



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
GABINETE DO SECRETÁRIO - ASSISTÊNCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA 1

Expediente de atendimento
SES-EXP-2019/12053

Data de Produção	13/12/2019

Interessado	Conselho Estadual de Saúde
Assunto	Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

FERNANDO ZANGRANDE
OFICIAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO - ASSISTÊNCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA 1



Assinado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1499939-9340 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1499939-9340>

Classif. documental 006.01.10.004



SEEXP201912053A

O Diagnóstico é essencial para identificar a situação de saúde da população do Estado de São Paulo. Ele é parte integrante do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020 - 2023

0

Diagnóstico PES 2020-2023

PARTE I



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



I - ASPECTOS DEMOGRÁFICO E SÓCIO ECONÔMICO	3
Perfil Geral do Estado - Localização e população	3
Divisão político territorial	3
Fecundidade	5
Natalidade e expectativa de vida	5
II. MORBI MORTALIDADE.....	9
Morbidade hospitalar no SUS	9
Morbidades com menor número de internações.....	9
Morbidades com maior número de internações.....	10
Valor pago e percentual das internações, segundo a CID 10.....	11
Internações do sexo feminino	12
Internações do sexo masculino	12
Internações de idosos	12
Internações do aparelho circulatório	15
Internações por doenças do aparelho digestivo.....	15
Internações por neoplasias.....	15
Internações gerais.....	15
O impacto das ações de atenção básica nas morbidades e internações no SUS.....	16
Características gerais da mortalidade no Estado de São Paulo.....	21
Mortalidade por sexo, faixa etária e causas específicas no Estado de São Paulo em 2017	23
Mortalidade por doenças do aparelho circulatório.....	25
Mortalidade por neoplasias malignas.....	27
Mortalidade por doenças do aparelho respiratório	28
Mortalidade por acidentes e violências	29
Mortalidade por doenças do aparelho digestivo	31
Mortalidade Infantil.....	40
Mortalidade Materna	48
Causas de óbito materno.....	49
Consultas de pré-natal.....	50
III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	53
Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde	53
Vigilância em saúde das doenças e agravos transmissíveis	53
sarampo e rubéola	53





Meningites.....	54
PARTE IV – REDE DE SAÚDE	66
Urgência e emergência	66
População específica	89
Assistência farmacêutica.....	93
Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	94
Financiamento	94
Ações e serviços de Assistência Farmacêutica.....	96
Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde	96
Assistência Farmacêutica em Programas Estratégicos de Saúde.....	98
Assistência Farmacêutica de Média e Alta Complexidade	98
Assistência Farmacêutica domiciliar, ambulatorial e hospitalar	105
Gestão clínica do medicamento	105
Parcerias com Centros de Referência.....	106
Incorporação de medicamentos	107





I - ASPECTOS DEMOGRÁFICO E SÓCIO ECONÔMICO

Perfil Geral do Estado - Localização e população

Página | 3

O Estado de São Paulo é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado no sudeste brasileiro, possui apenas 3% do território nacional, mas conta com 44,2 milhões de habitantes (estimativa SEADE/2019¹) que representam 21% da população do país, constituindo-se na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul.

Responsável por 31,5% do PIB do país (R\$ 2 trilhões), São Paulo abriga o maior parque industrial com a maior produção econômica do Brasil² e figura entre os estados brasileiros com alto Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM (Brasil possui IDHM 0,761 em 2014 e o Estado de São Paulo IDHM de 0,819 para o mesmo ano³), sendo superado apenas pelo Distrito Federal, embora mantenha desigualdades socioeconômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território.

Divisão político territorial

No que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída por 645 municípios, dos quais a maioria constitui-se de pequenos municípios (273 com menos de 10 mil habitantes), sendo que a maior parte da população (75,4%) se concentra em apenas 78 municípios com mais de 100 mil habitantes, entre os quais nove municípios com mais de 500 mil habitantes e 42% do total da população do Estado (**Tabela 2**).

Por outro lado, o Estado conta com seis regiões metropolitanas que concentram a maior parte da população, atingindo 32 milhões de habitantes (**Tabela 3**). Estas regiões são importantes para o desenvolvimento econômico do Estado, com grande riqueza de recursos, mas apresentam também inúmeros problemas sociais e de saúde, como a concentração populacional, condições inadequadas de habitação, violência urbana, tráfego intenso, desemprego, uso de drogas, poluição, além de concentrar parte importante de unidades de saúde de referência que atendem aos pequenos municípios. Estas características da divisão político-territorial do Estado, acrescidas ao envelhecimento da população e a modificação dos padrões de morbimortalidade anteriormente referidos, são todas importantes para o sistema público de saúde, trazendo novos desafios na estruturação adequada da rede de serviços necessária para o desenvolvimento da assistência integral aos problemas crônicos de saúde da população, em especial da assistência básica em saúde, com eficiência e qualidade.

Quadro 1 – Perfil Geral do Estado de São Paulo

Dados populacionais	Ano	Estado
População residente (estimativa FSEADE)	2019	44.215.447
Área (em Km ²)	2019	248.219,63
Densidade demográfica (hab/Km ²)	2019	178,53
Urbanização (%)	2019	96,4
População com menos de 15 anos (%)	2019	19,02
População com 60 anos e mais (%)	2019	14,86
Índice de envelhecimento (%)	2019	78,13

Habitação e infraestrutura urbana	Ano	Estado



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Nível de atendimento de abastecimento de água (%)	2015	96,12
Nível de atendimento de esgoto sanitário (%)	2015	91,84
Nível de atendimento de coleta de lixo (%)	2015	99,09

Educação	Ano	Estado
Taxa de analfabetismo população de 15 anos e mais	2015	3,53
Média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos	2015	9,97
População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo (%)	2015	32,43
População de 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2015	69,77

Economia	Ano	Estado
PIB (em milhões de reais correntes)	2016	2.038.004,93
PIB per Capita (em reais de correntes)	2016	47.003,04

Condições de Vida	Ano	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	2014	47
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	2014	70
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade	2014	54
Renda Domiciliar per Capita Média (Em reais de setembro de 2009)	2015	1.596
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2015	3,19
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2015	11,98

Fonte: Fundação SEADE¹.

Tabela 2 – Número de Municípios e respectiva população total segundo faixas populacionais. Estado de São Paulo - 2019

Faixa da população	Nº de Municípios	% Municípios	População Total	% Pop
< 10 mil	273	42,3	1.379.165	3,1
10 - 49 mil	238	36,9	5.598.836	12,6
50 - 99 mil	56	8,7	3.912.765	8,8
100 - 500 mil	69	10,7	14.896.784	33,6
> 500 mil	9	1,4	18.527.380	41,8
Total	645	100,0	44.314.930	100,0

Fonte: Fundação SEADE.

Tabela 3 – População segundo Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo. 2019



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Região Metropolitana	Nº de Municípios	População
RM da Baixada Santista	9	1.814.949
RM de Campinas	20	3.158.030
RM de Ribeirão Preto	34	1.654.763
RM de São Paulo	39	20.996.747
RM de Sorocaba	27	2.058.353
RM do Vale do Paraíba e Litoral Norte	39	2.467.967
Total	168	32.150.809

Fonte: Fundação SEADE

Página | 5

Fecundidade

O crescimento populacional de São Paulo vem decrescendo desde a década de 80 (Fundação SEADE⁴), fruto de uma acentuada queda da fecundidade, combinada à redução do ritmo migratório, apontando que em 2040 o Estado deverá atingir o patamar numérico máximo, com 48 milhões de habitantes, e até 2050 sua taxa de crescimento deverá tornar-se negativa. A taxa de crescimento na primeira década do século XXI foi de 1,09% e o componente migratório do crescimento paulista se reduziu fortemente, passando de 42% na década de 70 para 11% nas primeiras décadas do século XXI.

A taxa **fecundidade total** (o número médio de filhos de uma mulher) no Estado de São Paulo reduziu pela metade entre 1980 e 2016, ao passar de 3,43 para 1,68 filhos por mulher. (no Brasil é de 1,72 em 2015, IBGE⁵).

Natalidade e expectativa de vida

A **taxa bruta de natalidade** (número de nascidos vivos por mil habitantes) também reduziu no Estado, passando de 19,99 em 1991 para 14,00 em 2017¹.

Em relação à **expectativa de vida ao nascer** no Estado de São Paulo (IBGE^{6,7}) verifica-se aumento significativo, em ambos os sexos, passando de 69,5 anos em 1991 para 78,4 anos em 2017 (**Tabela 1**), com diferença de cerca de seis anos entre os sexos neste último ano, que em grande parte ocorre pela mortalidade maior do sexo masculino em faixas etárias mais jovens, principalmente relacionada com as mortes violentas e acidentes, como poderá ser observado no capítulo que trata das causas de mortalidade.

Tabela 1 - Esperança de Vida ao Nascer segundo sexo no Brasil e no Estado de São Paulo em 1991, 2000, 2010, 2015 e 2017



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

Anos	Brasil			Estado de São Paulo		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
1991	63,2	70,9	66,9	65,1	74,2	69,5
2000	66,0	73,9	69,8	67,0	76,1	71,4
2010	70,2	77,6	73,9	72,6	79,6	76,1
2015	71,9	79,1	75,5	74,6	80,9	77,8
2017	72,5	79,6	76,0	75,3	81,3	78,4

Página | 6

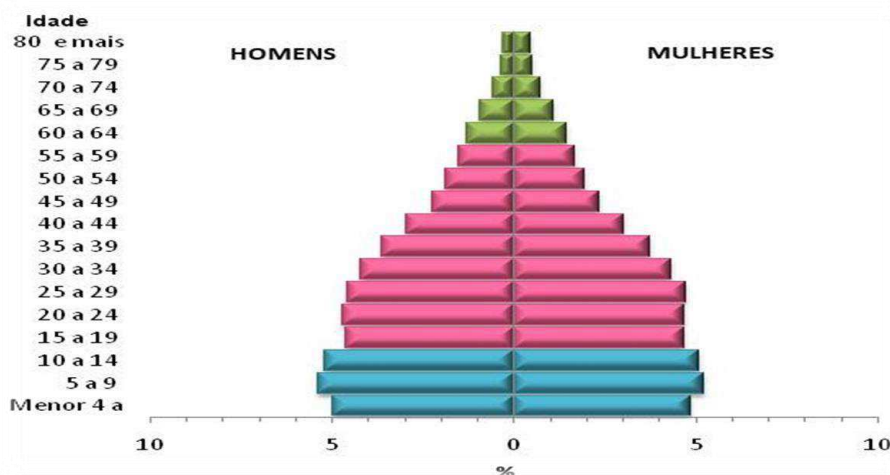
Fonte: IBGE/MS/IDB 2012⁶ e IBGE⁷ 2015,2017.

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

Esta redução proporcional das faixas etárias mais jovens na pirâmide populacional do Estado, também ocorreu, com intensidade variável, nas regiões dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, conforme já verificado em anos anteriores⁸.

O envelhecimento da população traz significativas consequências para o setor saúde, como a modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas, atendimento geriátrico e saúde mental), cujo tratamento envolve medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos. Além disso, estudos comprovam que as taxas de internação, as médias de permanência e os valores das internações são bem superiores no grupo de idosos com mais de 60 anos. De fato, segundo dados levantados em 2010, nesta faixa etária as internações no SUS/SP são mais que o dobro da população geral e os valores médios das internações são 30% maiores e as médias de permanência são 20% maiores⁹.

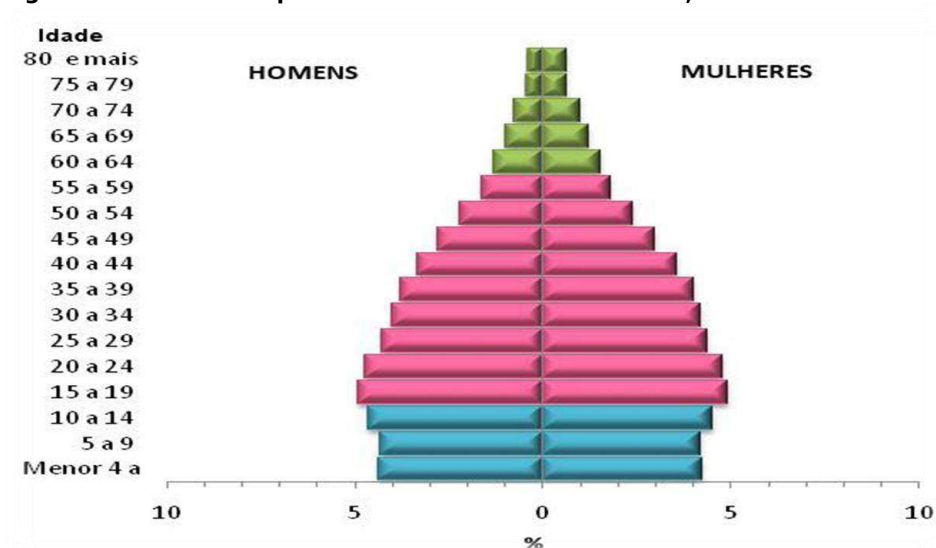
Figura 1 – Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 1991



Fonte: IBGE (Censo 1991).



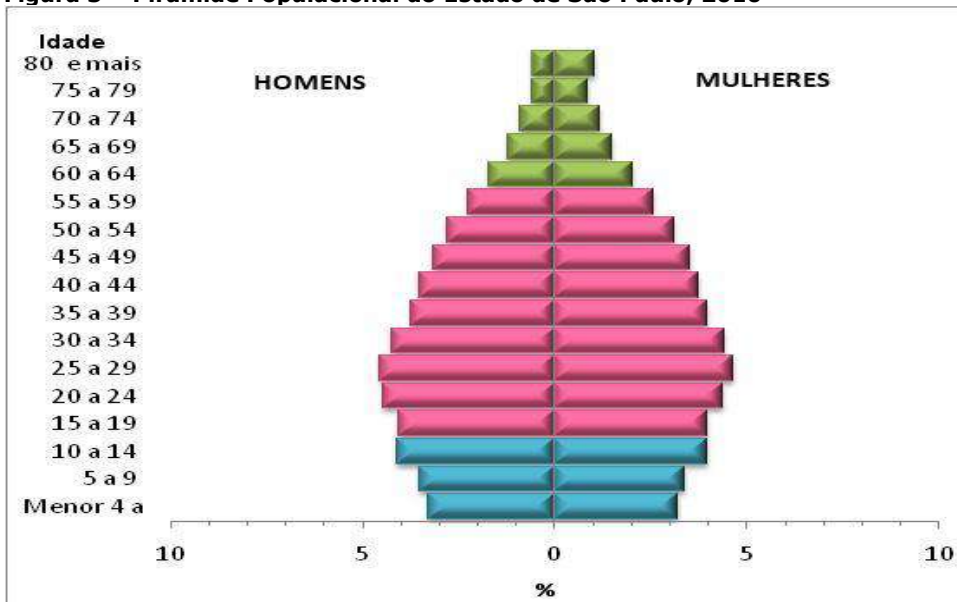
Figura 2 – Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo, 2000



Página | 7

Fonte: IBGE (Censo 2000).

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



Fonte: IBGE (Censo 2010).

O Índice de Envelhecimento (Proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos) atinge 78% em 2019, conforme o **Quadro 1**, que também apresenta





indicadores e informações que permitem a visão do perfil geral do Estado do ponto de vista socioeconômico (Fundação SEADE¹).

As condições de habitação do Estado são de bom nível, com 96% da população em situação urbana, quase 100% da população atendida pela coleta de lixo, 96% por abastecimento de água tratada e 95% pela coleta de esgotamento sanitário (dados de 2015). A Taxa de Analfabetismo é baixa e está caindo, passando de 4,75 em 2009 para 3,53 em 2015.

Página | 8

As médias dos indicadores sintéticos calculados pela Fundação SEADE para o Estado de São Paulo, o **Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS** atinge valores que são classificados na categoria alta para cada uma das três dimensões, riqueza, longevidade e escolaridade (Quadro 1 – condições de vida – IPRS 2014). Entretanto, existem 299 municípios dos 645 do Estado, que se classificam nas categorias 4 e 5 do IPRS, isso é, aquelas com as piores dimensões econômicas e sociais. Na maior parte são constituídos de pequenos municípios, que geralmente tem problemas econômicos e sociais e também dificuldade com o acesso aos serviços de saúde, e que muitas vezes estão concentrados em algumas regiões de saúde, indicando desigualdades regionais que persistem no Estado, apesar de seu desenvolvimento econômico.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

II. MORBI MORTALIDADE

Morbidade hospitalar no SUS

Página | 9

O número total de internações no SUS, da população residente do Estado de São Paulo, cresceu 4,5% entre 2010 e 2018.

A **gravidez, o parto e o puerpério** representa o capítulo da CID 10 com a maior proporção de internações no SUS/SP em todos os anos considerados, representando 18,8% do total de internações em 2018, um pouco menor que nos anos anteriores (2010 e 2015). O aumento no número absoluto de internações foi de 3,7% para este grupo (**Tabela 20**).

A segunda causa mais frequente de internação são as **doenças do aparelho circulatório**, que se elevou um pouco menos no mesmo período (2,9%).

Entre os demais capítulos com número de internações mais frequentes, algumas variações podem ser destacadas entre os anos considerados: o grande crescimento no número absoluto de internações de **neoplasias** (29,9%), coerente com o aumento verificado do coeficiente da mortalidade para esta doença e o envelhecimento da população já citados anteriormente; o crescimento da ordem de 13% nas internações de **doenças do aparelho digestivo**. Nota-se o crescimento proporcional no período por afecções do período perinatal e doenças dos olhos que, no entanto, são grupos com proporção pequena de internações.

Tabela 20 - Número e % de Internações SUS segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) - Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018.

Causa Cap CID10	2010		2015		2018		Diferença % 18/10
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
XV. Gravidez parto e puerpério	441.994	19,0	455.628	19,3	458.495	18,8	3,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	264.247	11,3	256.752	10,9	271.924	11,2	2,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	231.124	9,9	237.876	10,1	261.985	10,8	13,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	223.888	9,6	226.393	9,6	233.245	9,6	4,2
X. Doenças do aparelho respiratório	254.127	10,9	231.351	9,8	231.398	9,5	-8,9
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	167.518	7,2	176.807	7,5	186.367	7,6	11,3
II. Neoplasias (tumores)	141.515	6,1	173.905	7,4	183.828	7,5	29,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	108.638	4,7	112.547	4,8	95.416	3,9	-12,2
XXI. Contatos com serviços de saúde	60.302	2,6	57.348	2,4	63.218	2,6	4,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	51.331	2,2	56.036	2,4	60.755	2,5	18,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	75.837	3,3	59.887	2,5	55.227	2,3	-27,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	46.399	2,0	52.882	2,2	54.538	2,2	17,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	51.327	2,2	46.622	2,0	49.204	2,0	-4,1
VII. Doenças do olho e anexos	24.947	1,1	36.757	1,6	48.126	2,0	92,9
VI. Doenças do sistema nervoso	45.714	2,0	44.326	1,9	44.946	1,8	-1,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	42.915	1,8	40.602	1,7	44.440	1,8	3,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	53.962	2,3	46.181	2,0	42.385	1,7	-21,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	17.056	0,7	19.847	0,8	23.451	1,0	37,5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21.786	0,9	21.002	0,9	22.376	0,9	2,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7.257	0,3	5.931	0,3	5.208	0,2	-28,2
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	1	0,0	0,0
Total	2.331.884	100,0	2.358.680	100,0	2.436.533	100,0	4,5

Fonte: SIH/SUS. Obs.: AIH normal e UF de residência - SP.

Morbidades com menor número de internações



Entre os grupos com maior redução de número de internações no período, temos as doenças mentais (-27,2%), doenças infecciosas e parasitárias (-12,2) e doenças endócrinas e metabólicas (-21,5%). A diabetes, principal causa de internação no grupo de doenças endócrinas também tem apresentado redução nas internações do SUS²⁶. As doenças infecciosas e parasitárias reduziram sua importância, seja na mortalidade como já apontado anteriormente ou nas internações refletindo a transição epidemiológica ocorrida nos problemas de saúde.

Morbidades com maior número de internações

Estudos anteriores da SES/SP já apontaram: que a queda das internações por saúde mental tem sido contínua nas últimas décadas, para todo tipo de transtorno mental (em especial para as esquizofrenias), com a exceção das **internações por uso de drogas e outras substâncias psicoativas**, cuja frequência de internação apresentou aumento no Estado²⁵ e, trata-se de resultado da política de desospitalização em curso no Brasil.

O Estado de São Paulo tem grande proporção da população coberta pela assistência médica de planos privados da saúde suplementar (39% da população total em 2018), que também possuem a possibilidade de internação na rede de hospitais da saúde suplementar, cujas informações não estão disponíveis, razão pela qual não se dispõe dos coeficientes de internação para a população total. Entretanto, na **Tabela 21** se apresentam os coeficientes de internação SUS por mil usuários exclusivos SUS no Estado de São Paulo (conforme informações de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS).

Tabela 21 - Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2018

Causa Cap CID10	Coeficiente (internação SUS/mil usuários exclusivos SUS)			Variação % 18/10
	2010	2015	2018	
XV. Gravidez parto e puerpério	18,5	18,3	17,1	-7,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	11,1	10,3	10,2	-8,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	9,7	9,6	9,8	0,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	9,4	9,1	8,7	-7,3
X. Doenças do aparelho respiratório	10,7	9,3	8,6	-18,9
XIV. Doenças do aparelho genit urinário	7,0	7,1	7,0	-1,0
II. Neoplasias (tumores)	5,9	7,0	6,9	15,6
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,6	4,5	3,6	-21,8
XXI. Contatos com serviços de saúde	2,5	2,3	2,4	-6,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,2	2,3	2,3	5,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	3,2	2,4	2,1	-35,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,9	2,1	2,0	4,6
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2,2	1,9	1,8	-14,7
VII. Doenças do olho e anexos	1,0	1,5	1,8	71,7
VI. Doenças do sistema nervoso	1,9	1,8	1,7	-12,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,8	1,6	1,7	-7,8
Todos os demais	4,2	3,7	3,5	-16,9
Total das internações	97,8	94,8	91,0	-7,0

Fonte: SIH/SUS, Pop SEADE e ANS

Saliente-se que parte da população que possui planos privados de saúde, também se utiliza do SUS de forma variável, para urgências, internações de alto custo como



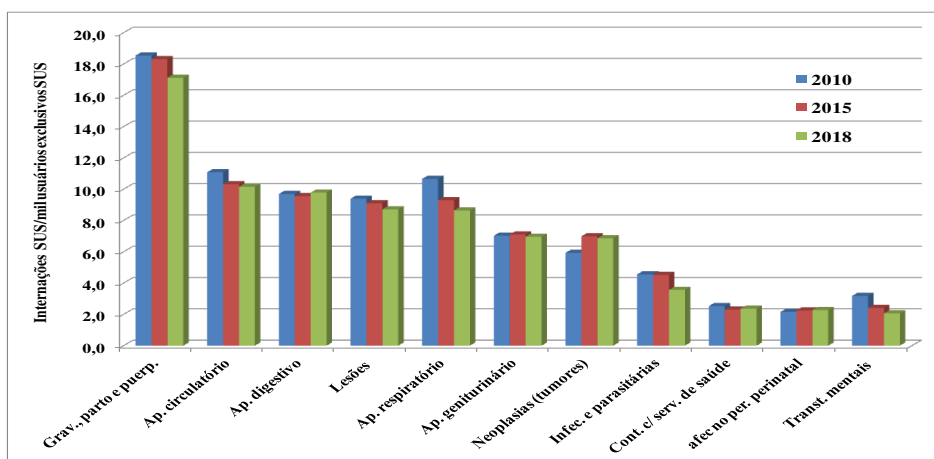
transplantes, oncologia, entre outros, razão pela qual se devem considerar os valores dos coeficientes uma estimativa aproximada dos coeficientes de internação do SUS, que pode conter imprecisões, provavelmente mais importantes nos indicadores de internação de regiões do Estado (com populações menores).

O coeficiente de internação SUS entre 2010 e 2018 apresenta redução no total do Estado (-7,0) e na maioria dos principais capítulos da CID com graus variados de redução. Entretanto destaca-se que o coeficiente de internação por neoplasias teve aumento de 15,6% no período e as maiores reduções ocorreram para transtornos mentais (-35,2%) e doenças infecto-parasitárias (-21,8%).

Página | 11

No **Gráfico 14** apresenta-se o coeficiente de internação para a população total pelos principais capítulos da CID 10, em três momentos, 2010, 2015 e 2018

Gráfico 14 – Coeficiente de internação SUS (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo principais Capítulos da CID 10. Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018



Fonte: SIH/SUS, Pop SEADE e ANS

Valor pago e percentual das internações, segundo a CID 10

Quanto ao valor pago pelas internações SUS no Estado de São Paulo (valores da tabela de procedimentos do sistema) pode-se observar que as doenças circulatórias estão em primeiro lugar (com discreta redução 22,7% em 2010 e 20,3% em 2018 seguidas pelas neoplasias cujo valor aumentou de 7,8% em 2010 para 11,4%) e pelas lesões e causas externas (**Tabela 22**).

O valor pago pelas internações por gravidez e doenças respiratórias que representavam a segunda e terceira posição em 2010 mudaram para a quinta e sexta posição





respectivamente em 2018. Estes valores indicam o encarecimento progressivo da atenção hospitalar, com o aumento de procedimentos de maior complexidade.

Tabela 22 - Valor * (R\$) por internações SUS e percentual segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) - Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2018

Página | 12

Causa Cap CID10	2010		2015		2018		Variação % 18/10
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	
IX. Doenças do aparelho circulatório	559.314.385,14	22,7	643.579.415,86	21,2	655.687.443,92	20,3	17,2
II. Neoplasias (tumores)	192.896.818,48	7,8	338.754.130,09	11,2	366.704.712,37	11,4	90,1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	240.714.434,18	9,8	286.703.015,59	9,5	301.571.114,41	9,4	25,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	208.710.402,88	8,5	248.114.720,97	8,2	285.631.432,66	8,9	36,9
XV. Gravidez parto e puerpério	247.205.199,20	10,0	268.379.541,96	8,9	272.880.780,24	8,5	10,4
X. Doenças do aparelho respiratório	252.418.030,07	10,2	256.294.376,95	8,5	264.932.433,52	8,2	5,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	140.499.585,19	5,7	215.474.702,05	7,1	207.434.147,06	6,4	47,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	121.375.079,40	4,9	172.990.498,23	5,7	195.438.156,62	6,1	61,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	137.688.812,25	5,6	168.210.496,48	5,5	180.677.073,26	5,6	31,2
XVII. Malform cong deformid e anomalias cromossômicas	52.459.176,77	2,1	66.402.752,64	2,2	76.551.765,97	2,4	45,9
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	65.121.889,48	2,6	66.615.672,77	2,2	68.882.422,16	2,1	5,8
VI. Doenças do sistema nervoso	51.739.702,94	2,1	62.516.125,36	2,1	65.119.646,55	2,0	25,9
VII. Doenças do olho e anexos	20.819.534,22	0,8	36.262.336,57	1,2	57.581.992,17	1,8	176,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	34.253.400,25	1,4	40.628.451,60	1,3	43.120.085,19	1,3	25,9
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	23.409.307,78	0,9	32.823.231,21	1,1	40.639.394,74	1,3	73,6
XXI. Contatos com serviços de saúde	23.858.974,89	1,0	36.312.956,87	1,2	39.947.000,27	1,2	67,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	50.635.987,41	2,1	37.297.218,25	1,2	38.454.219,05	1,2	-24,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20.483.214,32	0,8	26.023.329,49	0,9	25.776.386,54	0,8	25,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	12.654.935,97	0,5	15.863.581,03	0,5	18.002.531,79	0,6	42,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10.648.568,38	0,4	13.283.890,95	0,4	17.959.547,51	0,6	68,7
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	129,22	0,0	0,0
Total	2.466.907.439,20	100,0	3.032.530.444,92	100,0	3.222.992.415,22	100,0	30,6

Fonte: SIHSUS. * Valor da tabela de procedimentos SUS.

Internações do sexo feminino

As internações SUS do sexo feminino são em maior número do que aquelas do sexo masculino em 2018, porém este fato ocorre apenas pelo grande número de internações do grupo de gravidez, parto e puerpério. Se não for incluído este grupo, o sexo feminino tem número e coeficiente de internações ligeiramente menor que o masculino no total (**Tabela 23**).

Internações do sexo masculino

O sexo masculino apresenta maior número e coeficiente de internação SUS nos principais capítulos: doenças do aparelho circulatório, digestivo, respiratório e lesões (a maior diferença ocorre neste último grupo, fato compatível com a alta mortalidade masculina, superior à feminina nos acidentes de transportes e homicídios), perdendo para o sexo feminino apenas nas internações do aparelho geniturinário e neoplasias.

Internações de idosos

A faixa etária dos maiores de 60 anos responde por **28% das internações** embora represente apenas 14% do total da população. Nesta faixa etária 22,5% das internações



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

são do **aparelho circulatório** e em segundo lugar estão as **neoplasias** com 12,4% (**Tabela 24**). Em todos os grupos principais de internação, os maiores coeficientes são da faixa etária dos maiores de 60 anos (**Tabela 25**).

Assim, o gradativo envelhecimento da população deve impactar cada vez mais a rede hospitalar do Estado de São Paulo, principalmente em áreas de alto custo e complexidade (entre as quais se destacam as neoplasias).

Tabela 23 – Número e Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) segundo sexo. Estado de São Paulo. 2018

Causa Principal Cap.	Masculino			Feminino				total		
	Intern.	%	Coef.	Intern.	%	% s/ gravid.	Coef.	intern.	%	coef.
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	458.495	32,7		33,3	458.495	18,8	17,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	136.258	13,2	10,5	135.666	9,7	14,4	9,9	271.924	11,2	10,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	135.618	13,1	10,4	126.367	9,0	13,4	9,2	261.985	10,8	9,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	155.220	15,0	11,9	78.025	5,6	8,3	5,7	233.245	9,6	8,7
X. Doenças do aparelho respiratório	123.466	12,0	9,5	107.932	7,7	11,4	7,8	231.398	9,5	8,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	82.604	8,0	6,3	103.763	7,4	11,0	7,5	186.367	7,6	7,0
II. Neoplasias (tumores)	81.003	7,8	6,2	102.825	7,3	10,9	7,5	183.828	7,5	6,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52.637	5,1	4,0	42.779	3,0	4,5	3,1	95.416	3,9	3,6
XXI. Contatos com serviços de saúde	33.901	3,3	2,6	29.317	2,1	3,1	2,1	63.218	2,6	2,4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	32.080	3,1	2,5	28.675	2,0	3,0	2,1	60.755	2,5	2,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	32.824	3,2	2,5	22.403	1,6	2,4	1,6	55.227	2,3	2,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	28.775	2,8	2,2	25.763	1,8	2,7	1,9	54.538	2,2	2,0
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	25.414	2,5	1,9	23.790	1,7	2,5	1,7	49.204	2,0	1,8
VII. Doenças do olho e anexos	21.797	2,1	1,7	26.329	1,9	2,8	1,9	48.126	2,0	1,8
VI. Doenças do sistema nervoso	21.233	2,1	1,6	23.713	1,7	2,5	1,7	44.946	1,8	1,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	22.525	2,2	1,7	21.915	1,6	2,3	1,6	44.440	1,8	1,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	20.816	2,0	1,6	21.569	1,5	2,3	1,6	42.385	1,7	1,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11.133	1,1	0,9	12.318	0,9	1,3	0,9	23.451	1,0	0,9
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	13.074	1,3	1,0	9.302	0,7	1,0	0,7	22.376	0,9	0,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2.518	0,2	0,2	2.690	0,2	0,3	0,2	5.208	0,2	0,2
XXII. Códigos para propósitos especiais	1	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0
Total	1.032.897	100,0	79,2	1.403.636	100,0		102,1	2.436.533	100,0	91,0
Total sem Gravidez, parto e puerpério	1.032.897			945.141		100,0	68,7	1.978.038	81,2	73,9

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS

Tabela 24 – Número e Percentual de Internações nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) segundo faixa etária (anos). Estado de São Paulo. 2018



Causa Princ Cap	0 a 19 a		20 a 59 anos		> 60 a		Total	
	intern.	%	intern.	%	intern.	%	intern.	%
XV. Gravidez parto e puerpério	72.336	15,6	386.130	30,0	29	0,0	458.495	18,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.095	0,9	114.058	8,8	153.771	22,5	271.924	11,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	38.258	8,3	143.238	11,1	80.489	11,8	261.985	10,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	37.379	8,1	140.671	10,9	55.195	8,1	233.245	9,6
X. Doenças do aparelho respiratório	103.506	22,4	47.929	3,7	79.963	11,7	231.398	9,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	34.309	7,4	91.160	7,1	60.898	8,9	186.367	7,6
II. Neoplasias (tumores)	12.385	2,7	86.540	6,7	84.903	12,4	183.828	7,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22.367	4,8	35.202	2,7	37.847	5,5	95.416	3,9
XXI. Contatos com serviços de saúde	5.700	1,2	49.877	3,9	7.641	1,1	63.218	2,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	59.759	12,9	970	0,1	26	0,0	60.755	2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	4.286	0,9	45.394	3,5	5.547	0,8	55.227	2,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12.234	2,6	27.985	2,2	14.319	2,1	54.538	2,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.952	1,1	30.188	2,3	14.064	2,1	49.204	2,0
VII. Doenças do olho e anexos	2.435	0,5	12.896	1,0	32.795	4,8	48.126	2,0
VI. Doenças do sistema nervoso	9.611	2,1	22.745	1,8	12.590	1,8	44.946	1,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7.495	1,6	20.490	1,6	16.455	2,4	44.440	1,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6.321	1,4	17.767	1,4	18.297	2,7	42.385	1,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5.257	1,1	9.359	0,7	8.835	1,3	23.451	1,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	17.519	3,8	4.246	0,3	611	0,1	22.376	0,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2.643	0,6	2.004	0,2	561	0,1	5.208	0,2
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	462.847	100,0	1.288.850	100,0	684.836	100,0	2.436.533	100,0
Percentual de internações SUS da faixa etária	19,0		52,9		28,1			
Percentual da faixa etária na população total	26,2		59,4		14,4			

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS

Tabela 25 – Número e Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) segundo faixa etária (anos). Estado de São Paulo. 2018

Causa Princ Cap	0 a 19 a		20 a 59 anos		> 60 a		Total	
	intern.	coef.	intern.	coef.	intern.	coef.	intern.	coef.
XV. Gravidez parto e puerpério	72.336	10,3	386.130	24,3	29	0,0	458.495	17,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.095	0,6	114.058	7,2	153.771	39,8	271.924	10,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	38.258	5,5	143.238	9,0	80.489	20,8	261.985	9,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	37.379	5,3	140.671	8,8	55.195	14,3	233.245	8,7
X. Doenças do aparelho respiratório	103.506	14,8	47.929	3,0	79.963	20,7	231.398	8,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	34.309	4,9	91.160	5,7	60.898	15,8	186.367	7,0
II. Neoplasias (tumores)	12.385	1,8	86.540	5,4	84.903	22,0	183.828	6,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22.367	3,2	35.202	2,2	37.847	9,8	95.416	3,6
XXI. Contatos com serviços de saúde	5.700	0,8	49.877	3,1	7.641	2,0	63.218	2,4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	59.759	8,5	970	0,1	26	0,0	60.755	2,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	4.286	0,6	45.394	2,9	5.547	1,4	55.227	2,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12.234	1,7	27.985	1,8	14.319	3,7	54.538	2,0
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.952	0,7	30.188	1,9	14.064	3,6	49.204	1,8
VII. Doenças do olho e anexos	2.435	0,3	12.896	0,8	32.795	8,5	48.126	1,8
VI. Doenças do sistema nervoso	9.611	1,4	22.745	1,4	12.590	3,3	44.946	1,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7.495	1,1	20.490	1,3	16.455	4,3	44.440	1,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6.321	0,9	17.767	1,1	18.297	4,7	42.385	1,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5.257	0,7	9.359	0,6	8.835	2,3	23.451	0,9
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	17.519	2,5	4.246	0,3	611	0,2	22.376	0,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2.643	0,4	2.004	0,1	561	0,1	5.208	0,2
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	-	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	462.847	66,0	1.288.850	81,0	684.836	177,2	2.436.533	91,0

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS

Para alguns dos principais capítulos da CID, são apresentadas as causas específicas de internação em 2018 do Estado de São Paulo, conforme Lista de Tabulação para





morbidade da CID 10, fornecida pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS para classificação da causa básica de internação.

Internações do aparelho circulatório

Nas internações por doenças do aparelho circulatório (**Tabela 26**) nota-se que o coeficiente masculino é bem maior que o feminino para infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração e um pouco maior em AVC, de forma semelhante com os dados de mortalidade já apontados anteriormente. Há grande predomínio do sexo feminino em internações por veias varicosas.

Página | 15

Internações por doenças do aparelho digestivo

Nas internações por doenças do aparelho digestivo (**Tabela 27**) pode se observar predomínio feminino em coletíase e colecistite. Em todas as demais predomina o sexo masculino, com maiores diferenças em hérnia inguinal, doença alcoólica do fígado e outras doenças do fígado.

Nas internações por doenças do aparelho respiratório (**Tabela 28**) o sexo masculino tem valores ligeiramente mais altos em todas as causas principais: pneumonias, bronquites agudas e crônicas.

Internações por neoplasias

Nas internações por neoplasias (**Tabela 29**), o sexo feminino tem como causas mais importantes as neoplasias de mama, leiomioma de útero, câncer de pele, de cólon, colo do útero, leucemia, genitais femininos e reto e ânus.

O sexo masculino as neoplasias de próstata, pele, cólon, cavidade oral, leucemia e reto e ânus.

Internações gerais

De maneira geral, em 2018, as primeiras 40 causas de internação respondem por 64% das internações e 54% do valor pago pelo sistema. O parto continua sendo a primeira causa de internação (7,9%) e outras complicações da gravidez e do parto estão em segundo lugar. (**Tabela 30**). Além daquelas causas específicas já citadas nas tabelas anteriores, observa-se a importância de lesões e causas externas (as fraturas de outros ossos, fratura do fêmur, o traumatismo intracraniano); o diabetes, anticoncepção, aborto, septicemia, catarata, a insuficiência renal, entre outras.

Nas 40 principais causas de internação masculina (**Tabela 31**), algumas se destacam das femininas pela frequência que aparecem, como as lesões e traumas, doenças isquêmicas do coração, as internações pelos transtornos relativos ao uso de substâncias psicoativas entre outras.

No sexo feminino (**Tabela 32**), além das internações relativas ao parto e gestação, adquirem importância como causa de internação, a neoplasia de mama, a coletíase e colecistite, o aborto, o leiomioma de útero.

O diabetes aparece para ambos os sexos, como 27ª causa de internação para homens e 36ª causa entre as mulheres. O mesmo com a fratura de fêmur, 26ª causa de internação para homens e mulheres.



