adulto;
- 42 serviços de assistência em alta complexidade cardiointervencionista;
- 11 serviços de assistência em alta complexidade cardiovascular pediátrica;
- 33 serviços de assistência em alta complexidade vascular;
- 10 serviços de assistência em alta complexidade de procedimentos endovasculares;
- 10 serviços de assistência em alta complexidade eletrofisiologia.

Para a constituição da presente rede, foi necessária a construção de parâmetros a partir dos critérios estabelecidos na Portaria SAS 210/04, descritos a seguir:

■ **Cardiointervencionista**

O parâmetro estabelecido pela Portaria é de 24 procedimentos por 100 mil habitantes, quando o encontrado no Estado em 2004, com base na produção do SIH, foi de 26,28 e o ajuste com o MS foi para a utilização de 28,58.

■ **Cardiovascular Adulto**

O parâmetro estabelecido pela Portaria é de 37,73 procedimentos por 100 mil habitantes, quando o encontrado no Estado em 2004, com base na produção do SIH foi de 52,48 e o ajuste com o MS foi para a utilização de 55,17. Todavia, ao se considerar que o parâmetro não inclui marca-passo, o parâmetro encontrado no Estado fica inferior ao estabelecido pelo MS, isto é, 32,41, cabendo, então, ao Estado um incremento de 5,32 procedimentos por 100 mil habitantes.

■ **Endovascular**

O parâmetro estabelecido pela Portaria é de três procedimentos por 100 mil habitantes, quando o encontrado no Estado em 2004, com base na produção do SIH, foi de 4,87 e o ajuste com o MS foi para a utilização de 5,00.

■ **Eletrofisiologia**

O parâmetro estabelecido pela Portaria é de 1,5 procedimentos

por 100 mil habitantes; o encontrado no Estado em 2004, com base na produção do SIH, foi de 2,12 e o ajuste com o MS foi para a utilização de 2,77.

■ **Cardiovascular Pediátrica**

O parâmetro estabelecido pela Portaria é de 73,22 procedimentos por 100 mil habitantes, quando o encontrado no Estado em 2004, com base na produção do SIH, foi de 25,42 por 100 mil habitantes. Menores de 12 anos e os ajustes com o MS foram para a utilização de 28,79.

■ **Vascular**

O parâmetro estabelecido pela Portaria é de 36 procedimentos por 100 mil habitantes, quando o encontrado no Estado em 2004, com base na produção do SIH, foi de 7,88 e a proposta ao MS foi para a utilização de 12,65. Enfrenta-se um problema para o avanço na implantação das redes de um modo geral, mas com impacto já percebido na rede de cardiologia: a baixa regulação do sistema. Este problema terá de ser enfrentado a curto prazo.

▶ **Alta Complexidade - Oncologia**

A Tabela 33 demonstra que há maior necessidade do que os níveis atuais de oferta do sistema, considerando os parâmetros da Portaria MS/GM 741, que estabelece a cada 1 000 casos: demandam 600 cirurgias, 700, quimioterapia e 600, radioterapia. Segundo o parâmetro e as estimativas de casos do Instituto Nacional de Câncer (Inca), assevera-se que, em relação a cirurgias, se realizam 70% do esperado, 85% das quimioterapias e 43% das radioterapias.

▶ **Urgências - UTI**

Levando em conta os leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) credenciados até 2006 e os leitos gerais cadastrados até 2003, existe um "déficit" de leitos de UTI nos Departamentos Regionais de Saúde de: Presidente Prudente, Registro, São João da Boa Vista, Sorocaba e Taubaté, considerando os parâmetros por leito de 8% (4% a 10% de leitos hospitalares) e de um para cada 10 mil habitantes. É importante considerar que alguns DRSs não têm leitos de UTI neonatal e especializados. No total do Estado há uma adequação populacional dos leitos de UTI, mas estão abaixo do parâmetro por leito se considerarmos as invasões de outros Estados (Tabela 34).

TABELA 33
Situação atual de atendimentos em oncologia, segundo o DRS e tipo de atendimento. Estado de São Paulo, julho de 2005 a junho de 2006

DRSs	POPULAÇÃO		CIRURGIAS			QUIMIOTERAPIA			RADIOTERAPIA					
	Pop	DATASUS	Estimativa	INCA	Estim	CIR	Realiz	%	CIR	Estim	RT	PAC-RT	%	RT
01 Grande SP	19.403.480		50.492		30.295	17.919	59,1		35.344	23.114	65,4	30.295	10.989	36,3
02 Araçatuba	693.474		1.805		1.083	430	39,7		1.263	579	45,9	1.083	107	9,9
03 Araraquara	928.663		2.417		1.450	481	33,2		1.692	1.275	75,4	1.450	369	25,4
04 Santos	1.637.565		4.261		2.557	1.080	42,2		2.983	2.706	90,7	2.557	1.061	41,5
05 Barretos	411.083		1.070		642	3.937	613,4		749	5.080	678,5	642	3.548	552,7
06 Bauru	1.599.266		4.162		2.497	4.604	184,4		2.913	5.679	195,0	2.497	2.138	85,6
07 Campinas	3.809.996		9.914		5.949	5.118	86,0		6.940	7.074	101,9	5.949	2.312	38,9
08 Franca	646.990		1.684		1.010	371	36,7		1.179	1.319	111,9	1.010	394	39,0
09 Marília	1.070.179		2.785		1.671	860	51,5		1.949	1.271	65,2	1.671	433	25,9
10 Piracicaba	1.382.074		3.596		2.158	1.768	81,9		2.517	2.037	80,9	2.158	895	41,5
11 Presidente Prudente	717.130		1.866		1.120	1.047	93,5		1.306	1.487	113,8	1.120	538	48,1
12 Registro	294.927		767		460	0	0,0		537	0	0,0	460	0	0,0
13 Ribeirão Preto	1.214.710		3.161		1.897	2.637	139,0		2.213	2.878	130,1	1.897	883	46,5
14 S. João da Boa Vista	787.156		2.048		1.229	73	5,9		1.434	384	26,8	1.229	0	0,0
15 S. José do Rio Preto	1.437.652		3.741		2.245	1.340	59,7		2.619	2.712	103,6	2.245	910	40,5
16 Sorocaba	2.203.002		5.733		3.440	814	23,7		4.013	1.913	47,7	3.440	870	25,3
17 Taubaté	2.205.448		5.739		3.443	1.632	47,4		4.017	3.029	75,4	3.443	1.745	50,7
Estado de SP	40.442.795		105.240		63.144	44.111	69,9		73.668	62.538	84,9	63.144	27.190	43,1

Fonte: CRS.

TABELA 34
Adequação da disponibilidade de leitos de UTI no Estado de São Paulo por DRS,
dezembro de 2006

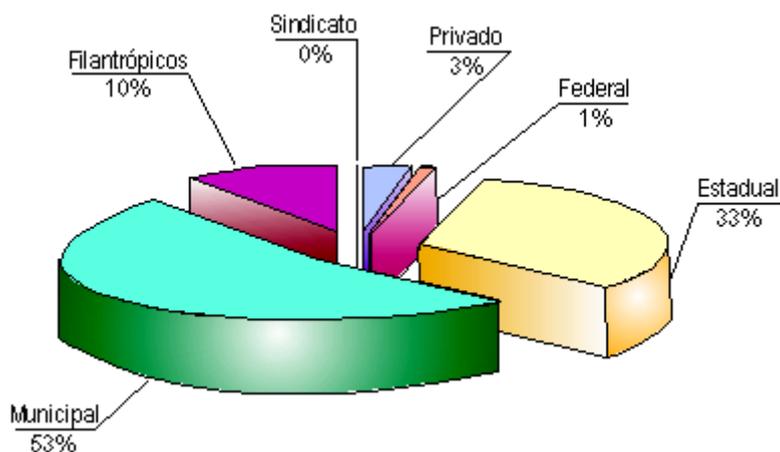
DRS	População 2006	Leitos de UTI por tipo										Total de Leitos UTI/USUS existentes	Total Leitos - tem leito para cada 1000 habitantes	Parâmetro de Necessidade de Leitos de UTI				
		Leitos de UTI por tipo												Cont.	Eurt	8% LG (C) 8% LG (E) 1:10 mil Hab	Sobre Total de Leitos Gerais (sem pop. q.)	score a população
		UTI I	AD II	PED II	NBO II	ESP II	A III	PED III	NBO III	ESP III	III							
3601 Guarde São Paulo	19.677.510	411	445	132	297	12	308	134	124	236	2.099	22.745	24.441	1820	1.965	1.968		
3602 Araraquã	700.008	30	10	7	10	0	0	0	0	0	67	1.999	1.865	128	148	70		
3603 Araçuaia	942.888	8	33	13	11	7	0	0	0	0	72	1.967	2.307	167	187	94		
3604 Baurista Santa	1.686.453	34	48	11	20	10	20	10	0	10	163	1.472	2.335	118	187	167		
3605 Baurista	415.280	5	10	0	0	0	0	2	8	0	45	1.071	1.431	86	114	42		
3606 Baurista	1.623.025	25	70	26	19	0	16	7	15	14	192	4.425	5.612	354	449	162		
3607 Campinas	3.885.512	77	180	42	61	0	21	22	15	5	363	3.878	5.325	310	425	389		
3608 Franca	657.344	0	9	10	5	15	18	0	0	0	57	1.360	1.705	109	135	66		
3609 Marília	1.081.250	25	67	9	16	2	0	0	0	0	119	3.176	3.758	254	301	108		
3610 Plicação	1.405.849	0	49	10	10	8	29	9	11	14	140	1.876	2.444	150	196	141		
3611 Presidente Prudente	723.244	15	30	0	4	0	0	0	0	0	49	1.430	2.127	114	170	72		
3612 Regino	299.360	0	9	0	0	0	0	0	0	0	9	316	450	25	36	30		
3613 Ribeirão Preto	1.230.785	16	29	3	4	16	35	18	40	7	168	2.044	2.442	164	195	123		
3614 São João da Boa Vista	797.952	10	37	0	3	0	0	0	0	0	50	1.707	2.245	137	180	80		
3615 São José do Rio Preto	1.456.782	45	98	13	9	5	45	6	16	34	271	3.695	4.752	292	380	146		
3616 Sorocaba	2.245.623	21	69	0	30	2	5	7	4	3	141	3.412	4.213	273	337	225		
3617 Taubaté	2.243.796	24	98	18	45	0	12	0	0	0	197	2.949	3.731	256	298	224		
Total	41.055.761	746	1.261	294	544	107	509	215	293	323	4.232	59.074	71.203	4.726	5.696	4.106		

Fonte: CNES/Datasus.