O impacto das ações de atenção básica nas morbidades e internações no SUS

Finalmente apresenta-se no **Gráfico 15** o indicador de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB no SUS que permite a avaliação da qualidade da atenção básica e da integração entre os serviços hospitalares e a rede primária de saúde. No Estado de São Paulo, o número e o percentual de ICSAB estão se reduzindo, mas estudo da SES/SP demonstra que os valores são muito variados nas diferentes regiões²⁷. Assim, embora as internações representem apenas uma pequena parcela dos eventos e procedimentos em saúde, seu custo para o sistema justifica o acompanhamento dos perfis de morbidade de internação do SUS, que podem auxiliar os gestores no planejamento da rede hospitalar e ambulatorial, bem como avaliar indiretamente a qualidade e integração da atenção básica em saúde e da assistência hospitalar.

Página | 16

Tabela 26 - Número e Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo sexo e Causas Específicas* de Doenças do Aparelho Circulatório segundo sexo. Estado de São Paulo. 2018

Doenças do Aparelho Circulatório	Masculino			Feminino			Total		
	intern.	%	coef	intern.	%	coef	intern.	%	coef
.. 151 Insuficiência cardíaca	19.292	14,2	1,5	19.028	14,0	1,4	38.320	14,1	1,4
.. 148 Outras doenças isquêmicas do coração	21.307	15,6	1,6	13.125	9,7	1,0	34.432	12,7	1,3
.. 162 Veias varicosas das extremidades inferiores	6.989	5,1	0,5	26.617	19,6	1,9	33.606	12,4	1,3
.. 147 Infarto agudo do miocárdio	21.294	15,6	1,6	12.025	8,9	0,9	33.319	12,3	1,2
.. 155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	17.176	12,6	1,3	14.963	11,0	1,1	32.139	11,8	1,2
.. 150 Transt de condução e arritmias cardíacas	8.813	6,5	0,7	8.011	5,9	0,6	16.824	6,2	0,6
.. 161 Flebite,trombofle,embolia e trombose venos	4.648	3,4	0,4	7.389	5,4	0,5	12.037	4,4	0,4
.. 145 Hipertensão essencial (primária)	4.691	3,4	0,4	5.383	4,0	0,4	10.074	3,7	0,4
Todas as demais	32.048	23,5	2,5	29.125	21,5	2,1	61.173	22,5	2,3
Total	136.258	100,0	10,5	135.666	100,0	9,9	271.924	100,0	10,2

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS. * Lista de Tabulação para a morbidade (CID_BR).

Tabela 27 - Número e Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo sexo e Causas Específicas* de Doenças do Aparelho Digestivo segundo sexo. Estado de São Paulo. 2018

Doenças do Aparelho Digestivo	Masculino			Feminino			Total		
	intern.	%	coef	intern.	%	coef	intern.	%	coef
.. 195 Colelitíase e colecistite	14.632	10,8	1,1	44.981	35,6	3,3	59.613	22,8	2,2
.. 188 Outras hérnias	17.723	13,1	1,4	16.210	12,8	1,2	33.933	13,0	1,3
.. 187 Hérnia inguinal	27.203	20,1	2,1	3.958	3,1	0,3	31.161	11,9	1,2
.. 192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	13.632	10,1	1,0	11.538	9,1	0,8	25.170	9,6	0,9
.. 186 Doenças do apêndice	14.509	10,7	1,1	10.480	8,3	0,8	24.989	9,5	0,9
.. 194 Outras doenças do fígado	6.266	4,6	0,5	3.786	3,0	0,3	10.052	3,8	0,4
.. 196 Pancreatite aguda e outras doen do pâncreas	5.043	3,7	0,4	4.820	3,8	0,4	9.863	3,8	0,4
.. 190 Íleo paralítico e obstruc intest sem hérnia	4.906	3,6	0,4	4.350	3,4	0,3	9.256	3,5	0,3
.. 185 Outras doen do esôfago, estômago e duodeno	3.447	2,5	0,3	3.009	2,4	0,2	6.456	2,5	0,2
.. 184 Gastrite e duodenite	1.737	1,3	0,1	1.940	1,5	0,1	3.677	1,4	0,1
.. 191 Doença diverticular do intestino	1.665	1,2	0,1	1.963	1,6	0,1	3.628	1,4	0,1
.. 193 Doença alcoólica do fígado	2.918	2,2	0,2	434	0,3	0,0	3.352	1,3	0,1
.. 183 Úlcera gástrica e duodenal	1.856	1,4	0,1	1.027	0,8	0,1	2.883	1,1	0,1
Todas as demais	20.081	14,8	1,5	17.871	14,1	1,3	37.952	14,5	1,4
Total	135.618	100,0	10,4	126.367	100,0	9,2	261.985	100,0	9,8

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS. * Lista de Tabulação para a morbidade (CID_BR).



Tabela 28 - Número e Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo sexo e Causas Específicas* de Doenças do Aparelho Respiratório segundo sexo. Estado de São Paulo. 2018

Doenças do Aparelho Respiratório	Masculino			Feminino			Total		
	intern.	%	coef	intern.	%	coef	intern.	%	coef
.. 169 Pneumonia	63.335	51,3	4,9	55.610	51,5	4,0	118.945	51,4	4,4
.. 179 Outras doenças do aparelho respiratório	15.172	12,3	1,2	11.999	11,1	0,9	27.171	11,7	1,0
.. 170 Bronquite aguda e bronquiolite aguda	10.678	8,6	0,8	7.993	7,4	0,6	18.671	8,1	0,7
.. 175 Bronquite, enfisema e doen pulmon obstr cron	8.963	7,3	0,7	8.727	8,1	0,6	17.690	7,6	0,7
.. 173 Doen crônicas das amígdalas e das adenóides	8.940	7,2	0,7	8.487	7,9	0,6	17.427	7,5	0,7
.. 176 Asma	6.217	5,0	0,5	5.712	5,3	0,4	11.929	5,2	0,4
Todas as demais	10.161	8,2	0,8	9.404	8,7	0,7	19.565	8,5	0,7
Total	123.466	100,0	9,5	107.932	100,0	7,8	231.398	100,0	8,6

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS. * Lista de Tabulação para a morbidade (CID_BR).

Tabela 29 - Número e Coeficiente de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo sexo e Causas Específicas* de Neoplasias segundo sexo. Estado de São Paulo. 2018

Neoplasias	Masculino			Feminino			Total		
	intern.	%	coef	intern.	%	coef	intern.	%	coef
.. 073 Neoplasia maligna da mama	118	0,1	0,0	16.244	15,8	1,2	16.362	8,9	0,6
.. 092 Leiomioma do útero	-	-	-	13.658	13,3	1,0	13.658	7,4	0,5
.. 071 Outras neoplasias malignas da pele	5.812	7,2	0,4	5.592	5,4	0,4	11.404	6,2	0,4
.. 061 Neoplasia maligna do cólon	5.266	6,5	0,4	5.384	5,2	0,4	10.650	5,8	0,4
.. 077 Neoplasia maligna da próstata	7.837	9,7	0,6	-	-	-	7.837	4,3	0,3
.. 087 Leucemia	4.331	5,3	0,3	3.377	3,3	0,2	7.708	4,2	0,3
.. 062 Neop mal junc retoss, reto, anus e canal anal	4.020	5,0	0,3	3.224	3,1	0,2	7.244	3,9	0,3
.. 058 Neoplasia malig do lábio, cav oral e faringe	4.615	5,7	0,4	1.357	1,3	0,1	5.972	3,2	0,2
.. 060 Neoplasia maligna do estômago	3.698	4,6	0,3	2.142	2,1	0,2	5.840	3,2	0,2
.. 067 Neopl malig traquéia, brônquios e pulmões	3.058	3,8	0,2	2.585	2,5	0,2	5.643	3,1	0,2
.. 079 Neoplasia maligna da bexiga	3.967	4,9	0,3	1.458	1,4	0,1	5.425	3,0	0,2
.. 086 Linfoma não-Hodgkin	2.446	3,0	0,2	1.868	1,8	0,1	4.314	2,3	0,2
.. 074 Neoplasia maligna do colo do útero	-	-	-	3.975	3,9	0,3	3.975	2,2	0,1
.. 072 Neop malig do tecido mesotelial e tec moles	1.834	2,3	0,1	1.821	1,8	0,1	3.655	2,0	0,1
.. 082 Neoplasia maligna do encéfalo	1.878	2,3	0,1	1.527	1,5	0,1	3.405	1,9	0,1
.. 076 Outras neopl malig dos órgãos genit feminin	-	-	-	3.359	3,3	0,2	3.359	1,8	0,1
.. 059 Neoplasia maligna do esôfago	2.583	3,2	0,2	547	0,5	0,0	3.130	1,7	0,1
Todas as demais	29.540	36,5	2,3	34.707	33,8	2,5	64.247	34,9	2,4
Total	81.003	100,0	6,2	102.825	100,0	7,5	183.828	100,0	6,9

Fonte: SIHSUS. Pop SEADE e ANS. * Lista de Tabulação para a morbidade (CID_BR).



Tabela 30 – Distribuição das 40 principais causas de internação SUS e respectivo valor pago segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (*). Estado de São Paulo - 2018

Lista Morbidade CID-10		Internações	%	Valor Pago (R\$)	%
1	243 Parto único espontâneo	192.206	7,89	111.658.064,85	3,46
2	242 Outras complicações da gravidez e do parto	132.516	5,44	81.795.465,65	2,54
3	169 Pneumonia	118.945	4,88	134.179.001,40	4,16
4	274 Fratura de outros ossos dos membros	83.185	3,41	62.534.828,35	1,94
5	195 Colelitíase e colecistite	59.613	2,45	51.273.868,58	1,59
6	239 Out assis mãe rel c fet e amni,e prob parto	57.526	2,36	43.014.742,43	1,33
7	217 Outras doenças do aparelho urinário	46.714	1,92	24.644.782,86	0,76
8	151 Insuficiência cardíaca	38.320	1,57	66.319.646,37	2,06
9	199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	36.740	1,51	15.760.228,88	0,49
10	148 Outras doenças isquêmicas do coração	34.432	1,41	146.935.425,53	4,56
11	188 Outras hérnias	33.933	1,39	23.962.609,38	0,74
12	162 Veias varicosas das extremidades inferiores	33.606	1,38	21.982.291,04	0,68
13	147 Infarto agudo do miocárdio	33.319	1,37	119.398.025,07	3,70
14	270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	32.511	1,33	29.298.066,04	0,91
15	155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	32.139	1,32	45.933.180,14	1,43
16	197 Outras doenças do aparelho digestivo	31.726	1,30	26.330.586,95	0,82
17	017 Septicemia	31.620	1,30	121.954.057,79	3,78
18	293 Anticoncepção	31.291	1,28	15.498.773,38	0,48
19	187 Hérnia inguinal	31.161	1,28	20.644.059,21	0,64
20	281 Out traum de reg espec e ne de reg múltipl	30.756	1,26	26.020.278,12	0,81
21	133 Catarata e outros transtornos do cristalino	28.633	1,18	25.695.022,71	0,80
22	179 Outras doenças do aparelho respiratório	27.171	1,12	74.107.336,47	2,30
23	214 Insuficiência renal	25.486	1,05	109.578.580,69	3,40
24	192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	25.170	1,03	29.284.631,91	0,91
25	186 Doenças do apêndice	24.989	1,03	17.429.381,12	0,54
26	273 Fratura do fêmur	24.264	1,00	57.225.599,54	1,78
27	018 Outras doenças bacterianas	23.929	0,98	49.999.410,62	1,55
28	253 Out afec originadas no período perinatal	23.324	0,96	16.664.686,81	0,52
29	215 Urolitíase	23.006	0,94	15.862.265,24	0,49
30	278 Traumatismo intracraniano	21.692	0,89	42.372.361,39	1,31
31	104 Diabetes mellitus	21.687	0,89	19.583.882,32	0,61
32	096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	21.682	0,89	33.845.850,05	1,05
33	288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	21.277	0,87	43.618.790,15	1,35
34	236 Outras gravidezes que terminam em aborto	20.763	0,85	5.794.221,14	0,18
35	297 Pessoas cont c srv saúde p cuid e proc esp	18.847	0,77	13.986.316,14	0,43
36	221 Preprúcio redundante, fimose e para fimose	18.807	0,77	5.411.123,90	0,17
37	170 Bronquite aguda e bronquiolite aguda	18.671	0,77	9.802.693,36	0,30
38	237 Edema,proteinúria,hip na grav,parto e puerp	18.511	0,76	13.811.127,67	0,43
39	115 Esquizofrenia,trans esquizotíp e delirantes	17.901	0,73	13.511.431,66	0,42
40	198 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	17.798	0,73	10.016.157,66	0,31
Total das 40 causas principais		1.565.867	64,27	1.742.403.452,57	54,06
Total		2.436.532	100,00	3.222.992.359,95	100,00

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



**Tabela 31 – Distribuição das 40 principais causas de internação SUS (CID 10 *)
no sexo masculino. Estado de São Paulo - 2018**

Lista Morbidade CID-10	Internações	%
1 169 Pneumonia	63.335	6,13
2 274 Fratura de outros ossos dos membros	56.954	5,51
3 187 Hérnia inguinal	27.203	2,63
4 281 Out traum de reg espec e ne de reg múltipl	22.589	2,19
5 148 Outras doenças isquêmicas do coração	21.307	2,06
6 147 Infarto agudo do miocárdio	21.294	2,06
7 151 Insuficiência cardíaca	19.292	1,87
8 221 Preprúcio redundante, fimose e parafimose	18.807	1,82
9 217 Outras doenças do aparelho urinário	18.517	1,79
10 199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	18.166	1,76
11 188 Outras hérnias	17.723	1,72
12 155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	17.176	1,66
13 197 Outras doenças do aparelho digestivo	17.089	1,65
14 270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	17.087	1,65
15 017 Septicemia	16.852	1,63
16 278 Traumatismo intracraniano	16.280	1,58
17 293 Anticoncepção	15.876	1,54
18 179 Outras doenças do aparelho respiratório	15.172	1,47
19 214 Insuficiência renal	14.907	1,44
20 195 Colelitíase e colecistite	14.632	1,42
21 186 Doenças do apêndice	14.509	1,40
22 192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	13.632	1,32
23 018 Outras doenças bacterianas	13.101	1,27
24 133 Catarata e outros transtornos do cristalino	12.188	1,18
25 288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	11.944	1,16
26 273 Fratura do fêmur	11.913	1,15
27 104 Diabetes mellitus	11.821	1,14
28 253 Out afec originadas no período perinatal	11.757	1,14
29 297 Pessoas cont c srv saúde p cuid e proc esp	11.664	1,13
30 215 Urolitíase	11.074	1,07
31 170 Bronquite aguda e bronquiolite aguda	10.678	1,03
32 115 Esquizofrenia,trans esquizotip e delirantes	10.668	1,03
33 198 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	10.609	1,03
34 249 Out trans respirat origin no per perinatal	9.134	0,88
35 175 Bronquite,enfisema e doen pulmon obstr cron	8.963	0,87
36 173 Doen crônicas das amígdalas e das adenóides	8.940	0,87
37 096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	8.840	0,86
38 150 Transt de condução e arritmias cardíacas	8.813	0,85
39 114 Trans ment e comp dev uso out subst psicoat	8.601	0,83
40 077 Neoplasia maligna da próstata	7.837	0,76
Total da 40 principais causas	666.944	64,57
Total	1.032.896	100,00

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



**Tabela 32 – Distribuição das 40 principais causas de internação SUS (CID 10 *)
no sexo feminino. Estado de São Paulo - 2018**

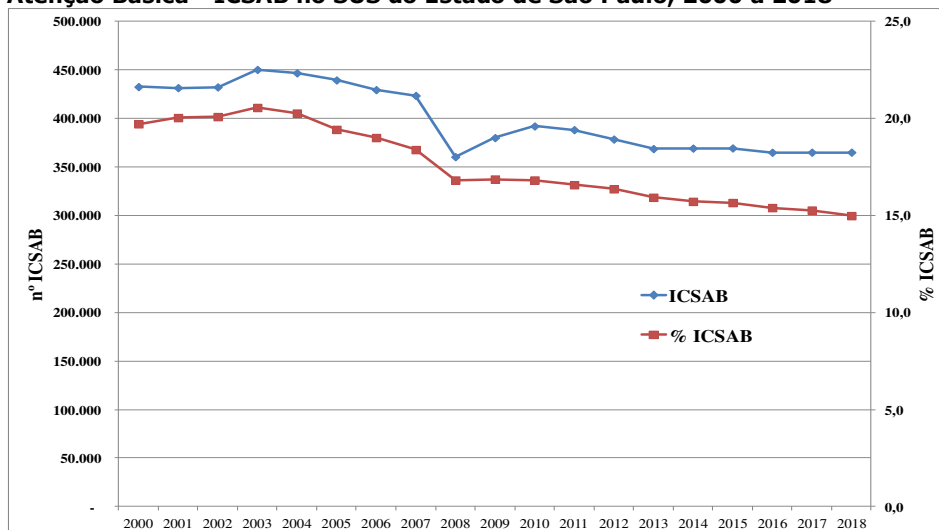
Lista Morbidade CID-10	Fem.	%
1 243 Parto único espontâneo	192.206	13,69
2 242 Outras complicações da gravidez e do parto	132.516	9,44
3 239 Out assis mãe rel c fet e amni,e prob parto	57.526	4,10
4 169 Pneumonia	55.610	3,96
5 195 Colelitíase e colecistite	44.981	3,20
6 217 Outras doenças do aparelho urinário	28.197	2,01
7 162 Veias varicosas das extremidades inferiores	26.617	1,90
8 274 Fratura de outros ossos dos membros	26.231	1,87
9 236 Outras gravidezes que terminam em aborto	20.763	1,48
10 151 Insuficiência cardíaca	19.028	1,36
11 199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	18.574	1,32
12 237 Edema,proteinúria,hip na grav,parto e puerp	18.511	1,32
13 233 Outros transt do aparelho geniturinário	16.633	1,18
14 133 Catarata e outros transtornos do cristalino	16.445	1,17
15 073 Neoplasia maligna da mama	16.244	1,16
16 188 Outras hérnias	16.210	1,15
17 270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	15.424	1,10
18 293 Anticoncepção	15.415	1,10
19 155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	14.963	1,07
20 017 Septicemia	14.768	1,05
21 234 Aborto espontâneo	14.645	1,04
22 197 Outras doenças do aparelho digestivo	14.637	1,04
23 092 Leiomioma do útero	13.658	0,97
24 148 Outras doenças isquêmicas do coração	13.125	0,94
25 096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	12.842	0,91
26 273 Fratura do fêmur	12.351	0,88
27 147 Infarto agudo do miocárdio	12.025	0,86
28 179 Outras doenças do aparelho respiratório	11.999	0,85
29 215 Urolitíase	11.932	0,85
30 253 Out afec originadas no período perinatal	11.567	0,82
31 192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	11.538	0,82
32 018 Outras doenças bacterianas	10.828	0,77
33 214 Insuficiência renal	10.579	0,75
34 186 Doenças do apêndice	10.480	0,75
35 244 Compl pred rel a puerp e out afec obst ne	10.145	0,72
36 104 Diabetes mellitus	9.866	0,70
37 288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	9.333	0,66
38 240 Trabalho de parto obstruído	8.896	0,63
39 175 Bronquite,enfisema e doen pulmon obstr cron	8.727	0,62
40 173 Doen crônicas das amígdalas e das adenóides	8.487	0,60
Total da 40 principais causas	994.522	70,85
Total	1.403.636	100,00

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





Gráfico 15: Número e percentual de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB no SUS do Estado de São Paulo, 2000 a 2018



Página | 21

Fonte: SIH/SUS.

Características gerais da mortalidade no Estado de São Paulo

O **coeficiente de mortalidade geral** no Estado (óbitos/mil hab) é de 6,7 em 2017, um pouco maior que o nacional que é de 6,3 em 2015, refletindo o envelhecimento da população paulista.

O perfil das causas de morte no Estado de São Paulo reflete a transição epidemiológica e demográfica (envelhecimento), com a redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias e a maior proporção de doenças crônico-degenerativas e neoplasias, embora ainda se salientem como causa de morte, as causas externas (violências e acidentes), diferentemente de outras regiões desenvolvidas do mundo.

No período de 2010 a 2017 pode-se observar que as principais causas de mortalidade, segundo os capítulos da Classificação Internacional das Doenças - CID 10, mantiveram suas posições de forma muito semelhante neste período, com as doenças do aparelho circulatório mantendo-se como a primeira causa de mortalidade entre os paulistas, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho respiratório e das causas externas (**Tabela 4**).

Os coeficientes de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) dos principais capítulos da CID – 10 registram aumento nos três primeiros grupos e queda no grupo das causas externas.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

Tabela 4: Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) segundo capítulo da CID-10 no Estado de São Paulo – 2010, 2015 e 2017

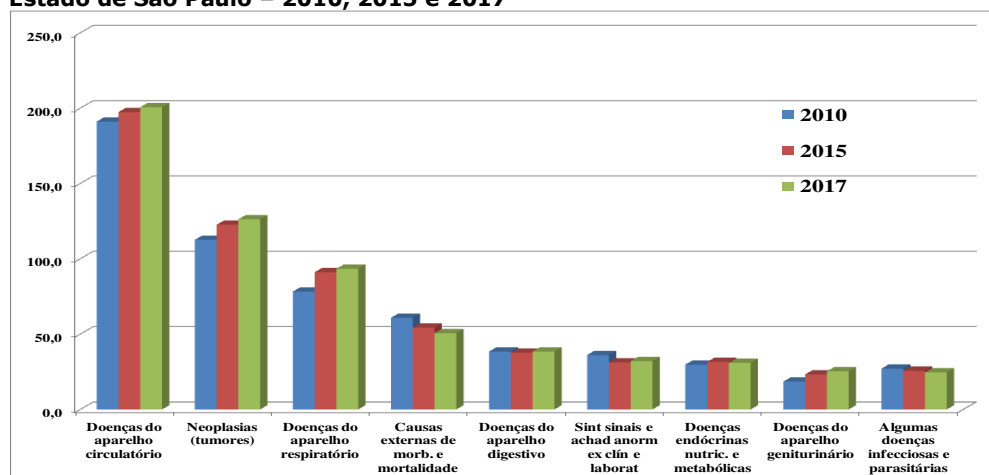
Causa(Cap CID10)	2010			2015			2017		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Doenças do aparelho circulatório	78.771	29,9	191,1	84.970	29,6	197,4	87.625	29,8	200,6
Neoplasias (tumores)	46.403	17,6	112,6	52.765	18,4	122,6	55.138	18,7	126,2
Doenças do aparelho respiratório	32.264	12,2	78,3	39.212	13,7	91,1	40.791	13,8	93,4
Causas externas de morb. e mortalidade	25.089	9,5	60,9	23.375	8,2	54,3	22.113	7,5	50,6
Doenças do aparelho digestivo	15.846	6,0	38,4	16.201	5,6	37,6	16.790	5,7	38,4
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	14.887	5,6	36,1	13.432	4,7	31,2	13.997	4,8	32,0
Doenças endócrinas nutric. e metabólicas	12.252	4,6	29,7	13.571	4,7	31,5	13.499	4,6	30,9
Doenças do aparelho geniturinário	7.626	2,9	18,5	10.016	3,5	23,3	11.058	3,8	25,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11.161	4,2	27,1	11.050	3,9	25,7	10.731	3,6	24,6
Doenças do sistema nervoso	7.124	2,7	17,3	9.302	3,2	21,6	9.921	3,4	22,7
Algumas afec originadas no per. perinatal	4.111	1,6	10,0	3.999	1,4	9,3	3.924	1,3	9,0
Todas as demais	7.983	3,0	19,4	8.880	3,1	20,6	8.934	3,0	20,5
Total	263.517	100,0	639,2	286.773	100,0	666,2	294.521	100,0	674,4

Fonte: SIM/SES. Pop. FSEADE.

No **Gráfico 1**, pode-se observar a evolução dos coeficientes brutos entre 2010 e 2017 para as principais causas: ampliação dos coeficientes de doenças circulatórias, neoplasias e aparelho respiratório, bem como uma queda no coeficiente das causas externas. A mortalidade por causas mal definidas (sintomas, sinais e achados anormais) representa 4,8% do total de óbitos e estudo anterior da SES/SP já demonstrou que este grupo, que permite avaliar a qualidade das informações, tem se mantido com coeficiente baixo no total Estado há muitos anos, embora algumas regiões apresentem proporção mais alta de óbitos por causa mal definida¹⁰.

O aumento verificado nos coeficientes brutos, em especial para as neoplasias, reflete a mudança da estrutura etária da população neste período (envelhecimento progressivo).

Gráfico 1: Coeficiente Bruto* de Mortalidade nos principais grupos da CID-10 – Estado de São Paulo – 2010, 2015 e 2017



Fonte: F. SEADE e SIM/SES/SP. * (óbitos/100 mil hab)





Em estudo que comparava a mortalidade por neoplasias nos biênios de 1999/2000 e 2009/2010 no Estado de São Paulo, observou-se a redução da taxa de mortalidade padronizada por idade, confirmando a relevância do processo de envelhecimento da população nestes indicadores¹¹. Outros estudos da SES/SP sobre neoplasias específicas no Estado de São Paulo (colo de útero, mama e próstata), também demonstraram a redução de taxas de mortalidade padronizadas por idade^{12,13,14}.

De acordo com os dados brasileiros de mortalidade disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2016, os valores nacionais são ligeiramente diferentes dos paulistas: as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de óbito (27,6%) seguidas das neoplasias (16,9%), das causas externas (11,9%), das doenças respiratórias (12,1%) e de causas mal definidas (5,8%) no Brasil¹⁵.

Mortalidade por sexo, faixa etária e causas específicas no Estado de São Paulo em 2017

No que se refere à proporção de óbitos por capítulo da CID – 10 há diferenças significativas entre os sexos.

Embora os três primeiros grupos (aparelho circulatório, neoplasias e aparelho respiratório) sejam os mesmos para ambos os sexos, o percentual feminino destes grupos é ligeiramente superior ao masculino.

Nos demais, a ordem dos grupos é diferente, aparecendo os grupos de doenças endócrinas nutricionais, do aparelho digestivo e geniturinário para o sexo feminino e causas externas (violências e acidentes), aparelho digestivo e mal definidas para o masculino.

A maior diferença ocorre nas causas externas, que apesar da redução do coeficiente, ainda representa 10,7% dos óbitos masculinos em 2017, em comparação com 3,7% dos óbitos femininos. (**Tabela 5 e Gráficos 2 e 3**).

No total, o coeficiente de mortalidade feminino é menor que o masculino.

Os coeficientes de mortalidade femininos são menores que os masculinos para todos os principais grupos de doenças, com especial destaque para a diferença nas causas externas que é quase quatro vezes maior nos homens (80,0 para 22,7) e do aparelho digestivo, em que o coeficiente masculino é quase o dobro do feminino (48,1 a 29,3).

Saliente-se que o sexo feminino apresenta maior esperança de vida ao nascer, o que justifica a proporção ligeiramente superior de doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias, que incidem mais fortemente entre os mais idosos.

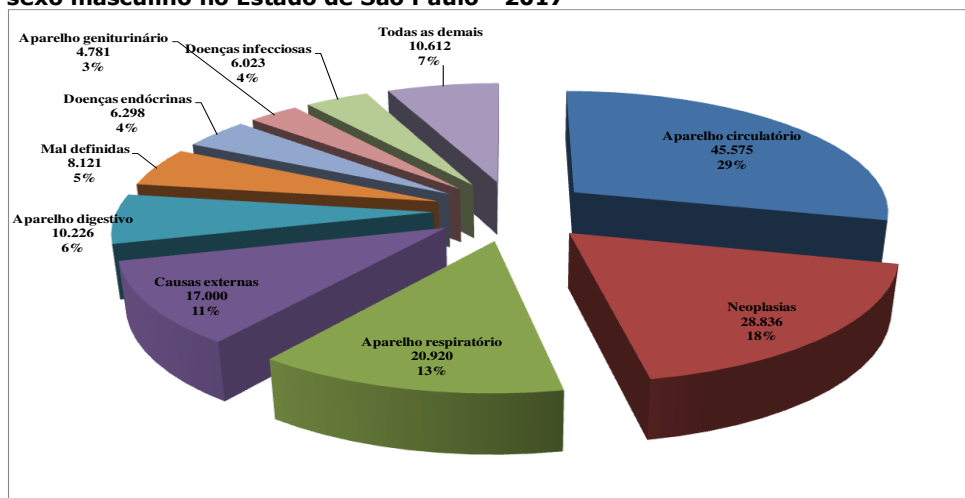
Tabela 5: Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo – 2017



Causa(Cap CID10)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
Doenças do aparelho circulatório	45.575	28,8	214,4	42.043	30,9	187,5	87.625	29,8	200,6
Neoplasias (tumores)	28.836	18,2	135,7	26.301	19,3	117,3	55.138	18,7	126,2
Doenças do aparelho respiratório	20.920	13,2	98,4	19.869	14,6	88,6	40.791	13,8	93,4
Causas externas de morbidade e mortalidade	17.000	10,7	80,0	5.099	3,7	22,7	22.113	7,5	50,6
Doenças do aparelho digestivo	10.226	6,5	48,1	6.563	4,8	29,3	16.790	5,7	38,4
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8.121	5,1	38,2	5.856	4,3	26,1	13.977	4,8	32,0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6.298	4,0	29,6	7.199	5,3	32,1	13.499	4,6	30,9
Doenças do aparelho geniturinário	4.781	3,0	22,5	6.277	4,6	28,0	11.058	3,8	25,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.023	3,8	28,3	4.708	3,5	21,0	10.731	3,6	24,6
Doenças do sistema nervoso	4.281	2,7	20,1	5.639	4,1	25,2	9.921	3,4	22,7
Algumas afec originadas no período perinatal	2.132	1,3	10,0	1.787	1,3	8,0	3.924	1,3	9,0
Todas as demais	4.199	2,7	19,8	4.717	3,5	21,0	8.934	3,0	20,5
Total	158.392	100,0	745,2	136.058	100,0	606,8	294.521	100,0	674,4

Fonte: SIM/SES. Pop. FSEADE.

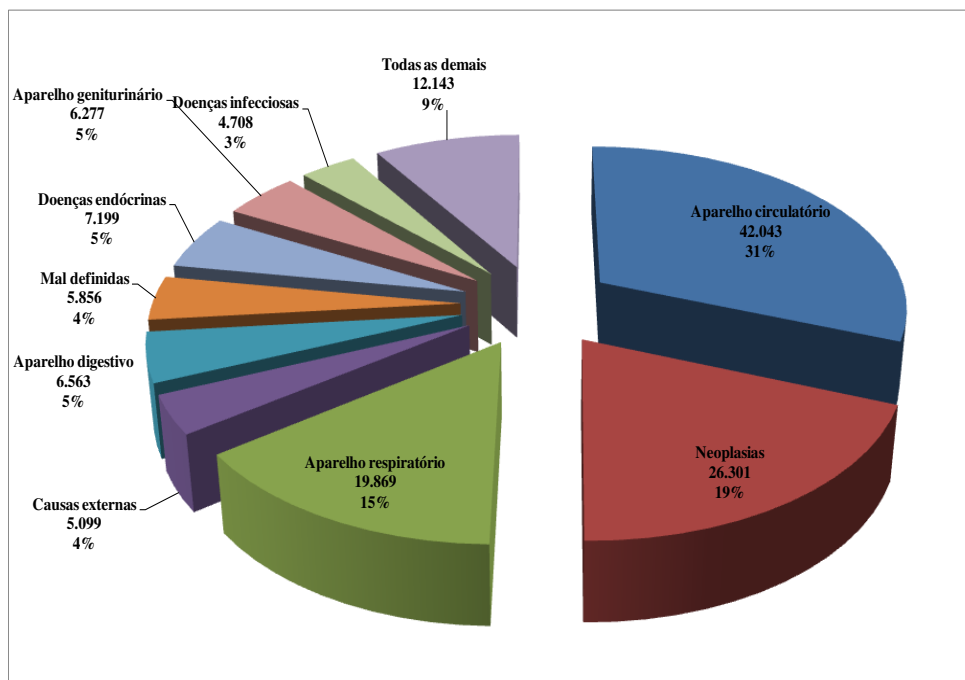
Gráfico 2: Distribuição dos principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo masculino no Estado de São Paulo - 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

Gráfico 3: Distribuição dos principais Grupos de Mortalidade pela CID-10 para o sexo feminino no Estado de São Paulo - 2017





Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração (com o infarto agudo do miocárdio como principal tipo) e as doenças cerebrovasculares (derrames) representam mais de 60% dos óbitos no sexo masculino e 56% no sexo feminino em 2017. O coeficiente bruto de mortalidade no sexo masculino é bem superior ao feminino nas doenças isquêmicas do coração (83,6 a 57,0) com a Razão entre o coeficiente masculino/feminino de 1,46. O mesmo não ocorre nas doenças cerebrovasculares com coeficiente masculino apenas ligeiramente maior que o feminino (50,7 a 48,5) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Circulatório e Sexo – Estado de São Paulo - 2017

Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 068 Doenças isquêmicas do coração	17.764	39,0	83,6	12.789	30,4	57,0	30.554	34,9	70,0
... 068.1 Infarto agudo do miocárdio	13.610	29,9	64,0	9.452	22,5	42,2	23.063	26,3	52,8
. 067 Doenças hipertensivas	4.059	8,9	19,1	4.754	11,3	21,2	8.814	10,1	20,2
. 070 Doenças cerebrovasculares	10.766	23,6	50,7	10.877	25,9	48,5	21.646	24,7	49,6
Todas as demais	12.986	28,5	61,1	13.623	32,4	60,8	26.611	30,4	60,9
Total de doenças do ap. circulatório	45.575	100,0	214,4	42.043	100,0	187,5	87.625	100,0	200,6

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



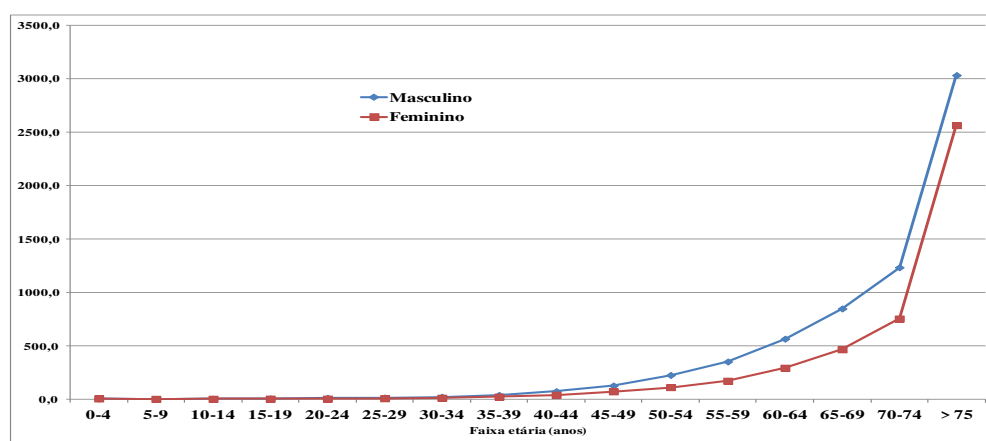
As doenças isquêmicas do coração, além de representarem 35% das doenças do aparelho circulatório, também são a primeira causa específica de mortalidade no Estado de São Paulo totalizando 10,4% do total de óbitos do Estado em 2017 (ver **Tabela 11**, com as 30 principais causas específicas de mortalidade).

Conforme estudo da SES/SP¹⁶, o coeficiente bruto de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no Estado de São Paulo manteve-se praticamente o mesmo de 2000 a 2012, sempre com predomínio do sexo masculino, com a Razão entre os coeficientes masculino/feminino, da ordem de 1,4 em todos os anos. Quando o coeficiente para doenças isquêmicas do coração é ajustado por idade, verifica-se sua redução entre 2000 e 2012, para o total e para ambos os sexos. Contudo a razão entre os sexos aumenta, passando de 1,82 no início da série histórica para 1,97 em 2012, demonstrando que de fato, a redução do coeficiente ajustado por idade é maior no sexo feminino. Ocorre que neste período a queda do coeficiente padronizado de mortalidade feminino para doenças isquêmicas foi bem maior que no sexo masculino.

Com relação à idade, os homens adoecem mais cedo das doenças do aparelho circulatório, com coeficientes maiores a partir da faixa etária de 40 a 44 anos, ampliando-se o diferencial nas faixas etárias mais elevadas (**Gráfico 4**).

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

Gráfico 4: Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doença do Aparelho Circulatório, por sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



Mortalidade por neoplasias malignas

Dez tipos de neoplasias são responsáveis por 63% do total de óbitos deste grupo de doenças em 2017 (**Tabela 7**).

O câncer de pulmão é a principal causa de morte deste grupo no Estado representando 12,2% do total em 2017, com coeficiente masculino bem superior ao feminino (18,2 a 12,8). O hábito de fumar, ainda mais preponderante entre os homens que entre as mulheres, pode ser apontado como uma das justificativas para esta diferença significativa. Entretanto, estudo da SES/SP demonstrou que o coeficiente de mortalidade padronizado de câncer de pulmão no Estado está diminuindo nos homens entre os biênios de 1999/2000 e 2009/2010 e aumentando entre as mulheres no mesmo período¹¹, provavelmente um efeito da ampliação do tabagismo entre as mulheres em décadas anteriores.

Página | 27

Entre as mulheres no Estado de São Paulo, o câncer de mama é o mais frequente, seguido do câncer de cólon/reto/ânus e o de pulmão ocupando a terceira posição. Este quadro já era apontado no decênio de 87/98¹⁷, com crescimento nos coeficientes destes três tipos de câncer e redução do câncer de colo de útero¹³, doença evitável, por meio da realização do exame de Papanicolaou (colpocitologia oncológica).

Entre os homens, depois do câncer de pulmão, a segunda posição é do câncer de próstata, seguido do câncer de cólon/reto/ânus e de estômago. Finalmente nota-se que o coeficiente do câncer de fígado e vias biliares também é superior no sexo masculino em relação ao feminino.

Tabela 7 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Neoplasia e Sexo – Estado de São Paulo – 2017

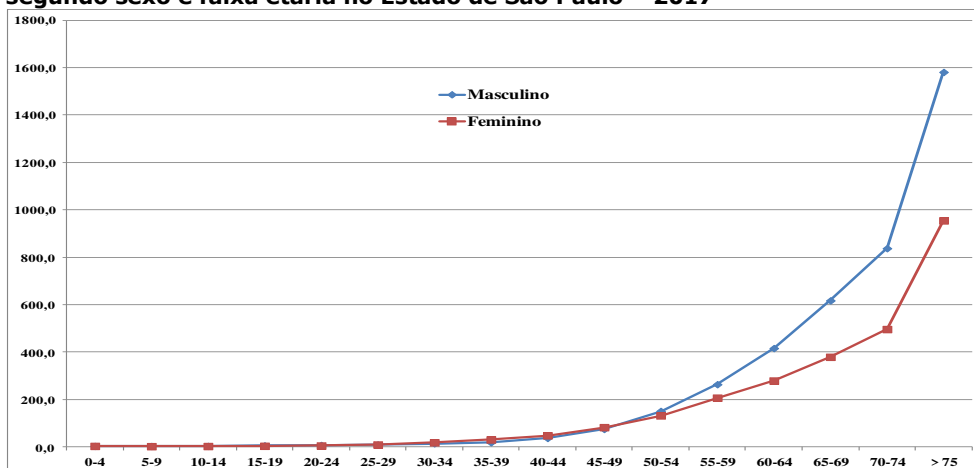
Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 039 Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	3.876	13,4	18,2	2.870	10,9	12,8	6.746	12,2	15,4
. 035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	2.836	9,8	13,3	2.888	11,0	12,9	5.724	10,4	13,1
. 041 Neoplasia maligna da mama	45	0,2	0,2	4.175	15,9	18,6	4.220	7,7	-
. 034 Neoplasia maligna do estômago	2.184	7,6	10,3	1.292	4,9	5,8	3.476	6,3	8,0
. 045 Neoplasia maligna da próstata	3.088	10,7	14,5	-	-	-	3.088	5,6	-
. 037 Neoplasia maligna do pâncreas	1.463	5,1	6,9	1.575	6,0	7,0	3.038	5,5	7,0
. 036 Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	1.523	5,3	7,2	981	3,7	4,4	2.504	4,5	5,7
. 047 Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	1.152	4,0	5,4	1.033	3,9	4,6	2.185	4,0	5,0
. 032 Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	1.716	6,0	8,1	403	1,5	1,8	2.119	3,8	4,9
. 033 Neoplasia maligna do esôfago	1.452	5,0	6,8	329	1,3	1,5	1.781	3,2	4,1
. 042 Neoplasia maligna do colo do útero	-	-	-	935	3,6	4,2	935	1,7	-
Todas as demais	9.502	33,0	44,7	9.819	37,3	43,8	19.322	35,0	44,2
Total de neoplasias	28.837	100,0	135,7	26.300	100,0	117,3	55.138	100,0	126,2

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

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



Gráfico 5: Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Neoplasia segundo sexo e faixa etária no Estado de São Paulo – 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

Mortalidade por doenças do aparelho respiratório

As doenças do aparelho respiratório que representam o terceiro maior grupo de causas de mortalidade no Estado de São Paulo em 2017 e tiveram as pneumonias como causa predominante, com 54% do total de óbitos deste grupo. O coeficiente de mortalidade por pneumonia é semelhante entre os sexos (**Tabela 8**).

Tabela 8 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Respiratório e Sexo – Estado de São Paulo - 2017

Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 074 Pneumonia	11.771	56,3	55,4	11.934	60,1	53,2	23.707	58,1	54,3
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5.884	28,1	27,7	5.008	25,2	22,3	10.892	26,7	24,9
Todas as demais	3.265	15,6	15,4	2.927	14,7	13,1	6.192	15,2	14,2
Total de doenças do aparelho respiratório	20.920	100,0	98,4	19.869	100,0	88,6	40.791	100,0	93,4

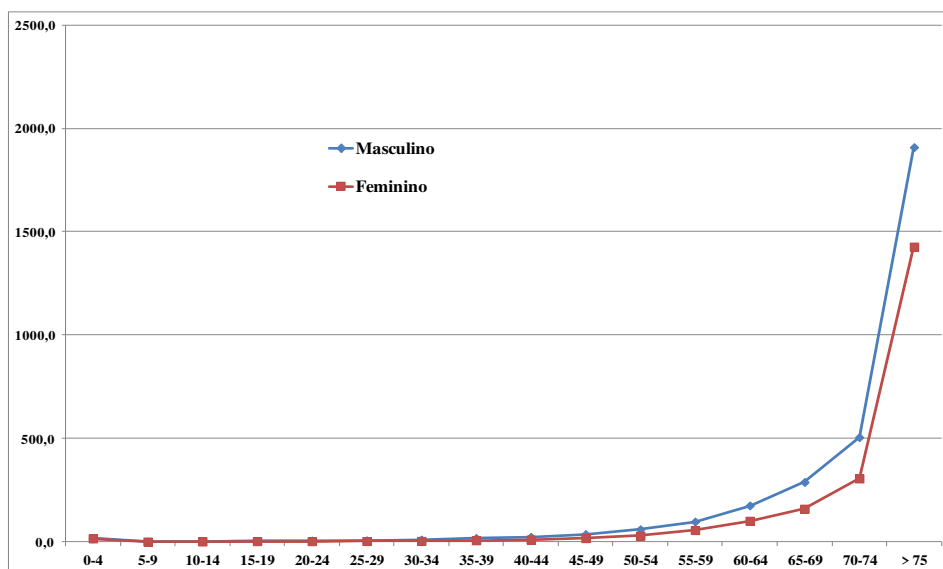
Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

As doenças crônicas das vias aéreas inferiores são a segunda maior causa de óbito deste grupo e representam 26,7% do total. O coeficiente de mortalidade masculino é superior ao feminino, fato que pode ser explicado em parte pelo tabagismo mais freqüente no sexo masculino, uma vez que, conforme estudos referidos pelo Ministério da Saúde¹⁸, o consumo de tabaco relaciona-se com até 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema).

Para o total de óbitos do Aparelho Respiratório, os coeficientes masculinos são superiores aos femininos, a partir dos 40 anos, mantendo-se mais altos em todos os grupos etários de idosos (**Gráfico 6**)

Gráfico 6 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doença do Aparelho Respiratório, segundo sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2017





Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

Mortalidade por acidentes e violências

Em 2017, o grupo de acidentes de transporte é a maior causa de morte por causas externas (23% do total), seguido das agressões (homicídios) com 18% (**Tabela 9**).

Em estudo da SES/SP¹⁹ observa-se que as causas externas de mortalidade se reduziram no Estado de São Paulo de 2000 a 2016, principalmente pela diminuição bastante acentuada dos óbitos por agressões (homicídios). Assim, desde 2007 a primeira causa de mortalidade no Estado de São Paulo entre as causas externas já são os acidentes de transporte. O coeficiente de mortalidade por acidentes de transporte reduziu-se de forma mais discreta neste mesmo período, alcançando o valor de 11,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2017.

O coeficiente de homicídios no Estado foi de 9,2 por 100 mil habitantes, bem abaixo do valor brasileiro. O Atlas da Violência de 2017²⁰ aponta a ocorrência de 59.080 homicídios no Brasil em 2015, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 28,9 por 100 mil habitantes, que vem apresentando crescimento no país desde 2005.

Em relação ao sexo, os dois primeiros grupos, de acidentes de transportes e de homicídios tem grande predomínio masculino em 2017, sendo a razão entre os coeficientes dos sexos (masculino/feminino) de 4,6 e de 8,1 respectivamente.

A terceira causa deste grupo são as quedas que predominam mais discretamente no sexo masculino. A quarta causa (suicídios), novamente tem coeficientes bem mais acentuados no sexo masculino (razão entre os sexos de 4,0).



Tabela 9 - Óbitos e Coeficiente Bruto de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Causa Externa (acidentes e violência) e Sexo - Estado de São Paulo - 2017

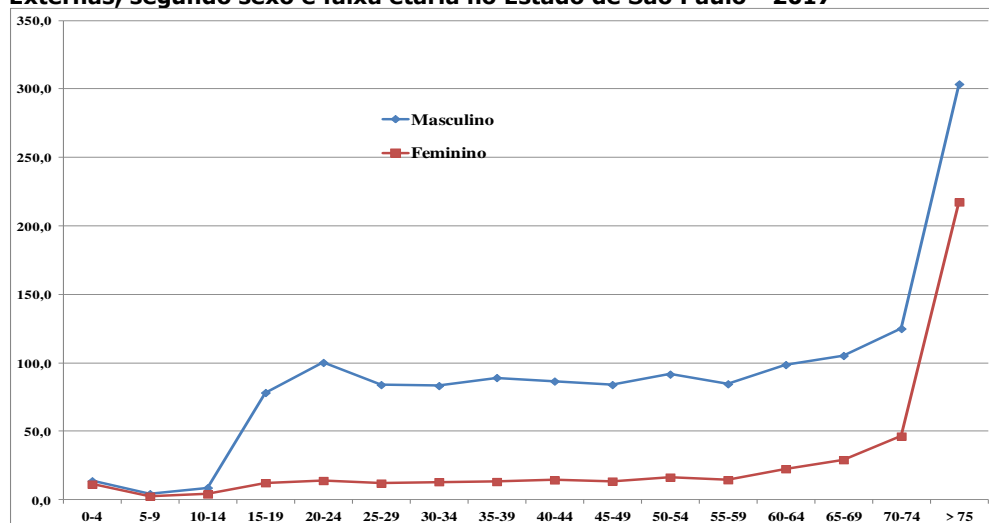
Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 104 Acidentes de transporte	4.118	24,2	19,4	941	18,5	4,2	5.061	22,9	11,6
. 110 Agressões	3.538	20,8	16,6	462	9,1	2,1	4.002	18,1	9,2
. 105 Quedas	1.855	10,9	8,7	1.205	23,6	5,4	3.060	13,8	7,0
. 109 Suicídios	1.662	9,8	7,8	434	8,5	1,9	2.096	9,5	4,8
Todas as demais	5.827	34,3	27,4	2.057	40,3	9,2	7.894	35,7	18,1
Total de causas externas	17.000	100,0	80,0	5.099	100,0	22,7	22.113	100,0	50,6

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

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

Os acidentes de trânsito e os homicídios são responsáveis, principalmente, por mortes de homens jovens, ocasionando grande perda de anos e mesmo no caso dos sobreviventes à estes episódios, com perda de qualidade de vida, pois frequentemente, apresentam graves sequelas. As causas externas oneram o sistema de saúde, tanto na urgência como na reabilitação, exigindo tratamentos complexos e custosos da rede de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

Gráfico 7 - Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil hab) por Causas Externas, segundo sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



Mortalidade por doenças do aparelho digestivo

O quinto grupo de causa de mortalidade em 2017 é o de doenças do aparelho digestivo. As doenças hepáticas representam 40% das causas de morte deste grupo e nos homens, atingem 50% dos óbitos (**Tabela 10**).

Tabela 10 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por tipo de Doença do Aparelho Digestivo e Sexo – Estado de São Paulo - 2017

Página | 31

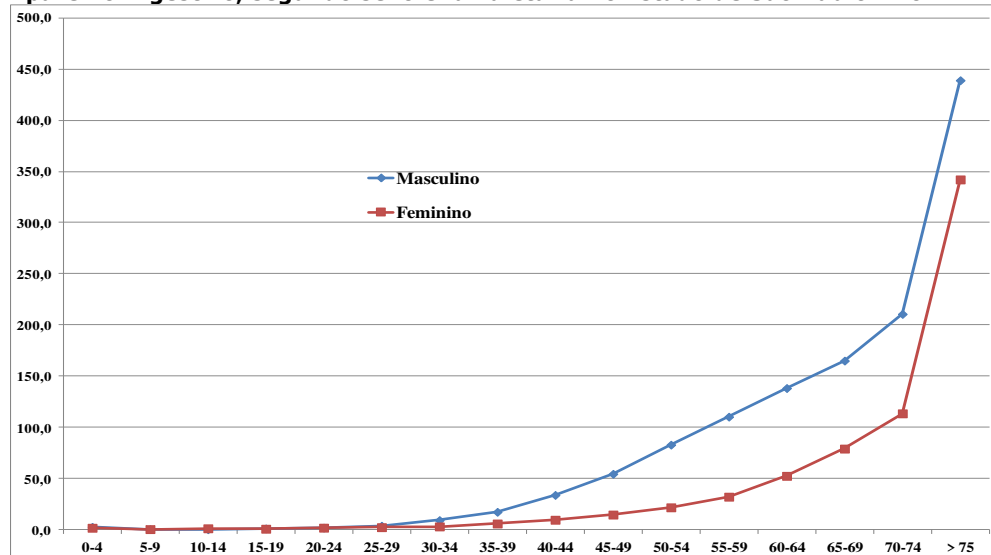
Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
. 080 Doenças do fígado	5.146	50,3	24,2	1.540	23,5	6,9	6.687	39,8	15,3
... 080.1 Doença alcoólica do fígado	2.063	20,2	9,7	234	3,6	1,0	2.297	13,7	5,3
... 080.2 Fibrose e cirrose do fígado	1.994	19,5	9,4	735	11,2	3,3	2.730	16,3	6,3
... 080.3 Outras doenças do fígado	1.089	10,6	5,1	571	8,7	2,5	1.660	9,9	3,8
Demais doenças do aparelho digestivo	5.080	49,7	23,9	5.023	76,5	22,4	10.103	60,2	23,1
Total de doenças do ap. digestivo	10.226	100,0	48,1	6.563	100,0	29,3	16.790	100,0	38,4

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.

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

Por faixas etárias, pode-se notar que a partir dos 30 anos, os coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho digestivo no sexo masculino tornam-se bem superiores aos femininos e somente aos 80 anos os coeficientes entre os sexos voltam a se aproximar (**Gráfico 8**).

Gráfico 8 - Coeficiente de mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doença do Aparelho Digestivo, segundo sexo e faixa etária no Estado de São Paulo - 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



As 30 primeiras causas específicas de óbitos no Estado de São Paulo em 2017 (segundo a Lista de Tabulação CID-BR da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 disponível no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS do Ministério da Saúde) são responsáveis por cerca de 83% dos óbitos e entre elas se encontram com destaque, as doenças isquêmicas do coração, as doenças vasculares cerebrais e as pneumonias em ambos os sexos, já comentadas anteriormente, que estão nos três primeiros lugares.

Entre as doenças que não foram citadas nos capítulos da CID 10 mencionados anteriormente, destaca-se o diabetes mellitus como sexta causa de morte no total, com 10.355 óbitos em 2017. As doenças hipertensivas também aparecem como a nona causa no total. Os acidentes de transporte e homicídios estão na 18ª e 22ª posição no total. Entre os homens estas causas aparecem em 10ª posição (acidentes de transporte) e 14ª posição (homicídios).

Na somatória total dos dois sexos o câncer de pulmão aparece na 11ª posição, porém entre as mulheres, o câncer de mama é a nona causa de morte, antes do câncer de pulmão. Entre os homens o câncer de próstata ocupa a 17ª posição.

Página | 32

Tabela 11 - Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) segundo Sexo nas 30 principais causas de morte (Lista BR da CID 10) – Estado de São Paulo - 2017

nº	Causa(CID10 lisBR)	Masculino			Feminino			Total		
		Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
1 .	068 Doenças isquêmicas do coração	17.764	11,2	83,6	12.789	9,4	57,0	30.554	10,4	70,0
...	068.1 Infarto agudo do miocárdio	13.610	8,6	64,0	9.452	6,9	42,2	23.063	7,8	52,8
2 .	074 Pneumonia	11.771	7,4	55,4	11.934	8,8	53,2	23.707	8,0	54,3
3 .	070 Doenças cerebrovasculares	10.766	6,8	50,7	10.877	8,0	48,5	21.646	7,3	49,6
4 .	069 Outras doenças cardíacas	9.754	6,2	45,9	10.577	7,8	47,2	20.333	6,9	46,6
5 .	076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5.884	3,7	27,7	5.008	3,7	22,3	10.892	3,7	24,9
6 .	055 Diabetes mellitus	4.782	3,0	22,5	5.572	4,1	24,9	10.355	3,5	23,7
7 .	103 Rest sint, sín e ach anorm clín e laborat	5.897	3,7	27,7	3.877	2,8	17,3	9.792	3,3	22,4
8 .	052 Restante de neoplasias malignas	4.891	3,1	23,0	4.703	3,5	21,0	9.595	3,3	22,0
9 .	067 Doenças hipertensivas	4.059	2,6	19,1	4.754	3,5	21,2	8.814	3,0	20,2
10 .	082 Rest doenças do aparelho digestivo	4.066	2,6	19,1	4.091	3,0	18,2	8.157	2,8	18,7
11 .	039 Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	3.876	2,4	18,2	2.870	2,1	12,8	6.746	2,3	15,4
12 .	087 Rest doenças do aparelho geniturinário	2.558	1,6	12,0	4.158	3,1	18,5	6.716	2,3	15,4
13 .	080 Doenças do fígado	5.146	3,2	24,2	1.540	1,1	6,9	6.687	2,3	15,3
...	080.1 Doença alcoólica do fígado	2.063	1,3	9,7	234	0,2	1,0	2.297	0,8	5,3
...	080.2 Fibrose e cirrose do fígado	1.994	1,3	9,4	735	0,5	3,3	2.730	0,9	6,3
...	080.3 Outras doenças do fígado	1.089	0,7	5,1	571	0,4	2,5	1.660	0,6	3,8
14 .	077 Restante doenças do aparelho respiratório	3.117	2,0	14,7	2.781	2,0	12,4	5.898	2,0	13,5
15 .	035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	2.836	1,8	13,3	2.888	2,1	12,9	5.724	1,9	13,1
16 .	061 Doença de Alzheimer	1.804	1,1	8,5	3.622	2,7	16,2	5.427	1,8	12,4
17 .	072 Rest doenças do aparelho circulatório	2.806	1,8	13,2	2.478	1,8	11,1	5.284	1,8	12,1
18 .	105 Acidentes de transporte	4.126	2,6	19,4	956	0,7	4,3	5.084	1,7	11,6
19 .	007-015 Outras doenças bacterianas	2.184	1,4	10,3	2.304	1,7	10,3	4.488	1,5	10,3
20 .	041 Neoplasia maligna da mama	45	0,0	0,2	4.175	3,1	18,6	4.220	1,4	9,7
21 .	112 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	3.290	2,1	15,5	812	0,6	3,6	4.108	1,4	9,4
22 .	111 Agressões	3.538	2,2	16,6	462	0,3	2,1	4.002	1,4	9,2
23 .	063 Restante das doenças do sistema nervoso	2.004	1,3	9,4	1.698	1,2	7,6	3.702	1,3	8,5
24 .	034 Neoplasia maligna do estômago	2.184	1,4	10,3	1.292	0,9	5,8	3.476	1,2	8,0
25 .	102 Morte sem assistência médica	1.926	1,2	9,1	1.423	1,0	6,3	3.351	1,1	7,7
26 .	086 Insuficiência renal	1.712	1,1	8,1	1.421	1,0	6,3	3.133	1,1	7,2
27 .	016-023 Doenças virais	2.087	1,3	9,8	1.038	0,8	4,6	3.125	1,1	7,2
28 .	045 Neoplasia maligna da próstata	3.088	1,9	14,5	-	-	-	3.088	1,0	7,1
29 .	106 Quedas	1.855	1,2	8,7	1.205	0,9	5,4	3.060	1,0	7,0
30 .	037 Neoplasia maligna do pâncreas	1.463	0,9	6,9	1.575	1,2	7,0	3.038	1,0	7,0
Total das 30 causas mais frequentes		131.278	82,9	617,7	112.881	83,0	503,5	244.202	82,9	559,1
Todas as demais		27.114	17,1	127,6	23.177	17,0	103,4	50.319	17,1	115,2
Todos os óbitos		158.392	100,0	745,2	136.058	100,0	606,8	294.521	100,0	674,4

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



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

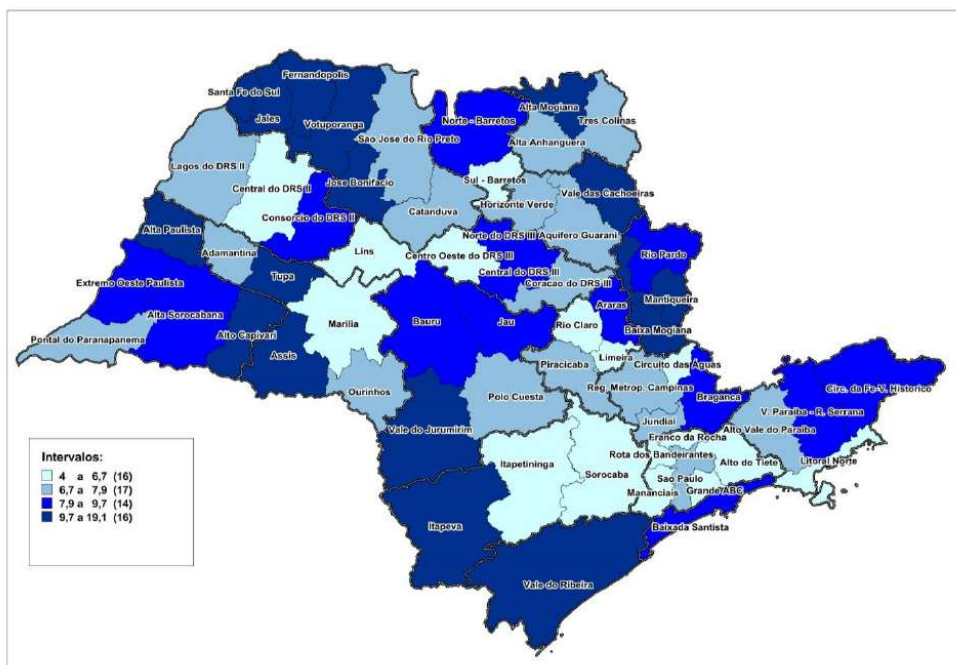
Há causas de mortalidade que não são de inteira governabilidade do setor saúde, como é o caso da violência e dos acidentes de trânsito. Porém o sistema de saúde precisa estar preparado, não somente para oferecer o tratamento mais adequado (por exemplo, os atendimentos da rede de urgência e emergência),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

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

Como exemplo, são apresentados os **Mapas 1 a 8** com a distribuição do coeficiente de mortalidade, por câncer de próstata, câncer de mama, homicídios, acidentes de transporte, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e pneumonia, segundo as regiões de saúde (CGR) para 2017 (a tabela com os coeficientes específicos de cada região está no **Quadro 2** que se segue aos Mapas).

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

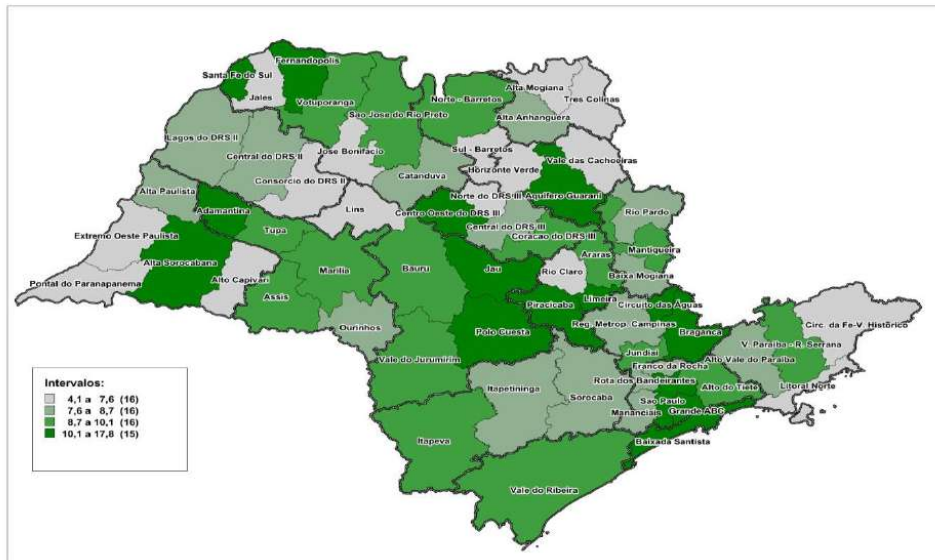
Mapa 1 – Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Neoplasia Maligna de Próstata segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



Mapa 2 - Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Neoplasia Maligna de Mama Feminina segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017



Página | 34

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE

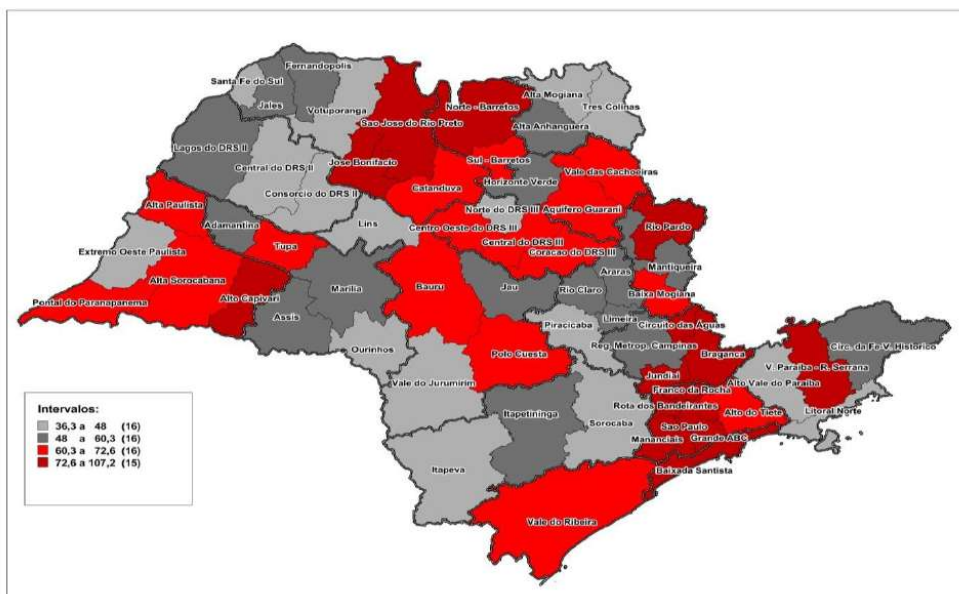
Mapa 3 - Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Diabetes Mellitus segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE

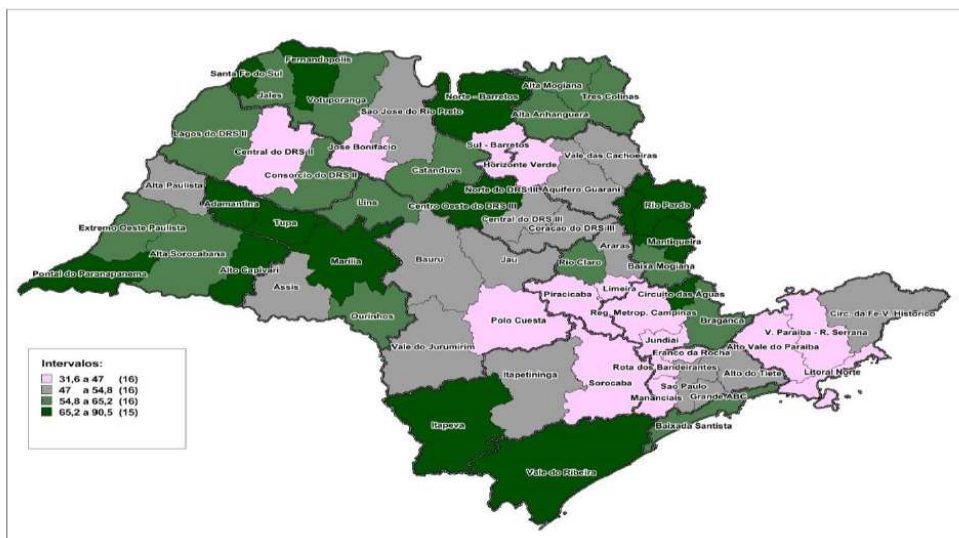
Mapa 4 - Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doenças Isquêmicas do Coração segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017





Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE

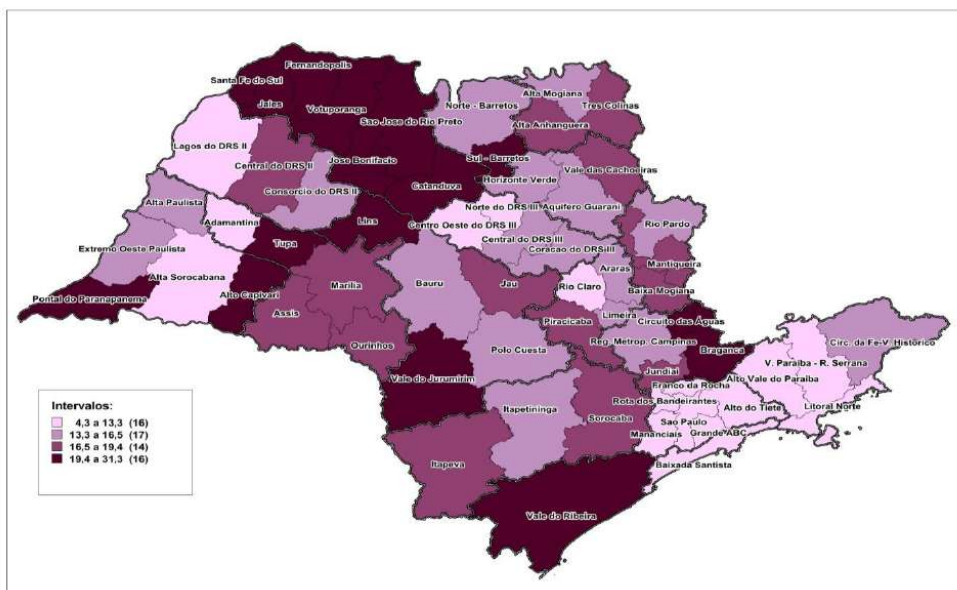
Mapa 5 - Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Doenças Cerebrovasculares segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE



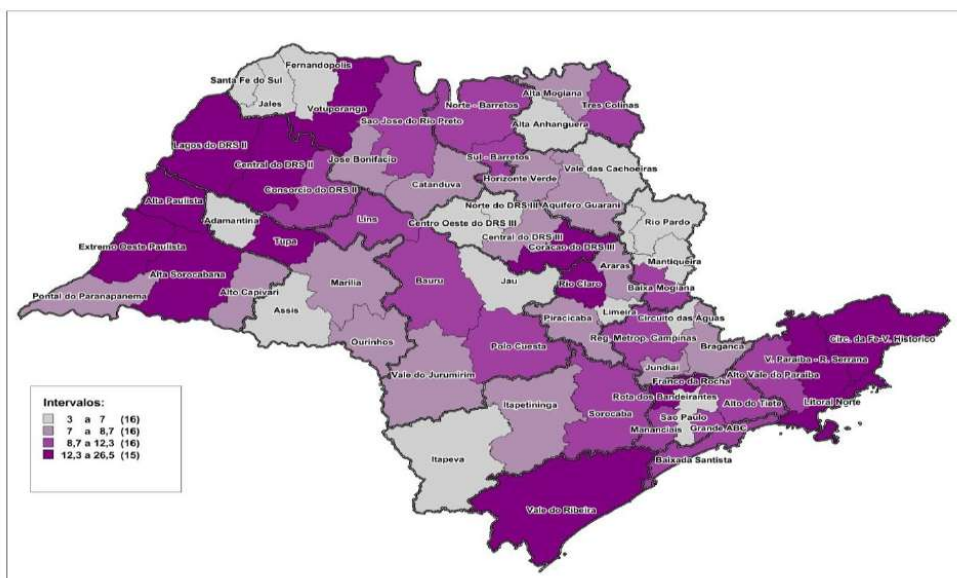
Mapa 6 - Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Acidentes de Transporte segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017



ágina | 36

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE

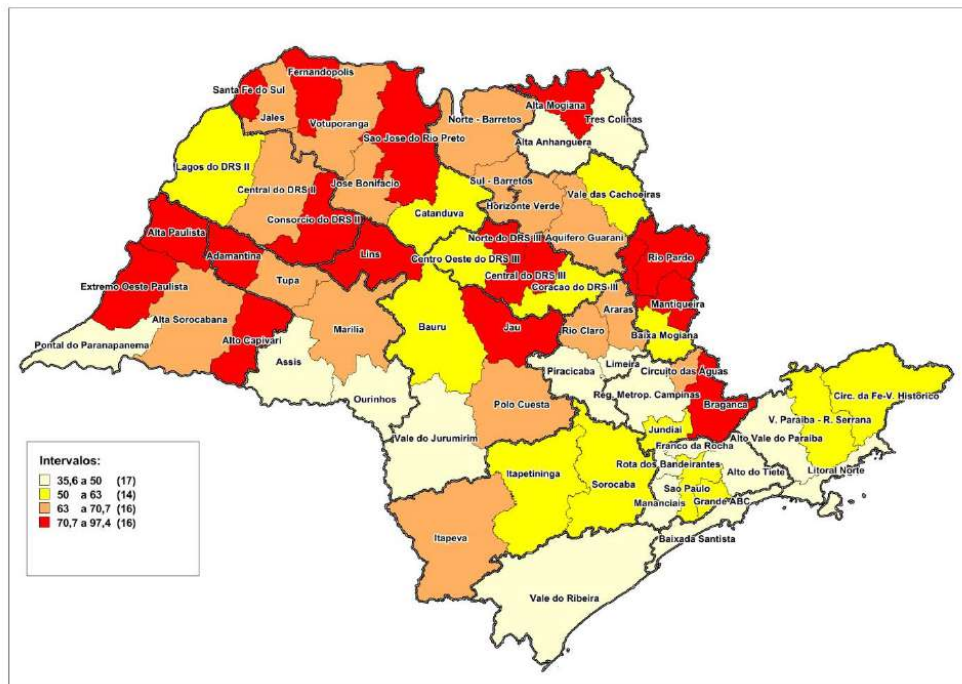
Mapa 7 - Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Agressões segundo Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2017



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE



ágina | 37



Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP 2019106257A

Quadro 2 - Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) por causas selecionadas segundo as Departamentos Regionais de Saúde - DRS e Regiões de Saúde - Estado de São Paulo - 2017 (1ª parte)

DRS/ Regiões de Saúde (Res.)	Neoplasia Próstata	Neoplasia Mama Feminina	Diabetes Mellitus	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovas- culares	Acidentes de Transporte	Agressões	Pneumonia	
3501 Grande São Paulo	6,2	10,3	18,6	78,5	46,5	6,6	7,6	51,1	Página 38
.. 35011 Alto do Tietê	5,1	9,2	18,6	63,5	47,8	11,4	12,0	46,4	
.. 35012 Franco da Rocha	5,2	7,6	18,0	77,0	34,6	13,2	12,3	46,4	
.. 35013 Mananciais	6,0	8,0	15,7	92,6	40,8	7,3	9,4	35,6	
.. 35014 Rota dos Bandeirantes	6,0	8,3	14,8	82,4	42,1	10,7	14,1	41,5	
.. 35015 Grande ABC	6,0	10,7	17,7	80,8	47,0	6,8	9,2	55,4	
.. 35016 São Paulo	6,7	11,1	19,7	79,8	47,8	4,3	4,8	54,5	
3502 Aracatuba	7,3	7,3	27,3	41,0	53,6	14,2	15,8	67,8	
.. 35021 Central do DRS II	6,6	8,3	29,4	36,3	39,4	16,9	14,2	65,7	
.. 35022 Lagos do DRS II	7,1	8,2	33,2	48,5	62,8	10,2	26,5	58,7	
.. 35023 Consórcio do DRS II	8,3	5,6	20,7	40,6	62,3	14,3	9,8	77,0	
3503 Araraquara	7,7	8,5	30,8	64,9	56,7	14,3	9,0	68,2	
.. 35031 Central do DRS III	8,5	8,5	32,1	67,1	52,1	15,7	7,2	78,3	
.. 35032 Centro Oeste do DRS III	5,8	10,1	33,8	64,0	66,1	11,5	5,0	54,6	
.. 35033 Norte do DRS III	8,6	6,7	25,9	45,9	65,2	10,6	4,7	89,8	
.. 35034 Coração do DRS III	7,4	8,7	30,5	71,1	53,6	15,6	13,5	56,5	
3504 Baixada Santista	9,1	12,6	38,8	104,0	57,0	12,2	10,6	38,3	
.. 35041 Baixada Santista	9,1	12,6	38,8	104,0	57,0	12,2	10,6	38,3	
3505 Barretos	7,1	8,3	25,6	71,0	61,0	17,3	12,1	66,3	
.. 35051 Norte - Barretos	8,3	9,7	21,2	74,0	69,3	16,2	12,2	65,7	
.. 35052 Sul - Barretos	4,9	5,6	34,4	65,2	44,9	19,6	11,9	67,3	
3506 Bauru	8,2	10,4	29,6	58,1	52,2	16,6	8,4	63,6	
.. 35061 Vale do Jurumirim	9,7	9,7	30,8	40,2	53,0	19,7	7,6	37,7	
.. 35062 Bauru	8,6	9,4	37,2	66,9	53,4	14,4	10,2	51,3	
.. 35063 Polo Cuesta	6,7	11,7	25,8	71,3	43,9	15,1	8,7	66,3	
.. 35064 Jau	9,4	13,2	21,2	52,1	51,2	17,4	4,7	95,0	
.. 35065 Lins	4,3	6,8	23,5	44,4	63,6	20,4	10,5	86,4	
3507 Campinas	7,2	8,6	19,4	69,3	47,8	14,8	10,0	52,4	
.. 35071 Bragança	8,7	10,7	20,3	107,2	59,7	19,4	7,1	73,8	
.. 35072 Reg. Metrop. Campinas	7,1	7,9	20,9	59,4	45,8	13,3	11,3	48,6	
.. 35073 Jundiaí	7,3	9,9	12,0	84,4	45,1	17,4	7,3	52,6	
.. 35074 Circuito das Águas	4,7	12,4	24,8	83,8	70,6	19,4	3,1	67,5	
3508 Franca	7,9	7,3	25,0	45,4	57,8	16,4	8,1	53,0	
.. 35081 Três Colinas	7,4	7,1	22,4	45,4	56,7	16,5	8,8	47,2	
.. 35082 Alta Anhangüera	7,7	8,3	28,9	50,7	60,9	16,7	5,8	44,9	
.. 35083 Alta Mogiana	10,0	6,7	29,1	38,3	57,4	15,8	8,3	83,2	
3509 Marília	7,5	9,2	34,9	53,9	63,1	18,4	7,6	59,9	
.. 35091 Adamantina	7,7	10,1	42,6	58,8	78,9	11,6	5,4	81,2	
.. 35092 Assis	10,1	9,7	31,6	59,0	49,8	18,1	5,1	49,8	
.. 35093 Marília	4,0	9,4	27,6	53,0	69,1	17,9	7,5	68,5	
.. 35094 Ourinhos	7,7	8,1	39,0	40,7	56,1	16,7	7,7	40,7	
.. 35095 Tupa	12,1	8,9	47,6	66,9	67,7	30,6	14,5	66,9	

(continua)



Quadro 2 – Coeficientes de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) por causas selecionadas segundo as Departamentos Regionais de Saúde - DRS e Regiões de Saúde – Estado de São Paulo – 2017
(2ª parte - continuação)

DRS/ Regiões de Saúde (Res.)	Neoplasia Próstata	Neoplasia Mama Feminina	Diabetes Mellitus	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cerebrovasculares	Acidentes de Transporte	Agressões	Pneumonia	Página 39
3510 Piracicaba	7,0	9,8	25,3	48,6	46,6	15,4	8,6	55,9	
.. 35101 Araras	8,8	10,0	27,6	48,0	48,3	15,8	8,5	66,5	
.. 35102 Limeira	6,2	11,0	20,0	58,2	44,7	14,6	6,7	45,8	
.. 35103 Piracicaba	6,7	10,6	23,4	42,0	41,7	17,2	7,6	49,8	
.. 35104 Rio Claro	6,3	6,3	33,8	50,4	58,2	12,2	13,4	70,0	
3511 Presidente Prudente	9,7	8,9	32,5	62,0	59,2	14,4	14,7	68,2	
.. 35111 Alta Paulista	10,1	8,5	39,5	62,7	50,3	14,7	14,7	79,7	
.. 35112 Alta Sorocabana	8,9	10,4	20,3	63,5	59,2	9,4	17,2	64,0	
.. 35113 Alto Capivari	19,1	5,2	33,0	74,8	66,1	31,3	7,0	97,4	
.. 35114 Extremo Oeste Paulista	8,5	7,5	72,4	45,8	60,7	13,8	13,8	74,5	
.. 35115 Pontal do Paranapanema	7,4	5,9	35,4	63,3	67,8	29,5	7,4	36,8	
3512 Registro	13,0	9,0	37,6	68,7	80,7	24,6	13,4	48,5	
.. 35121 Vale do Ribeira	13,0	9,0	37,6	68,7	80,7	24,6	13,4	48,5	
3513 Ribeirão Preto	7,8	9,1	23,5	62,5	48,1	16,2	7,8	63,6	
.. 35131 Horizonte Verde	7,3	5,9	32,6	58,6	44,6	15,6	7,8	66,1	
.. 35132 Aquífero Guarani	7,2	10,9	18,1	63,0	48,8	16,0	8,0	64,4	
.. 35133 Vale das Cachoeiras	13,4	7,5	30,6	71,6	54,5	18,7	6,7	50,0	
3514 S.João Boa Vista	9,9	8,6	35,6	68,0	66,9	16,9	7,3	67,8	
.. 35141 Baixa Mogiana	10,8	7,9	37,0	61,4	56,0	18,0	10,1	51,2	
.. 35142 Mantiqueira	9,9	9,5	35,5	57,9	73,2	16,8	5,9	73,2	
.. 35143 Rio Pardo	8,6	8,6	33,7	91,2	75,1	15,2	4,8	85,5	
3515 S.José do Rio Preto	9,0	9,1	27,3	67,5	58,2	23,5	8,8	67,9	
.. 35151 Catanduva	7,3	7,9	33,6	60,3	65,0	23,4	7,6	59,7	
.. 35152 Santa Fé do Sul	17,7	11,0	33,1	42,0	90,5	24,3	6,6	83,9	
.. 35153 Jales	11,0	7,0	39,9	58,8	54,8	30,9	3,0	64,8	
.. 35154 Fernandópolis	14,3	17,8	35,7	52,6	80,3	26,8	5,4	77,6	
.. 35155 São José do Rio Preto	7,4	8,9	19,3	79,6	50,3	21,3	10,0	70,7	
.. 35156 José Bonifácio	12,2	4,1	40,6	86,3	45,7	26,4	8,1	63,0	
.. 35157 Votuporanga	9,9	9,9	26,7	44,4	63,8	24,1	12,5	65,4	
3516 Sorocaba	6,6	8,5	34,8	48,5	49,0	17,6	9,3	56,5	
.. 35161 Itapetininga	6,2	8,3	40,0	54,1	47,5	16,2	8,5	54,5	
.. 35162 Itapeva	9,8	8,7	45,6	46,3	65,8	18,8	5,8	64,7	
.. 35163 Sorocaba	6,1	8,5	31,5	47,2	46,6	17,9	10,1	55,7	
3517 Taubaté	7,3	8,0	27,6	49,7	42,5	11,3	14,9	49,5	
.. 35171 Alto Vale do Paraíba	6,8	7,9	23,5	36,5	39,9	10,6	11,3	40,5	
.. 35172 Circ. da Fe-V. Histórico	8,8	7,5	38,5	58,4	52,4	14,8	22,3	59,9	
.. 35173 Litoral Norte	5,4	6,1	27,5	37,7	31,6	13,1	17,6	41,9	
.. 35174 V. Paraíba - R. Serrana	7,9	9,4	26,5	72,6	44,9	8,6	13,9	61,2	
Total	7,1	9,7	23,7	70,0	49,6	11,6	9,2	54,3	

Fonte: SIM/SES e Pop. FSEADE.