Natureza e Gestão da rede SUS

O Gráfico 45 mostra que 53% dos procedimentos ambulatoriais são realizados pelos municípios - incluída aqui a atenção básica -, 33% da produção é estadual e 10% realizada por prestadores filantrópicos.

GRÁFICO 45
Produção física ambulatorial por tipo de prestador.
2006

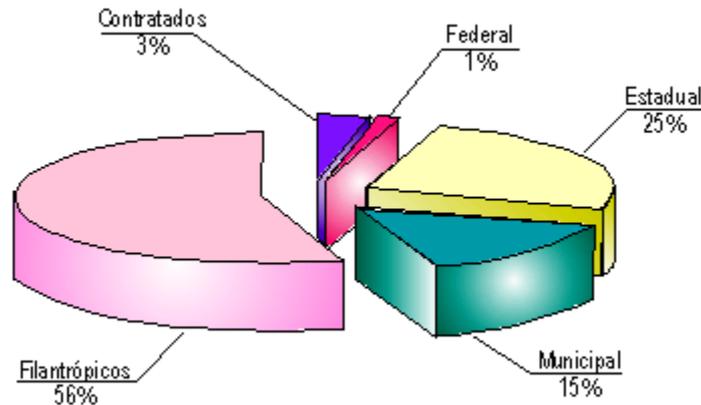


Fonte: SIA/SUS.

Privado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópicos	Sindicatos	Total
20 385 380	6 862 314	214 343 499	351 374 458	6 526 835	207 708	658 188 371

No Gráfico 46 estão representadas as internações segundo a natureza jurídica dos prestadores, onde se tem uma significativa parcela que cabe aos prestadores filantrópicos, bem distinta do panorama apresentado pela realização de procedimentos ambulatoriais descrito acima, ou seja, 56% das internações ocorridas no ano de 2006 foram desta natureza, seguidas por estadual com 25% e municipal com 15%.

GRÁFICO 46
Internações por natureza do prestador, 2006



Fonte: SIH/SUS.

■ **Gestão**

No Estado de São Paulo, a alta complexidade ambulatorial está sob gestão estadual, como é possível observar a relação dos percentuais onde 72,96% dos recursos estão sob gestão estadual e 27,04% sob gestão municipal. Estes números ficam ainda mais díspares quando se olha o volume físico, onde 95,9% da produção estão sob gestão estadual e 4,10% sob gestão municipal.

Na média complexidade ambulatorial, a distribuição é mais homogênea entre as duas esferas do SUS tanto do ponto de vista físico como do financeiro, sendo 55,6% dos procedimentos de Média Complexidade (MC) realizados pela gestão estadual e 44,4% pela gestão municipal e nos valores financeiros 46,3% na estadual e 53,6% na municipal do total de recursos da média complexidade.

A internação de alta complexidade no Estado de São Paulo apresenta um comportamento bastante homogêneo, onde temos percentuais físicos e financeiros significando: 58,3% e 55,11% na gestão estadual e 41,7% e 44,89% na municipal, respectivamente. A internação de média complexidade no Estado de São Paulo apresenta o seguinte comportamento no que diz respeito a percentuais físicos e financeiros: 51% e 55% na gestão estadual e 49% e 45% sob gestão municipal, respectivamente (Tabelas 35, 36, 37 e 38).

TABELA 35
Produção de alta complexidade ambulatorial, físico e financeiro (aprovado), por tipo de gestão segundo DRS de ocorrência, 2006

DRS Ocorrência	FÍSICO		TOTAL	ESTADUAL		FINANCEIRO	
	ESTADUAL	MUNICIPAL		MUNICIPAL	MUNICIPAL	TOTAL	
Grande Sao Paulo	76.539.862	3.610.435	80.150.297	498.204.698,09	248.214.151,34	746.418.849,43	
Aracatuba	1.889.308	153.678	2.042.986	7.854.294,90	9.850.089,62	17.704.384,52	
Araraquara	2.637.925	156.481	2.794.406	11.918.293,46	13.373.447,93	25.291.741,39	
Baixada Santista	5.376.897	531.791	5.908.688	28.034.554,87	22.865.048,42	50.899.603,29	
Barretos	2.815.204	36.307	2.851.511	54.567.952,31	948.272,51	55.516.224,82	
Bauru	7.426.940	32.752	7.459.692	86.342.785,09	2.050.118,46	88.392.903,55	
Campinas	13.295.019	531.839	13.826.858	124.143.883,02	25.962.048,05	150.105.931,07	
Franca	2.604.172	221.203	2.825.375	8.214.540,82	14.110.874,92	22.325.415,74	
Marília	5.018.721	239.991	5.258.712	35.115.586,46	14.416.661,40	49.532.247,86	
Piracicaba	3.451.317	144.118	3.595.435	34.322.115,32	4.788.189,69	39.110.305,01	
Presidente Prudente	4.097.003	76.206	4.173.209	26.470.839,40	1.228.117,64	27.698.957,04	
Registro	553.830	0	553.830	4.192.986,24	0,00	4.192.986,24	
Ribeirão Preto	6.130.387	156.245	6.286.632	50.483.612,53	20.420.124,00	70.903.736,53	
São João da Boa Vista	2.568.701	72.102	2.640.803	16.785.766,42	2.313.252,12	19.099.018,54	
São José do Rio Preto	10.738.003	152.857	10.890.860	68.299.667,39	7.668.894,93	75.968.562,32	
Sorocaba	7.103.484	266.435	7.369.919	47.140.534,28	15.120.202,98	62.260.737,26	
Taubaté	5.268.351	345.641	5.613.992	43.307.489,37	21.192.937,83	64.500.427,20	
Total	157.515.124	6.728.081	164.243.205	1.145.399.599,97	424.522.431,84	1.569.922.031,81	

Fonte: Banco de Dados do SIA - Produção Ambulatorial

TABELA 36
Produção de média complexidade ambulatorial físico e financeiro (aprovado) por tipo de gestão segundo o DRS de ocorrência, 2006

DRS Ocorrência	FÍSICO			FINANCEIRO		
	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
3501 Grande São Paulo	56.362,173	59.783,321	116.145,494	366.579,661,25	377.480.140,62	743.059.801,87
3502 Aracatuba	974,282	1.103,733	2.078,015	6.617,604,66	7.768,266,93	14.385.871,59
3503 Araraquara	1.528,969	1.396,633	2.925,602	9.366,953,59	9.288,364,69	18.655.318,28
3504 Baixada Santista	573,693	10.412,693	10.986,386	3.914,165,09	60.115,073,76	64.029.238,85
3505 Barretos	895,314	1.438,259	2.333,573	7.082,886,41	8.543,806,76	15.626.673,17
3506 Bauru	8.727,293	1.396,895	10.124,188	63.571,373,14	8.467,831,37	72.039.204,51
3507 Campinas	5.909,384	15.490,516	21.399,900	40.274,286,29	94.277,582,35	134.551.868,64
3508 Franca	1.004,190	1.594,362	2.598,552	5.320,809,07	11.177,177,62	16.497.986,69
3509 Marília	2.786,822	3.039,287	5.826,109	18.143,146,21	16.927,175,12	35.070.323,33
3510 Piracicaba	698,504	4.106,859	4.805,363	3.764,347,21	24.745,861,54	28.510.208,75
3511 Presidente Prudente	2.435,785	524,526	2.960,311	18.444,441,81	2.649,333,14	21.093.774,95
3512 Registro	1.467,452	0	1.467,452	8.573,079,88	0,00	8.573.079,88
3513 Ribeirão Preto	2.625,037	3.796,422	6.421,459	18.832,106,73	21.216,591,31	40.048.698,04
3514 São João da Boa Vista	1.019,236	2.662,289	3.681,525	9.492,061,71	14.554,054,87	24.046.116,58
3515 São José do Rio Preto	5.880,954	2.185,982	8.066,936	43.206,132,24	16.971,969,41	80.178.101,65
3516 Sorocaba	3.124,889	6.646,886	9.771,755	19.051,679,93	38.900,584,73	57.952.264,66
3517 Taubaté	2.971,408	8.467,184	11.438,592	18.932,680,52	50.016,770,15	68.949.450,67
Total	96.955,365	124.045,827	223.001,212	660.167.397,74	763.100.584,37	1.423.267.982,11