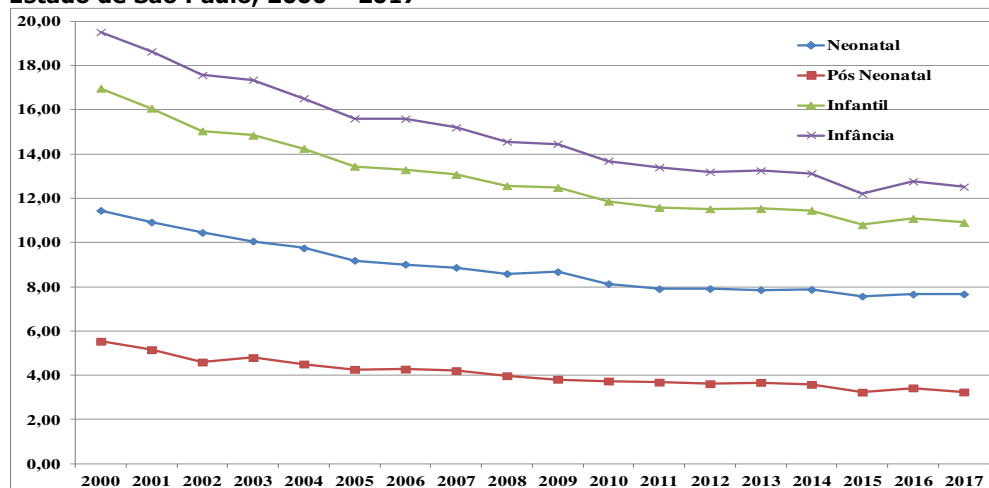
Mortalidade Infantil

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

A **Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS** da Organização das Nações Unidas – ONU²¹ tem 17 Objetivos e 169 metas a serem atingidas, sendo que o **terceiro deles “Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”** estabelece como uma das metas: **“3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos”**.

No Estado de São Paulo a TMI se reduz de forma contínua desde 1975 e o primeiro componente a apresentar queda acentuada foi a taxa de mortalidade pós neonatal - TMPN (óbitos de 28 dias até 1 ano de vida/mil nascidos vivos), que foi superada, no início da década de 80, pela taxa de mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias/mil nascidos vivos) superou a taxa de mortalidade pós neonatal - TMNN, situação que se mantém até os dias de hoje²². No período de 2000 a 2017 a redução da TMI tem sido mais lenta no Estado de São Paulo. A taxa de mortalidade na infância (mortes de menores de cinco anos/mil nascidos vivos) tem tendência semelhante à TMI. **(Gráfico 9).**

Gráfico 9 – Taxa de Mortalidade Neonatal, Pós-neonatal, Infantil e na Infância Estado de São Paulo, 2000 – 2017



Fonte: SIM/SINASC/SES/SP.



Em 2017, o Estado de São Paulo teve TMI de 10,9 e a Taxa de Mortalidade na Infância foi de 12,5. São valores inferiores aos nacionais, que também tem se reduzido: em 2017 a TMI brasileira foi de 12,8 e a Taxa de Mortalidade na Infância foi de 14,9²³. O número de óbitos de menores de um ano de 2017 foi inferior ao de 2015, mas devido à redução proporcional ainda maior do número de nascidos vivos no Estado de São Paulo passando de 633 mil para 611 mil nascidos vivos, verificou-se discreta elevação do indicador entre estes dois últimos anos. (**Tabela 12**).

Página | 41

A mortalidade pós neonatal é mais sensível às ações de saúde mais simples, pertencentes ao escopo da atenção básica em saúde, como o pré-natal, as vacinações, a terapia de reidratação oral, o estímulo ao aleitamento materno, a atenção adequada às infecções respiratórias agudas, entre outras. A mortalidade neonatal é sensível, principalmente, às condições de assistência à gravidez, ao parto e ao período perinatal. Sua diminuição depende da qualidade da assistência básica à gestante (pré-natal) ou ao recém nascido (puericultura), mas também da integração deste nível de atenção com a assistência médica hospitalar estruturada, na forma de rede de maternidades, berçários e UTIs pediátricas e neonatais com variados níveis de complexidade e com qualidade de atendimento. A adequada classificação de risco da mãe e do recém-nascido, protocolos adequados de encaminhamento e de intervenções, exigem pessoal tecnicamente habilitado, moderna tecnologia nos serviços, o que a torna a redução da mortalidade neonatal complexa e custosa.

Tabela 12 - Óbitos de menores de um ano, nascidos vivos e Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal, Neonatal e na Infância. Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2017

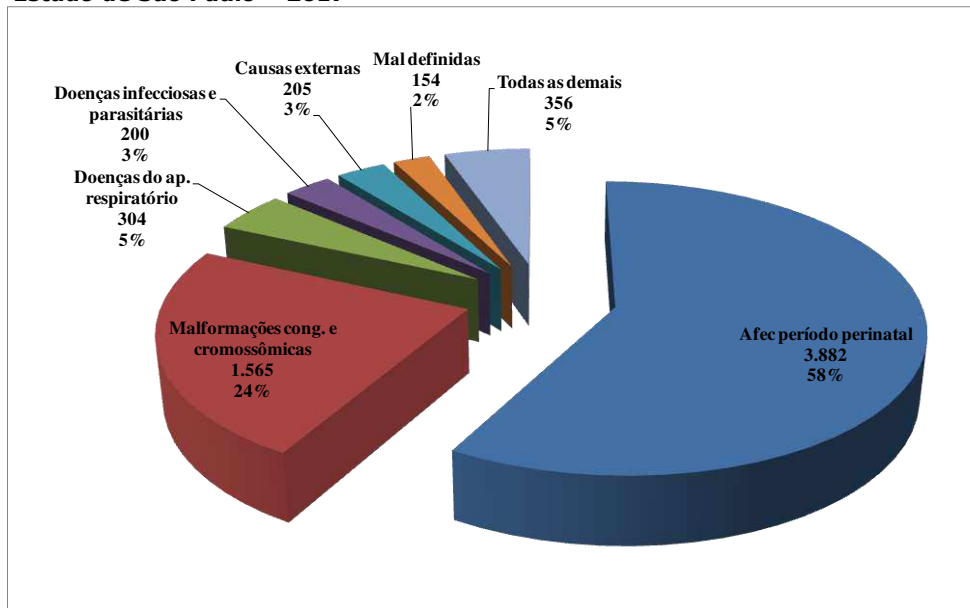
Indicador	% variação			
	2010	2015	2017	2017 - 2010
Óbitos até 27 dias	4.892	4.793	4.688	-4,2
Óbitos de 28 dias até um ano	2.244	2.044	1.978	-11,9
Total de Óbitos de < um ano	7.136	6.837	6.666	-6,6
Total de óbitos de < 5 anos	8.237	7.724	7.650	-7,1
Nascidos vivos	601.561	633.322	611.423	1,6
Taxa de Mortalidade Neonatal	8,1	7,6	7,7	-5,7
Taxa de Mortalidade Pósneonatal	3,7	3,2	3,2	-13,3
Taxa de Mortalidade Infantil	11,9	10,8	10,9	-8,1
Taxa de Mortalidade na Infância	13,7	12,2	12,5	-8,6

Fonte: SIM/SINASC/SES.

No Estado de São Paulo em 2017, as doenças perinatais (58%) e mal formações congênitas e anomalias cromossômicas (24%) são as principais causas de mortalidade infantil acentuando-se a redução nas doenças infecciosas (4%) como causas de óbito em menores de um ano (**Gráfico 10**). Nos óbitos de 1 a 4 anos, predominam as doenças do aparelho respiratório (18%), as mal formações congênitas (17%) e as causas externas (16%). (**Gráfico 11**).



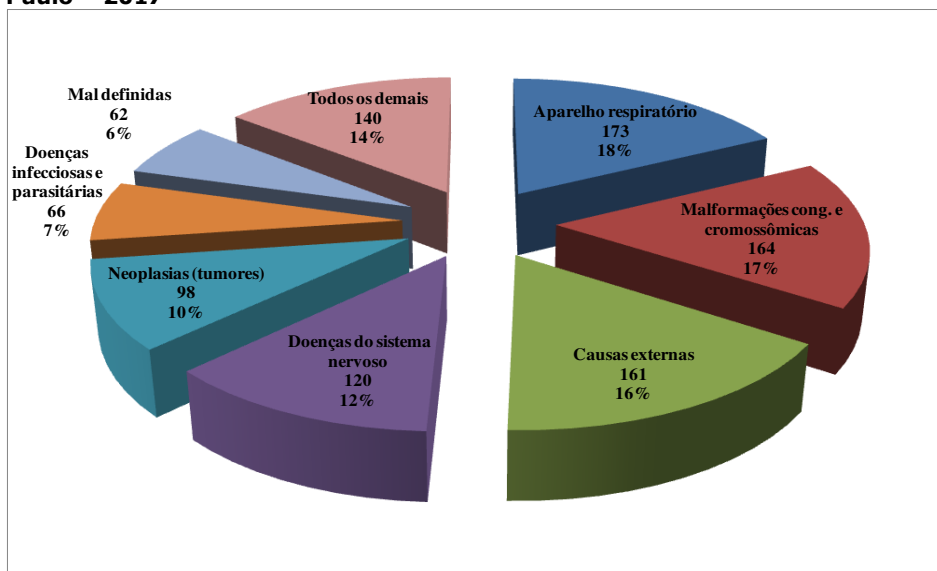
Gráfico 10 – Causas (Cap. CID-10) dos óbitos de menores de 1 ano Estado de São Paulo – 2017



Página | 42

Fonte: SIM/SES/SP.

Gráfico 11 – Causas (Cap. CID-10) dos óbitos de 1 – 4 anos. Estado de São Paulo – 2017



Fonte: SIM/SES/SP.



Nos dois capítulos da CID 10 com maior frequência de óbitos de menores de um ano em 2017 é possível observar alguns destaques:

- Entre as malformações congênitas 41% dos óbitos são de malformações do aparelho circulatório e 12% do aparelho nervoso (**Tabela 13**);
- Entre as perinatais, as septicemias bacterianas dos recém nascidos representam 15,6% dos óbitos e o desconforto respiratório 10,5%, que somado com asfixia ao nascer, atinge 15%. Fatores maternos e complicações da gravidez e do parto correspondem a 33% dos óbitos deste grupo (**Tabela 14**).

Página | 43

Tabela 13 - Óbitos de menores de um ano segundo as causas do Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas da CID-10
Estado de São Paulo - 2017

Causa	Óbitos	%
Malf congênitas do aparelho circulatório (Q00-Q07)	640	40,9
Malformações congênitas do sistema nervoso (Q20-Q28)	192	12,3
Todas as demais	733	46,8
Total	1.565	100,0

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP

Tabela 14 - Óbitos de menores de um ano segundo as causas do Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal da CID-10
Estado de São Paulo - 2017

Afecções do período perinatal (Cap.16)	óbitos	% cap
P00-P04 Fatores maternos e complicações da gravidez e do parto	1.260	32,5
P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	204	5,3
P10-P15 Traumatismo de parto	11	0,3
P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	1.213	31,2
...P21 <i>Asfixia ao nascer</i>	179	4,6
...P22 <i>Desconforto respirat do recém-nascido</i>	406	10,5
P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	683	17,6
...P36 <i>Septicemia bacter do recém-nascido</i>	605	15,6
P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	102	2,6
P70-P74 Transtornos endócrinos e metab. transitórios específicos do feto e do RN	21	0,5
P75-P78 Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	165	4,3
P80-P83 Afecções comprometendo o tegumento e a regul. térmica do feto e do RN	22	0,6
P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal	201	5,2
Total cap 16	3.882	100,0

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP





Entre os óbitos de crianças com um a quatro anos pode-se notar a importância das pneumonias, das malformações congênitas do coração e sistema nervoso e de alguns tipos de acidentes e de neoplasias (**Tabela 15**).

Tabela 15 - Óbitos de 1 a 4 anos segundo causas selecionadas (Lista CID-BR) Estado de São Paulo – 2017.

Página | 44

Causas selecionadas	nº	%
Pneumonia	116	11,8
Malf congênitas do aparelho circulatório	71	7,2
Malformações congênitas do sistema nervoso	39	4,0
Restante das doenças do sistema nervoso	98	10,0
Afogamento e submersões acidentais	34	3,5
Acidentes de transporte	31	3,2
Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	33	3,4
Leucemia	28	2,8
Mal definidas	60	6,1
Todas as demais	474	48,2
Total	984	100,0

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP

Outras informações importantes que se destacam para caracterizar a situação do risco de óbitos em menores de um ano no Estado são:

- **Peso ao nascer:** a maior parte dos óbitos dos menores de um ano ocorre em crianças que tiveram baixo peso ao nascer (< que 2.500 gramas) que representam 63,9% dos óbitos (**Tabela 16**). Diversas podem ser as causas de baixo peso ao nascer, além da prematuridade, mas frequentemente os óbitos em menores de um ano associam-se com esta condição. Situações como o uso de drogas ou álcool pela gestante, o tabagismo, a desnutrição materna, anemias, infecções, pré-eclâmpsia e insuficiência placentária e outras doenças da placenta, entre muitas outras causas que devem ser objeto de um pré-natal adequado;
- **Duração da gestação:** 10,9% dos nascidos vivos no Estado são prematuros (< que 37 semanas) ou cerca de 68,8 mil nascidos (**Tabela 17**). Segundo a OMS, em 184 países estudados, a taxa de nascimentos prematuros oscila entre 5% e 18% dos recém-nascidos²⁴;



Tabela 16 – Óbitos de menores de um ano segundo a distribuição do peso ao nascer. Estado de São Paulo – 2017.

Peso ao nascer	Óbitos	%
<1Kg	2.270	34,1
1kg a 1,4kg	846	12,7
1,5Kg a 2,4Kg	1.146	17,2
Total de baixo peso ao nascer	4.262	63,9
2,5Kg a 2,9Kg	661	9,9
3Kg a 3,9Kg	812	12,2
4Kg e +	81	1,2
ignorado	850	12,8
Total	6.666	100,0

Página | 45

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP

Tabela 17 – Nascidos vivos segundo a duração da gestação. Estado de São Paulo – 2017.

Duração da Gestação	Nascidos vivos	%
Prematuros extremos (menos de 28 semanas)	3.345	0,5
Muito prematuros (28 a 31 semanas)	6.137	1,0
Prematuros moderados a tardios (32 a 36 semanas)	57.362	9,4
Total prematuros (< 37 semanas)	66.844	10,9
37-41 semanas	533.351	87,2
42 e +	8.470	1,4
Não informado/ign	2.630	0,4
Total	611.295	100,0

Fonte: SINASC/SES/SP

Há que se destacar que a redução da TMI não ocorre de forma homogênea no Estado de São Paulo. No **Quadro 3** e no **Mapa 9** apresenta-se a evolução da Taxa de Mortalidade Infantil nas 63 regiões de saúde, nos anos de 2010, 2015 e 2017.

A redução contínua da TMI no Estado de São Paulo oculta importantes diferenças entre as regiões. Tanto o valor do indicador no ano de 2017, como sua evolução histórica são peculiares a cada região do Estado e, portanto, exigem a avaliação 7 de suas causas locais regionais, para elencar as prioridades de ação e de intervenção, que devem ser efetuadas no sistema público de saúde.

Estas ações precisam abarcar desde a atenção básica em saúde, 7no estabelecimento de condutas técnicas adequadas e estruturadas (linha de cuidado, avaliação de risco das mães e dos recém nascidos), na assistência ao parto (identificação de riscos, encaminhamento regulado para unidades de referência), ao recém nascido (reanimação e cuidados intensivos neonatais), no sistema de referência e contra-referência entre a



assistência hospitalar e a atenção básica e o aperfeiçoamento desta assistência depende do treinamento, capacitação e acompanhamento de profissionais de saúde envolvidos. Assim, os gestores do SUS precisam estabelecer um conjunto de medidas que envolvam toda a rede de saúde do sistema, objetivando acelerar a queda do número de óbitos infantis, ainda distante daquele verificado em países desenvolvidos.

Quadro 3 (1ª parte) – Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos/mil nascidos vivos)

Página | 46

DRS/Reg Saude Res	2010	2015	2017	Variação % 17 - 10
3501 Grande Sao Paulo	11,8	11,0	10,9	-7,6
.. 35011 Alto do Tiete	12,6	11,2	11,7	-7,1
.. 35012 Franco da Rocha	12,8	12,2	11,4	-10,8
.. 35013 Mananciais	10,9	11,2	10,1	-6,7
.. 35014 Rota dos Bandeirantes	11,1	11,3	10,5	-5,0
.. 35015 Grande ABC	13,1	10,5	9,2	-29,8
.. 35016 Sao Paulo	11,5	10,9	11,2	-2,9
3502 Aracatuba	12,3	11,9	11,8	-4,0
.. 35021 Central do DRS II	10,2	13,4	12,1	18,8
.. 35022 Lagos do DRS II	11,4	8,4	11,7	2,8
.. 35023 Consorcio do DRS II	15,3	12,4	11,5	-25,3
3503 Araraquara	11,2	11,7	9,7	-13,1
.. 35031 Central do DRS III	11,4	11,8	11,6	1,4
.. 35032 Centro Oeste do DRS III	15,9	11,1	11,8	-25,8
.. 35033 Norte do DRS III	14,3	17,1	9,3	-35,0
.. 35034 Coracao do DRS III	8,2	9,8	7,8	-5,4
3504 Baixada Santista	15,2	14,9	14,3	-5,7
.. 35041 Baixada Santista	15,2	14,9	14,3	-5,7
3505 Barretos	8,2	10,1	12,3	49,7
.. 35051 Norte - Barretos	8,9	9,0	13,7	53,5
.. 35052 Sul - Barretos	6,7	12,6	9,4	40,5
3506 Bauru	12,4	11,5	11,2	-9,3
.. 35061 Vale do Jurumirim	14,3	11,7	10,2	-28,8
.. 35062 Bauru	11,4	11,0	10,9	-4,7
.. 35063 Polo Cuesta	11,5	12,7	10,6	-7,4
.. 35064 Jau	12,7	13,1	13,8	8,7
.. 35065 Lins	13,0	7,0	10,6	-18,6
3507 Campinas	11,2	9,1	9,5	-15,3
.. 35071 Braganca	16,1	13,1	9,8	-39,3
.. 35072 Reg. Metrop. Campinas	10,5	8,6	8,8	-16,0
.. 35073 Jundiai	11,4	9,5	12,2	6,8
.. 35074 Circuito das Águas	10,4	4,9	7,0	-32,9
3508 Franca	10,9	10,4	8,4	-22,5
.. 35081 Tres Colinas	10,6	9,7	9,6	-9,4
.. 35082 Alta Anhanguera	14,1	7,7	8,2	-41,8
.. 35083 Alta Mogiana	7,8	16,8	4,1	-47,2
3509 Marília	11,1	10,6	11,9	7,1
.. 35091 Adamantina	8,1	13,1	13,4	66,3
.. 35092 Assis	9,9	8,8	11,5	16,3
.. 35093 Marília	12,1	11,7	12,5	3,6
.. 35094 Ourinhos	11,6	9,0	9,9	-14,2
.. 35095 Tupa	12,2	11,9	13,1	7,3



segundo região de saúde de residência. Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2017.

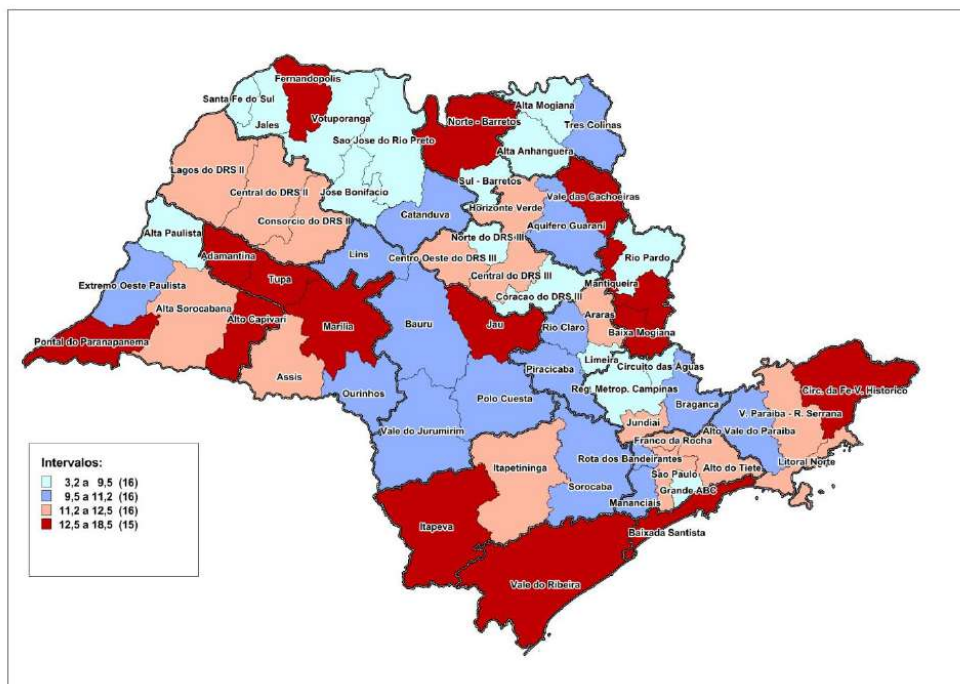
Quadro 3 (continuação) – Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos/mil nascidos vivos segundo região de saúde de residência. Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2017.

DRS/ Regiões de Saúde (Res.)	2010	2015	2017	Variação % 17 - 10
3510 Piracicaba	12,5	10,1	9,7	-22,5
.. 35101 Araras	11,8	9,3	11,5	-2,5
.. 35102 Limeira	12,8	9,7	7,7	-39,6
.. 35103 Piracicaba	11,6	11,9	9,5	-18,1
.. 35104 Rio Claro	15,4	7,3	10,8	-29,9
3511 Presidente Prudente	12,4	9,6	11,7	-5,8
.. 35111 Alta Paulista	14,2	8,8	8,5	-40,1
.. 35112 Alta Sorocabana	9,6	7,9	11,2	16,6
.. 35113 Alto Capivari	15,7	14,0	18,5	18,5
.. 35114 Extremo Oeste Paulista	15,5	13,7	10,3	-33,5
.. 35115 Pontal do Paranapanema	18,2	11,5	16,0	-12,3
3512 Registro	11,9	10,7	13,3	12,1
.. 35121 Vale do Ribeira	11,9	10,7	13,3	12,1
3513 Ribeirão Preto	10,2	9,3	10,8	5,9
.. 35131 Horizonte Verde	12,0	9,4	11,6	-3,5
.. 35132 Aquífero Guarani	8,9	8,9	10,0	12,7
.. 35133 Vale das Cachoeiras	12,6	11,5	13,3	5,2
3514 S.João Boa Vista	11,6	9,3	11,8	1,1
.. 35141 Baixa Mogiana	10,4	8,1	13,4	28,8
.. 35142 Mantiqueira	13,1	12,2	12,8	-1,9
.. 35143 Rio Pardo	11,6	7,6	7,6	-34,0
3515 S.José do Rio Preto	9,6	8,5	8,6	-10,6
.. 35151 Catanduva	9,1	10,4	10,0	9,9
.. 35152 Santa Fé do Sul	8,6	10,1	5,2	-40,1
.. 35153 Jales	13,1	14,5	7,2	-44,9
.. 35154 Fernandópolis	11,8	5,1	13,9	17,6
.. 35155 São José do Rio Preto	8,2	7,9	8,6	4,9
.. 35156 José Bonifácio	9,4	10,9	3,2	-66,4
.. 35157 Votuporanga	12,8	5,7	7,5	-41,3
3516 Sorocaba	13,5	11,9	11,7	-13,6
.. 35161 Itapetininga	11,6	11,6	12,4	6,9
.. 35162 Itapeva	17,3	16,6	15,3	-11,1
.. 35163 Sorocaba	13,4	11,1	10,8	-19,1
3517 Taubaté	12,0	10,4	11,5	-4,2
.. 35171 Alto Vale do Paraíba	9,8	11,7	10,3	4,7
.. 35172 Circ. da Fé-V. Histórico	12,1	9,7	13,3	10,2
.. 35173 Litoral Norte	14,7	8,8	11,6	-21,4
.. 35174 V. Paraíba - R. Serrana	14,6	9,6	12,4	-15,3
Total	11,9	10,8	10,9	-8,1

Fonte: SIM/SINASC/SES/SP



**Mapa 9 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo Região de Saúde.
Estado de São Paulo - 2017**



ágina | 48

Fonte: SIM/SINASC/SES

Mortalidade Materna

Conforme referido em estudo da SES/SP, “enquanto países desenvolvidos como a França, Finlândia, Noruega, Japão, Suécia e outros, possuíam Razão de Mortalidade Materna – RMM inferior a 10 (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos) em 2010, diversos países em desenvolvimento, na África ou na Ásia, como a Nigéria, Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e outros, apresentaram a RMM igual ou maior que 200 para o mesmo ano”²⁵. No Brasil, embora se registre a redução do indicador desde 1990, quando atingia valores próximos a 140, a RMM elevou-se um pouco no último ano com informação nacional disponível atingindo 64,4 em 2016, um valor ainda bastante alto.

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

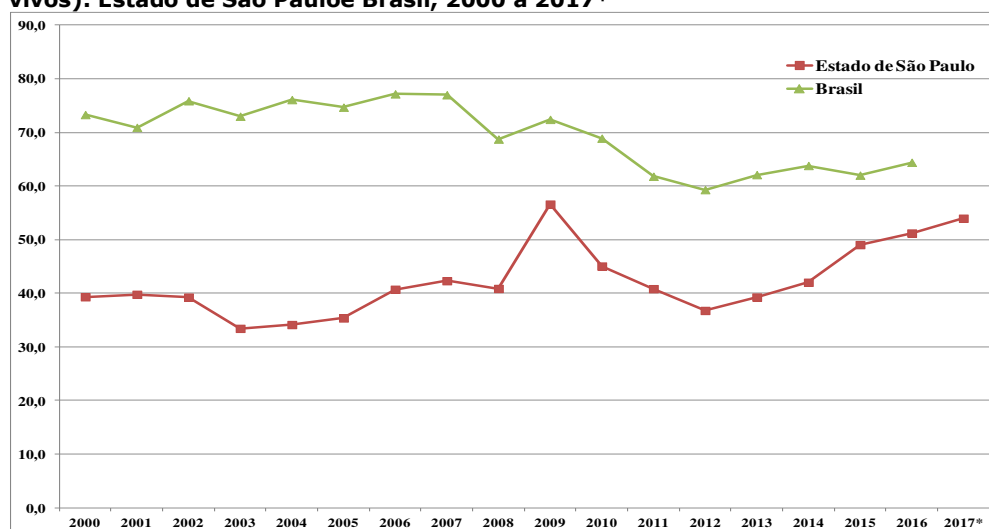


infantis para todas as demais regiões do Estado. Desta forma elevou-se a possibilidade de identificação das mortes maternas.

No Estado de São Paulo a queda dos maiores valores da RMM ocorreu em período anterior ao nacional, com valores superiores a 140 no início da década de 60 e, apesar de apresentar alguns anos com elevações irregulares, apresentou tendência de queda significativa até valores próximos a 50 na década de 80. Desde o ano 2000, a tendência do indicador, que era estável até o ano 2008, voltou a subir em alguns anos (**Gráfico 11**).

O aumento importante em 2009, pode ser atribuído à gravidade da epidemia de Influenza A H1N1 para as mulheres grávidas, não só pelos óbitos diretos de grávidas pela Influenza, mas também pela elevação da letalidade de outras emergências obstétricas que requerem cuidado intensivo, cuja oferta à época, esteve dramaticamente comprometida pelos casos da epidemia. De qualquer forma, se pode verificar que a RMM voltou a cair no Estado de São Paulo em 2010, até 2011 e voltou a elevar-se desde então até 2017 (dados preliminares).

Gráfico 12 – Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos). Estado de São Paulo e Brasil, 2000 a 2017*



Fontes: SIM/SINASC/SES. Brasil –IDB 2012/DATASUS/MS e IBGE.

Obs.: *2017 – informações preliminares.

Causas de óbito materno

Desde 2010 até 2017 (dados preliminares, pode-se observar o aumento do número absoluto e do indicador, conforme a **Tabela 15**. A proporção de causas diretas e indiretas também tem se mantido nestes anos no Estado de São Paulo.



Tabela 18 - Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos) segundo o Tipo de Causa Obstétrica. Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2017*.

Tipo causa obstétrica	2010		2015		2017	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Morte materna obstétrica direta	172	63,5	191	61,4	204	61,8
.. Hipertensão	53	19,6	45	14,5	47	14,2
.. Hemorragias	35	12,9	50	16,1	47	14,2
.. Infecção puerperal	11	4,1	11	3,5	17	5,2
.. Aborto	22	8,1	9	2,9	10	3,0
..Todas as demais	51	18,8	76	24,4	83	25,2
Morte materna obstétrica indireta	93	34,3	113	36,3	111	33,6
Morte materna obstétrica não especificada	6	2,2	7	2,3	15	4,5
Total de Mortes Maternas	271	100,0	311	100,0	330	100,0
RMM	45,1		49,1		54,0	

Fonte: SIM / SINASC / DATASUS /MS. * 2017 dados preliminares

Página | 50

Entre as causas de morte materna obstétrica direta em 2017 (61,8% do total de óbitos), as hemorragias (14%) e a hipertensão na gestação (14%) permanecem como as causas diretas mais frequentes em 2017, e dependem fundamentalmente de assistência hospitalar pronta e qualificada às emergências e ao parto. Estas e outras causas podem ser prevenidas por meio da integração da atenção básica em saúde, com pré-natal de boa qualidade com a assistência hospitalar, pronta e qualificada às emergências e ao parto.

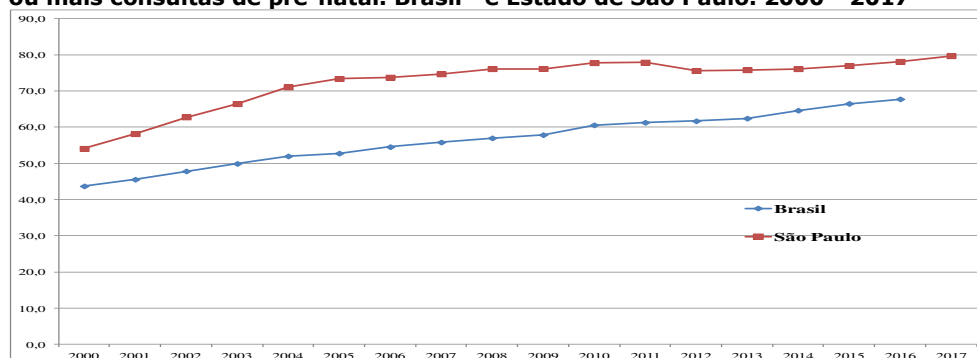
Consultas de pré-natal

O percentual de mães de nascidos vivos que realizaram sete (7) ou mais consultas de pré-natal ampliou-se bastante no Brasil, passando de 43,7% para 67,7% entre 2000 e 2016. Este indicador no Estado de São Paulo foi sempre superior ao brasileiro, passando de 54,1 % a 79,7% entre 2000 e 2017, embora se possa notar que nos últimos anos período, o valor apresenta pouca variação (**Gráfico 13**).

É preciso salientar que o registro da informação sobre o número de consultas de pré-natal no SINASC é boa no Estado de São Paulo com a informação ignorada sobre o número de consultas de menos de um por cento (**Tabela 19**).



Gráfico 13 – Percentual (%) de mães de nascidos vivos que realizaram sete (7) ou mais consultas de pré-natal. Brasil* e Estado de São Paulo. 2000 - 2017



Página | 51

Fonte: SINASC/SES/SP. * dados brasileiros disponíveis até 2016.

Tabela 19 – Número de Consultas de pré-natal de mães de nascidos vivos. Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2017.

Consultas Pré-Natal	2010	2015	2017
Nenhuma	6.438	7.900	5.089
1 a 3	21.231	24.459	20.688
4 a 6	103.391	110.835	96.182
7 e mais	467.696	487.192	487.038
Ignorado	2.805	2.936	2.426
Total	601.561	633.322	611.423
% 7 e mais	77,7	76,9	79,7
% Inform. Ign	0,47	0,46	0,40

Fonte: SINASC/SES/SP.

De forma geral, no Estado de São Paulo se verifica a melhoria do acesso ao pré-natal, com parcela muito pequena de gestantes que não obtêm nenhuma forma de assistência pré-natal.

Além disso, grande parte das gestantes do Estado está efetuando número adequado de consultas de pré-natal, embora ainda restem algumas regiões do Estado que apresentam dificuldades na manutenção da gestante em todo o período necessário ou que apresentam número de consultas realizadas em proporção inferior ao ideal durante o pré-natal.

No entanto, altos níveis de cobertura assistencial no Estado não garantem a qualidade do atendimento, bem como o seguimento de protocolos e normas que efetivamente permitam a redução de riscos à saúde materno-infantil. A qualidade do atendimento da assistência pré-natal, que é parte integrante da atenção básica em saúde, precisa ser acompanhada regionalmente para se garantir bom atendimento ao ciclo gravídico puerperal.

Diversas medidas podem colaborar para a redução dos óbitos maternos no SUS: a implantação e acompanhamento da linha de cuidados de Atenção a Gestante e a





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

Página | 52



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Doenças Endêmicas e Epidêmicas e Outros Fatores de Risco para a Saúde Vigilância em saúde das doenças e agravos transmissíveis

sarampo e rubéola

Página | 53

A vigilância do sarampo e da rubéola tem como objetivo manter e sustentar a interrupção da circulação viral, por meio da detecção precoce e resposta oportuna a qualquer introdução dos vírus. A transmissão do sarampo foi interrompida no Estado de São Paulo - ESP em 2000.

De 2001 a 2013, o ESP registrou 47 casos de sarampo, isolados e em surtos limitados, a partir de casos importados ou relacionados à importação. O número de casos suspeitos de sarampo decresceu de 325 (2014) para 76 (em 2017), porém aumentou para 547 em 2018 com 03 casos confirmados neste ano.

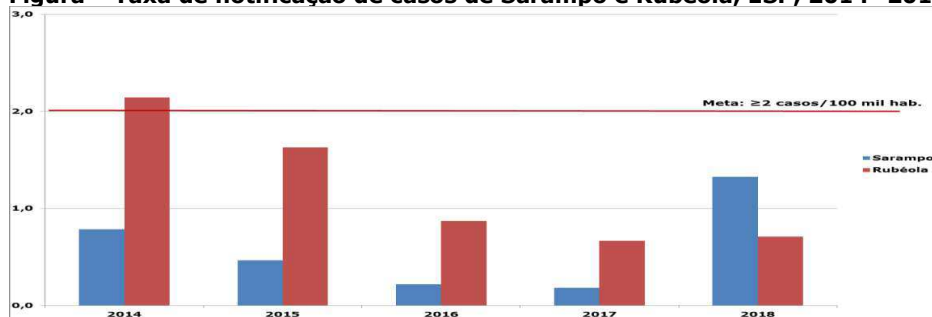
Tabela – Número de casos suspeitos e confirmados de Sarampo, estado de São Paulo, 2014 - 2018.

Ano	Nº de casos suspeitos	Nº de casos confirmados
2014	325	7
2015	192	2
2016	90	0
2017	76	0
2018	547	3

Fonte: SinanNet, abril/2019.

Desde 2009 a circulação do vírus da rubéola está controlada em todo o território nacional e recebeu a certificação de eliminação da circulação endêmica do vírus em 2015. O ESP demonstra o mesmo perfil do país, decrescendo da mesma maneira que o sarampo a partir daquele ano, com discreto aumento em 2018.

Figura Taxa de notificação de casos de Sarampo e Rubéola, ESP, 2014 -2018.



Fonte: SinanNet.



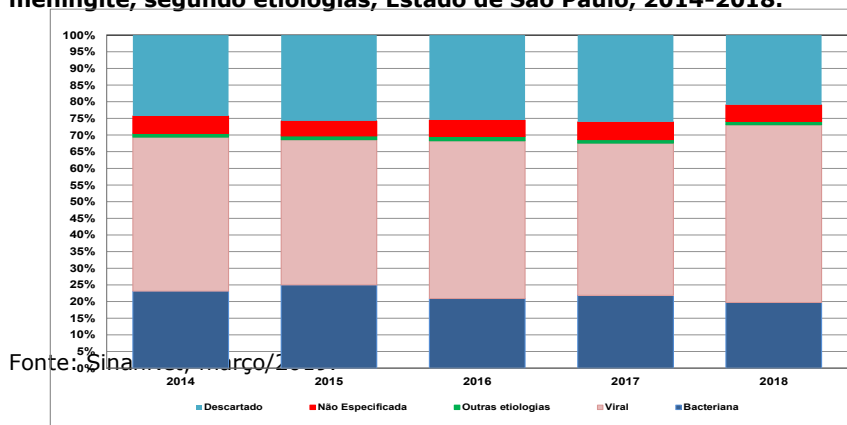
O Brasil recebeu a certificação da eliminação da circulação endêmica do sarampo em 2016, mas a reintrodução do vírus do sarampo no Brasil, em 2018, culminou com surtos no país e a perda da certificação da eliminação para o país e para toda a Região das Américas.

Com o recrudescimento atual do sarampo em nível global o risco potencial de importação de casos persiste e constitui uma ameaça premente. Desta forma, é imprescindível uma vigilância em saúde ativa e sensível a todo e qualquer caso suspeito de doença exantemática, manter o alerta para a rápida detecção, notificação, deflagração imediata das medidas de controle e conclusão laboratorial de qualquer caso suspeito de sarampo e rubéola, bem como as altas e homogêneas coberturas vacinais no ESP.

Meningites

As meningites de causa infecciosa são de importância para a saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos/epidemias. A gravidade da doença, o tratamento e as medidas de controle diferem dependendo do agente etiológico. No Estado de São Paulo, no período de 2014 a 2018, 25% das meningites foram confirmadas por etiologia bacteriana, 45% por etiologia viral, 1% por parasitas ou fungos (meningites por outras etiologias) e em 4% não foi possível identificar o agente causal (meningites não especificadas).

Figura – Distribuição proporcional de casos descartados e confirmados de meningite, segundo etiologias, Estado de São Paulo, 2014-2018.



Fonte: Sinan, março/2019

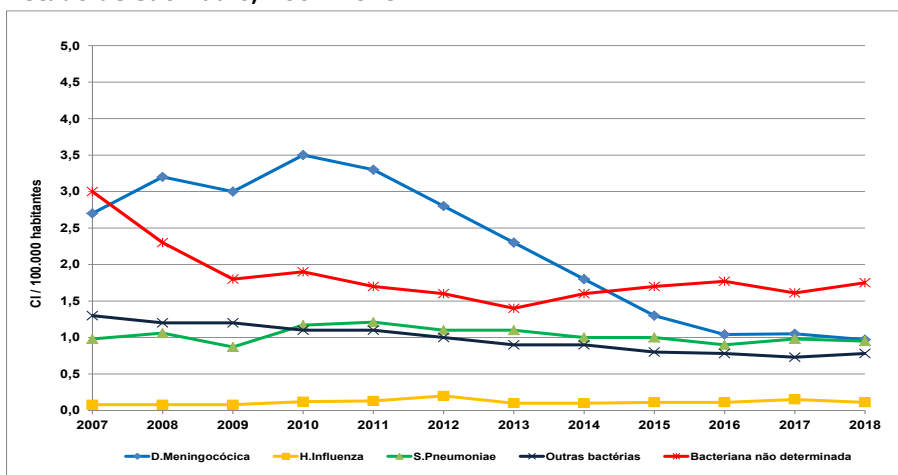
Neste sentido o ESP estabeleceu como prioridade o encerramento das meningites bacterianas por critério laboratorial.

Com a inclusão em 2010 no calendário básico das vacinas conjugadas pneumocócica 10-valente e a meningocócica C, verifica-se decréscimo gradativo nas taxas de incidência da doença meningocócica e da meningite pelo pneumococo.

A medida de prevenção mais eficiente para as meningites é a vacinação e, portanto, coberturas vacinais elevadas e homogêneas devem ser mantidas em todo o território paulista, com vistas ao efetivo controle dessa afecção.



Figura – Taxa de incidência das meningites bacterianas, segundo etiologias, Estado de São Paulo, 2007-2018



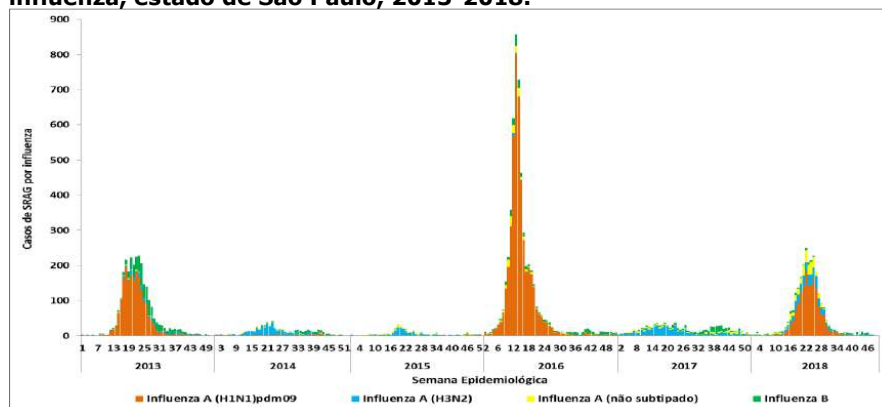
Página | 55

Fonte: SinanNet,março/2019

INFLUENZA

O Estado de São Paulo segue o modelo de vigilância da Influenza recomendado pelo MS: vigilância dos casos graves (SRAG); vigilância da Síndrome Gripal e a de surtos de SG.. Com base nas análises das cepas virais circulantes mais prevalentes durante a sazonalidade nos hemisférios sul e norte, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina a formulação anual da composição da vacina contra a influenza para os laboratórios produtores, cuja recomendação é enviada aos países membros da rede de vigilância global para que seja utilizada na sazonalidade seguinte. Na série histórica abaixo, destaca-se a maior circulação do vírus influenza A (H1N1)pdm09 nos anos de 2013, 2016 e 2018, no território paulista.

Figura. Distribuição de casos hospitalizados de SRAG, confirmados para o vírus influenza, estado de São Paulo, 2013-2018.



Fonte: SinanWeb Influenza.



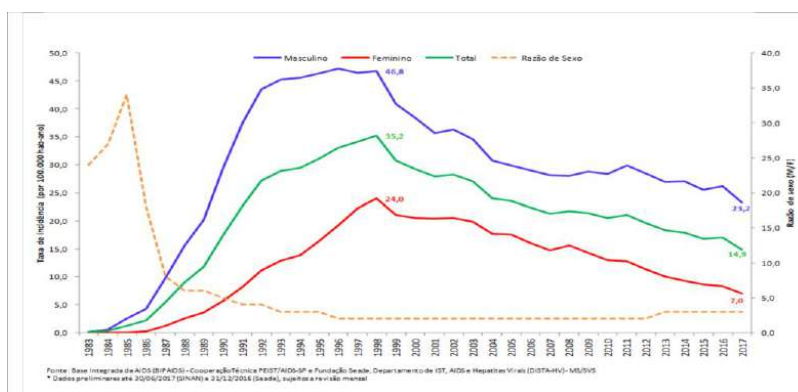
AIDS

De 1980 a 30 de junho de 2017 foram notificados 260.396 casos de AIDS no estado de São Paulo (ESP). Estima-se que vivam hoje no estado, 124.393 pessoas com AIDS ou que já adoeceram desse agravo.

A taxa de incidência da AIDS no ESP foi reduzida em 26,2% nos últimos dez anos, de 21,2, em 2007 para 15,7 casos por 100 mil habitantes-ano em 2017. A queda da incidência de AIDS de 2007 para 2017 em mulheres foi bem maior que entre os homens, 48,1% e 13,9%, respectivamente. A razão de sexo (homem/mulher), que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a crescer a partir de 2007, indo de 1,8 para 3,0 em 2017.

Página | 56

Figura: Taxa de incidência de aids por 100 mil habitantes-ano* (TI), segundo ano de diagnóstico, sexo e razão de sexo (masculino/feminino), estado de São Paulo, 1983 a 2017.*



Entre jovens de 15 a 19 e de 20 a 24 anos de idade, a incidência de AIDS aumentou de 51,8% (2007) para 40,7% (2016) respectivamente, de 2007 a 2017 - 8.015 jovens de ambos os sexos adoeceram pela AIDS.

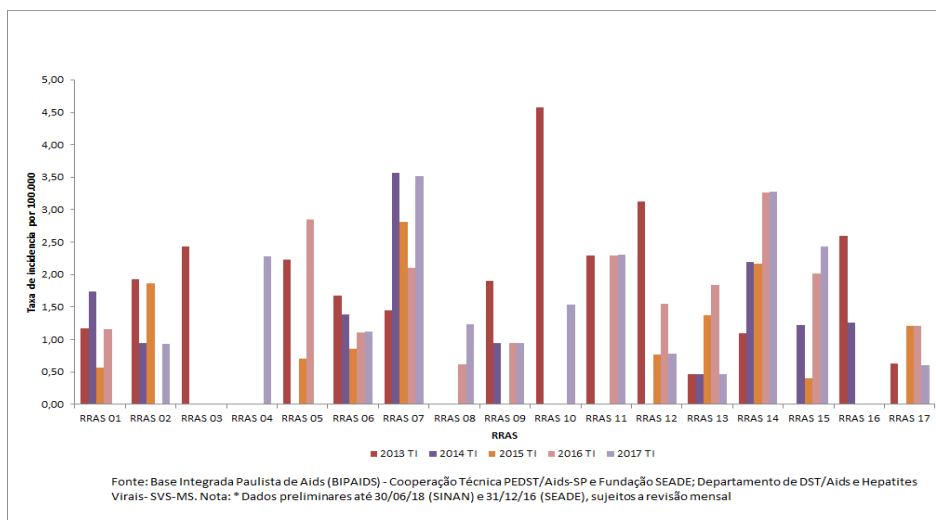
Verifica-se aumento de 29,3% de casos por exposição sexual de homens que fazem sexo com homens (HSH) e decréscimo de 28,8% entre homens heterossexuais. A questão da raça/cor tendência revela crescimento dos casos entre pardos e secundariamente entre pretos e se observa tendência decrescente entre brancos. Em 2016, a cidade de São Paulo concentra 35,1% dos casos e outros 10 municípios 50% dos casos.

O número de casos em crianças menores de 13 anos de idade reduziu **67,7%** nos últimos dez anos, de 124 casos em 2007, para 35 em 2016; e a taxa de incidência diminuiu de 1,5 casos em 2007, para 0,5 por 100 mil em 2016.

Em 2013, o ESP registrou 40 casos de AIDS em menores de cinco anos de idade, taxa de incidência de 1,41 por 100 mil habitantes, das 17 RRAS, 10 apresentavam TI acima da média do ESP. No ano de ano de 2017, esta taxa foi reduzida para 1,21

Figura. Taxa de incidência de aids em crianças em menores de 5 anos de idade, segundo o RRAS e o ano de diagnóstico, estado de São Paulo. 2013-2017





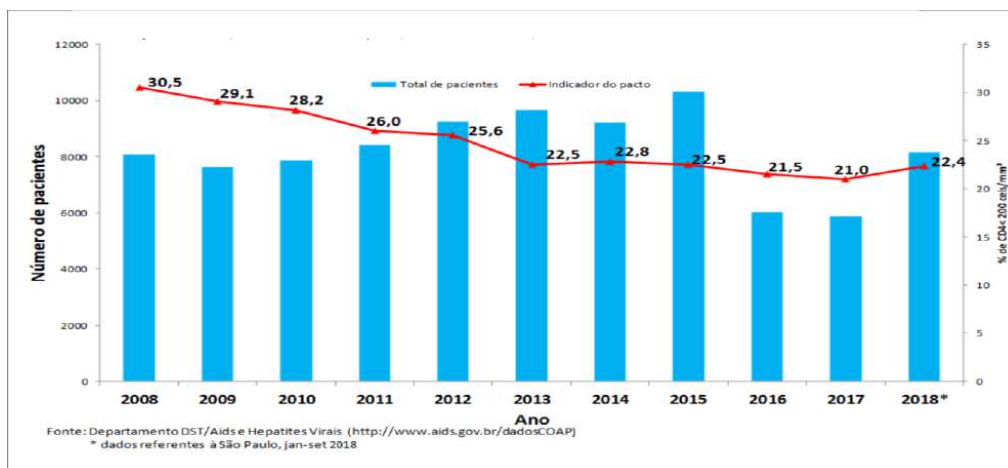
Transmissão Vertical do HIV.

No período de 2007 a 2017, foram notificadas 13.598 gestantes/parturiente/puérperas infectadas pelo HIV. Em 2016, a taxa de detecção (TD) foi de 2,2 gestantes por mil nascidos vivos (NV) e vem se mantendo estável em torno de 2,0 gestantes soropositivas para cada mil NV, nos últimos seis anos. No quesito raça/cor no período 2011- 2016 houve declínio de 7,4% branca, a parda aumentou 25% e a preta se manteve. Apesar de 95% das gestantes terem realizado o diagnóstico do HIV antes ou durante o pré-natal, a cobertura de terapia antirretroviral foi de 87% no Pré-Natal.

A redução da mortalidade por AIDS está intimamente ligada ao diagnóstico precoce e à adesão aos serviços, um importante indicador, é a primeira contagem de células T-CD4 realizada pelos portadores do HIV. Quase metade dos portadores de HIV/AIDS do estado de São Paulo (42%) chegou aos serviços, entre 2003 e 2006, com a contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³ o que revela acesso tardio aos serviços de saúde, a partir de 2008 verifica-se melhora neste indicador de 30,5% para 22,4% em 2018.

Figura. Total de soropositivos para o HIV com 15 anos e mais de idade, segundo realização de contagem de CD4 e CD4 menor que 200 células/ mm³. Indicador Sispacto, estado de São Paulo, 2008-2018





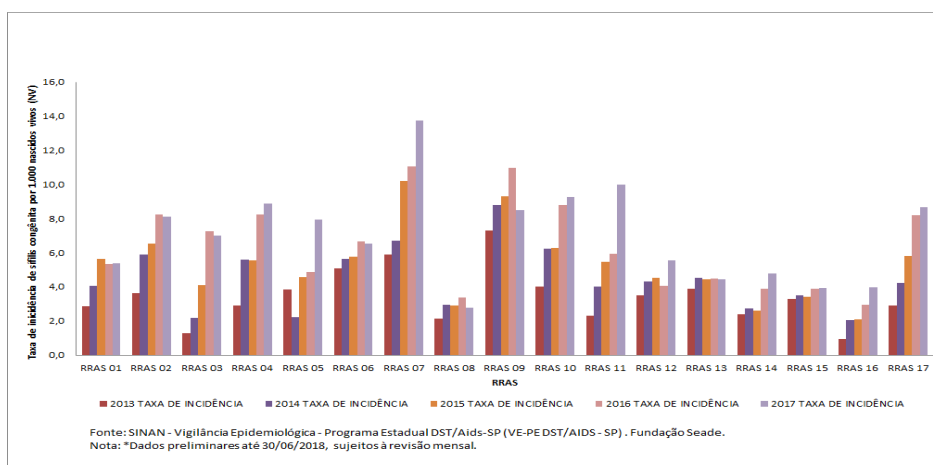
ina | 58

SÍFILIS

No período de 2007 a 2017 foram notificados 44.413 casos de sífilis em gestantes, e a taxa de detecção de sífilis em gestante (TDSG) aumentou de 1,8, em 2007, para 14,3 gestantes por mil nascidos vivos (NV), em 2016.

A taxa de incidência de SC no ESP passou de 3,9 em 2013, para 6,6 por 1000 NV em 2017, representando um aumento de 1.639 casos notificados. A RRAS 7 (Baixada Santista e Vale do Ribeira), foi a que mais apresentou elevação na TISC, de 5,9 (170 casos/2013) para 13,8 (389/2017).

Figura. Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos (NV), segundo RRAS e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2013-2017



HEPATITES VIRAIS

A estratégia global do setor da saúde da OMS considera as hepatites virais como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade e estabelece meta de eliminação até 2030, tendo como objetivo o diagnóstico de 90% das infecções e o tratamento de 80% dos diagnosticados. E metas principais a redução de 90% na incidência e de 65% na mortalidade por hepatites virais.

Os gráficos abaixo mostram a evolução da taxa de detecção (TD) das hepatites A, B e C no estado de São Paulo de 2000 a 2018 (número de casos notificados por 100.000 habitantes), com taxa de detecção de 1,5, 5,9 e 13,5, respectivamente, no ano de 2018*. Vale salientar que o aumento da TD de hepatite C em 2014 e 2015 pode ter ocorrido devido a introdução do tratamento com os Antivirais de Ação Direta (DAA)

Entre os anos de 2000 e 2018 foram notificados 5.743 casos de hepatite A no ESP, sendo que 34,5% (1.980) em residentes no Município de São Paulo (MSP). Dos casos notificados, entre os anos de 2007 e 2018, 7% foram em pessoas com sorologia positiva para o HIV e em 2017; este percentual foi de 14% sendo 98% no sexo masculino.

Gráfico. Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes de casos de Hepatite A segundo ano de diagnóstico no ESP – 2000 a 2018

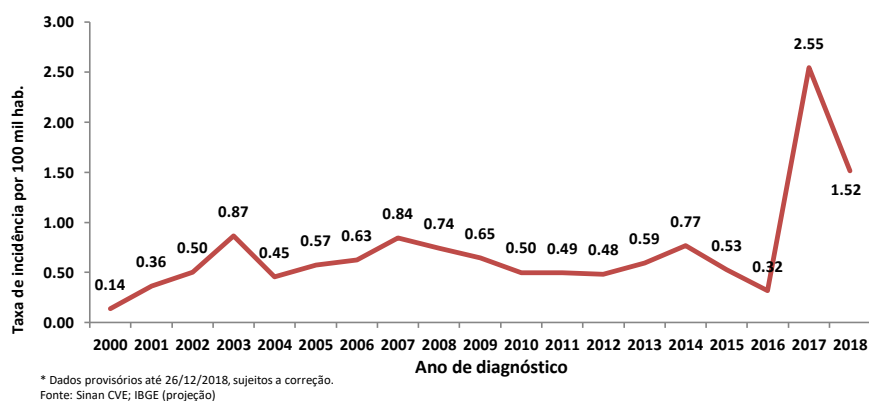
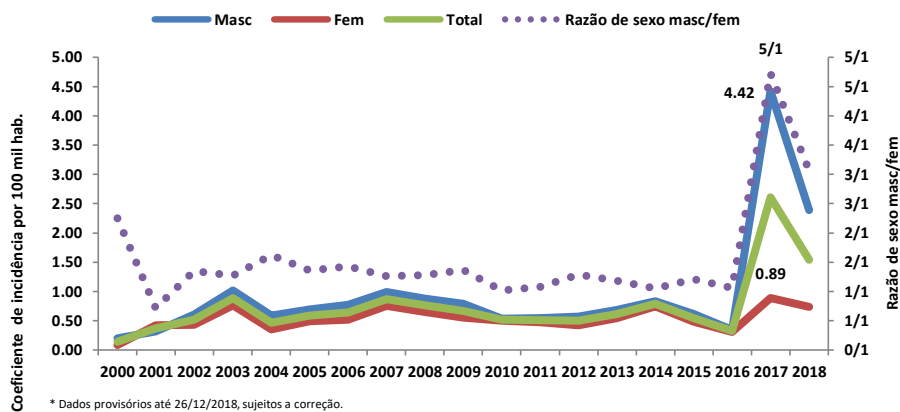


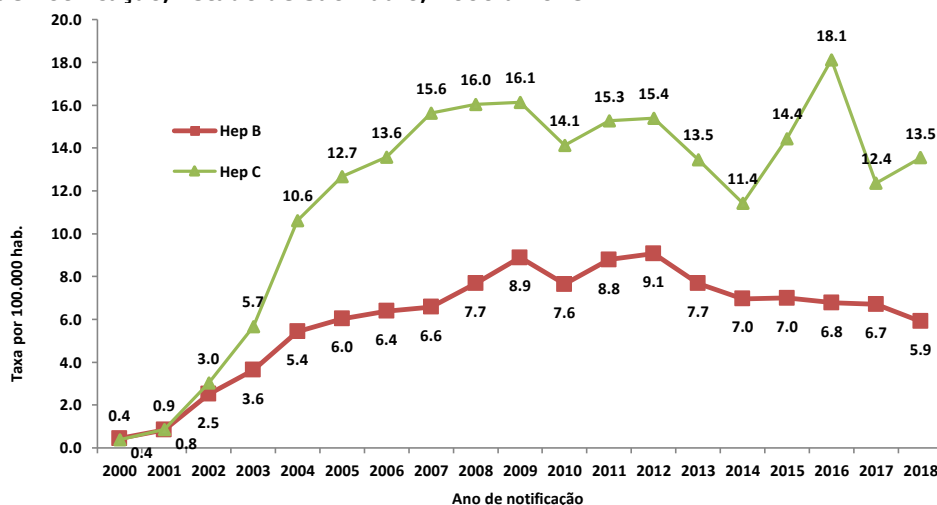


Gráfico. Coeficiente de incidência (CI) de Hepatite A por sexo e razão se sexo (masc/fem) por ano de diagnóstico - Estado de São Paulo - 2000 a 2018*



Página | 60

Gráfico. Taxa de detecção por (100 mil hab.) de casos de hepatite B e C por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2000 a 2018



O inquérito de hepatite B nas gestantes atendidas em pré-natal da Rede de Atenção Básica do SUS no Estado de São Paulo numa amostra de 8000 gestantes realizada em 2012, em 135 municípios e 596 Unidades Básicas de Saúde, mostrou prevalência de hepatite B nessa população de 0,12%. Não foi detectada transmissão vertical nos casos investigados de recém-nascidos de mães com HBsAg reagentes.

O coeficiente de mortalidade geral do ESP em 2017 foi de 652/100.000 hab. sendo a mortalidade proporcional para Hepatites Virais de 0,25%. Dos óbitos que tiveram como causa básica as Doenças Infecciosas e Parasitárias em 2017 a Hepatite C crônica apareceu no 6º lugar com 527 óbitos (5%).



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Número de óbitos e mortalidade proporcional – 2011 a 2017*

Ano do óbito	Total de óbitos ESP	Coeficiente de Mortalidade Geral (/100.000 hab.)	Nº de óbitos causa básica Hepatite Viral	Taxa de mortalidade proporcional (%)
2011	269.403	630,81	912	0,34
2012	270.490	627,30	874	0,32
2013	276.650	635,56	894	0,32
2014	281.309	640,24	850	0,30
2015	286.773	646,52	885	0,31
2016	295.455	660,08	852	0,29
2017	294.473	652,22	726	0,25

Página | 61

*Dados preliminares

Fonte: SIM CCD/SES ago18; pop projeção IBGE.

Rede de Cuidados IST/AIDS e Hepatites Virais

A necessidade de aprimorar o cuidado às IST/AIDS e hepatites virais frente às diretrizes para a incorporação de novas tecnologias de prevenção e ampliação da oferta de testes para o diagnóstico e tratamento precoce fez com que a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) iniciasse um processo para a consolidação dessa rede de cuidados 2015 para qualificar a Atenção Básica, fortalecer os serviços especializados em IST/AIDS e reorganizar a assistência Hospitalar, com o objetivo de ampliar e organizar o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento de suas necessidades relacionadas às IST/AIDS e Hepatites Virais B e c. Foram definidas 27 regiões de saúde prioritárias em 2018.

ARBOVIROSES NO ESP

A ocorrência de epidemias de dengue, chikungunya e Zika – aqui denominadas arboviroses urbanas – está intimamente relacionada à dinâmica populacional, envolvendo aspectos socioculturais e econômicos e suas inter-relações com os demais componentes da cadeia de transmissão.

Nos últimos anos o Estado de São Paulo (ESP), assim como o restante do país, vem sendo afetado por uma série de epidemias de doenças transmitidas por mosquitos, em sua maioria epidemias causadas pelos vírus da dengue (DENV), chikungunya (CHIKV), Zika (ZIKV) e Febre Amarela (YFV), que apresentam como característica principal a ciclicidade da transmissão, com anos de disseminação explosiva e anos de declínio acentuado da circulação destas doenças.

Abaixo o diagrama de controle da infestação do Aedes no estado de São Paulo. O gráfico da média estadual mostra um comportamento sazonal e sem mudança nos últimos anos.

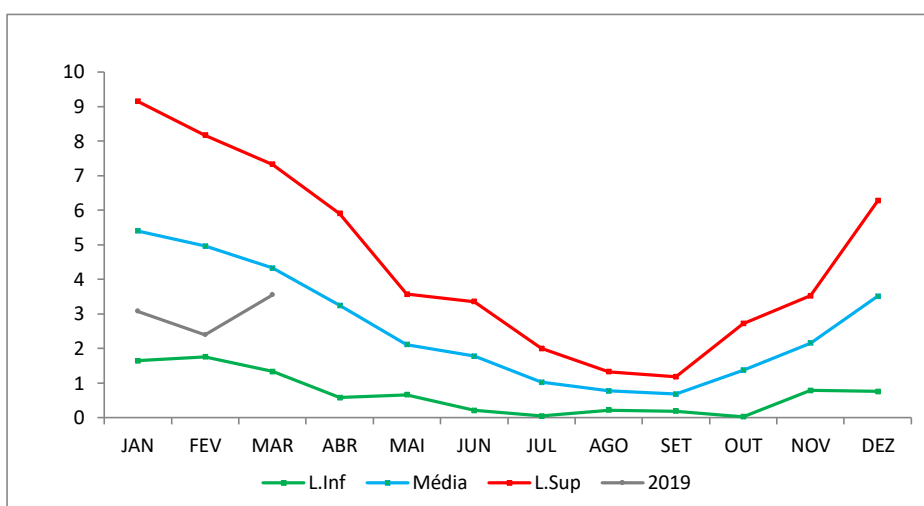
Diagrama de Controle do Índice de Breteau de região, média do estado de São Paulo



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



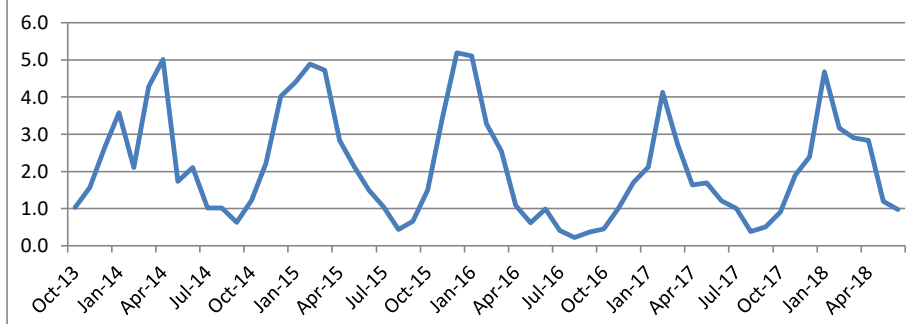
SESCAP2019106257A



Fonte: SISAWEB

Quanto ao Índice de Breteau no período de outubro de 2013 a março de 2019, observamos a sazonalidade do *Aedes aegypti*, com aumento da infestação a partir do último trimestre do ano.

Índice de Breteau de outubro de 2013 a março de 2019



Fonte: SISAWEB

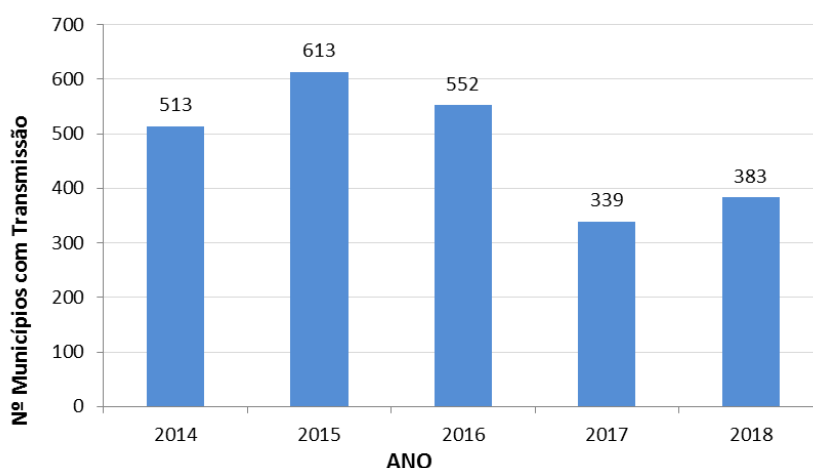
DENGUE

Entre 2014 e 2018 o ESP registrou 1.992.104 casos suspeitos, com confirmação de 1.100.390 casos. No ano de 2015, o Estado enfrentou a maior epidemia de Dengue de sua história, com 1.008.465 notificações e, destes, 658.031 (65%) dos casos foram confirmados, sendo 657.903 autóctones. Nos anos seguintes, o número de casos diminuiu, porém em 2019 já foram notificados 87.203 casos, sendo 34.785 autóctones confirmados.

Nota-se na RRAS 15 o maior número de casos 239.419 no período, porém em 2018 o maior CI é da RRAS 12 (224,43/100.000). A tabela abaixo apresenta o número de casos confirmados da doença e respectivos coeficientes de incidência.



Figura – Número de municípios com transmissão de dengue, segundo ano de início de sintomas, ESP, 2014-2018



Página | 63

Fonte SINAN: dados atualizados fevereiro 2019.

TABELA – Casos confirmados de dengue e coeficientes de incidência, segundo Redes Regionais de Atenção à Saúde, por ano de início de sintomas, ESP, 2014-2018

RRAS	ANO									
	2014		2015		2016		2017		2018	
	CASOS	CI	CASOS	CI	CASOS	CI	CASOS	CI	CASOS	CI
RRAS01	1.579	58,44	9.292	341,67	2.613	95,48	110	4,00	72	2,60
RRAS02	5.913	205,95	30.131	1038,63	2.338	79,79	454	15,34	132	4,40
RRAS03	7.778	1373,78	5.256	915,83	868	149,28	5	0,85	5	0,83
RRAS04	1.971	182,81	7.840	717,57	601	54,31	39	3,48	6	0,53
RRAS05	8.590	471,51	15.118	823,48	1.259	68,07	36	1,93	37	1,97
RRAS06	31.042	260,95	46.673	389,99	572	4,75	409	3,38	550	4,52
RRAS07	4.318	209,08	20.108	966,02	3.615	172,35	181	8,57	145	6,80
RRAS08	1.540	63,91	71.507	2938,98	4.731	192,64	130	5,25	554	22,08
RRAS09	7.258	419,35	22.415	1285,05	2.444	139,06	150	8,47	329	18,42
RRAS10	5.524	491,68	61.593	5455,82	1.837	161,95	186	16,32	280	24,49
RRAS11	1.729	227,81	11.969	1569,65	18.062	2357,90	83	10,79	179	23,19
RRAS12	16.742	718,07	81.515	3470,36	35.375	1495,22	1.612	67,66	5.392	224,43
RRAS13	8.802	248,54	54.689	1530,56	68.937	1912,72	1.077	29,63	3.490	94,96
RRAS14	4.113	271,73	60.874	3985,44	3.718	241,29	178	11,45	308	19,59
RRAS15	72.529	1820,61	155.316	3857,16	8.924	219,34	819	19,93	1.831	43,91
RRAS16	3.049	251,73	10.369	845,87	1.004	80,96	103	8,21	220	17,25



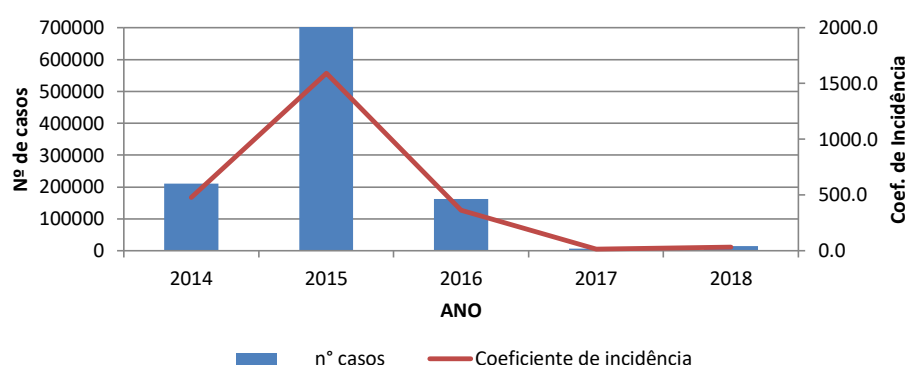


RRAS17	24.232	997,04	44.370	1808,52	7.316	295,49	865	34,63	465	18,39
TOTAL	206.709	469,42	709.035	1597,05	164.214	366,96	6.437	14,27	13.995	30,73

Fonte SINAN: dados atualizados fevereiro 2019.

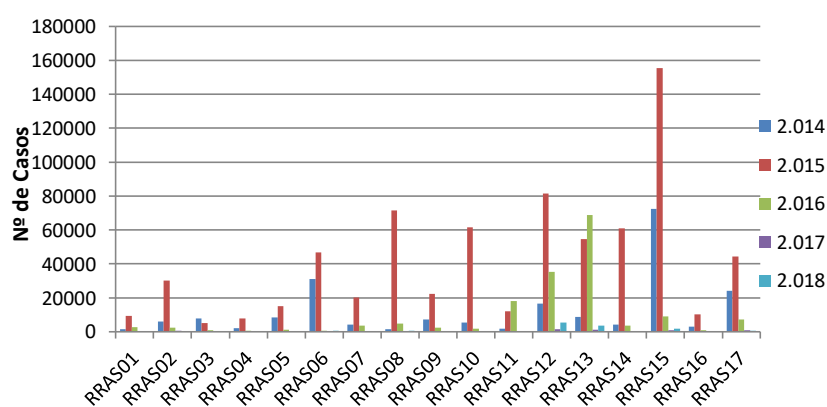
Figura - Distribuição de casos confirmados de dengue e coeficiente de incidência, por ano de início de sintomas, ESP, 2014-2018

Página | 64



Fonte SINAN: 2014-2017-dados atualizados em novembro 2018 / 2018-dados atualizados fevereiro 2019.

FIGURA - Distribuição de casos confirmados de dengue por RRAS, ESP, 2014-2018



Fonte SINAN: 2014-2017-dados atualizados em novembro 2018 .

Em todo o período o sexo mais afetado foi o sexo feminino a maior proporção de casos ocorreu na faixa etária de 20-34 anos.

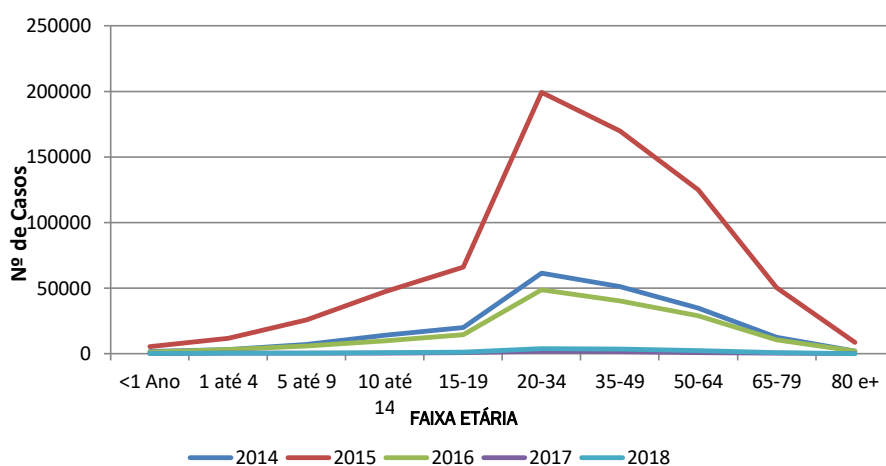
Figura - Distribuição de casos confirmados de dengue por faixa etária ESP, 2014-2018



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



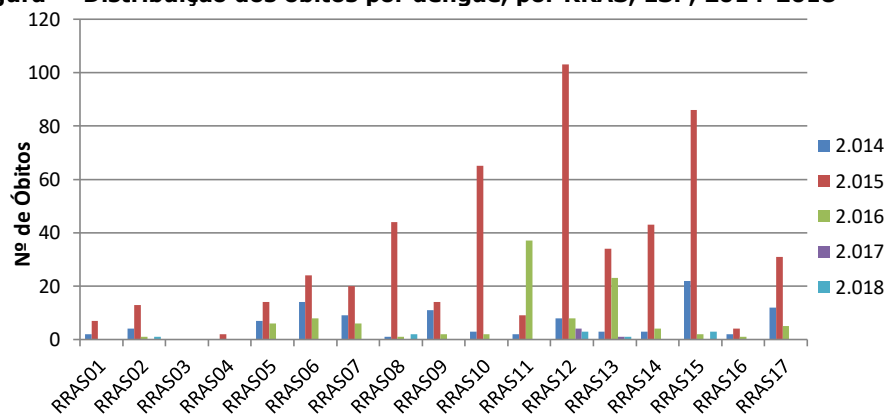
SESCAP2019106257A



Fonte SINAN: 2014-2017-dados atualizados em novembro 2018 / 2018-dados atualizados fev- 2019.

No período ocorreram 737 óbitos pela doença, 70% (513) deles no ano de 2015, a taxa de letalidade, variou de 0,05% e 0,08%. A Figura abaixo representa a distribuição dos óbitos nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, entre 2014 e 2018.

Figura – Distribuição dos óbitos por dengue, por RRAS, ESP, 2014-2018

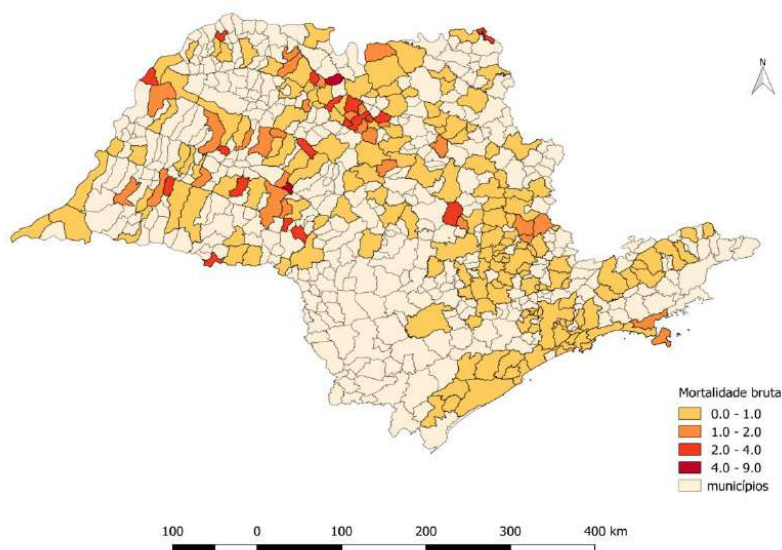


Fonte SINAN: dados atualizados fevereiro 2019.