Fonte: Banco de Dados do SIA - Produção Ambulatorial

Tabela 37
Número de internações de alta complexidade físico e financeiro por tipo de gestão segundo o DRS de ocorrência, 2006

DRS OCOR	FÍSICO		TOTAL	FINANCEIRO		TOTAL
	ESTADUAL	MUNICIPAL		ESTADUAL	MUNICIPAL	
Grande São Paulo	45.127	31.159	76.286	316.789.949,26	196.642.378,16	513.432.327,42
Aracatuba	53	1.293	1.346	9.000.293,91	16.158.290,66	25.158.584,57
Araraquara	179	2.073	2.252	10.778.288,16	12.850.331,28	23.628.619,44
Baixada Santista	312	3.105	3.417	5.879.815,24	33.921.944,59	39.801.759,83
Barretos	3.524	800	4.324	5.276.745,01	12.636.946,99	17.913.692,00
Bauru	15.523	117	15.640	55.488.829,93	8.435.929,82	63.924.759,75
Campinas	8.082	4.442	12.524	34.928.986,66	67.010.331,97	101.939.318,63
Franca	0	2.373	2.373	5.044.425,65	14.171.893,34	19.216.318,99
Marília	1.349	1.311	2.660	30.086.752,67	21.504.395,79	51.571.148,46
Piracicaba	1	4.391	4.392	11.284.838,53	28.759.553,26	40.044.391,79
Presidente Prudente	1.891	3	1.894	22.823.646,25	4.151.105,12	26.974.751,37
Registro	41	0	41	5.675.879,28	0,00	5.675.879,28
Ribeirão Preto	6.492	1.886	8.378	27.447.780,89	22.107.523,93	49.555.304,82
São João da Boa Vista	8	905	913	24.960.919,70	16.642.313,58	41.603.233,28
São José do Rio Preto	7.097	1.254	8.351	52.810.124,35	10.440.057,49	63.250.181,84
Sorocaba	2.060	9.978	12.038	42.247.519,98	43.512.398,94	85.759.918,92
Taubaté	2.653	2.519	5.172	15.195.767,37	41.437.431,14	56.633.198,51
Total	94.392	67.609	162.001	675.700.562,84	530.382.826,06	1.226.083.388,90

Fonte: Banco de Dados do SIH - AHS Processadas e Pagas

TABELA 38
Internações de média complexidade físico e financeiro por tipo de gestão segundo o DRS de ocorrência, 2006

DRS	FÍSICO			FINANCEIRO		
	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
Grande São Paulo	385.546	525.674	911.220	196.642.378,16	316.789.949,26	513.432.327,42
Aracatuba	24.574	25.144	49.718	16.158.290,66	9.000.293,91	25.158.584,57
Araraquara	26.039	25.464	51.503	12.850.331,28	10.778.288,16	23.628.619,44
Baixada Santista	68.965	8.754	77.719	33.921.944,59	5.879.815,24	39.801.759,83
Barretos	26.516	8.962	35.478	12.636.946,99	5.276.745,01	17.913.692,00
Bauru	20.431	103.778	124.209	8.435.929,82	55.488.829,93	63.924.759,75
Campinas	138.577	55.760	194.337	67.010.331,97	34.928.986,66	101.939.318,63
Franca	22.200	15.569	37.769	14.171.833,34	5.044.425,65	19.216.318,99
Marília	47.940	47.411	95.351	21.504.395,79	30.066.752,67	51.571.148,46
Piracicaba	54.236	17.407	71.643	28.759.553,26	11.284.838,53	40.044.391,79
Presidente Prudente	10.411	46.757	57.168	4.151.105,12	22.823.646,25	26.974.751,37
Registro	0	13.172	13.172	0,00	5.675.879,28	5.675.879,28
Ribeirão Preto	46.417	32.167	78.584	22.107.523,93	27.447.780,89	49.555.304,82
São João da Boa Vista	37.586	39.127	76.713	16.642.313,58	24.960.919,70	41.603.233,28
São José do Rio Preto	20.179	96.344	116.523	10.440.057,49	52.810.124,35	63.250.181,84
Sorocaba	91.512	69.490	161.002	43.512.398,94	42.247.519,98	85.759.918,92
Taubaté	87.134	29.857	116.991	41.437.431,14	15.195.767,37	56.633.198,51
TOTAL	1.108.263	1.160.836	2.269.100	550.382.826,06	675.700.562,84	1.226.083.388,90

Fonte: Banco de Dados do SIH - AIHs Processadas e Pagas

Financiamento do SUS

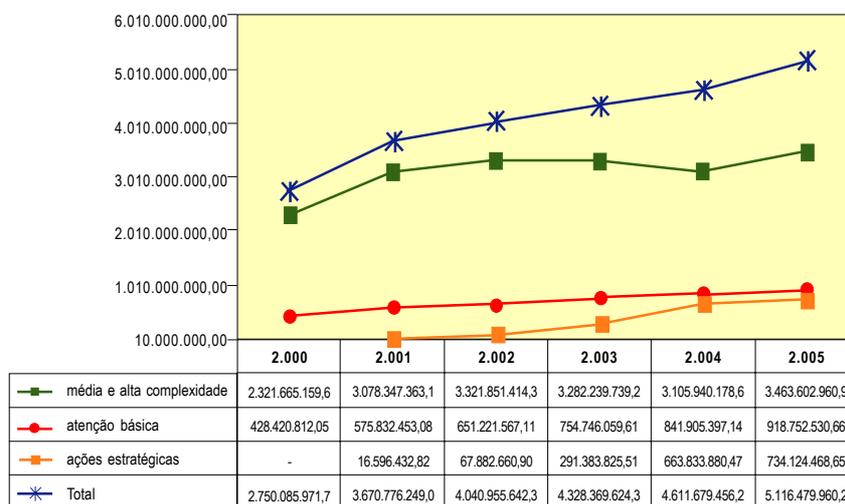
A representação dos recursos federais repassados ao Estado de São Paulo aponta para um incremento do custeio da atenção básica da ordem de 15,6% do total de recursos repassados em 2000 para 18% em 2005.

Observando-se a evolução do custeio da média e alta complexidade no período, temos uma variação percentual da ordem de 16,7% a menor, sendo 84,4% em 2000 para 67,7% do total de recursos federais em 2005.

Já as ações estratégicas, que passam a ter um incremento significativo desde sua instituição em 2001, deixando de onerar o teto financeiro do Estado, apresentaram um comportamento crescente, tendo em vista a política federal de incluir cada vez mais procedimentos elencados como estratégicos, ou seja, diálise, quimioterapia, radioterapia, campanhas etc., passando de 0,45% para 14,3% dos recursos em 2005.

GRÁFICO 47

Recursos Federais - Transferências para o custeio da atenção à saúde no SUS São Paulo, 2000-2005



Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

Recursos por tipo de transferência

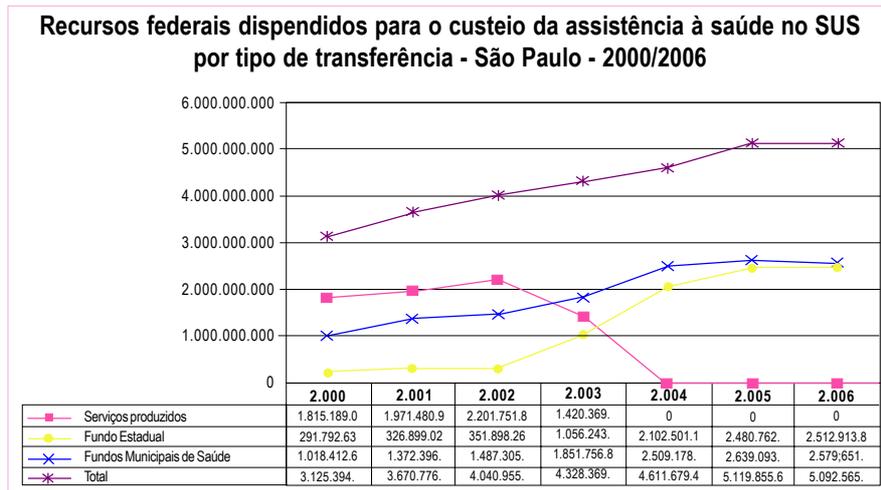
Ao analisar a Tabela 39, detecta-se que após a habilitação do Estado de São Paulo na condição de gestão plena do sistema estadual pela pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), a totalidade dos recursos federais passou a ser transferida pela modalidade fundo a fundo, estadual ou municipal de acordo com a gestão.

TABELA 39
Recursos federais do SUS por tipo de transferência e ano de competência. Estado de São Paulo, 2000/2006

Tipo de Transferência	Ano Competência						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Serviços produzidos	1.815.189.036	1.971.480.978	2.201.751.819	1.420.369.728	0	0	0
Fundo Estadual	291.792.632	326.899.026	351.898.262	1.056.243.044	2.102.501.133	2.480.762.588	2.512.913.868
Fundos Municipais de Saúde	1.018.412.667	1.372.396.246	1.487.305.561	1.851.756.853	2.509.178.323	2.639.093.043	2.579.651.660
Total	3.125.394.335	3.670.776.249	4.040.955.642	4.328.369.624	4.611.679.456	5.119.855.631	5.092.565.527

Fonte: SIA/SUS; SIH/SUS; Fundo Nacional de Saúde.