Na figura abaixo estão representadas as taxas de mortalidade do ESP no período 2010-2018, com as maiores taxas concentradas nas regiões centro-oeste e nordeste do estado.

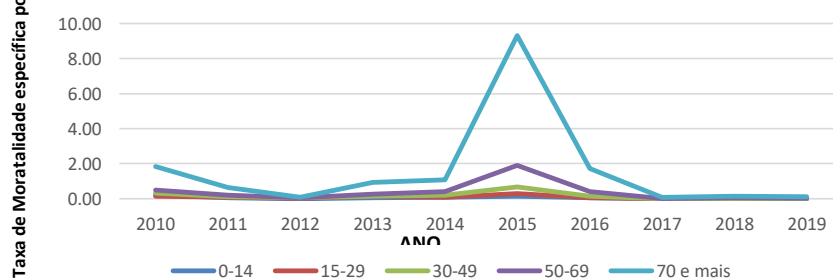
Figura – Mortalidade bruta por dengue (x100.000), ESP, 2010-2018



Fonte: SINAN (atualização 25/02/2019)

A maior taxa de mortalidade bruta por dengue ocorreu em 2015, na faixa etária de 70 ou mais anos e a maior taxa de letalidade pela doença, foi em 2018, 0,08/100.000 hab .

Figura - Mortalidade por dengue específica pela idade (x 100.000), ESP, 2010-2019



Fonte: SINAN (atualização 25/02/2019).

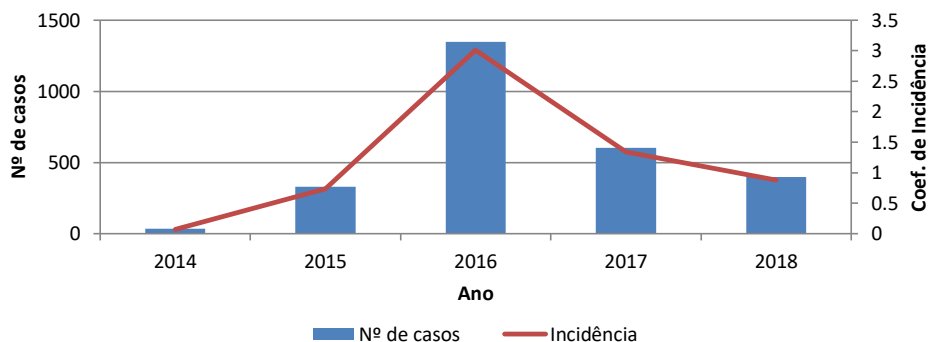


CHIKUNGUNYA

Os primeiros casos da febre chikungunya no ESP foram detectados em 2014, até 2018 o ESP registrou 2.714 casos, sendo registrada maior incidência em 2016, com 3,01 casos/100mil habitantes, sendo a RRAS 6 a que apresentou o maior número de casos.

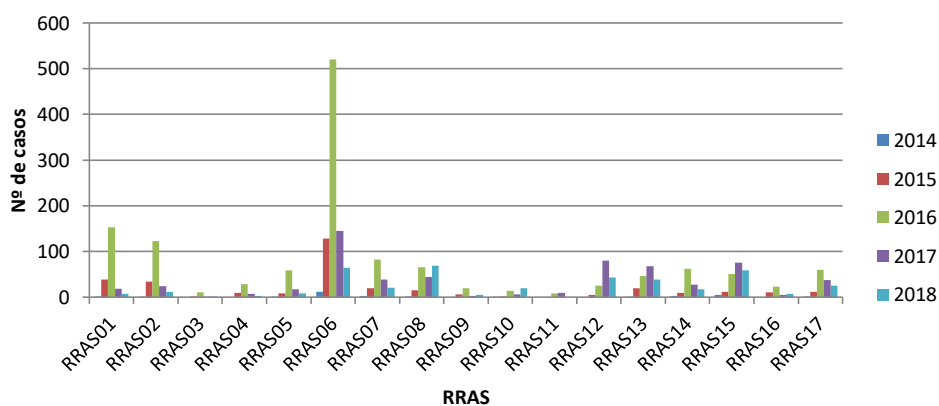
Página | 67

Figura - Distribuição de casos confirmados de chikungunya e coeficiente de incidência, por ano de início de sintomas, ESP, 2014-2018



Fonte: SINAN (atualização 11/02/2019).

Figura - Distribuição de casos confirmados de chikungunya por RRAS, ESP, 2014-2018



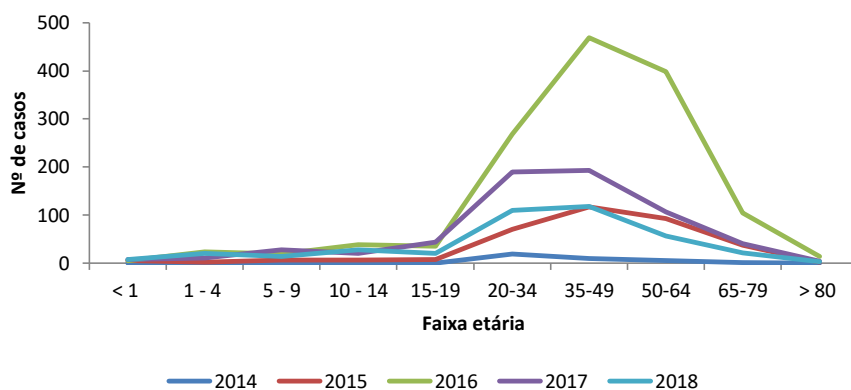
Fonte: SINAN (atualização 11/02/2019).





A febre chikungunya acometeu todas as faixas etárias com predominância da faixa entre 35 e 49 anos em todos os anos.

Figura– Distribuição de casos confirmados de chikungunya por faixa etária, ESP, 2014-2018



Página | 68

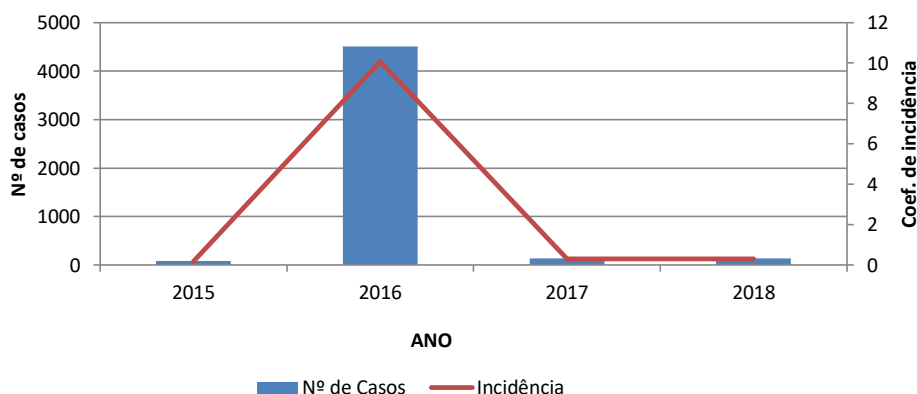
Fonte: SINAN (atualização 11/02/2019).

ZIKA

Os primeiros casos da doença aguda pelo vírus Zika, foram registrados no ESP em 2015, nota-se que a RRAS 13 apresentou a maior incidência em todo o período, 88,98/100 mil habitantes em 2016 .

Em 2016 foram registrados 4.865 casos de Zika vírus em 141 municípios do ESP, decaindo nos anos de 2017 e 2018. No período em análise, 17% dos casos confirmados ocorreram em gestantes.

Figura - Distribuição de casos confirmados de Zika e coeficiente de incidência, por ano de início de sintomas, ESP, 2015-2018



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>

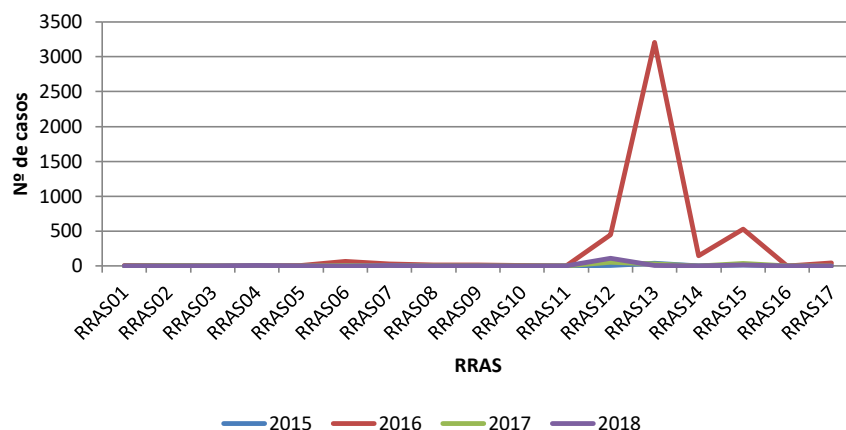


SESCAP2019106257A



Fonte: SINAN (atualização 10/04/2019).

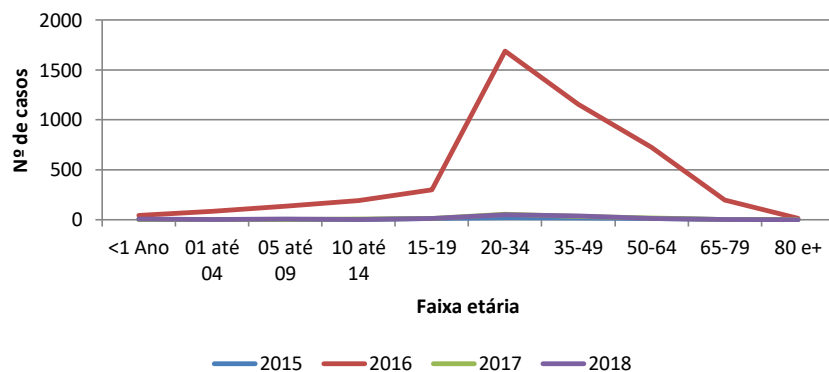
Figura – Distribuição de casos confirmados de Zika por RRAS, ESP, 2015-2018



Fonte: SINAN (atualização 10/04/2019).

Na figura abaixo está a representação gráfica de casos por Redes de Atenção, com distribuição etária representada, sendo possível observar que a faixa etária mais acometida no período foi de 20-34 anos.

Figura- Distribuição de casos confirmados de Zika por faixa etária, ESP, 2015-2018



FEBRE AMARELA

Após aproximadamente meio século de silêncio epidemiológico, o vírus da febre amarela voltou a ser detectado, no ano 2000 no Estado de São Paulo. Desde a sua reintrodução no Estado, foram reportados quatro surtos, com mais de 640 casos humanos confirmados.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



O recente evento epidêmico da doença teve como ponto de dispersão as regiões de Goiás e Tocantins, com registros a partir de julho de 2014, seguindo nos sentidos sul e sudeste do país.

No estado de São Paulo, o vírus passou a ser detectado em 2016, no município de São José do Rio Preto. Desde então, o vírus passou a expandir sua área de ocorrência, atingindo em 2017 a área sem recomendação de vacina. Respeitando a marcada sazonalidade da doença, o vírus continuou a ser detectado, com menor frequência, em primatas não humanos (PNH) mesmo nos meses mais frios.

A vigilância de epizootias foi intensificada a partir de 2016 e foi de fundamental importância para a detecção precoce da circulação viral e estratégia de alerta para o risco de transmissão à população uma vez que favoreceu o desencadeamento de medidas de prevenção e controle em tempo oportuno.

Tabela . Distribuição dos casos humanos e óbitos autóctones, e letalidade da Febre Amarela no Estado de São Paulo nos anos de 2016 - 2019. São Paulo, maio de 2019

Ano de início de sintomas	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
2016	3	3	100
2017	74	38	51,4
2018	504	176	35
2019	65	12	18,5
Total	646	229	35,4

Fonte: SINAN-NET, Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses.

Tabela . Distribuição das epizootias para Febre Amarela no Estado de São Paulo nos anos de 2016 - 2019, São Paulo, maio de 2019

Ano de ocorrência da epizootia	Número de epizootias
2016	32
2017	553
2018	242
2019	12
Total	839

Fonte: SINAN-NET, Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses.

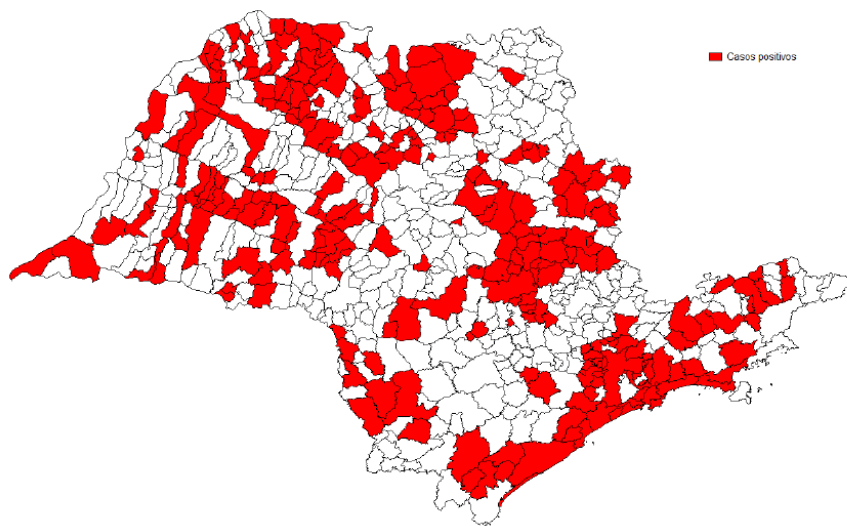
DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO TRACOMA

O tracoma é a principal causa infecciosa de cegueira no mundo. O diagnóstico do tracoma é essencialmente clínico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima a existência de pelo menos 21,4 milhões de pessoas afetadas pelo tracoma, das quais cerca de 2,2 milhões são deficientes visuais e 1,2 milhões são cegos e desde 1997, lançou uma iniciativa global de eliminação do tracoma como causa de cegueira até o ano de 2020. Para isso a estratégia que combina ações de tratamento com melhorias ambientais e de educação em saúde (SAFE) foram indicadas.

No período de 2014 a 2018, 268 municípios do estado notificaram casos de tracoma uma ampliação de 15,6% em relação ao período anterior (2009 a 2013).



Figura – Distribuição dos casos confirmados de tracoma segundo o município de residência. Estado de São Paulo: 2014 – 2018.

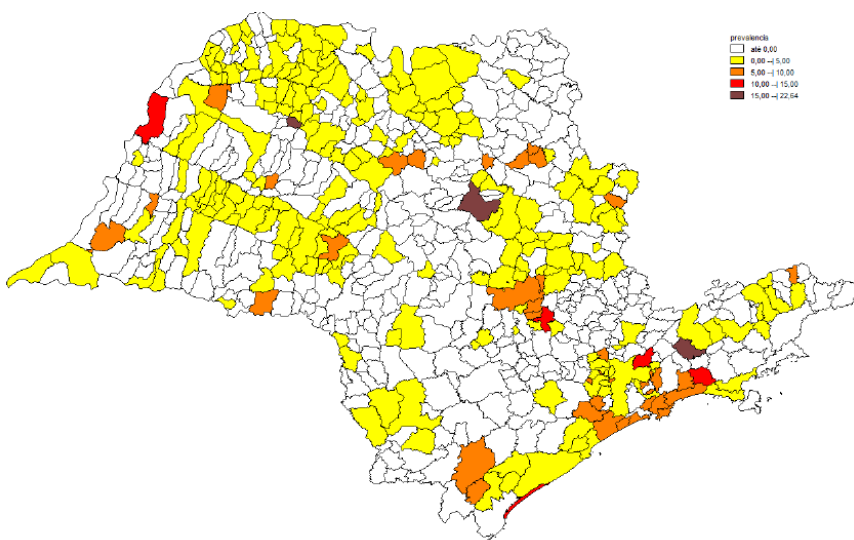


Página | 71

Fonte: SinanNet

A figura II mostra os municípios que tiveram maior prevalência de tracoma no período de 2014 a 2018. Podemos observar que 08 municípios tiveram prevalência acima de 10%.

Figura – Distribuição de maior taxa de detecção de tracoma segundo o município de residência. Estado de São Paulo: 2014 – 2018.



Fonte: SinanNet



No período de 2014 a 2018, o maior coeficiente de prevalência de tracoma encontrada foi de 7,5/100.000hab no ano de 2014. Considerando que foi o ano que teve a maior taxa de adesão (31,4%) dos municípios para as atividades de vigilância epidemiológica do tracoma. Há uma baixa adesão ao programa como mostra a tabela I.

Tabela . Prevalência de tracoma por 100.000hab, taxa de detecção e taxa de adesão dos municípios do programa de VE de tracoma do Estado de São Paulo, 2014 a 2018.

Página | 72

Ano	Nº de mun. notificados	Nº de casos positivos	Nº de examinados	Taxa de detecção	População	Coef. p/100.000 hab.	Adesão
2014	201	3.315	162.523	2,0	44.035.304	7,5	31,2
2015	199	2.835	154.011	1,8	44.396.484	6,4	30,8
2016	194	2.340	166.866	1,4	44.749.699	5,2	30,0
2017	96	785	64.077	1,2	45.094.866	1,7	14,8
2018	165	848	82.274	1,0	45.538.936	1,8	25,5

Fonte: Banco de dados SinanNet

Na Tabela xx observa-se maior frequência de tracoma ativo no sexo feminino e em crianças de 1 a 9 anos de idade.

Tabela - Distribuição da frequência de casos confirmados de tracoma por sexo, faixa etária, forma clínica e conjuntivite associada. Estado de São Paulo, 2014 - 2018.

Variável	Número	%
Sexo		
Masculino	1846	43,4
Feminino	2411	56,6
Total	4257	100,0
Faixa Etária		
01 a 09	2379	55,9
10 a 19	1644	38,6
20 a 50	166	3,9
51 e >	65	1,5
Ignorado	3	0,1
Conjuntivite Associada		
Bacteriana	38	0,9
Viral	83	1,9
Outros	12	0,3
Não	3862	90,7
Sem especificação	57	1,3
Ignorado	205	4,8

Fonte: Banco de dados de FIE Centro de Oftalmologia Sanitária - CVE

No período 78 municípios do ESP alcançaram a meta de eliminação do tracoma conforme tabela abaixo:



Tabela – Eliminação do tracoma por meio de Censo de tracoma em crianças de 1 a 9 anos, de município do estado de São Paulo, 2012 – 2018.

RRAS	MUNICÍPIO	TAXA DE DETECÇÃO %	ANO DE ELIMINAÇÃO
02	Salesópolis	2,3	2016
03	Francisco Morato	1,3	2014
05	Itapevi	1,4	2013
	Pirapora do Bom Jesus	1,9	2016
08	Jumirim	0,8	2018
	Bom Sucesso de Itararé	0	2018
	Itararé	2,7	2018
09	Fartura	1,7	2014
	Porangaba	1	2016
	Torre De Pedra	2,3	2018
10	Bora	3,7	2012
	Cruzália	3,3	2016
	Lutécia	0	2013
	Timburi	2,6	2016
	Álvaro De Carvalho	1,1	2015
	Alvinlândia	3,7	2014
	Fernão	0	2016
	Gália	1,1	2014
	Guaimbe	1	2016
	Inúbia Paulista	0,9	2016
	Júlio Mesquita	1,2	2015
	Mariápolis	0,3	2013
	Oscar Bressane	0	2013
	Parapuã	1,2	2013
	Pracinha	0,6	2015
	Queiroz	0,5	2015
	Rinópolis	0	2016
	Sagres	0	2016
11	Narandiba	3	2016
	Regente Feijó	0,9	2017
	Marabá Paulista	3,3	2016
	Santa Mercedes	3,4	2016



RRAS	MUNICÍPIO	TAXA DE DETECÇÃO %	ANO ELIMINAÇÃO
12	Sud Mennucci	1,8	2017
	Adolfo	0,2	2016
	Alvares Florence	0,9	2014
	Américo De Campos	1,2	2014
	Cosmorama	1	2014
	Floreal	1,2	2015
	Magda	0	2015
	Marapoama	2,8	2014
	Monções	0,5	2014
	Nhandeara	0,2	2014
	Parisi	0,9	2014
	Poloni	2	2014
	Pontes Gestal	1,4	2014
	Sebastianópolis do Sul	0,7	2014
	Ubarana	2,5	2014
	Aparecida D'oeste	0	2012
	Aspásia	0,6	2012
	Indiaporã	0,6	2013
	Marinópolis	1,9	2018
	Mira Estrela	1	2015
	Paranapuã	1,1	2012
	Rubinéia	0,4	2012
	Santa Albertina	0,4	2014
	São Francisco	1,6	2014
	São João das Duas Pontes	0,8	2012
	Vitória Brasil	0	2015
13	Motuca	0,7	2015
	Altair	2,3	2012
	Cajobi	0,4	2013
	Colina	0,6	2014
	Colômbia	0,7	2013
	Jaborandi	3,9	2013
	Monte Azul Paulista	0,2	2014
	Severinia	0,1	2014
	Taiacu	1,1	2013
	Taiúva	4,6	2012
	Taquaral	3,6	2012
	Terra Roxa	0,6	2013

RRAS	MUNICÍPIO	TAXA DE	ANO





		DETECÇÃO %	ELIMINAÇÃO
13	Viradouro	0	2014
	Vista Alegre Do Alto	0,1	2015
14	Águas de São Pedro	1,7	2014
	Analândia	0,2	2015
	Mombuca	2	2016
	Saltinho	0,5	2013
15	Sto. Antônio do Jardim	0	2013
17	Lagoinha	3	2015

Página | 1

Fonte: Banco de dados de FIE Centro de Oftalmologia Sanitária – CVE

POLIOMIELITE

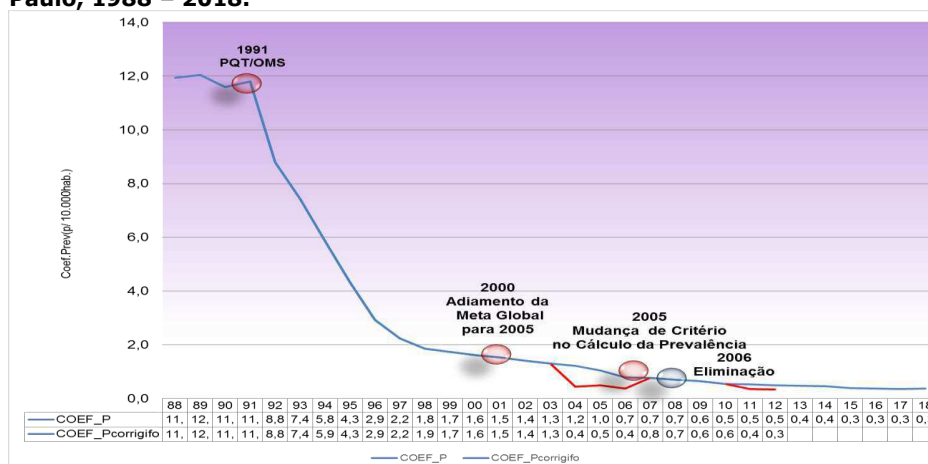
Agravo indicado para erradicação porém até o presente, endêmica e epidêmica, na África, Ásia e Oriente Médio, regiões com altíssimo índice de migração e refugiados que se dirigem para o Estado de São Paulo. A doença é monitorada pelos Sistemas de Vigilância e Monitoramento Ambiental (feito pela CETESB) e se busca altas coberturas vacinais.

A manutenção do monitoramento das paralisias flácidas agudas é fundamental para a detecção precoce de casos de poliomielite, impedindo a reintrodução do poliovírus selvagem em nosso meio, e manter a erradicação da poliomielite.

HANSENÍASE

A meta para eliminação da hanseníase deve ser de: menos de 1 caso/10.000 habitantes que deveria ter sido alcançado pelo mundo no ano 2000, foi postergada para 2005 e depois para o ano de 2015. O ESP em 2018 registrou 1.670 casos em tratamento, 53 a mais do que no ano anterior, isto representa que o coeficiente de prevalência em 31/12/2018 aumentou, passando de 0,36 para 0,37 casos/10.000 habitantes no ESP.

Gráfico. Série histórica do Coeficiente de Prevalência de Hanseníase, estado de São Paulo, 1988 – 2018.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/signaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Algumas regiões ainda não alcançaram a meta de eliminação: Jales (2,24), Ribeirão Preto (1,41) e Caraguatatuba (1,17). A região de Presidente Venceslau com baixa prevalência em 2017, registrou 4 casos a mais (coeficiente específico de 0,97 em 2017 e 1,09/10.000hab em 2018). A meta de eliminação era: 100% dos municípios com menos de 1 caso de hanseníase por 10.000hab., em 2018 eram 132 municípios (20,47%) com mais de 1 caso por 10.000hab.

Página | 2

Tabela - Número de Municípios segundo níveis de prevalência de hanseníase, Estado de São Paulo, 2018

Ano de Registro	Casos de Hanseníase em Registro Ativo	Maior do que 5,0	De 1,0 a 5,0	Prev 1,0	< Prev zero	=
2004	Nº	53	302	291	182	
	%	8,22	46,82	45,12	28,22	
2005	Nº	43	279	323	183	
	%	6,67	43,26	50,08	28,37	
2006	Nº	36	209	400	220	
	%	5,58	32,4	62,02	34,11	
2007	Nº	37	216	393	222	
	%	5,74	33,49	60,78	34,42	
2008	Nº	22	215	408	230	
	%	3,41	33,33	63,26	35,65	
2009	Nº	22	167	456	268	
	%	3,41	25,89	70,7	41,55	
2010	Nº	22	165	458	269	
	%	3,41	25,58	71,01	41,71	
2011	Nº	17	164	464	275	
	%	2,64	25,43	71,94	42,64	
2012	Nº	18	168	459	271	
	%	2,79	26,05	71,16	41,19	
2013	Nº	14	159	471	258	
	%	2,17	24,65	73,02	40	
2014	Nº	13	144	488	272	
	%	2,02	22,33	75,66	42,17	
2015	Nº	14	119	512	317	
	%	2,17	18,45	79,38	49,15	
2016	Nº	9	108	528	324	
	%	1,4	16,74	81,86	50,23	
2017	Nº	6	119	520	326	
	%	0,93	18,45	80,62	50,54	
2018	Nº	9	123	514	316	
	%	1,40	19,07	79,69	48,99	

municípios que não tem registro de casos (de 326 para 316 em 2018), como também queda



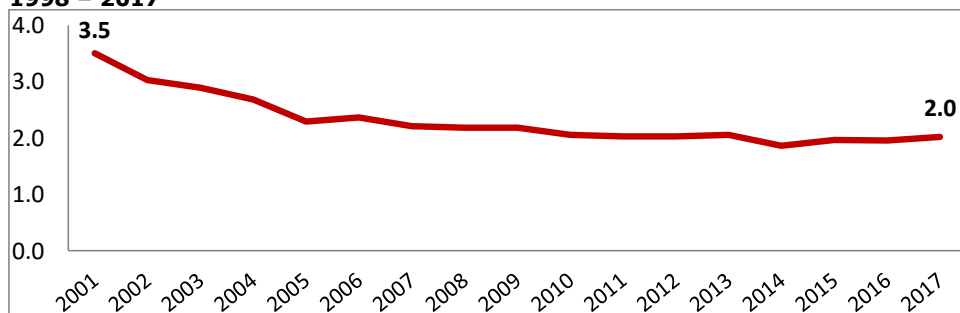
do numero de municípios com menos de 1 caso/10.000hab. (520 para 514). Por outro lado o numero de municípios com prevalência Média (de 1,0 a 5,0casos/10.000hab.) aumentou (de 119 para 123) como também os municípios com prevalência Alta (de 6 para 9) ou seja 106 municípios pioraram o seu nível de prevalência,437 permaneceram no mesmo patamar e 102 melhoraram seu desempenho.

TUBERCULOSE

A tuberculose ainda é uma das principais causas de óbito no mundo, a primeira entre as doenças infecciosas e a principal causa de morte de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Estima-se que ocorram 10 milhões de casos de tuberculose (TB) e que a doença cause 1,3 milhão de mortes por ano no mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Estratégia pelo Fim da Tuberculose, com meta de redução da incidência da TB para menos de 10 casos por 100 mil hab. e a mortalidade específica para menos de 1 óbito por 100 mil hab. até 2035. Verifica-se que houve uma redução de 2,6% ao ano desde 2001 a 2017 na mortalidade por este agravo.

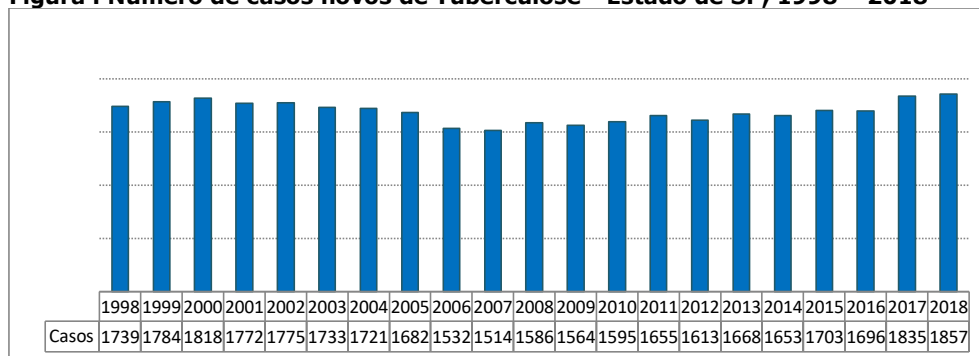
Figura. Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose (por 100 mil hab.). Estado de SP, 1998 – 2017



Fonte: SIM /IBGE

No Estado de SP, em 2018, foram diagnosticados 18577 casos novos , o que corresponde a um coeficiente de incidência de 40,8 casos/100 mil hab.(Figura 2). Embora, de 2001 a 2014, tenha sido observado um declínio médio anual de 2,6%, observou-se em 2017 e 2018 tendência de aumento em relação aos anos anteriores (Figura).

Figura . Número de casos novos de Tuberculose - Estado de SP, 1998 – 2018



Fonte: TBWEB





Tabela. Número de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (CI) por 100 mil habitantes por RRAS de residência. Estado de São Paulo, 2013 a 2018

RRAS	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº de casos	CI	Nº de casos	CI	Nº de casos	CI	Nº de casos	CI	Nº de casos	CI	Nº de casos	CI
01	728	27,1	711	26,3	665	24,5	729	26,6	767	27,9	816	29,4
02	951	33,5	887	30,9	940	32,4	943	32,2	940	31,8	1033	34,4
03	175	31,3	171	30,2	171	29,8	165	28,4	189	32,1	177	29,5
04	427	40,2	397	36,8	397	36,3	373	33,7	440	39,3	461	40,4
05	735	40,7	697	38,3	721	39,3	771	41,7	798	42,8	812	43,2
06	5621	47,5	5598	47,1	5838	48,8	5489	45,6	5951	49,2	6262	51,4
07	1456	71,1	1563	75,7	1615	77,6	1616	77,0	1655	78,3	1788	83,8
08	530	22,2	549	22,8	491	20,2	560	22,8	562	22,7	571	22,8
09	413	24,1	401	23,2	363	20,8	322	18,3	400	22,6	385	21,5
10	209	18,7	216	19,2	200	17,7	283	24,9	211	18,5	218	19,1
11	152	20,1	150	19,8	118	15,5	129	16,8	155	20,1	162	21,0
12	406	17,5	416	17,8	401	17,1	346	14,6	366	15,4	398	16,6
13	742	21,1	650	18,4	646	18,1	579	16,1	727	20,0	722	19,6
14	387	25,8	378	25,0	390	25,5	401	26,0	389	25,0	379	24,1
15	878	22,3	804	20,2	828	20,6	817	20,1	853	20,8	881	21,1
16	272	22,7	260	21,5	274	22,4	291	23,5	310	24,7	296	23,2
17	704	29,3	645	26,5	673	27,4	671	27,1	711	28,5	775	30,7
		38,	1646	37,	1700	38,	1692	37,	1831	40,	1837	40,
Estado	16624	1	4	4	6	3	1	8	8	6	6	4

Página | 4

Fonte: TBWEB

Observa-se que a RRAS 7, Baixada Santista, apresenta coeficiente duas vezes maior que a média estadual, com tendência crescente, a Capital (RRAS 6) CI acima da média do Estado. As RRAS 4 (mananciais) e 5 (rota dos bandeirantes) apresentam taxas semelhantes à média estadual, esta última com tendência crescente. No entanto ainda estamos distantes de alcançar a meta estabelecida pela OMS.

A cura dos casos de TB é um dos principais indicadores de controle da doença, sendo que se espera curar pelo menos 85% dos casos novos, com menos de 5% de abandonos de tratamento. Essas metas também não têm sido alcançadas pelo Estado. No conjunto das 17 RRAS, apenas a Região Mananciais conseguiu manter mais de 85% de cura dos casos novos.

O abandono do tratamento ainda é alto, atingindo 11% em 2017, sendo maiores nas RRAS 6 (Município de São Paulo) e 7 (Vale do Ribeira e Baixada Santista) com 14% e 13% de abandono respectivamente. É criar e manter estratégias para ampliar a cura e diminuir o abandono do tratamento

Figura. Porcentagem de cura e abandono dos casos novos de tuberculose por RRAS de residência. Estado de São Paulo, 2013-2017

RRAS	Cura					Abandono				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
1	81%	79%	82%	82%	82%	8%	9%	7%	9%	9%
2	83%	83%	79%	85%	78%	9%	9%	11%	7%	11%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

3	87%	89%	86%	84%	81%	6%	6%	5%	6%	12%
4	89%	84%	87%	91%	88%	7%	7%	7%	4%	5%
5	83%	82%	80%	82%	84%	10%	10%	9%	9%	9%
6	76%	74%	76%	75%	72%	14%	15%	13%	12%	14%
7	82%	83%	80%	79%	77%	11%	11%	12%	11%	13%
8	80%	80%	80%	84%	80%	10%	8%	8%	7%	8%
9	76%	80%	79%	75%	78%	13%	11%	10%	13%	12%
10	80%	78%	83%	81%	80%	5%	8%	6%	6%	13%
11	84%	85%	82%	89%	82%	5%	5%	6%	4%	5%
12	83%	87%	79%	81%	76%	6%	3%	5%	5%	7%
13	78%	79%	77%	79%	74%	9%	8%	8%	11%	10%
14	85%	82%	83%	82%	77%	6%	8%	7%	7%	11%
15	85%	82%	80%	82%	77%	6%	8%	7%	8%	10%
16	83%	82%	80%	85%	83%	6%	3%	4%	4%	7%
17	83%	82%	82%	85%	81%	7%	9%	8%	8%	7%
TOTAL	81%	80%	80%	81%	79%	10%	10%	10%	9%	11%

Fonte: TBWEB

Populações vulneráveis para Tuberculose

Pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA): Para a coorte dos casos de populações vivendo com HIV/Aids (PVHA), o indicador de cura é muito precário, com apenas 58% na média estadual para casos novos iniciados em 2017. A RRAS 14 (Araras, Rio Claro, Limeira, Piracicaba) apresentou no período de 2013 a 2017 um declínio da cura (41%) dos casos coinfectados TB/HIV.

População em situação de rua: Esta população têm pouco acesso a serviços de saúde e, na maioria das vezes, têm problemas que dificultam a adesão. Em 2018 foram 1071 casos de TB em população sem residência fixa no Estado, dos quais mais de 70% são do município de São Paulo. Dos 653 casos novos de 2017, menos de 40% foram encerrados por cura.

População privada de liberdade: O Estado de São Paulo possui 173 estabelecimentos prisionais, com uma população carcerária acima de 226 mil pessoas. Em 2018, cerca de 13% dos casos de tuberculose ocorreram na população privada de liberdade. Apesar da altíssima incidência da tuberculose nessa população, o trabalho em conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde e de Administração Penitenciária com as equipes municipais de vigilância em saúde tem resultado em altas taxas de cura. Enquanto a média do Estado é de cerca de 80%, na população privada de liberdade essa porcentagem chega a 91% de cura.



RAIVA

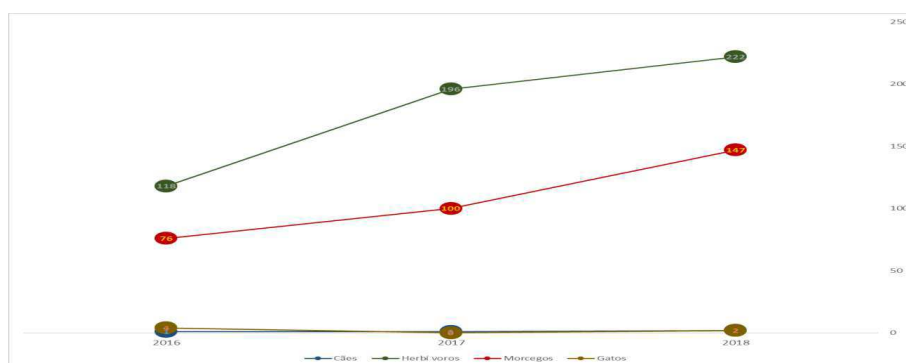
A raiva é uma zoonose viral (geralmente fatal) transmitida aos humanos principalmente por meio da mordida de animais infectados. Esta doença pode ser prevenida quando há pronta administração de profilaxia pós-exposição adequada às vítimas de agressão e pode ser controlada por meio de vacinação em massa de animais domésticos (cães e gatos).

Devido à diminuição da incidência de raiva canina e felina no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o monitoramento da circulação do vírus rábico, por meio de envio de amostras de cães e gatos aos laboratórios de diagnóstico. O Instituto Pasteur recebe anualmente, em torno de 6.500 amostras de animais suspeitos, sendo 43% de morcegos, 27% de cães, 13% de gatos, 3% de herbívoros, e 14% outros animais do país.

No estado de São Paulo observou-se, nas últimas três décadas, um decréscimo significativo de casos de raiva em cães domésticos, passando de 1.200 casos no ano de 1999 para 02 casos em 2017 devido, principalmente, às ações de vacinação massiva dos cães e gatos e fortalecimento da vigilância epidemiológica. Porém há relato de circulação da variante de morcegos gerando casos esporádicos de raiva em cães e gatos

Página | 6

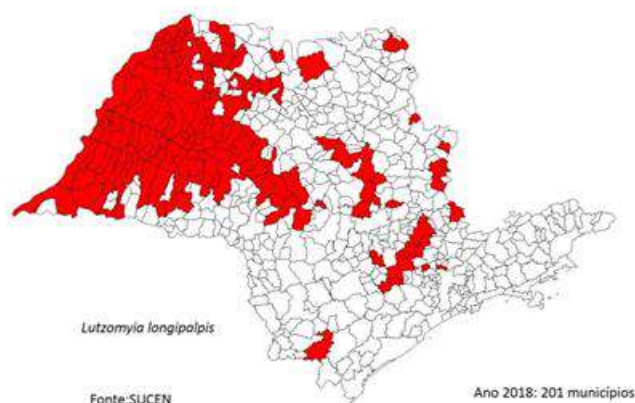
Número de casos positivos de raiva animal no estado de São Paulo. 2016-2018



LEISHMANÍOSE VISCERAL

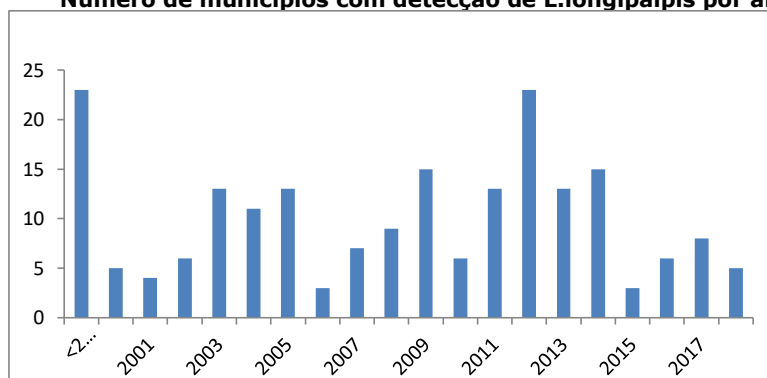
A presença do vetor *Lutzomyia longipalpis* (*Lu. longipalpis*), principal transmissor de Leishmaniose visceral, foi encontrada em 201 municípios paulistas (31,1%) em 2018, através do levantamento entomológico.





Abaixo, o número de municípios com registro de detecção de *L. Longipalpis* identificada no período 2000-2017.

Número de municípios com detecção de *L. longipalpis* por ano



Fonte: flebweb

DOENÇA DE CHAGAS

O objetivo do programa de vigilância e controle é manter a interrupção da transmissão natural, através da identificação e combate a colônias intradomiciliar e peridomiciliar do vetor. A vigilância entomológica se dá por meio do estímulo da população para encaminhamento de exemplares suspeitos de serem triatomíneos e recebimento desses exemplares e também atendimento de toda notificação de triatomíneo na unidade domiciliar, objetivando o encontro de exemplares de triatomíneos e/ou seus vestígios que são examinados para verificação de infecção natural. A tabela abaixo apresenta série histórica do número de municípios e de notificações de suspeita.





Tabela - Número de municípios com notificação de insetos suspeitos de serem triatomíneos e relação entre o número de notificações e municípios. Estado de São Paulo, 2013 a 2017.

Ano	Nº de municípios	Nº de notificações	Relação not/mun
2013	244	1204	4,9
2014	301	1674	5,6
2015	266	1206	4,5
2016	269	1017	3,8
2017	309	1482	4,8
Total		6583	-

Página | 8

Fonte: sistema chagas

Na tabela abaixo são apresentados os exemplares coletados, examinados e positivos para *Trypanosoma cruzi* no período entre 2013 e 2017.

Tabela - Exemplares de triatomíneos coletados, examinados e positivos segundo ano. Estado de São Paulo, 2013 a 2017

Ano	Número de exemplares			% Positivos
	Capturados	Examinados	Positivos	
2013	4294	3895	52	1,3
2014	4359	3923	13	0,3
2015	2584	2314	24	1,0
2016	1974	1788	18	1,0
2017	2383	2252	16	0,7
Total	15594	14172	123	0,9

Fonte: sistema chagas

É possível observar queda no número de exemplares de triatomíneos coletados em 42,2%, mas a positividade se mantém para *T. cruzi* no período. A estratégia atual da vigilância das espécies na transmissão da doença de Chagas, é feita com vistas a detectar a presença de colônias de vetores e para evitar a domiciliação das espécies e manter a densidade intradomiciliar em níveis baixos.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS, AGRAVOS E DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O enfrentamento e o controle das Condições das DCNT tem sido considerado na atualidade como uma das principais prioridades da saúde pública no século XXI.

No Brasil este grave problema de saúde pública corresponde a cerca de 75% de todas as causas de morte que estão associadas à frequência de fatores de risco, como: tabagismo, sedentarismo, estresse, hábitos alimentares inadequados, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes e também está associado ao envelhecimento da população com o aumento da expectativa de vida.

Por outro lado a grave epidemia da obesidade vem trazendo o aumento da prevalência da hipertensão e diabetes levando a necessidade de maior investimento em ações de alimentação saudável, atividade física e necessidade de ações adicionais e oportunas de vigilância, prevenção e promoção da saúde rumo a uma melhor qualidade e vida de nossa população.

Para os quatro principais grupos de doenças crônicas priorizadas (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes) quatro fatores de risco foram também priorizados (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e alcoolismo).

No Estado de São Paulo as DCNT continuam como as principais causas de morte, sendo que nas últimas décadas esse grupo de doenças passou a liderar, são atualmente, as mais



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

prevalentes e as que mais geram custos para o sistema de saúde, mesmo sendo, em grande parte, um grupo de doenças passíveis de prevenção.

A série histórica dos coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, para os sexos feminino e masculino, dos últimos 30 anos, mostra uma tendência decrescente ao longo do tempo no Estado de São Paulo (redução menos acentuada para o sexo feminino), observa-se uma tendência de aumento da mortalidade por doenças crônicas das vias aéreas inferiores, doenças hipertensivas, diabetes e as neoplasias.

Abaixo são apresentadas algumas figuras que demonstram a situação da mortalidade por DCNT No Estado de São Paulo.

Figura – Distribuição percentual das principais causas de óbito (CID-10), estado de São Paulo, 2000-2017

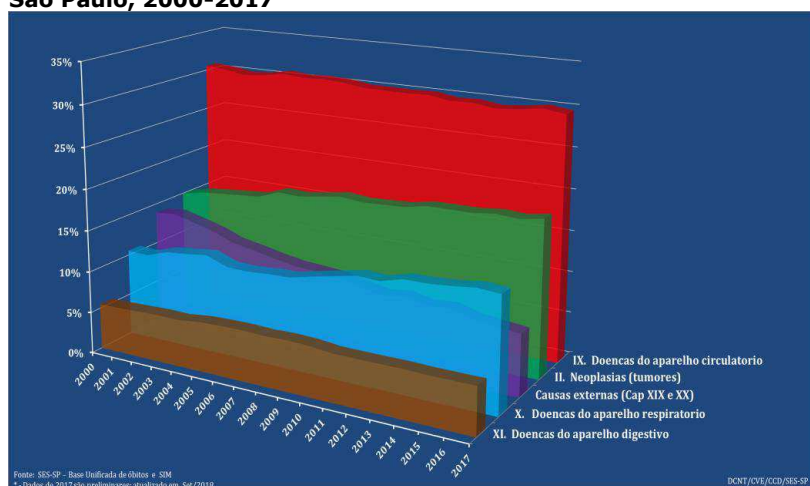


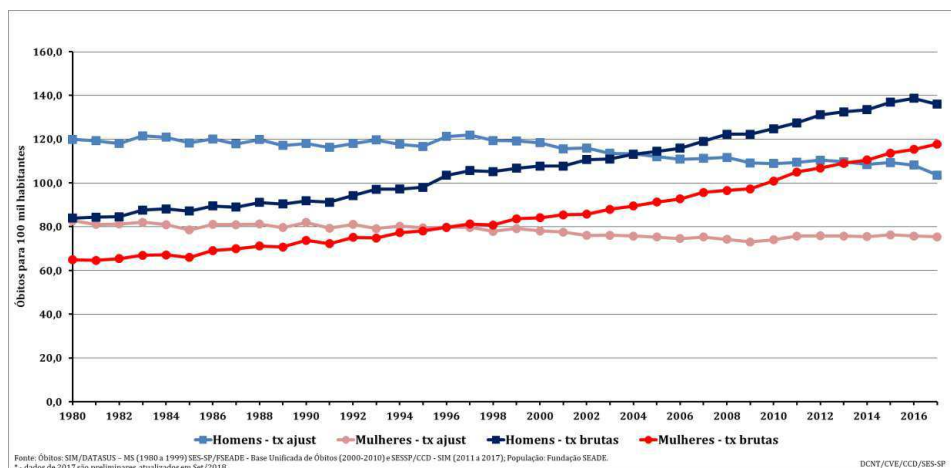
Figura- Distribuição do número de óbitos por Capítulo CID-10 e faixa etária, ambos o sexos, estado de São Paulo, 2017*

	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais
1ª	Materno-fetais 5480	Materno-fetais 195	Neoplasias 109	Causas externas 181	Causas externas 1443	Causas externas 3773	Causas externas 3620	Ap. circulatório 4703	Ap. circulatório 10555	Ap. circulatório 68527
2ª	Ap. respiratório 304	Ap. respiratório 170	Causas externas 97	Neoplasias 120	Neoplasias 187	Neoplasias 626	Ap. circulatório 1693	Neoplasias 3866	Neoplasias 9633	Neoplasias 39017
3ª	Algumas DIP 207	Causas externas 164	Sist. nervoso 81	Sist. nervoso 94	Ap. respiratório 142	Ap. circulatório 609	Neoplasias 1626	Causas externas 3028	Ap. respiratório 3051	Ap. respiratório 33900
4ª	Causas externas 201	Neoplasias 121	Ap. respiratório 44	Ap. circulatório 55	Ap. circulatório 135	Algumas DIP 409	Algumas DIP 809	Ap. digestivo 1689	Ap. digestivo 3040	Ap. digestivo 10846
5ª	Sist. nervoso 88	Sist. nervoso 120	Algumas DIP 37	Ap. respiratório 52	Sist. nervoso 131	Ap. respiratório 375	Ap. respiratório 754	Ap. respiratório 1382	Causas externas 2562	Sist. Endoc-metabol 10543

Fonte: SESSP/CCD - Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM
* - dados preliminares; atualizado em 18/09/2018; último acesso em out/2018



Figura- Taxas brutas e ajustadas de mortalidade por neoplasias por Capítulo CID 10, segundo sexo, estado de São Paulo 1980-2017*



Página | 10

Figura - Taxas brutas de mortalidade por câncer de mama e de colo uterino, por 100 mil mulheres com 30 a 69 anos de idade, estado de São Paulo, 2000-2017*

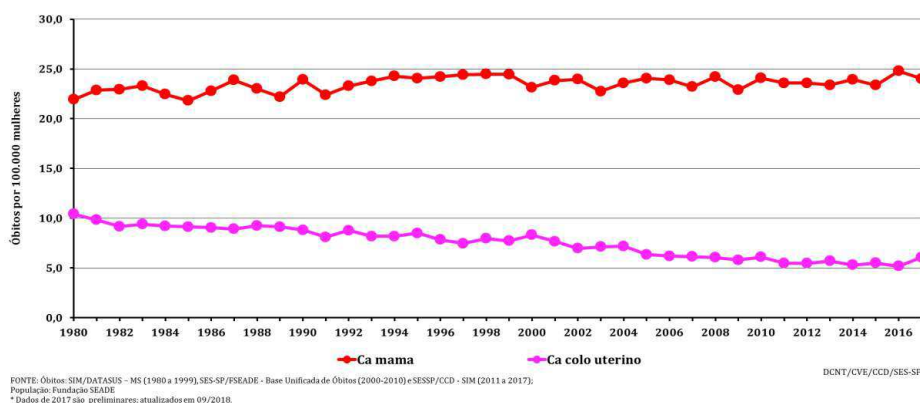


Figura - Taxas brutas de mortalidade por câncer de próstata, por 100 mil homens com 30 a 69 anos de idade, estado de São Paulo, 2000-2017*



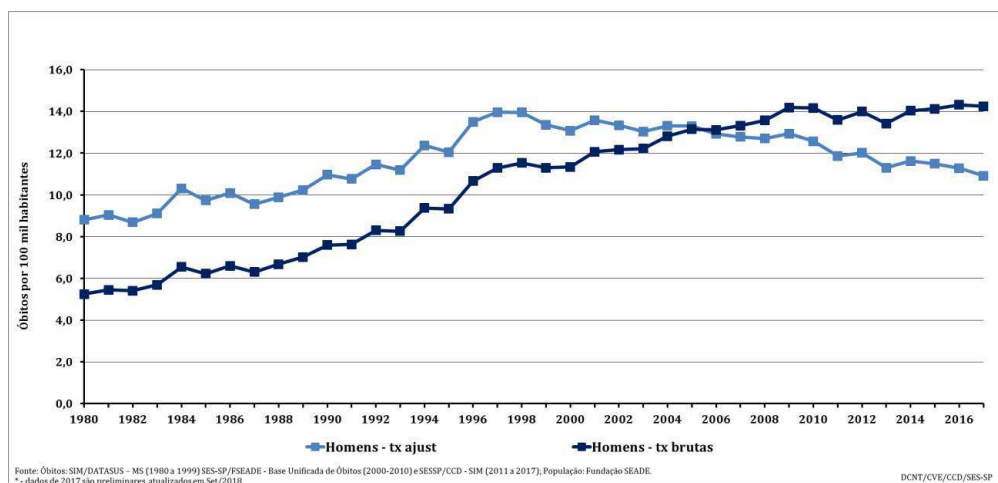


Figura - taxas brutas e ajustadas de mortalidade por doenças Pulmonares obstrutivas crônicas, por sexo, estado de São Paulo, 1980-2017*

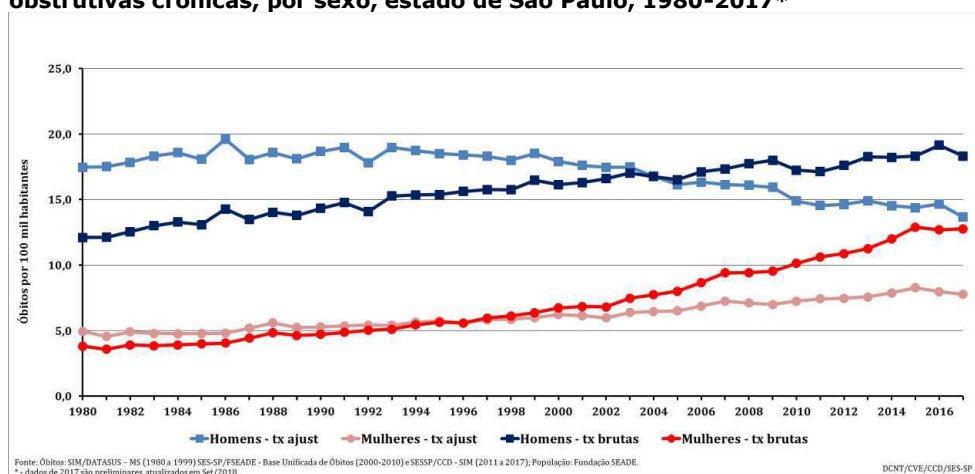
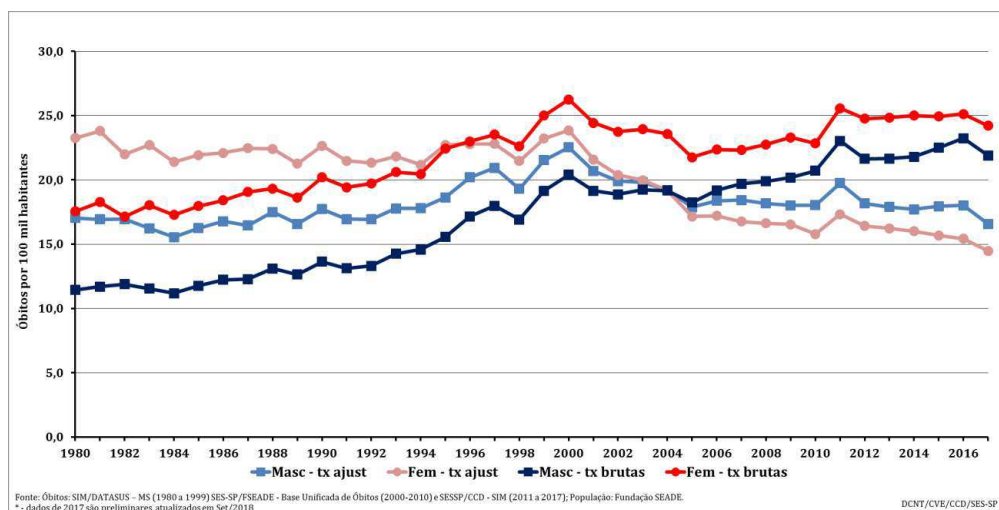


Figura - Taxas brutas e ajustadas de mortalidade por diabetes, por sexo, estado de São Paulo, 1980-2017*





Assim como a mortalidade, a morbidade das doenças crônicas assume um papel de grande magnitude.

Os dois gráficos a seguir nos apontam a situação da morbidade pelos principais grupos de doenças crônicas. O quadro nos mostra que as principais causas de internação no estado de São Paulo são destacadamente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias que somadas atingem mais de 50% das internações hospitalares em nosso estado.

Quadro - Número de internações por DCNT na rede SUS. Estado de São Paulo, 2008 - 2018

Grupo de Causas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Diabetes: E10-E14	22.466	23.055	23.727	23.250	22.076	21.831	21.277	21.263	20.598	21.507	21.792	242.842
DPOC: J40-J44	17.408	18.697	19.361	21.616	19.311	19.890	18.464	19.218	19.116	19.819	17.853	210.753
Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório	247.209	262.126	270.577	269.998	264.254	261.507	261.660	260.972	270.920	273.069	275.052	2.917.344
Doenças coronarianas: I20-I25	54.827	58.933	62.568	63.090	65.001	64.256	66.852	66.959	70.018	69.108	68.051	709.663
Doenças cerebrovasculares: G45-46, I60-I69	43.737	47.547	50.440	49.929	48.626	48.774	48.537	50.129	51.940	52.673	54.592	546.924
Doenças hipertensivas: I10-I15	24.057	23.157	22.639	21.429	20.158	18.409	17.270	14.857	13.959	12.713	11.620	200.268
Cap. II. Neoplasias (tumores)	124.934	136.099	147.491	152.246	165.394	171.005	177.392	182.084	182.122	185.562	192.925	1.817.254
Câncer de mama: C50	9.971	10.535	11.589	11.529	12.876	13.767	14.258	15.526	15.608	16.055	17.012	148.726
Câncer de próstata: C61	4.604	5.419	6.218	6.589	7.197	7.044	7.402	7.935	7.416	8.323	8.103	76.250
Câncer de pulmão, traquéia e brônquios: C33-C34	3.598	3.999	4.196	4.335	4.655	4.894	5.230	5.528	5.529	5.757	5.970	53.691
Câncer colorretal: C18-C21	9.881	11.184	13.003	14.130	14.746	15.546	16.008	16.866	17.644	18.223	18.510	165.741
Total	562.692	600.751	631.809	638.141	644.294	646.923	654.350	661.337	674.870	682.809	691.480	7.089.456

Fonte: SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Em relação à frequência de internações por DCNT o quadro nos revela que os mesmos grupos de doenças (cardiovasculares e neoplasias) se destacam de forma preocupante.

Quadro - Frequência de internações (%) por DCNT em relação ao total de internações na rede SUS. Estado de São Paulo, 2018.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/signaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESC-AP2019106257A

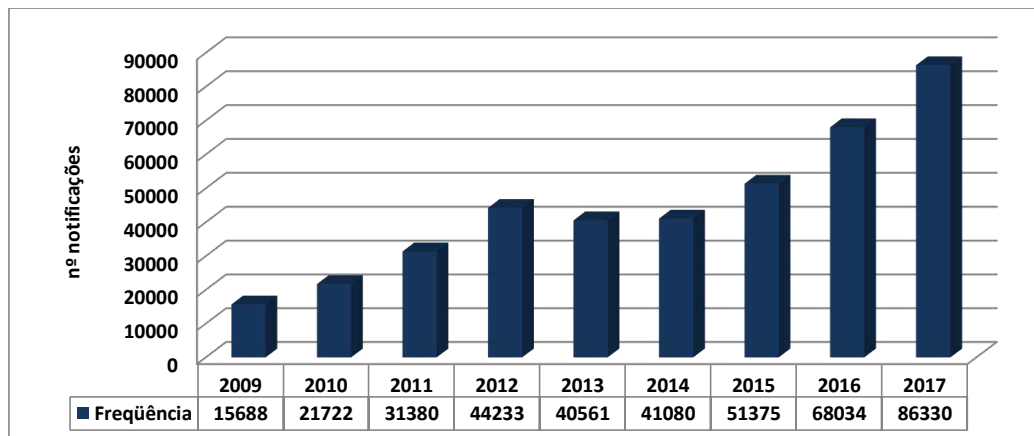
Grupo de Causas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Diabetes: E10-E14	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
DPOC: J40-J44	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%
Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório	10,7%	10,8%	10,8%	10,8%	10,7%	10,6%	10,5%	10,5%	10,9%	10,9%	10,9%	10,7%
Doenças coronarianas: I20-I25	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%	2,6%	2,6%	2,7%	2,7%	2,8%	2,8%	2,7%	2,6%
Doenças cerebrovasculares: G45-46, I60-I69	1,9%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	1,9%	2,0%	2,1%	2,1%	2,2%	2,0%
Doenças hipertensivas: I10-I15	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,7%
Cap. II. Neoplasias (tumores)	5,4%	5,6%	5,9%	6,1%	6,7%	6,9%	7,1%	7,3%	7,3%	7,4%	7,6%	6,7%
Câncer de mama: C50	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,5%
Câncer de próstata: C61	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Câncer de pulmão, traquéia e brônquios: C33-C34	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Câncer colorretal: C18-C21	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
Total	24,4%	24,6%	25,3%	25,5%	26,0%	26,2%	26,2%	26,5%	27,1%	27,3%	27,3%	26,1%

Fonte: SESSP/SH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

VIOLENCIAS E ACIDENTES

O Centro de Vigilância Epidemiológico - CVE, no ano de 2005 criou o Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências (Núcleo Estadual VIVA), que coordena o sistema de notificação de violências em serviços sentinela do Sistema Único de Saúde no Estado. Em 2006 o Ministério da Saúde implantou este mesmo Sistema (VIVA) para todo o país, com dois componentes: vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e outras violências e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares. Abaixo visualizamos a série histórica de notificações de violência interpessoal e autoprovocada 2009 - 2017 e os tipos mais frequentes no ano de 2017 no ESP.

Gráfico: Frequência de notificações de violência interpessoal e autoprovocada, Estado de São Paulo, 2009-2017



Fonte: Sinan Net - Núcleo VIVA SES/SP

Observa-se o crescimento gradativo das notificações no estado mais que sete vezes ao longo deste período. Há esforços em toda a rede para estímulo à notificação e denúncia, mas acredita-se que ainda há subnotificação das violências e suas causas. Observa-se no ano de 2017 que a primeira causa de violência notificada é a física (69,6%), seguida pela psicológica moral (23,8%) ainda se verifica um percentual significativo de "outras causas" (11,87%). Dois terços das notificações de violências foram do sexo feminino e todas as causas tem pelo menos duas vezes mais notificações relacionadas as mulheres.



Tabela – Notificações de violências, segundo sexo e tipo. Estado de São Paulo, 2017.

Tabela 1. Notificações de violências, segundo sexo e tipo de violência. Estado de São Paulo, 2017

Tipo de violência	Masculino		Feminino		Total	
	(n= 28.861)		(n= 57.389)		(n= 86.250)	
	n	%	n	%	n	%
Física	20.827	72,16	39.207	68,32	60.034	69,60
Psicológica/Moral	4.025	13,95	15.880	27,67	19.905	23,08
Lesão Autoprovocada	5.721	19,82	11.046	19,25	16.767	19,44
Outra violência	3.322	11,51	6.918	12,05	10.240	11,87
Sexual	1.173	4,06	6.606	11,51	7.779	9,02
Negligência/Abandono	2.551	8,84	2.852	4,97	5.403	6,26
Tortura	468	1,62	1.477	2,57	1.945	2,26
Financeira/Econômica	326	1,13	803	1,40	1.129	1,31
Trabalho Infantil	151	0,52	120	0,21	271	0,31
Intervenção Legal	72	0,25	88	0,15	160	0,19
Tráfico de Seres Humanos	13	0,05	36	0,06	49	0,06

Fonte: Sinan Net - Núcleo VIVA SES/SP

* n se refere ao número de notificações - tabela não totalizada por permitir multipla escolha

Página | 14

Nas mortes por “Causas Externas” verifica-se que a primeira causa é principalmente de acidente em transporte nos vários grupos etários. Apesar de diminuição importante no ESP, os homicídios ainda aparecem como causa importante de morte entre adolescentes e adultos jovens e queda acidental nos maiores de 60 anos, todas passíveis de ações de prevenção.

Tabela- Distribuição de óbitos segundo Causas Externas e Faixas Etárias, ambos os sexos, Estado de São Paulo, 2017

	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais
1ª	Outras 153	Outras 85	Acid. transporte 44	Acid. transporte 60	Homicídio 361	Acid. transporte 1146	Homicídio 1022	Acid. transporte 862	Acid. transporte 714	Queda acidental 2202
2ª	Intenção indetermin 21	Acid. transporte 33	Outras 30	Outras 49	Acid. transporte 334	Homicídio 1112	Acid. transporte 976	Intenção indetermin 594	Intenção indetermin 513	Outras 1744
3ª	Acid. transporte 15	Intenção indetermin 29	Homicídio 10	Intenção indetermin 24	Intenção indetermin 308	Intenção indetermin 665	Intenção indetermin 652	Homicídio 580	Outras 366	Intenção indetermin 1227
4ª	Homicídio 8	Queda acidental 10	Intenção indetermin 8	Suicídio 23	Outras 214	Suicídio 401	Suicídio 491	Suicídio 415	Homicídio 345	Acid. transporte 869
5ª	Queda acidental 4	Homicídio 2	Queda acidental 4	Homicídio 19	Suicídio 111	Outras 399	Outras 370	Outras 359	Queda acidental 322	Suicídio 315
6ª			Suicídio 1	Queda acidental 6	Queda acidental 15	Queda acidental 44	Queda acidental 108	Queda acidental 210	Suicídio 301	Homicídio 273
Total	201	164	97	181	1443	3772	3619	3028	2561	6630

DCNT/CVE/CCD/SES-SP



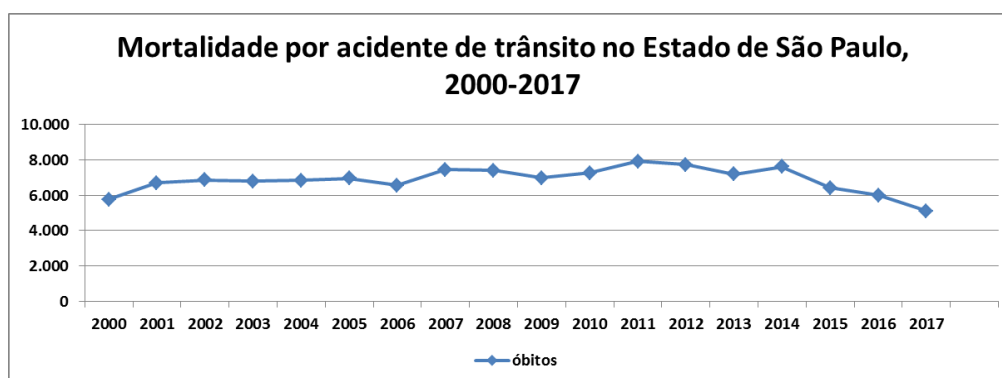
SESCAP2019106257A



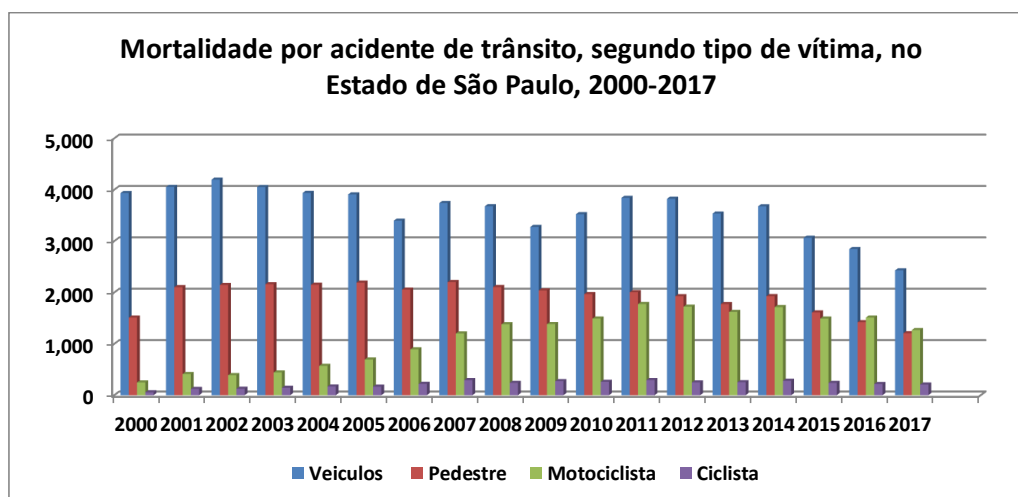
Fonte: SESSP/Fundação SEADE – Base Unificada de Óbitos - SESSP/CCD – Sistemas de Informações sobre Mortalidade .

Quando se observa esta causa mais pormenorizadamente notamos tendência de manutenção dos índices no período (cerca de 8000 óbitos ao ano) e discreta queda nos anos de 2015-2017. Mas quando verificamos o acidente por tipo de vítima, nota-se o aumento de mortalidade entre os motociclistas e ciclistas e diminuição das mortes nas colisões (veículos).

Página | 15



Fonte: SESSP/Fundação SEADE – Base Unificada de Óbitos. SESSP/CCD – Sistemas de Informações sobre Mortalidade).



Fonte: SINAN-NET, Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DAS VULNERABILIDADES E RISCOS RELACIONADOS AO AMBIENTE, PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE, SERVIÇOS DE SAÚDE E SERVIÇOS DE



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



INTERESSE À SAÚDE, TOXICOVIGILÂNCIA E A SAÚDE E ATENÇÃO INTEGRAL AO TRABALHADOR

O Sistema Estadual de Vigilância atua de forma descentralizada, sendo que a totalidade dos municípios do estado vêm pactuando gradativamente o desenvolvimento das ações de vigilância desde o final da década de 90, respondendo solidariamente às responsabilidades. Entretanto, há uma heterogeneidade em relação à capacidade operacional em vigilância dos municípios, que implica no contínuo desenvolvimento de ações complementares e suplementares por parte do Estado para o efetivo controle do risco sanitário em seu território, atuando sobre um território que abriga atividades responsáveis por um terço do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e que concentra expressivo percentual da indústria de transformação, com cadeias produtivas de elevado nível tecnológico.

Como estratégias para a qualificação de suas ações, conta com o Sistema de Informação em Vigilância, é utilizado por 100% dos serviços de vigilância no estado (645 municípios e regionais estaduais) e, pelo setor regulado.

Página | 16

RISCOS RELACIONADOS AO AMBIENTE

No quadriênio anterior, a VS investiu na elaboração de diretrizes para avaliar e intervir em fatores ambientais de risco à saúde em assuntos afetos à qualidade da água para consumo humano, áreas contaminadas, acidentes com produtos perigosos, desastres naturais, saneamento do meio e sustentabilidade. O conhecimento, detecção e monitoramento de doenças e agravos decorrentes da exposição humana a condições adversas do meio ambiente assim como das pessoas expostas a riscos ambientais integra as ações de Vigilância em Saúde. No quadriênio 2016-2019, priorizou-se as ações à População Exposta à Área Contaminada população exposta agrotóxicos, relacionada a desastres naturais e antropogênicos.

Priorizou a estruturação do Sistema de Informações (Siságua), inspeções em Sistemas de Abastecimento de Água, elaboração de Planos de Controle para mananciais de maior interesse sanitário, apoio a casos de contaminação de mananciais, fortalecimento da interlocução interinstitucional, estabelecimento de diretrizes de condutas técnicas, pesquisa, fomento à melhoria da potabilidade, aprimoramento dos sistemas de informação e participação ativa em órgãos colegiados de gestão integrada dos recursos hídricos. Hoje, o Proágua está implementado em todos os municípios do estado e avalia a qualidade da água produzida para consumo humano em seu território com cerca de 350 mil análises anuais de potabilidade.

O conhecimento, detecção e monitoramento de doenças e agravos decorrentes da exposição humana a condições adversas do meio ambiente assim como das pessoas expostas a riscos ambientais integra as ações de Vigilância em Saúde. No quadriênio 2016-2019, priorizou-se as ações à população exposta à áreas contaminadas, população exposta agrotóxicos, relacionada a desastres naturais e antropogênicos e as diretrizes para avaliação e intervenção em cenários de riscos decorrentes desses passivos ambientais.

Saúde de População Exposta a Área Contaminada

A implementação das diretrizes básicas relativas à avaliação, estudos e priorização de áreas com solos contaminados sob o ponto de vista de risco de exposição humana decorrentes da contaminação química foram concluídas e estas ações continuarão sendo prioritárias para o próximo quadriênio. A integração da Vigilância em Saúde com o órgão ambiental (Cetesb) tem propiciado o monitoramento das áreas contaminadas no Estado de São Paulo que atualmente são cerca de 6.000 listadas. Observa-se em 2018 registro de quase 900 áreas contaminadas

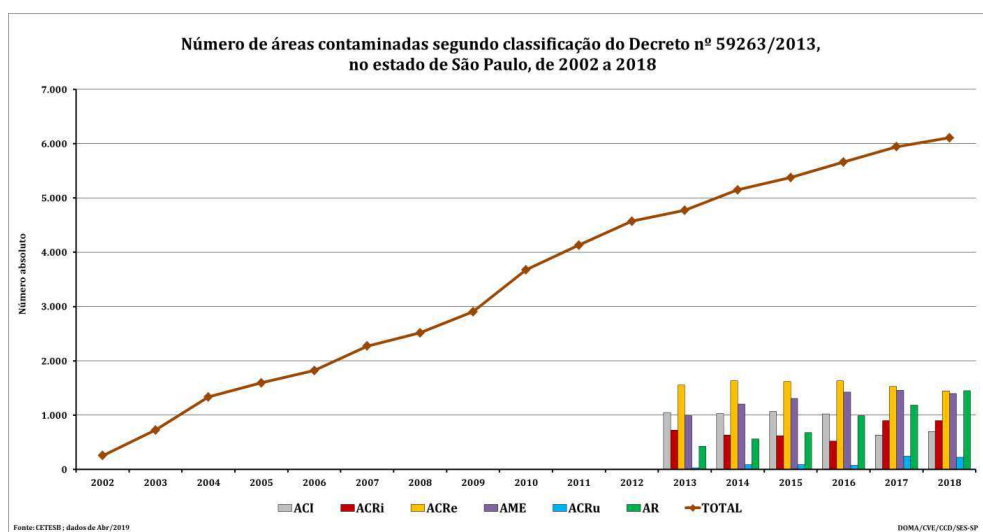




com risco confirmado (ACRi), por ter sido constatada contaminação no solo ou em águas subterrâneas e existência de risco à saúde ou à vida humana.

Gráfico : Número de áreas contaminadas segundo classificação do Decreto nº 59263/2013, no estado de São Paulo, de 2002 a 2018

Página | 17



Fonte: CETESB – Relação das áreas contaminadas; acesso em Abr/2019.

Nota: Mudança na Legislação em 2013 ocasionou mudança na forma de divulgação destes resultados. ACI - Área Contaminada sob Investigação; ACRu - Área Contaminada em Processo de Reutilização; AME - Área Contaminada em Processo de Monitoramento para Encerramento; AR - Área Reabilitada para o Uso Declarado.

População Exposta a Agrotóxicos

A Vigilância em Saúde do ESP está atenta à exposição ambiental e ocupacional em toda a cadeia produtiva envolvendo os agrotóxicos, a fim de propiciar a estrutura necessária para monitoramento, vigilância e assistência da população exposta ampliando e qualificando a informação (fichas de notificação de intoxicações exógenas por agrotóxicos, raticidas e produtos veterinários no Sistema – SINAN). Pode se observar crescimento das notificações no período e que as intoxicações por raticida e agrotóxicos são as mais notificadas de 2006-2018.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



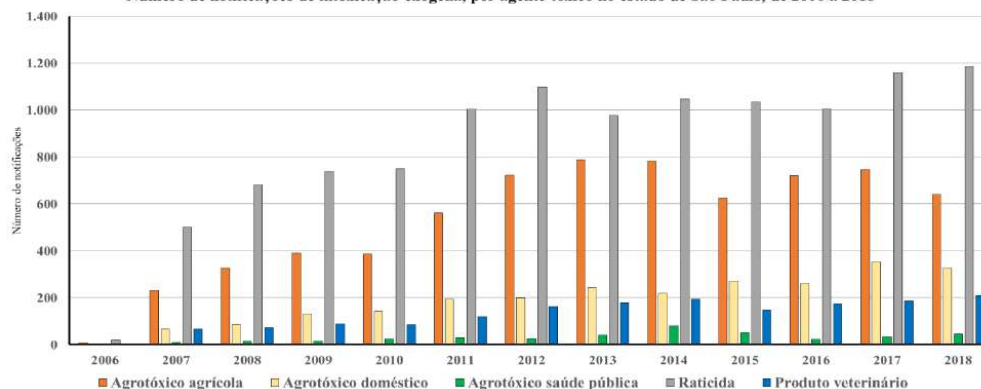
Número de notificações de intoxicação exógena, por agente toxico , no estado de São Paulo, de 2006 a 2018

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Agrotóxico agrícola	7	232	326	391	387	562	722	787	782	626	720	746	640
Agrotóxico doméstico	0	66	87	130	141	193	198	243	218	269	261	352	326
Agrotóxico saúde pública	0	9	15	14	24	29	26	42	79	50	22	34	47
Raticida	20	502	680	738	749	1.003	1.098	976	1.047	1.033	1.005	1.160	1.186
Produto veterinário	0	67	73	88	84	119	162	178	193	149	175	187	208
Total	27	876	1.181	1.361	1.385	1.906	2.206	2.226	2.319	2.127	2.183	2.479	2.407

Fonte: SES-SP/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net; banco Abr/2019
Nota: a notificação de intoxicação exógena por agrotóxicos e afins tornou-se obrigatória em 2011.

Página | 18

Número de notificações de intoxicação exógena, por agente toxico no estado de São Paulo, de 2006 a 2018



Fonte: SES-SP/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net; banco Abr/2019
Nota: a notificação de intoxicação exógena por agrotóxicos e afins tornou-se obrigatória em 2011.

Riscos decorrentes de desastres

A vigilância dos riscos associados aos desastres estabelece estratégias para a atuação em desastres naturais (inundações, seca e estiagem, deslizamentos, entre outros), acidentes com produtos químicos e emergências radiológicas e nucleares, voltado para redução dos impactos dos desastres sobre a saúde pública. Seu objetivo é desenvolver um conjunto de ações para reduzir o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde, reduzir doenças e agravos decorrentes deles bem como os danos à infraestrutura de saúde. A integração com o Sistema Integrado de Defesa Civil (SIDEV) tem propiciado o monitoramento mais eficiente de desastres naturais e antropogênicos, como demonstrado nas Tabelas abaixo. Verifica-se que o maior número de desastres naturais está associado às tempestades.