GRÁFICO 48



Fonte: SIA e SIH e Fundo Nacional de Saúde.

TABELA 40
Evolução do percentual dos recursos federais transferidos segundo o tipo de transferência. São Paulo, 2000/2006

Tipo de Transferência	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Remuneração por serviços produzidos	58	54	54	33	-	-	-
Fundo Estadual de Saúde	9	9	9	24	46	48	49
Fundo Municipal de Saúde	33	37	37	43	54	52	51

Fonte: SIA e SIH e Fundo Nacional de Saúde.

Com a mudança na condição de gestão do Estado há uma mudança no volume das transferências fundo a fundo; por exemplo: a transferência ao Fundo Estadual de Saúde (FES) passa de 46% em 2004 para 49% do total de recursos federais em 2006, fato que pode ser explicado pelo processo de "contratualização" dos hospitais universitários que estão sob gestão estadual.

TABELA 41
Despesas do SUS total (em milhões de R\$) e per capita por esfera de governo, Estado de São Paulo, 2000/2004

Ano	Federal	%	Per Capita	Estadual	%	Per Capita	Municipal	%	Per Capita	Total	%	Per Capita
2000	3.572	42,1	96,5	2.075	24,4	56,0	2.847	33,5	76,9	8.494	100,0	229,4
2001	3.870	39,2	102,9	2.617	26,5	69,5	3.393	34,3	90,2	9.880	100,0	262,6
2002	4.299	36,5	112,6	3.514	29,8	92,0	3.980	33,7	104,2	11.793	100,0	308,9
2003	4.846	36,2	125,2	3.789	28,3	97,9	4.767	35,6	123,1	13.402	100,0	346,2
2004	5.350	35,0	134,3	4.589	30,0	115,2	5.334	34,9	133,9	15.273	100,0	383,5
% de crescimento	49,8	-16,7	39,2	121,2	23,0	105,7	87,4	4,2	74,1	79,8	-	67,2

Fonte: MS/SCTIE/DES/SIOPS

Na Tabela 41, pode-se comparar a evolução da participação de cada esfera de governo na composição total dos gastos no SUS/SP em milhões de reais e quanto este valor significa em termos *per capita* em reais. Pode-se verificar o comportamento de cada esfera em termos percentuais, onde a participação crescente do gestor estadual aponta para um incremento da ordem de 23%, o consolidado dos gestores municipais da ordem de 4,2%, enquanto o gestor federal apresenta uma variação menor: de 16,7%.

Em termos *per capita*, a evolução é semelhante: a participação estadual evolui de um per capita em 2000 de R\$ 56 para R\$ 115,20 em 2004, com um incremento de R\$ 105,7.

Assistência farmacêutica

► Programa Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Dose Certa

A política de assegurar o acesso da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) aos medicamentos teve continuidade em 2006. O Dose Certa, que se iniciou em 1995, desde 1999 garante o fornecimento regular e gratuito de 41 medicamentos básicos a todos os 645 municípios do Estado (utilizados em doenças muito freqüentes, atendidas pela rede de unidades básicas de saúde municipais, como a hipertensão arterial, as infecções e doenças respiratórias da infância, a desidratação infantil e as parasitoses intestinais, entre outras). O sucesso do Dose Certa pode ser constatado pelo enorme volume de unidades de medicamentos distribuídas em 2006 (cerca de 1,86 bilhão de unidades farmacêuticas), com recursos totais de cerca de R\$ 127,2 milhões, sendo os recursos do Governo Estadual da ordem de R\$ 64,4 milhões.

► Insumos para Diabetes Melito

O Ministério da Saúde tradicionalmente responsabilizava-se pela aquisição, fornecimento e padronização dos remédios para diabetes, hipoglicemiantes orais e injetáveis (insulina), mas não havia garantia de fornecimento aos pacientes de insumos necessários ao controle da glicemia capilar e auto-aplicação de insulina.

A Secretaria de Estado da Saúde elaborou uma proposta de cadastramento dos pacientes insulino-dependentes, bem como de financiamento para a dispensação desses insumos, cumprindo suas funções de controle e assessoria aos municípios para a prevenção e tratamento do diabetes. Neste sentido, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de São Paulo, que congrega os gestores das esferas estadual e municipal do SUS, aprovou em 2005 a proposta referente ao financiamento pelo Governo do Estado de insumos para controle de glicemia capilar e auto-aplicação de insulina.

A partir de junho de 2005, o Governo do Estado arca com 75% do valor dos insumos e as Secretarias Municipais de Saúde

responsabilizar-se-ão pelos 25% restantes. O sistema de cadastramento registrou 145 mil pacientes até nov./06, com gastos de aproximadamente R\$ 51 milhões.

► **Programa de Medicamentos de Alto Custo**

Em 2006, este programa do SUS distribuiu medicamentos para cerca de 246 mil pacientes com doenças/agravos que requerem o uso de medicamentos por tempo prolongado (pacientes transplantados, doentes renais crônicos, portadores de esclerose múltipla, doença de Gaucher, nanismo hipofisário, hepatites virais, tratamento de osteoporose, endometriose, distonias, paralisias, acromegalia, imunodeficiências etc.). O número de pacientes atendidos em 2006 representa significativo aumento em relação aos cerca de 185 mil pacientes cadastrados até o final de 2005. Foram gastos neste programa aproximadamente R\$ 603 milhões (até nov./06), sendo R\$ 130 milhões do Governo do Estado e o restante do Ministério da Saúde.

Produção. A Fundação para o Remédio Popular (Furp) fechou outubro de 2006 com um acumulado de mais de 2,1 bilhões de unidades farmacêuticas, valor 7% superior ao mesmo período de produção em 2005 (de janeiro a outubro de 2005, a produção foi de 1 962 714 505 unidades farmacêuticas).

TABELA 42
Produção Furp, 2004/2006

Ano	Quantitativo Unidades Farmacêuticas Produzidas
2004	1 959 515 592
2005	2 423 273 807
2006*	2 104 409 662

Fonte: Furp. (*) Dados até outubro de 2006. Unidade farmacêutica: comprimidos, cápsulas, frascos, bisnagas e frasco-ampolas.

Distribuição. Comparativamente, em termos de unidades farmacêuticas distribuídas, houve também crescimento de 7% entre 2005 e 2006 (no período disponível de janeiro a outubro): em 2005, atingiu-se 1 959 650 859 de unidades e em 2006 foram 2 097 913 971.

Programa Dose Certa. Gerido pela Secretaria de Estado da Saúde e operacionalizado pela Furp, visa distribuir 41 tipos de medicamentos a todas as unidades básicas de saúde dos municípios do Estado de São Paulo. O atendimento ao programa representou, até outubro de 2006, 73% do total de distribuição de medicamentos da Furp. Registrou o expressivo crescimento de 14% na distribuição de medicamentos se comparado com igual período em 2005 (em jan./out. de 2005, foram 1 352 402 800 unidades distribuídas).

TABELA 43
Programa Dose Certa, 2004/2006

Ano	Quantitativo (Unidade Farmacêutica)
2004	1 256 481 100
2005	1 638 472 600
2006*	1 537 964 250

Fonte: Furp. (*) Dados até outubro de 2006. Unidade farmacêutica: comprimidos, cápsulas, frascos, bisnagas, frasco-ampolas.

Farmácias "Dose Certa". São aquelas que distribuem os medicamentos do Programa Dose Certa. Elas foram criadas com o objetivo de facilitar o acesso da população da Capital aos medicamentos do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica Básica - Dose Certa. Em 2006, totalizam 20 unidades localizadas nas Estações do Metrô, da Companhia Paulista de Transportes Metropolitanos (CPTM), no terminal da Empresa Metropolitana de Transportes Urbanos (EMTU) em São Mateus e em alguns hospitais e ambulatórios. Desde sua implantação - em 13/9/04 até outubro de 2006 -, as farmácias distribuíram mais de 49,7 milhões de unidades e atenderam 718,5 mil receitas.

Recursos humanos

Em janeiro de 2007, a SES possuía em folha de pagamento 69 089 servidores em seu quadro referente à administração direta. Deste total, 83% encontram-se em unidades prestadoras direta de assistência ao usuário do SUS (ambulatórios, hospitais e unidades básicas), estando a maior concentração de servidores nos hospitais da SES (61,8%).

Por outro lado, as áreas estritamente de gestão estadual do SUS (ou seja, as direções regionais e a sede da SES) concentram 10,1% do total do quadro de pessoal da SES. Esta distribuição do quadro de pessoal da administração direta da SES demonstra claramente as suas duas vocações: a assistência hospitalar e especializada e a gestão estadual do SUS.

A antiga vocação da SES - pela atenção básica - foi quase inteiramente transferida para a esfera municipal, como decorrência das diretrizes de organização do SUS. Desse modo, o grande contingente de servidores lotados nas unidades básicas de saúde encontra-se na maior parte municipalizado (os 15,7% de servidores municipalizados estão quase todos lotados nas unidades básicas e nos ambulatórios especializados transferidos para a gestão municipal).

TABELA 44
Número de servidores da administração direta da
Secretaria de Estado da Saúde, segundo o tipo de
unidade administrativa de lotação e o grupo de
atividade relacionada ao cargo atualmente
ocupado, janeiro de 2007

Tipo de Unidade	Atividade					Total
	Apoio Diag. & Terap.	Assist. Técnica/ Comando	Assistencial	Operacional	Sem Referência	
Ambulatório especializado	178	310	2 285	1 770	69	4 612
Direções Regionais	60	798	1 130	2 825	68	4 881
Hematologia	41	29	53	65	0	188
Hospital	2 269	2 413	24 901	13 036	101	42 720
Instituto	179	170	127	1 375	2	1 853
Laboratório	682	83	85	602	11	1 463
Sede	24	707	424	928	18	2 101
UBS/CS(*)	116	168	5 116	4 571	9	9 980
Vigilância Epi. & Sanitária	57	105	607	506	7	1 282
Sem Referência	0	6	1	2	0	9
TOTAL	3 606	4 789	34 729	25 680	285	69 089

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH)/SES.

(*) Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde.

TABELA 45
Número de servidores da administração direta da
Secretaria de Estado da Saúde, segundo tipo de
unidade administrativa de lotação e
municipalização, janeiro de 2007

Tipo de Unidade	Municipalização		Total
	Não-Municipalizado	Municipalizado	
Ambulatório Especializado	3 329	1 283	4 612
Direções Regionais	4 881	-	4 881
Hematologia	188	-	188
Hospital	42 450	270	42 720
Instituto	1 853	-	1 853
Laboratório	1 184	279	1 463
Sede	2 101	-	2 101
UBS/CS	964	9 016	9 980
Vigilância Epi. & Sanitária	1 282	-	1 282
Sem Referência	9	-	9
Total	58 241	10 848	69 089

Fonte: CRH/SES.

Um outro aspecto importante na descrição do quadro de pessoal da SES diz respeito à composição por idade. A grande maioria dos servidores encontra-se em faixas etárias acima de 40 anos. Esta média de idade, em torno de 47, é reflexo da relativa estabilidade de seu quadro de servidores.

Note-se que 79,8% dos servidores ingressaram na SES antes do ano 2000. Nos hospitais, este percentual cai para 72,5%, indicando a presença de renovação do quadro neste grupo de unidades. Lembre-se que os hospitais possuíam (até o início deste ano) padrão de lotação definido para cada unidade, podendo, pois, mediante concurso ou contratação em regime de emergência (LC 733), repor os cargos vacantes. Na SES, apenas as unidades com padrão de lotação definido (hospitais e parte dos ambulatórios de especialidades) repuseram seu quadro de pessoal.

TABELA 46
Número de servidores da administração direta da
Secretaria de Estado da Saúde, segundo faixa etária
e sexo, janeiro de 2007

Faixa Etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
<= 30	2 223	974	3 197
> 30 - 40	10 274	4 217	14 491
> 40 - 50	18 185	6 963	25 148
> 50 - 60	14 140	6 100	20 240
> 60	3 890	2 123	6 013
Total	48 712	20 377	69 089

Fonte: CRH/SES.

TABELA 47
Média de idade de servidores da administração
direta da Secretaria de Estado da Saúde, segundo o
tipo de unidade administrativa de lotação e grupo
de atividade relacionada ao cargo atualmente
ocupado, janeiro de 2007

Tipo de Unidade	Atividade				Total Geral
	Apoio Diag. & Terap.	Assist. Técnica/ Comando	Assistencial	Operacional	
Ambulatório especializado	45,94	49,12	48,47	49,41	48,75
Direções Regionais	46,08	48,41	50,31	50,10	49,81
Hematologia	45,07	48,90	48,91	48,62	47,97
Hospital	41,72	45,70	44,07	48,09	45,29
Instituto	45,41	50,15	51,84	49,45	49,29
Laboratório	47,17	49,70	50,71	49,86	48,60
Sede	47,96	47,10	51,53	48,47	48,65
UBS/CS	50,57	52,33	51,29	52,43	51,82
Vigilância Epi. & Sanitária	49,11	48,68	51,27	51,12	50,87
TOTAL	43,70	47,12	45,90	49,37	47,17

Fonte: CRH/SES.

Os grupos de servidores com médias menores de idade são aqueles que apresentam maior rotatividade do quadro, ou seja: os servidores assistenciais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e outros) e de apoio diagnóstico e terapêutico nos hospitais (técnicos de radiologia e de laboratório, entre outros).

O grupo de servidores lotados em unidades básicas apresenta a maior média de idade. Certamente, isto é decorrente do processo de municipalização destas unidades, em que a reposição dos seus quadros é realizada pelo próprio município que as recebeu, e não mais pelo Estado.

A distribuição por sexo mostra que 70,5% do quadro são constituídos por mulheres. Esta distribuição é relativamente constante nos diferentes subgrupos de servidores, com uma ligeira tendência ao aumento deste percentual nos cargos de assistência técnica (79,5%) e de direção (72%).

Por outro lado, as direções regionais e a Sede da Secretaria de Estado da Saúde apresentam menor proporção de mulheres (64,2% e 66,2%, respectivamente).

TABELA 48
Número de servidores da administração direta da
Secretaria de Estado da Saúde, segundo ano de
início de exercício no cargo atual e grupo de
unidade de lotação, janeiro de 2007

Ano de Início de Exercício I	Hospitais	Demais Unidades	Total
> 1980 - 1990	5 464	10 534	15 998
> 1990 - 2000	23 435	9 800	33 235
> 2000 - 2002	3 509	944	4 453
> 2002 - 2004	1 645	380	2 025
> 2004 - 2006	6 582	891	7 473
2007	11	14	25
Total	42 720	26 369	69 089

Fonte: CRH/SES.

► Humanização

O Governo Estadual tem dado grande importância ao processo de aperfeiçoamento das unidades de saúde estaduais, garantindo um alto padrão de qualidade, centrado no objetivo maior: a humanização do atendimento.

A importância da humanização na saúde decorre da fragilidade da condição do ser humano doente frente aos serviços de saúde e à tendência habitual de "coisificação" dos pacientes pelas rotinas hospitalares (valorização exclusiva da "tecnologia").

Portanto, a humanização corresponde ao respeito, reconhecimento e atendimento das necessidades individuais dos pacientes, com mudanças na organização da unidade e acolhimento ativamente interessado na demanda. Várias atividades de humanização da assistência hospitalar foram desenvolvidas, destacando-se:

■ Projeto Jovens Acolhedores

É um projeto da Secretaria de Estado da Saúde destinado à participação de universitários (estagiários) no acolhimento de pacientes das Unidades Públicas de Saúde, realizando o primeiro contato, com os seguintes objetivos:

- Encaminhar e informar (pacientes e acompanhantes) sobre sua situação e outros aspectos do atendimento.
- Evitar a ansiedade e proporcionar confiança a todos aqueles que procuram pelos serviços.
- Os universitários, alunos de instituições privadas de Ensino Superior, previamente conveniadas com a Secretaria de Estado da Saúde, participarem de um sorteio público.
- No ano de 2006, foram sorteadas 587 bolsas de estudo, sendo os universitários distribuídos em 47 Unidades de Saúde da Grande São Paulo e Interior. Os estudantes recebem bolsa de estudo integral por um ano, período em que desenvolverão, por um ano, atividades supervisionadas.

■ Projeto "Leia Comigo"

Para melhorar o atendimento aos pacientes, constatou-se que a leitura poderia ser uma distração para eles e seus acompanhantes. Assim foram instaladas salas de leitura nos hospitais, institutos e centros de referência com cerca de 500 livros à disposição dos

usuários. Os livros também chegam aos pacientes em seus leitos através de um carrinho que funciona como uma "biblioteca sobre rodas". O projeto já está em funcionamento em 50 unidades de saúde.

■ **Projeto "Conte Comigo"**

Formado por profissionais qualificados e devidamente treinados entre os servidores estaduais, tem por objetivo solucionar problemas, orientar e informar os usuários dos serviços de saúde da rede estadual, além de receber sugestões para a melhoria do atendimento. Está em funcionamento em 35 hospitais e dois centros de referência.

■ **Projeto "Cantinho da Beleza"**

Consiste na criação de salões de beleza nos hospitais, com o objetivo de elevar a auto-estima dos pacientes. Já está implantado em 25 hospitais.

Informações de satisfação dos usuários (Ouvidoria)

Dada a enorme complexidade de serviços prestados pelos órgãos de saúde, a variedade de assuntos tratados nas manifestações é certamente muito mais ampla do que na maioria dos demais órgãos públicos. O total de manifestações recebido por todos os órgãos no ano de 2006 foi de 199 731. Na Tabela 49, apresentamos as manifestações, classificadas segundo o grau de importância e pelo aspecto quantitativo.

Grande parte das demandas diz respeito à busca de informações sobre o endereço e horário de funcionamento de unidades de atendimento em saúde, que sejam próximas dos domicílios dos cidadãos.

Além da localização, é frequente que a população procure saber o tipo de atendimento prestado (por exemplo: consultas de especialidades, exames laboratoriais, principalmente os de alto custo - ressonância magnética, tomografia, mamografia, serviços cirúrgicos etc.). Um outro tipo de orientação comum diz respeito ao fornecimento de medicamentos ou de outros insumos relacionados com a saúde, como é o caso do leite para desnutridos ou dos medicamentos para diabetes.

TABELA 49
Principais demandas recebidas da ouvidoria, 2006

Tipo de manifestação	1º semestre	2º semestre	Total	%
Solicitação de Informações	44 788	23 407	68 195	34,0
Reclamações	48 966	24 392	73 358	37,0
Expressões Livres	11 217	30 335	41 552	21,0
Sugestões	4 766	4 070	8 836	4,4
Elogios	3 462	2 844	6 306	3,0
Denúncias	649	510	1 159	0,5
Outros	158	167	325	0,1
Total	114 006	85 725	199 731	100,0

Fonte: Ouvidoria/SES.

Da mesma forma, quando a grande mídia noticia sobre problemas de saúde e novos medicamentos ou terapias, a população busca os serviços de saúde para obtê-los.

Tendo em vista o recente desenvolvimento do SUS, observamos que a população ainda apresenta dificuldades em entender a estrutura do sistema de saúde, muitas vezes buscando diretamente o atendimento de saúde em unidades especializadas (por exemplo, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo), sendo, nestes casos, orientada a procurar inicialmente as unidades básicas de saúde municipais.

Nota-se o grande volume de reclamações sobre medicamentos, refletindo o aumento de importância desta questão para o SUS, em especial as ações judiciais para obtenção de medicamentos.

Também se destacam as reclamações sobre os atendimentos em UBS, que estão sob gestão municipal, geralmente relacionadas com falta de vagas ou demora no atendimento. As reclamações de atendimento nos ambulatórios estaduais estão reduzidas, tendo em vista que o sistema de agendamento de consultas e exames dos ambulatórios e hospitais universitários foi modificado, com criação de call centers, que não recebem mais o pedido de consulta ou exame diretamente dos pacientes, mas são acionados pelos órgãos municipais de saúde, conforme pactuado com os municípios.

Parte das reclamações refere-se ao não-entendimento da população sobre a divisão de funções dos serviços de saúde do SUS, o papel de cada esfera de governo. A reordenação gradual do sistema de saúde municipal e a criação de redes mais eficientes entre os serviços municipais e estaduais deverão, gradualmente, dirigir as reclamações aos órgãos competentes.

Por outro lado, o SUS tem realizado mutirões em várias áreas assistenciais (cirurgias e exames, como mamografias etc.), que, certamente, contribuirão para reduzir as filas existentes, bem como tem informatizado e aperfeiçoado suas farmácias para melhorar o atendimento aos pacientes.

Salientamos que o planejamento, a construção de novas unidades básicas de saúde e a definição de regionalização do atendimento primário em saúde é competência da esfera municipal de saúde.

Todas as denúncias são encaminhadas aos órgãos competentes para averiguação e medidas que se façam necessárias. Cabe registrar também que as denúncias, na maioria das vezes, são relativas a órgãos sob gestão municipal.

Grande parte destas expressões livres ocorre por ocasião de campanhas e mutirões desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde, como o Mutirão de Mamografias e as campanhas de vacinação, refletindo seu impacto para a população que utiliza o SUS.

Programas de humanização do atendimento de saúde têm sido desenvolvidos nos órgãos estaduais de saúde, como o Programa Jovens Acolhedores nos hospitais, voltado para o esclarecimento dos pacientes e a resolução imediata de eventuais problemas detectados pelos usuários.

No primeiro semestre de 2006, com relação ao encaminhamento, 66,3% ou 75 567 das diferentes manifestações foram atendidas e concluídas e 3,2% foram encaminhadas a outros órgãos, por não serem de competência desta Secretaria, totalizando, assim, 69,5%. No segundo semestre de 2006, 67,7% ou 58 009 das manifestações foram atendidas e encerradas, 1,8% foi encerrada por serem consideradas inconsistentes e 4,4% o foram por encaminhamento a outros órgãos, por não serem de competência desta Secretaria, atendendo, pois, 73,8 % das manifestações.



LISTAS



L I S T A D E S I G L A S

AASI

Aparelho de Amplificação Sonora Individual

AB

Atenção Básica

ACD

Auxiliar de Consultório Dentário

ACS

Agente Comunitário de Saúde

AFCOP

Associação de Fornecedores de Cana da Região Oeste Paulista

AIDS

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH

Autorização de Internações Hospitalares

AME

Ambulatórios Médicos Especializados

ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AON

Assistência Obstétrica e Neonatal

APAC

Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ARV

Anti-Retroviral

ASIN

Assessoria de Saúde Indígena

ATS

Avaliação Tecnológica em Saúde

AVC

Acidente Vascular Cerebral

CACON

Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CAPS

Centros de Atendimento Psicossocial

CCD

Coordenadoria de Controle de Doenças

CCI

Centro de Controle de Intoxicação

CCTIES

Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos de Saúde

CDQ

Centros de Desenvolvimento e Qualificação

CEATOX

Centro de Atendimento Toxicológico

CEBRID

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEFOR

Centro de Formação de Recursos Humanos

CER

Compensações das Especificidades Regionais

CEREST

Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CES

Conselho Estadual de Saúde

CEO

Centro de Especialidades
Odontológicas

CGR

Colegiado de Gestão Regional

CGU

Controladoria Geral da União

CIB

Comissão Intergestora Bipartite

CID

Classificação Internacional de
Doenças

CIES

Comissões Permanentes de
Integração Ensino-Serviço no
Estado de São Paulo

CIPA

Comissão Interna de Prevenção
de Acidentes

CPS

Coordenadoria de Planejamento
de Saúde

CIR

Comissões Intergestores
Regionais

CNES

Cadastro Nacional de
Estabelecimentos de Saúde

CNS

Conselho Nacional de Saúde

COMSAT

Comissão de Saúde do
Trabalhador

COSEMS

Conselho de Secretários
Municipais de Saúde

CPTM

Companhia Paulista de Trens

Metropolitanos

CRATOD

Centro de Referência de Álcool,
Tabaco e Outras Drogas

CREMIP

Unidade de Referência para
Moléstias Infectocontagiosas no
Interior Paulista

CRH

Coordenadoria de Recursos
Humanos

CRI

Centro de Referência do Idoso

CRIES

Centros de Referência de
Imunobiológicos Especiais

CRSM

Centro de Referência da Saúde da
Mulher

CRST

Centros de Referência em Saúde
do Trabalhador

CRT

Centro de Referência e
Tratamento de Aids

CS

Centro de Saúde

CTA

Centros de Testagem e
Aconselhamento

CTAR

Comissões Técnicas de Auditoria
Regional

CV

Cobertura Vacinal

CVE

Centro de Vigilância
Epidemiológica

CVS

Centro de Vigilância Sanitária

DCA

Doença de Chagas Aguda

DCNT

Doenças Crônicas Não-
Transmissíveis

DCV

Doença Cerebrovascular

DDA

Doença Diarréica Aguda

DE

Diretrizes Estratégicas

DENASUS

Departamento Nacional de
Auditoria

DESAI

Departamento de Saúde Indígena

DIAUD

Divisão de Auditoria

DIC

Doença Isquêmica do Coração

DIR

Direções Regionais de Saúde

DM

Diabetes melito

DNC

Doenças de Notificação
Compulsória

DOT

Directly Observed Therapy

DPA

Diálise Peritoneal Automática

DPAC

Diálise Peritoneal Ambulatorial
Contínua

DPI

Diálise Peritoneal Intermitente

DRS

Departamento Regional de Saúde

DSEI

Distritos Sanitários Especiais de
Saúde Indígena

DST

Doenças Sexualmente
Transmissíveis

DTA

Doenças Transmitidas por
Alimentos

DTHA

Doenças de Transmissão Hídrica e
Alimentar

EAD

Educação à Distância

EMSI

Equipes Multidisciplinares de
Saúde Indígena

EMTU

Empresa Metropolitana de
Transportes Urbanos

ESF

Estratégia de Saúde da Família

ETSUS

Escolas Técnicas do SUS

FAO

Food and Agriculture Organization
of the United Nations

FAPESP

Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de São Paulo

FED

Fundo Especial de Despesa

FES

Fundo Estadual de Saúde

FMB

Febre Maculosa Brasileira

FMS

Fundo Municipal de Saúde

FR

Fatores de Risco

FUNASA

Fundação Nacional de Saúde

FURP

Fundação para o Remédio Popular

GLBTT

Gays, Lésbicas, Bissexuais,
Travestis e Transexuais

GNACS

Grupo Normativo de Auditoria e
Controle de Saúde

GTH

Grupo de Trabalho em
Humanização

GVE

Grupo de Vigilância Epidemiológica

GVS

Grupo de Vigilância Sanitária

HAS

Hipertensão Arterial Sistêmica

HD

Hospital-Dia

HIV

Vírus da Imunodeficiência Humana

IAL

Instituto Adolfo Lutz

IB

Índice Breteau

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e
Estatística

ICC

Insuficiência Cardíaca Congestiva

IDF

International Diabetes Federation

IDH

Índice de Desenvolvimento
Humano

IDHM

Índice de Desenvolvimento
Humano Municipal

INCA

Instituto Nacional de Câncer

INPC

Instituto Nacional de Proteção do
Consumidor

IP

Instituto Pasteur

IPRS

Índice Paulista de
Responsabilidade Social

IRA

Infecção Respiratória Aguda

LVA

Leishmaniose Visceral Americana

MC

Média Complexidade

MEC

Ministério da Educação e
Cultura

MMC

Método Mãe Canguru

MS

Ministério da Saúde

NOAS

Norma Operacional da Assistência
à Saúde

NOB

Norma Operacional Básica do
SUS

NESUR

Núcleo de Economia Social,
Urbana e Regional

NHE

Núcleos Hospitalares de
Epidemiologia

OMS

Organização Mundial de Saúde

ONG

Organização Não-Governamental

OPAS

Organização Pan-Americana de
Saúde

OSS

Organizações Sociais de Saúde

PAB

Piso da Atenção Básica

PACS

Programa de Agentes
Comunitários de Saúde

PA

Pronto-Atendimento

PAM

Plano de Ações e Metas

PAPVS

Programação das Ações
Prioritárias de Vigilância em
Saúde

PCCS

Plano de Cargos, Carreiras e
Salários

PCMSO

Programa de Controle Médico e
Saúde Ocupacional

PCR

Polymerase Chain Reaction

PCT

Programa de Controle de
Tuberculose

PDI

Plano Diretor de Investimento

PDR

Plano Diretor de Regionalização

PDVISA

Plano Diretor de Vigilância
Sanitária

PE

Programa Estadual

PEA

População Economicamente Ativa

PEEH

Programa Estadual de Eliminação
da Hanseníase

PERI

Programa Estadual de Redução
de Iatrogenias

PES

Plano Estadual de Saúde

PEVISAT

Programa Estadual de Vigilância à
Saúde do Trabalhador Canavieiro

PFA

Paralisias Flácidas Agudas

PGRSS

Programa de Gerenciamento de
Resíduos de Serviços de Saúde

PIB

Produto Interno Bruto

PNAD

Pesquisa Nacional por Amostra de
Domicílios

PNAN

Política Nacional de Alimentação e
Nutrição

PNASH

Programa Nacional de Avaliação
do Sistema Hospitalar

PNH

Política Nacional de Humanização

PNUD

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POPs

Produtos Organoclorados Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNASH

Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PNH

Política Nacional de Humanização

PNUD

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POPS

Produtos Organoclorados Persistentes

PPI

Programação Pactuada e Integrada

PPRA

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PQT

Poliquimioterapia

PROESF

Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF

Programa Saúde da Família

RA

Região Administrativa

RENAME

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENAST

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RH

Recursos Humanos

RIPSA

Rede Integrada de Informações para a Saúde

SADT

Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

SAE

Serviços de Atenção Especializada

SAP

Secretaria de Administração Penitenciária

SAS

Secretaria de Atenção à Saúde

SCR

Sarampo, Caxumba e Rubéola

SEADE

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SEPPIR

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SES

Secretaria de Estado de Saúde

SESMT

Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SEVISA

Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

SIA

Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB

Sistema de Informações da Atenção Básica - Saúde da Família

SIH

Sistema de Informações
Hospitalares

SIM

Sistema de Informação de
mortalidade

SMS

Secretaria Municipal de Saúde

SNA

Sistema Nacional de Auditoria

SINAN

Sistema Nacional de Agravos de
Notificação

SINASC

Sistema de Informação sobre
Nascidos Vivos

SISPACTO

Sistema de Informações do Pacto
pela Vida

SIVISA

Sistema de Informação Estadual
em Vigilância Sanitária

SUCEN

Superintendência de Controle de
Endemias

SUS

Sistema Único de Saúde

SVE

Sistema de Vigilância
Epidemiológica

SVO

Serviços de Verificação de
Óbitos

TAM

Termo de Ajuste e Metas

TB

Tuberculose

TFT

Taxa de Fecundidade Total

TGCA

Taxa Média Geométrica de
Crescimento Anual

THD

Técnico em Higiene Dental

TI

Tecnologia da Informação

TPHA

Treponema Pallidum
Hemagglutination Test

TRH

Terapia de Reposição Hormonal

TRS

Terapia Renal Substitutiva

UBS

Unidade Básica de Saúde

URM

Uso Racional do Medicamento

USF

Unidade de Saúde da Família

UTI

Unidade de Terapia Intensiva

VDRL

Venereal Disease Research
Laboratory

VE

Vigilância Epidemiológica

VISA

Vigilância Sanitária

VISAT

Vigilância em Saúde do Trabalhador

L I S T A D E T A B E L A S

TABELA 1

População residente por faixa etária e sexo, 2006.

TABELA 2

Percentual da população de 15 anos ou mais, segundo escolaridade. São Paulo, 1995, 1999 e 2004.

TABELA 3

Acesso da população a serviços básicos selecionados. São Paulo, 1991, 2000 e 2004.

TABELA 4

Indicadores do nível e composição da renda. Brasil e São Paulo, 1991 e 2000.

TABELA 5

Razão de dependência. Brasil, Região Sudeste e São Paulo, 1991 e 2004.

TABELA 6

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasil e São Paulo, 1991 e 2000.

TABELA 7

Mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupo de causas - CID-10. Estado de São Paulo, 2005.

TABELA 8

Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100 mil habitantes). Estado de São Paulo, 1999/2005.

TABELA 9

Outros dados e indicadores de

mortalidade. Estado de São Paulo, 1999/2005.

TABELA 10

Classificação dos principais diagnósticos das internações, por capítulos da CID 10 no Estado de São Paulo, Região Sudeste e Brasil. SUS, 2005.

TABELA 11

Estado de São Paulo - Número de internações por parto e curetagem pós-aborto, por faixa etária. SUS, 2000/2005.

TABELA 12

Estado de São Paulo - Proporções de cesarianas no total de partos, por faixa etária. SUS, 2000/2005.

TABELA 13

Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID 10 (por local de residência), 2006.

TABELA 14

Situação da Dengue, 2002/2006.

TABELA 15

Número de estabelecimentos cadastrados ao SUS por tipo de unidade, 2006.

TABELA 16

Variação percentual de parturientes com sete ou mais consultas de pré-natal. Estado de São Paulo e Direções Regionais de Saúde, 2001 e 2006.

TABELA 17

Número de agentes comunitários,

equipes de saúde da família, de saúde bucal e cobertura ESF. Estado de São Paulo, jan./2005 - jan./2007.

TABELA 18

Número de Centros de Atendimento Psicossocial, segundo Departamentos Regionais de Saúde, 2007.

TABELA 19

Número de leitos hospitalares segundo especialidade, Estado e departamentos regionais de saúde, dezembro de 2006.

TABELA 20

Número de internações gerais por habitantes/ano (excluídas psiquiatria e cuidados prolongados e variação percentual, segundo região de residência do Estado de São Paulo, 2000 e 2006.

TABELA 21

Número e percentual de internações por especialidade, 2000 e 2006.

TABELA 22

Número de internações por DRS de ocorrência realizadas no Estado de São Paulo e outras UF, 2000 e 2006.

TABELA 23

Número de internações e valor financeiro por DRS de ocorrência realizados para residentes de outros Estados, 2000 e 2006.

TABELA 24

Frequência das internações por residência em outras Unidades da Federação no Estado de São Paulo, 2006.

TABELA 25

Produção Ambulatorial, dísico e

financeiro. Estado de São Paulo, 2000 e 2006.

TABELA 26

Número de serviços de alta complexidade credenciados no Estado de São Paulo em 2000 e 2006.

TABELA 27

Número de pacientes atendidos por local de residência nas distintas modalidades de tratamento, por DIR, tendo como base 100 mil habitantes, 2006.

TABELA 28

Número potencial de pacientes a serem atendidos nas distintas modalidades de tratamento, conforme a capacidade disponível dos serviços, por DIR, tendo como base 100 mil habitantes.

TABELA 29

Número de pacientes de TRS por mil habitantes, 2006.

TABELA 30

Projeção de quantidade de serviços por região de saúde e necessidade de equipes com base na pesquisa da OMS.

TABELA 31

Proposta de distribuição de serviços no Estado de São Paulo, 2004.

TABELA 32

Número de serviços credenciados da rede de auditiva segundo natureza, 2004.

TABELA 33

Situação atual de atendimentos em oncologia, segundo o DRS e tipo de atendimento. Estado de São Paulo,

julho de 2005 a junho de 2006.

TABELA 34

Adequação da disponibilidade de leitos de UTI no Estado de São Paulo por DRS, dezembro de 2006.

TABELA 35

Produção de alta complexidade ambulatorial, físico e financeiro (aprovado), por tipo de gestão segundo DRS de ocorrência, 2006.

TABELA 36

Produção de média complexidade ambulatorial, físico e financeiro (aprovado) por tipo de gestão segundo o DRS de ocorrência, 2006.

TABELA 37

Número de internações de alta complexidade físico e financeiro por tipo de gestão segundo o DRS de ocorrência, 2006.

TABELA 38

Internações de média complexidade físico e financeiro por tipo de gestão segundo o DRS de ocorrência, 2006.

TABELA 39

Recursos federais do SUS por tipo de transferência e ano de competência. Estado de São Paulo, 2000/2006.

TABELA 40

Evolução do percentual dos recursos federais transferidos segundo o tipo de transferência. São Paulo, 2000/2006.

TABELA 41

Despesas do SUS total (em milhões de R\$) e per capita por esfera de governo, Estado de São Paulo, 2000/2004.

TABELA 42

Produção Furp, 2004/2006.

TABELA 43

Programa Dose Certa, 2004/2006.

TABELA 44

Número de servidores da administração direta da SES, segundo o tipo de unidade administrativa de lotação e o grupo de atividade relacionada ao cargo atualmente ocupado, janeiro de 2007.

TABELA 45

Número de servidores da administração direta da SES, segundo tipo de unidade administrativa de lotação e municipalização, janeiro de 2007.

TABELA 46

Número de servidores da administração direta da SES, segundo faixa etária e sexo, janeiro de 2007.

TABELA 47

Média de idade de servidores da administração direta da SES, segundo o tipo de unidade administrativa de lotação e grupo de atividade relacionada ao cargo atualmente ocupado, janeiro de 2007.

TABELA 48

Número de servidores da administração direta da SES, segundo ano de início de exercício no cargo atual e grupo de unidade de lotação, janeiro de 2007.

TABELA 49

Principais demandas recebidas da ouvidoria, 2006.

L I S T A D E G R Á F I C O S

GRÁFICO 1

Estimativas populacionais e taxas médias geométricas de crescimento anual. São Paulo, 1991/2005.

GRÁFICO 2

Evolução do percentual de população urbana. São Paulo, 1991/2004.

GRÁFICO 3

População por estrutura etária. São Paulo, 1991, 2000 e 2005.

GRÁFICO 4

População por sexo: 1991, 2000 e 2005.

GRÁFICO 4A

Distribuição percentual da população por sexo: 1991, 2000 e 2005.

GRÁFICO 5

Esperança de vida ao nascer. Brasil, Região Sudeste e São Paulo, 1991/2004.

GRÁFICO 6

Taxa de analfabetismo segundo região e Estado selecionados. Brasil, 1995, 1999 e 2004.

GRÁFICO 7

Evolução percentual da taxa de escolaridade por anos de estudo em São Paulo, 1995, 1999 e 2004.

GRÁFICO 8

Percentual da população com renda inferior a meio salário mínimo. Brasil, Região Sudeste e São Paulo, 1993/2004.

GRÁFICO 9

Razão de renda. Brasil, Região Sudeste e São Paulo, 1992/2004.

GRÁFICO 10

Evolução do PIB per capita. Brasil, Região Sudeste e São Paulo, 1996/2003.

GRÁFICO 11

Taxa de desemprego. Brasil, Região Sudeste e São Paulo, 1996/2004.

GRÁFICO 12

Taxa de atividade da população de 10 anos e mais, segundo faixa etária. Estado de São Paulo, 1993/2004.

GRÁFICO 13

Taxa de atividade da população de 10 anos ou mais, segundo faixa etária. Brasil e Estado de São Paulo, 2004.

GRÁFICO 14

Taxa de desemprego e de atividade da população de 10 anos ou mais. Estado de São Paulo, 1993/2004.

GRÁFICO 15

Proporção da população que não possui plano de saúde, segundo quintil de renda familiar. Brasil e Estado de São Paulo, 2003.

GRÁFICO 16

Proporção dos indivíduos que não possuem plano de saúde e foram atendidos na primeira vez que procuraram atendimento de saúde no SUS nas duas semanas anteriores

à pesquisa, segundo quintil de renda familiar. Brasil e Estado de São Paulo, 2003.

GRÁFICO 17

Principais causas de morte por capítulo. Brasil e Estado de São Paulo, 1979-2003.

GRÁFICO 18

Mortalidade proporcional segundo grupo de causas (todas as idades). Estado de São Paulo, 2005.

GRÁFICO 19

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil e Estado de São Paulo, 2005.

GRÁFICO 20

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Região Metropolitana e Estado de São Paulo, 2001/2006.

GRÁFICO 21

Taxas de mortalidade materna. Brasil e Estado de São Paulo, 2005.

GRÁFICO 22

Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Região Metropolitana e Estado de São Paulo, 2001/2006.

GRÁFICO 23

Proporção de gestantes que realizaram mais de sete consultas de pré-natal. Região Metropolitana e Estado de São Paulo, 2001/2006.

GRÁFICO 24

Taxas de Incidência de Aids. Brasil e Estado de São Paulo, 1993/2004.

GRÁFICO 25

Taxas de incidência e de mortalidade

por Aids. Estado de São Paulo, 1993/2004.

GRÁFICO 26

Taxas de internações de residentes no Estado de São Paulo, por 100 habitantes do sexo masculino, por faixa etária. SUS, 2000/2005.

GRÁFICO 27

Taxas de internações de residentes no Estado de São Paulo, por 100 habitantes do sexo feminino, por faixa etária. SUS, 2000/2005.

GRÁFICO 28

Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) e por Doença Diarréica Aguda (DDA) - Menores de 5 anos. São Paulo, 2000/2005.

GRÁFICO 29

Taxa de internação* por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). São Paulo, 2000/2005.

GRÁFICO 30

Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellito. São Paulo, 2000/2005.

GRÁFICO 31

Número de atendimentos realizados pela central, segundo mês e ano. São Paulo, 1998 a maio de 2005.

GRÁFICO 32

Incidência e número de municípios com transmissão de dengue. Estado de São Paulo, 1990/2006.

GRÁFICO 33

Imóveis nebulizados no Estado de São Paulo, segundo execução e ano.

GRÁFICO 34

Leishmaniose visceral americana
Número de municípios com
transmissão e incidência (/100 mil
habitantes). Estado de São Paulo,
1999/2006.

GRÁFICO 35

Casos notificados de DDA. Estado
de São Paulo, 2003/2006.

GRÁFICO 36

Casos autóctones de
esquistossomose por
Departamento Regional de Saúde
(DRS), Estado de São Paulo, 2002/
2006.

GRÁFICO 37

Taxa de prevalência (%) em
dezembro de 2006 - Hepatites B e
C.

GRÁFICO 38

Aids - Coeficiente de mortalidade
(CM/100 mil habitantes, segundo
sexo. Estado de São Paulo, 1988/
2005.

GRÁFICO 39

Tuberculose - Estado de São Paulo,
1998/2005.

GRÁFICO 40

Tuberculose - Resultado de
tratamento de casos novos
bacilíferos. Estado de São Paulo,
1998/2004.

GRÁFICO 41

Coeficiente de prevalência de
hanseníase. Estado de São Paulo,
1985/2006.

GRÁFICO 42

Inspeção em indústrias
farmacêuticas.

GRÁFICO 43

Evolução da qualidade da água no
Estado de São Paulo, segundo
análises de vigilância realizadas,
1997/2006.

GRÁFICO 44

Freqüência das internações
ocorridas no Estado de São Paulo,
segundo UF de residência, 2006.

GRÁFICO 45

Produção física ambulatorial por tipo
de prestador, 2006.

GRÁFICO 46

Internações por natureza do
prestador, 2006.

GRÁFICO 47

Recursos federais - Transferências
para o custeio da atenção à saúde
no SUS. São Paulo, 2000/2005.

GRÁFICO 48

Recursos federais despendidos
para o custeio da assistência à
saúde no SUS por tipo de
transferência - São Paulo - 2000/
2006.

L I S T A D E M A P A S

MAPA 1

Taxa líquida de migração nos municípios do Estado de São Paulo, 2000.

MAPA 2

Índice de envelhecimento nos municípios do Estado de São Paulo, 2005.

MAPA 3

Razão de dependência nos municípios do Estado de São Paulo, 2006.

MAPA 4

Índice Paulista de Responsabilidade Social, 2004.

MAPA 5

Campanha de Vacinação contra poliomielite em menores de 5 anos, 2006.

MAPA 6

Surtos de *Influenza* – Estado de São Paulo, 2002 – 2004 – 2005.

MAPA 7

Valores de Índice de Breteau em municípios do Estado de São Paulo, nov./2006 a jan./2007.

MAPA 8

Leishmaniose visceral americana – Distribuição de municípios com encontro de vetor e transmissões canina e humana.

MAPA 9

Raiva em morcegos – hematófagos e não-hematófagos.

MAPA 10

Coefficiente de mortalidade por diabetes padronizado por idade, segundo sexo, entre os residentes das Direções Regionais de Saúde (DIR). Estado de São Paulo, 2002.

MAPA 11

Número de consultas médicas básicas por habitante/ano nas Microrregiões do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de São Paulo, 2006.

MAPA 12

Número de consultas médicas de especialidades por habitante nas microrregiões, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), 2006.

MAPA 13

Número de exames de patologia clínica por habitante/ano nas microrregiões do PDR do Estado de São Paulo, 2006.

MAPA 14

Número de procedimentos de radiodiagnóstico por habitante/ano nas microrregiões do PDR do Estado de São Paulo, 2006.

MAPA 15

Número de exames de ultra-som por habitante/ano nas microrregiões do PDR do Estado de São Paulo, 2006.

MAPA 16

Percentual da população atendida pela Saúde Suplementar nos municípios do Estado de São Paulo, 2005.

MAPA 17

Mapeamento dos hospitais de

pequeno porte no Estado de São Paulo, 2005.

MAPA 18

Índice de eficácia de internações de alta complexidade no Estado de São Paulo, 2005.

L I S T A D E F I G U R A S

FIGURA 1

Pirâmide etária por sexo, 2006.

FIGURA 2

Coefficiente de incidência e letalidade por meningites, 2000/2006.

FIGURA 3

Distribuição dos surtos por etiologia. Estado de São Paulo, 1999/2006.

R E F E R Ê N C I A S

BRASIL. Governo do Estado da Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2004-2007. Mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades. Salvador, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (Planejasus): instrumentos básicos. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Informações para a gestão estadual do SUS. Brasília, 2007.

ESPAÑA. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa, 2004. 2 v.