PRODUTOS E SERVIÇOS DE INTERESSE À SAÚDE

Desde 1995 o Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos (PP) vem sendo desenvolvido no ESP, com o objetivo de monitorar a qualidade sanitária dos produtos alimentícios expostos no comércio, avalia a qualidade sanitária dos estabelecimentos comerciais, além de identificar setores do comércio e da indústria de alimentos que necessitam de intervenção preventiva. Destaque para o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos, que foi ampliado



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



sendo hoje o Programa Paulista de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos, dada a sua relevância para o controle sanitário.

Ações de maior complexidade tem necessidade frequente da presença do ente estadual conforme corroborado por auditorias internacionais no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), realizadas entre 2013 e 2018.

O ESP é responsável por cerca de 1.200 fabricantes de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde, correspondendo à maior porção do mercado nacional. No período de 2016 a 2019 foram realizadas 900 inspeções em indústrias de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde com participação e coordenação estadual.

A adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) buscou garantir a harmonização e a consistência das ações executadas no âmbito estadual e consequentemente atender aos padrões regulatórios estabelecidos internacionalmente. O grande desafio do quadriênio 2020-2023 é estruturar a gestão de qualidade nos serviços regionais estaduais de vigilância sanitária (GVS) para o controle do risco sanitário de medicamentos, insumos farmacêuticos ativos e produtos para saúde.

Página | 19

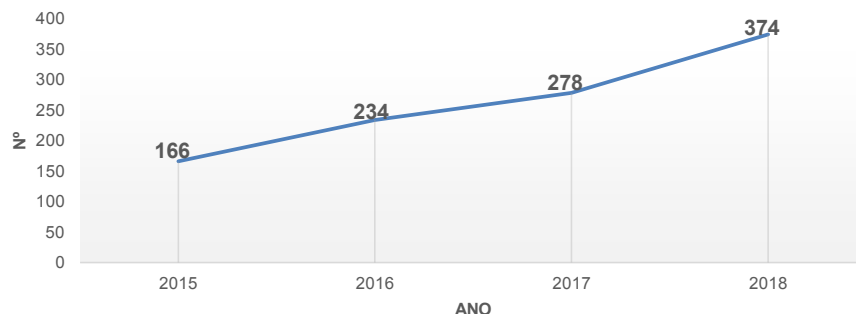
SERVIÇOS DE SAÚDE

Segurança do paciente

O estado de São Paulo, em consonância com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente - OMS e com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, pela relevância do tema, priorizou estas ações e introduziu as no Plano Estadual de Saúde (PES) deste quadriênio. Até dezembro de 2018, 68% das equipes de Vigilância Sanitária municipais que possuem pelo menos um hospital em seu território, foram capacitadas a realizar estas ações.

O gráfico abaixo demonstra que houve um aumento progressivo do número de hospitais que cadastraram seus Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), dados outubro/2018.

Número de Núcleos Hospitalares de Segurança do Paciente cadastrados no Notivisa 2.0 por ano. Estado de São Paulo 2015-2018



Fonte: Anvisa/MS e CVS/CCD/SES-SP.

O monitoramento do risco das Comunidades Terapêuticas mostrou no período de 2016-2018, que a maioria dos estabelecimentos foram classificados como satisfatório ou satisfatórios com restrições. O aumento observado na classificação da situação sanitária como insatisfatória (Gráfico) deve-se à melhoria na qualidade das inspeções, que se tornaram mais criteriosas devido à intensificação das capacitações realizadas a partir de 2016. Alguns serviços classificados como insatisfatórios resultaram em interdições parciais ou totais dos estabelecimentos.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

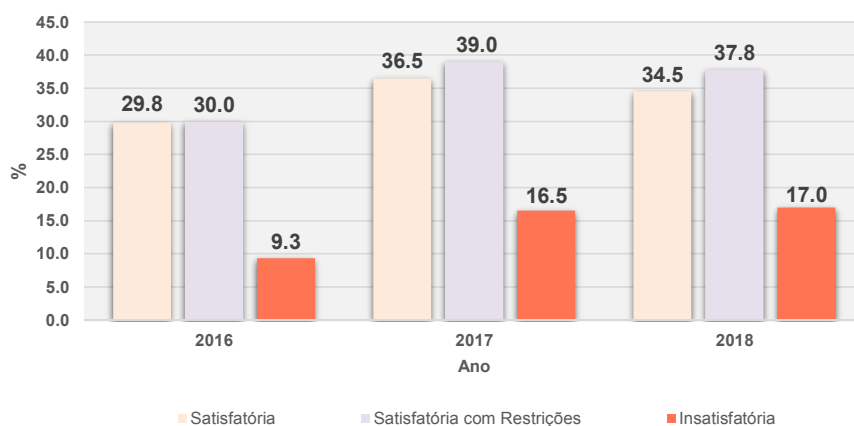


Evolução Percentual da Classificação da Situação Sanitária das Comunidades Terapêuticas por ano 2016-2018

Ano	Satisfatória	Satisfatória com Restrições	Insatisfatória	Não Informado
2016	29,8	30,0	9,3	30,9
2017	36,5	39,0	16,5	8,0
2018	34,5	37,5	17,0	17,0

Página | 20

Gráfico - Evolução Percentual da Classificação da Situação Sanitária das Comunidades Terapêuticas por ano 2016-2018



Fonte: Sivisa, CVS/CCD/SES-SP

No período de 2015-2018 observou um aumento de 5,8% da notificação de eventos adversos relacionados ao uso de sangue e componentes, 2015 (4.552 = 22,6%) para 2018 (5.721 = 28,4%). O gráfico abaixo permite observar um importante incremento no número de notificações registradas entre 2017 e 2018, decorrente da capacitação e à consequente descentralização das análises das notificações, além da sensibilização dos serviços de saúde quanto à importância da notificação e qualidade da informação.

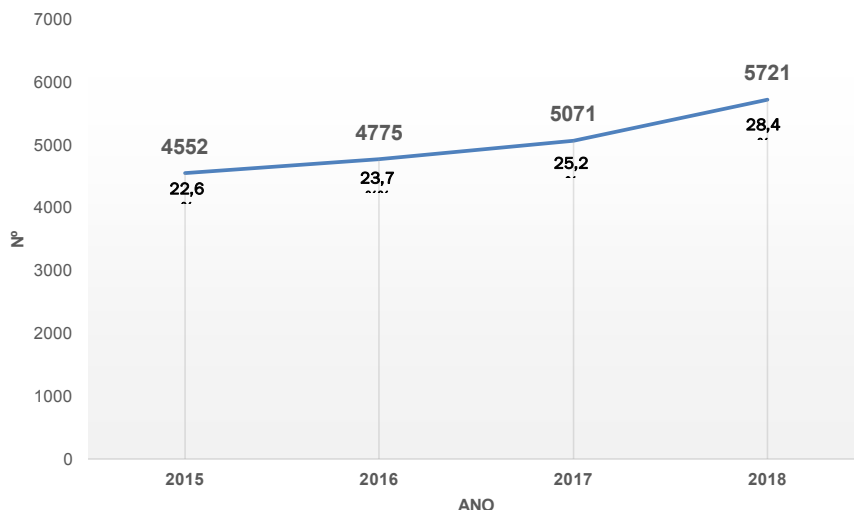
Gráfico. Número de Reações Transfusionais Notificadas - Estado de São Paulo, 2015-2018



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Fonte: Notivisa, 09/04/2019

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos eventos sentinelas relacionados ao uso de sangue e seus componentes no ESP.

Quadro: Distribuição numérica e percentual de eventos sentinelas notificados e investigados, segundo diagnóstico e ano de notificação. ESP 2015-2018.

DIAGNÓSTICO	2015		2016		2017		2018		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Óbito	4	7%	0	0	2	6%	1	3%	7
Reação hemolítica aguda imunológica	17	29%	17	37%	11	33%	10	31%	55
Contaminação bacteriana	13	22%	7	15%	6	18%	5	16%	31
Doença transmissível	4	7%	6	13%	0	0%	1	3%	11
Edema pulmonar não cardiogênico	21	36%	16	35%	14	42%	15	47%	66
Total	59	100%	46	100%	33	100%	32	100%	170

Fonte: Notivisa 09/04/19

SAÚDE E ATENÇÃO INTEGRAL AO TRABALHADOR

A definição das prioridades de Vigilância em Saúde do Trabalhador deve ser pautada pela compreensão do território paulista, principalmente em sua dimensão territorial, pela dinâmica do mercado de trabalho e, distribuição das atividades produtivas e da população trabalhadora. O cenário do ESP indica condições potenciais de exposição a situações e fatores de risco.



No período de 2014 a 2018, foram registrados 275.575 casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho no Estado. Destes, 175.550 (64%) são acidentes graves, fatais e ocorridos em menores de 18 anos; e 100.025 (26%) casos de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, acidentes com exposição a material biológico, Lesões por Esforços Repetitivos - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER-DORT), Transtornos Mentais, Dermatoses Ocupacionais, Perdas Auditivas Induzidas pelo Ruído, Pneumoconioses e Cânceres.

As ações desenvolvidas no último quadriênio mostram evolução da atuação da Vigilância sobre os riscos à saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho: PPVISAT Canavieiros, PVISAT Amianto, PVISAT Benzeno, Vigilância em Postos de Combustíveis e Vigilância dos Acidentes de Trabalho.

O objetivo voltado ao aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) vem sendo trabalhado regionalmente buscando o fortalecimento da gestão regional, a partir da articulação dos diversos atores incluindo o Controle Social.

TOXICOVIGILÂNCIA

Desde 2007 as proposições da Toxicovigilância nas políticas de saúde para o ESP estão norteadas pelos seguintes eixos: do Agrotóxico, na Urgência e Emergência, no Trabalho e Ambiente; Implantação e organização regional do Setox e Informação e Comunicação.

Com a inclusão da notificação de "Intoxicação Exógena" como "notificação compulsória" no país houve um reconhecimento deste agravo como problema de saúde pública. No período de 2007 a 2018 os dados demonstram o crescimento do registro das tentativas de suicídio e dos agentes tóxicos a elas relacionados o que direcionam as medidas para prevenção no ESP.

Gráfico. Número de Eventos Toxicológicos Notificados Segundo Circunstância Estado de São Paulo, 2007-2018

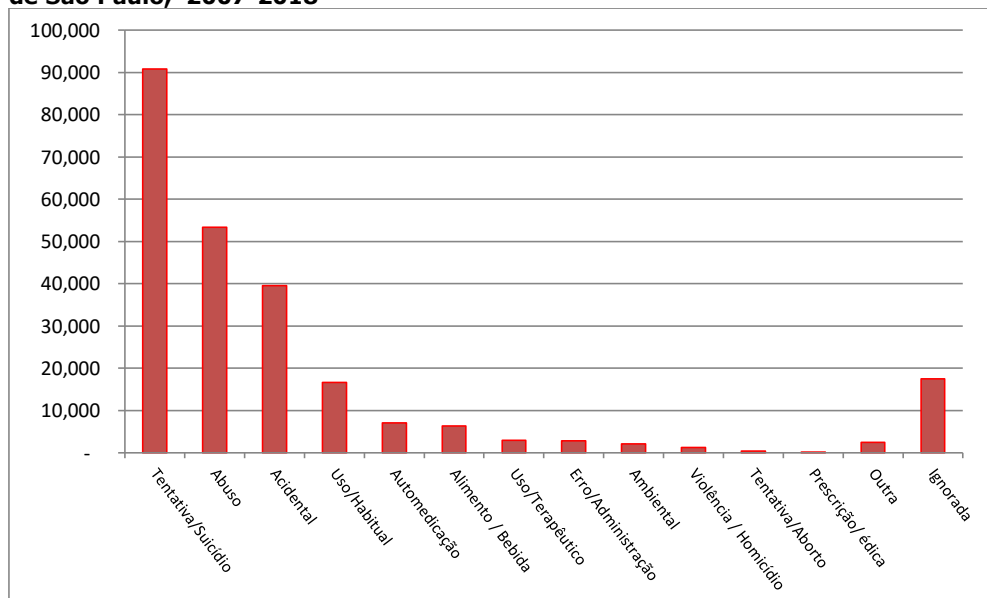
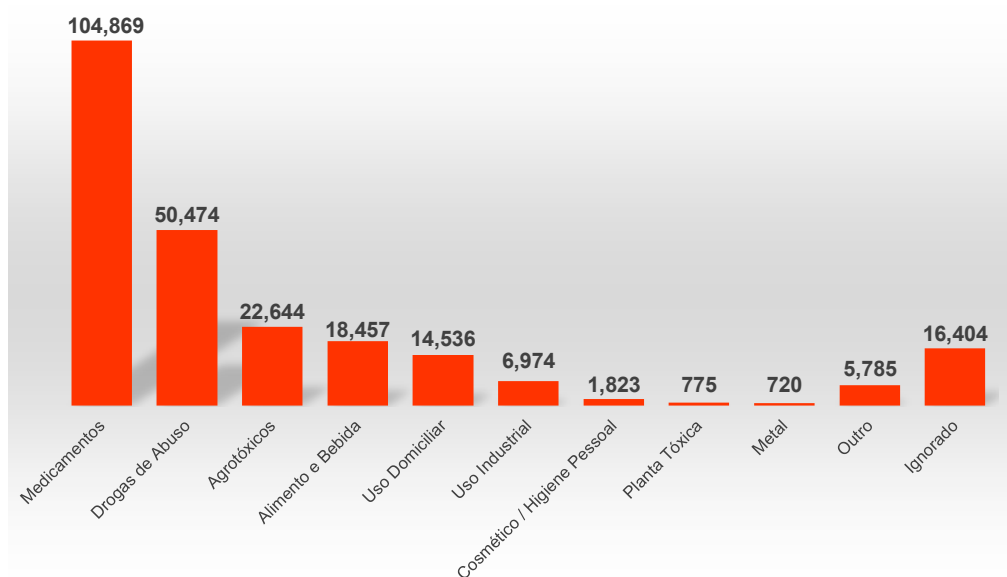


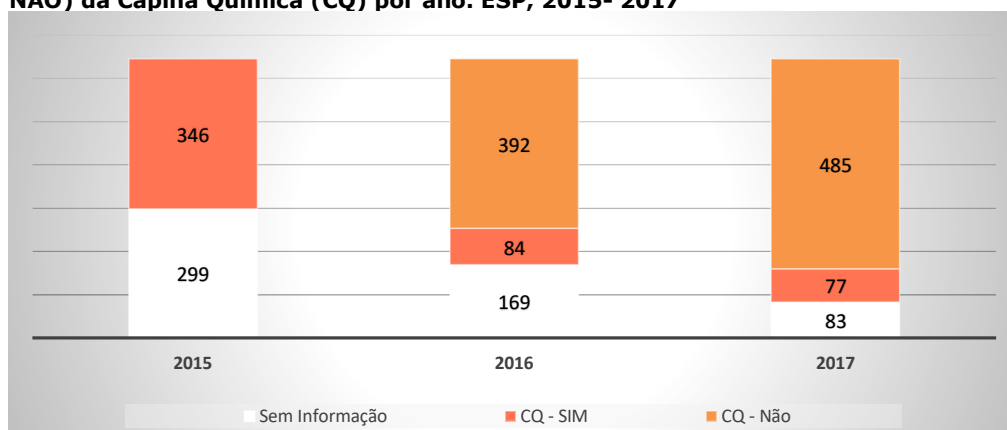
Gráfico. Número de Eventos Toxicológicos Notificados Segundo Agente. Estado de São Paulo, 2007 a 2018



Página | 23

Foi realizado monitoramento anual das ações regionais e municipais quanto à eliminação de Capina Química (CQ). De 2015-2018 foram desenvolvidas ações desenvolvidas em 89% das regiões e em 575 municípios, 75% (485) do total das 645 Prefeituras informaram não realizar mais esta prática. Em várias regiões 100% dos municípios informaram que eliminaram esta atividade e 77 municípios (12%) informaram ainda realizar esta prática.

Gráfico. Número de Municípios do estado de São Paulo, segundo a Prática (SIM/NÃO) da Capina Química (CQ) por ano. ESP, 2015- 2017





Fonte: CVS/CCD/SES-SP

ESCORPIONISMO

O Escorpionismo (Acidente por escorpião) no Estado de São Paulo (ESP) apresenta-se como o maior problema de saúde pública relacionado a acidentes por animais peçonhentos atualmente. Observa-se o grande aumento na incidência de acidentes e o significativo aumento no número de óbitos, nos últimos anos (Tabela). A alta infestação de escorpiões nas áreas urbanas e periurbanas pode ser uma das razões e ter relação direta com o expressivo aumento da incidência anual dos acidentes. Nos últimos cinco anos, o número de acidentes por picada de escorpião mais que dobrou, passando de pouco mais de 12.000 para mais de 30.000 acidentes no ano.

Página | 24

Tabela . Incidência e óbitos por escorpionismo no Estado de São Paulo, de 1988 a 2019.

ANO	Nº ACIDENTES	ÓBITOS	LETALIDADE
1988	738	5	0,68
1989	790	1	0,13
1990	806	1	0,12
1991	1.078	3	0,28
1992	1.417	5	0,35
1993	1.608	2	0,12
1994	1.569	2	0,13
1995	1.954	3	0,15
1996	1.688	3	0,18
1997	1.630	5	0,31
1998	1.979	1	0,05
1999	2.701	2	0,07
2000	2.379	0	0,00
2001	2.888	1	0,03
2002	3.406	1	0,03
2003	3.872	4	0,10
2004	4.359	2	0,05
2005	4.663	3	0,06
2006	4.291	1	0,02
2007	4.392	2	0,05
2008	5.566	4	0,07
2009	5.547	3	0,05
2010	7.261	1	0,01
2011	7.017	0	0,00
2012	9.463	3	0,03
2013	11.464	3	0,03
2014	12.513	2	0,02
2015	15.107	7	0,05
2016	18.829	5	0,03
2017	21.711	7	0,03
2018	30.700	13	0,04
2019	7.204	3	0,04

Fonte: DVZOO/CVE/CCD/SES-SP, SinanW e Sinan Net.
Dados atualizados em 08/04/2019. Por 100.000 habitantes, Pop. DATASUS.

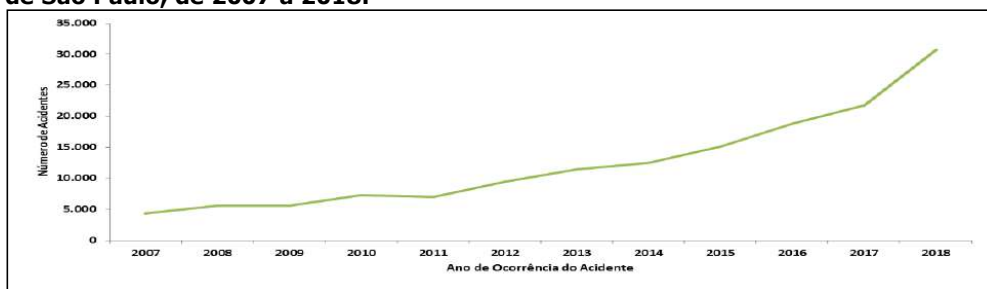


Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

Figura . Frequência de Acidentes por Escorpião segundo ano de ocorrência no Estado de São Paulo, de 2007 a 2018.



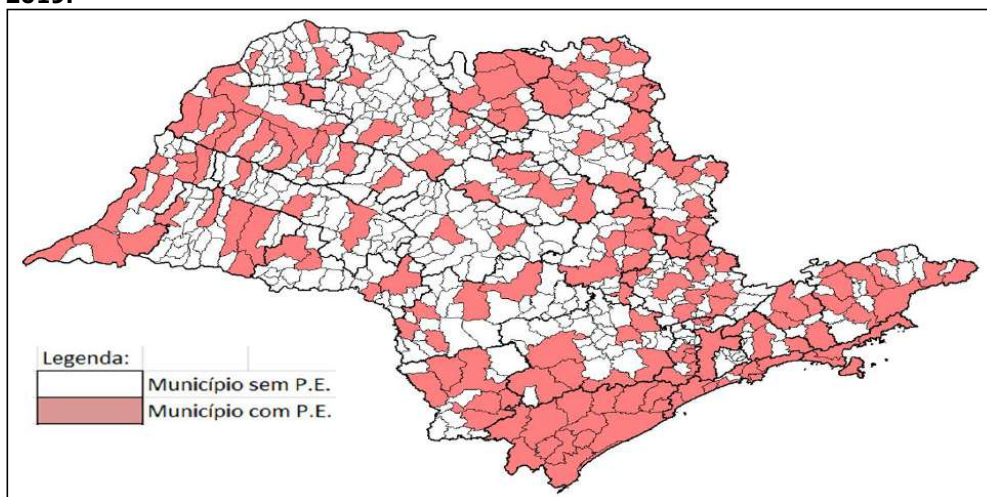
Página | 25

Fonte: DVZOO/CVE/CCD/SES-SP.

Embora o maior número de acidentes ocorra na população adulta, o maior risco para o acidente escorpionico grave está relacionado à população menor de 10 anos de idade. Nos últimos anos, no ESP, as crianças menores de 10 anos foram as maiores vítimas deste acidente, em 2017 - dos 7 óbitos, 6 foram em crianças, 2018 - 13 óbitos, 12 foram em crianças e 2019 - 03 óbitos todos em crianças.

Atualmente o Estado conta com 177 pontos estratégicos de distribuição de soro, em 171 municípios.

Figura . Pontos Estratégicos para Soros Antivenenos no Estado de São Paulo em 2019.

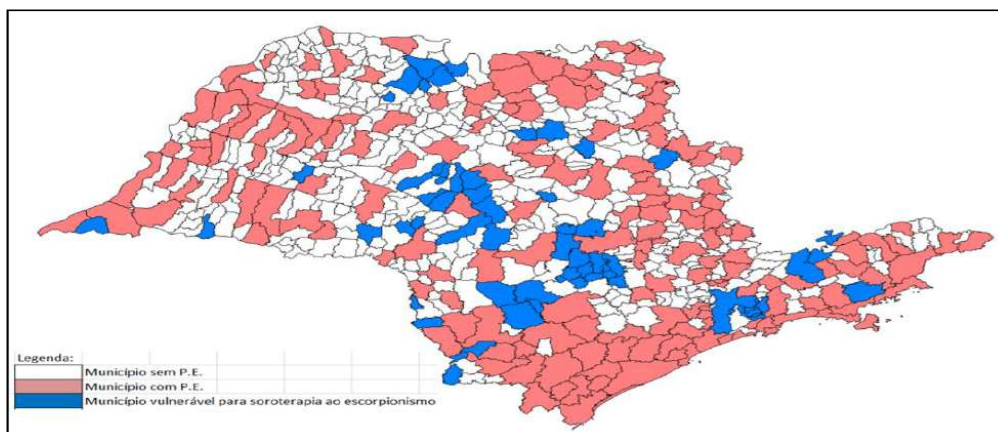


Fonte: DVZOO/CVE/CCD/SES-SP.

Porém foram identificadas 65 áreas vulneráveis, conforme Figura. Foi definido como município vulnerável aquele com alto risco de morte por escorpionismo, devido ao longo tempo entre o acidente, deslocamento e o atendimento inicial.

Figura . Pontos Estratégicos para Soros Antivenenos no Estado de São Paulo em 2019 e Áreas Vulneráveis para Soroterapia ao Escorpionismo, 2019.





Fonte: DVZOO/CVE/CCD/SES-SP.

PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO

O Programa Estadual de Imunização – PEI tem uma trajetória exitosa e de reconhecimento por suas ações em Saúde Pública, no ESP foi implantado o primeiro calendário vacinal do país. No ano de 2018 completou 50 anos de existência.

Anualmente, são administradas cerca de 35 milhões de doses nas atividades de rotina e nas Campanhas. Em 2018 esse número foi ampliado devido às estratégias de vacinação contra a febre amarela. A meta do PEI é alcançar cobertura vacinal de 95% com homogeneidade de 80% das vacinas básicas, observa-se a série histórica abaixo:

Quadro: Cobertura vacinal e homogeneidade por vacina/ano. Estado de São Paulo – 2015 a 2018.

VACINA	2015		2016		2017*		2018*	
	COB	HOMO	COB	HOMO	COB	HOMO	COB	HOMO
BCG	102,2	51,5	94,3	42,5	100,0	49,5	92,5	51,2
POLIOMIELITE	99,7	71,2	83,8	44,0	87,0	49,6	78,4	50,9
PENTAVALENTE	98,4	69,8	88,5	54,1	86,5	49,5	77,4	48,8
ROTAVÍRUS	97,0	76,7	90,3	63,3	89,7	62,6	78,6	63,9
PNEUMOCÓCICA	99,9	71,3	93,6	59,2	95,0	59,7	81,9	56,6
MENINGOCÓCICA C	98,6	65,9	90,4	55,5	89,1	52,2	75,2	47,9
TRÍPLICE VIRAL	97,9	60,8	93,0	61,7	91,2	51,8	80,4	56,6
INFLUENZA CRIANÇAS	79,3	56,6	91,1	83,4	70,0	20,3	66,6	20,8

Fonte: Programa Nacional de imunizações. Dados provisórios até 10/04/2019.

Pode-se observar queda das coberturas vacinais e da homogeneidade ao longo deste período. Algumas razões para isso:

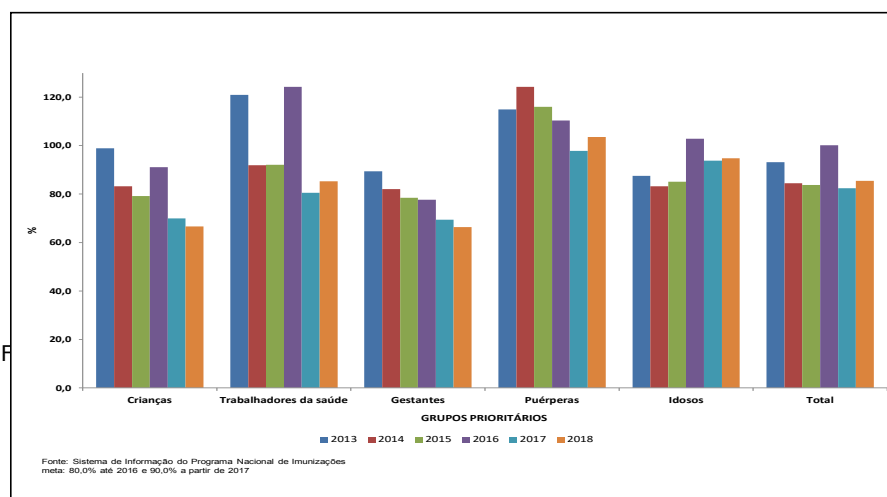
- Implantação de novo sistema de registro de doses que não está devidamente estruturado (2018 – 82% das 4714 salas de vacina já utilizavam o sistema);
- Percepção enganosa que as doenças imunopreveníveis desapareceram;
- Desconhecimento do calendário vacinal;



- Temor da reação pós-vacina;
- Receio de que o número elevado de vacinas "sobrecarreguem" o sistema imunológico;
- Falta de tempo para ir aos postos de vacinação;
- "Fake News", notícias falsas relacionadas às vacinas como causar "autismo";
- Desabastecimento de imunobiológicos.

Também anualmente há 21 anos são realizadas as Campanhas Nacionais de Vacinação contra a Influenza para os grupos prioritários e outras Campanhas como a de seguimento do Sarampo e de Multivacinação para atualização da situação vacinal de toda a população alvo.

Gráfico: Coberturas vacinais das Campanhas Nacionais de Vacinação contra a Influenza, estado de São Paulo, 2013 – 2018



V – Caracterização do SUS/SP

V. 1. Divisão regional de saúde do Estado

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

As experiências de descentralização da SES antecedem a criação do SUS, a exemplo da "Reforma Leser", de 1967, regulamentada por decreto em 1969, que criou Divisões Regionais e Distritos Sanitários e da criação dos 57 Escritórios Regionais de Saúde – ERSAs – pelo Decreto 25.519/1986, que seriam posteriormente ampliados para 65, substituindo divisões anteriores.

A partir de 1995, os ERSAs foram transformados em 24 Diretorias Regionais de Saúde – DIR – com mudança no papel que deveriam desempenhar na gestão do sistema estadual de saúde e posteriormente, a partir de 2006, adquiriram a conformação atual de 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS.





Posteriormente, a partir da política ministerial do Pacto de Saúde (Portarias GM/MS nº 399/2006 e nº 699/2006) foram estabelecidos conjuntamente pela SES/SP e os municípios, 63 regiões de saúde, entendidas como "recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infra-estrutura de transportes compartilhados do território".

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

Até 2018, a Secretaria de Estado da Saúde estrutura-se em 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS, divididos em 63 Regiões de Saúde, que correspondem às regiões dos Colegiados de Gestão Regional – CGR e também em 17 RRAS (**Quadro 4, Quadro 5 e Mapa 10**).

Tanto os DRS como as RRAS apresentam grandes diferenças populacionais, com concentração nas regiões da Grande São Paulo e Campinas. Da mesma forma, as regiões de saúde não tem distribuição uniforme da população, com variação de 50 mil a 11 milhões de habitantes. O tema de regionalização tem sido objeto de discussão e em 2020 é possível que ocorra novo acordo relativo às RRAS, objetivando o aperfeiçoamento do desenho regional.

Página | 28

Quadro 4 - Composição dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) segundo número de Regiões de Saúde, de municípios e respectiva população. Estado de São Paulo, 2018

DRS	Nº de Regiões de Saúde	Nº de Municípios	População 2014	%
01 - GRANDE SÃO PAULO	6	39	20.856.507	47,41
02 - ARAÇATUBA	3	40	755.774	1,72
03 - ARARAQUARA	4	24	978.393	2,22
04 - BAIXADA SANTISTA	1	9	1.798.230	4,09
05 - BARRETOS	2	18	422.401	0,96
06 - BAURU	5	68	1.718.961	3,91
07 - CAMPINAS	4	42	4.464.698	10,15
08 - FRANCA	3	22	687.521	1,56
09 - MARÍLIA	5	62	1.101.544	2,50
10 - PIRACICABA	4	26	1.515.307	3,44
11 - PRESIDENTE PRUDENTE	5	45	751.883	1,71
12 - REGISTRO	1	15	277.179	0,63
13 - RIBEIRÃO PRETO	3	26	1.425.776	3,24
14 - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	3	20	803.034	1,83
15 - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	7	102	1.571.141	3,57
16 - SOROCABA	3	48	2.418.289	5,50
17 - TAUBATÉ	4	39	2.446.521	5,56
Estado de São Paulo	63	645	43.993.159	100,00

Fonte: Estimativa Populacional Fundação SEADE.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Quadro 5 – População por Região de Saúde, Estado de São Paulo – 2018

REDE REGIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - RRAS	DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS	REGIÃO DE SAÚDE	QTDE DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO TOTAL 2018	% POPULAÇÃO TOTAL 2018
RRAS 01	01	35015 GRANDE ABC	7	2.664.981	6,06
RRAS 02	01	35011 ALTO DO TIETÊ	11	2.914.925	6,63
RRAS 03	01	35012 FRANCO DA ROCHA	5	586.110	1,33
RRAS 04	01	35013 MANANCIAIS	8	1.108.269	2,52
RRAS 05	01	35014 ROTA DOS BANDEIRANTES	7	1.828.563	4,16
RRAS 06	01	35016 SÃO PAULO	1	11.753.659	26,72
RRAS 07	04	35041 BAIXADA SANTISTA	9	1.798.230	4,09
	12	35121 VALE DO RIBEIRA	15	277.179	0,63
		TOTAL	24	2.075.409	4,72
RRAS 08	16	35161 ITAPETININGA	13	486.733	1,11
		35162 ITAPEVA	15	277.443	0,63
		35163 SOROCABA	20	1.654.113	3,76
		TOTAL	48	2418289	5,50
RRAS 09	06	35061 VALE DO JURUMIRIM	17	290.492	0,66
		35062 BAURU	18	621.740	1,41
		35063 POLO CUESTA	13	301.222	0,68
		35064 JAU	12	342.544	0,78
		35065 LINS	8	162.963	0,37
		TOTAL	68	1718961	3,91
RRAS 10	09	35091 ADAMANTINA	10	129.364	0,29
		35092 ASSIS	12	238.182	0,54
		35093 MARÍLIA	19	375.194	0,85
		35094 OURINHOS	13	234.777	0,53
		35095 TUPÁ	8	124.027	0,28
		TOTAL	62	1101544	2,50
RRAS 11	11	35111 ALTA PAULISTA	12	129.604	0,29
		35112 ALTA SOROCABANA	19	402.480	0,91
		35113 ALTO CAPIVARI	5	57.733	0,13
		35114 EXTREMO OESTE PAULISTA	5	94.102	0,21
		35115 PONTAL DO PARANAPANEMA	4	67.964	0,15
		TOTAL	45	751883	1,71
RRAS 12	02	35021 CENTRAL DO DRS II	11	290.724	0,66
		35022 DOS LAGOS DO DRS II	12	196.681	0,45
		35023 DOS CONSORCIOS DO DRS II	17	268.369	0,61
		35151 CATANDUVA	19	304.677	0,69
		35152 SANTA FÉ DO SUL	6	69.397	0,16
		35153 JALES	16	100.205	0,23
		35154 FERNANDÓPOLIS	13	106.772	0,24
		35155 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	20	698.625	1,59
		35156 JOSÉ BONIFÁCIO	11	99.314	0,23
		35157 VOTUPORANGA	17	192.151	0,44
		TOTAL	142	2326915	5,29
RRAS 13	03	35031 CENTRAL DO DRS III	8	307.696	0,70
		35032 CENTRO OESTE DO DRS III	5	140.077	0,32
		35033 NORTE DO DRS III	5	150.750	0,34
		35034 CORAÇÃO DO DRS III	6	379.870	0,86
		35051 NORTE-BARRETOS	10	279.690	0,64
		35052 SUL-BARRETOS	8	142.711	0,32
		35081 TRÊS COLINAS	10	409.706	0,93
		35082 ALTA ANHANGUERA	6	157.117	0,36
		35083 ALTA MOGIANA	6	120.698	0,27
		35131 HORIZONTE VERDE	9	427.071	0,97
		35132 AQUIFERO GUARANI	10	863.851	1,96
		35133 VALE DAS CACHOEIRAS	7	134.854	0,31
		TOTAL	90	3514091	7,99
RRAS 14	10	35101 ARARAS	5	332.036	0,75
		35102 LIMEIRA	4	358.839	0,82
		35103 PIRACICABA	11	568.061	1,29
		35104 RIO CLARO	6	256.371	0,58
		TOTAL	26	1515307	3,44
RRAS 15	07	35072 REG METRO CAMPINAS	19	3.103.552	7,05
		35074 CIRCUITO DAS ÁGUAS	5	129.549	0,29
		35141 BAIXA MOGIANA	4	317.849	0,72
		35142 MANTIQUEIRA	8	274.433	0,62
		35143 RIO PARDO	8	210.752	0,48
		TOTAL	44	4036135	9,17
RRAS 16	07	35071 BRAGANÇA	11	452.906	1,03
		35073 JUNDIAÍ	7	778.691	1,77
		TOTAL	18	1231597	2,80
RRAS 17	17	35171 ALTO VALE DO PARAÍBA	8	1.061.833	2,41
		35172 CIRCUITO DA FÉ - VALE HISTÓRICO	17	467.487	1,06
		35173 LITORAL NORTE	4	317.121	0,72
		35174 V. PARAÍBA-REG. SERRANA	10	600.080	1,36
		TOTAL	39	2446521	5,56
TOTAL ESTADO	645			43.993.159	100,00

Fonte: Estimativa Populacional Fundação SEADE.



Mapa 10 – Regionalização do Estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde e os Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde - 2018



V. 2. Saúde Suplementar

No Estado de São Paulo, tal como no restante do Brasil, o SUS é o principal sistema responsável pelo atendimento de saúde da população, no entanto a proporção de paulistas com acesso ao Sistema de Saúde Suplementar (planos privados de saúde) é bem maior que a média nacional. No Estado como um todo, em 2018 39,1% da população tem registro de planos privados de saúde, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Esta média oculta diferenças regionais: a região do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo apresenta 44,8% de cobertura de planos privados de saúde enquanto a região de Registro tem apenas 9,1%. Além disso nos últimos anos a cobertura dos planos privados tem se reduzido, resultado da crise econômica e do desemprego, com consequências para o SUS (**Tabela 33, Quadro 6 e Mapa 11**).

Muitas vezes, alguns planos de saúde privados existentes não oferecem boa cobertura para procedimentos mais complexos de saúde ou para assistência farmacêutica, com longo tempo de espera, o que leva seus beneficiários a buscar atendimento em recursos do SUS. Mesmo assim, a cobertura do setor privado de planos de saúde deveria ser levada em conta no





planejamento das necessidades das redes regionais de saúde do SUS e no planejamento e estimativa das coberturas de procedimentos relativos a diversos programas de saúde.

Tabela 33 – População Total e Beneficiária do Sistema de Saúde Suplementar Estado de São Paulo – 2000 - 2018

Página | 31

Ano	Beneficiários SS	População	Cobertura SS (%)
2000	14.159.497	36.974.378	38,3
2001	14.160.488	37.457.393	37,8
2002	13.894.107	37.906.414	36,7
2003	13.720.727	38.340.975	35,8
2004	14.079.943	38.770.813	36,3
2005	14.793.998	39.201.179	37,7
2006	15.505.976	39.620.277	39,1
2007	16.184.605	40.021.813	40,4
2008	16.777.223	40.419.786	41,5
2009	16.772.852	40.815.076	41,1
2010	17.379.121	41.223.683	42,2
2011	17.606.585	41.579.695	42,3
2012	17.998.866	41.939.997	42,9
2013	18.521.536	42.304.694	43,8
2014	18.697.352	42.673.386	43,8
2015	18.159.992	43.046.555	42,2
2016	17.410.425	43.359.005	40,2
2017	17.150.501	43.674.533	39,3
2018	17.208.806	43.993.159	39,1

Fonte: Fundação SEADE e ANS/MS.

Procedimentos como mamografias, exames de patologia clínica, consultas médicas, inclusive para pré-natal e outros procedimentos fundamentais para o sistema público de saúde, são realizados no sistema de saúde suplementar e por esta razão, o cálculo de indicadores de cobertura, fica bastante prejudicado, especialmente naquelas regiões com grande cobertura de planos e seguros de saúde. Até o momento, não existe disponibilidade dos quantitativos realizados pelos planos privados, embora existam movimentos do Ministério da Saúde para facilitar o acesso a estas estatísticas, que no futuro, poderão permitir o planejamento integral da saúde.

Para estimar os indicadores de cobertura no SUS/SP, tem-se utilizado a população usuária exclusiva do SUS, obtida a partir da informação de beneficiários registrados pela ANS/MS. Há que se ter cautela na utilização destas informações para os municípios, pois os registros de beneficiários da SS pode estar inadequado naqueles municípios que concentram empresas e indústrias que fornecem este tipo de vantagem aos seus funcionários, muitas vezes concentrando o endereço dos beneficiários no município, local de sede das empresas.

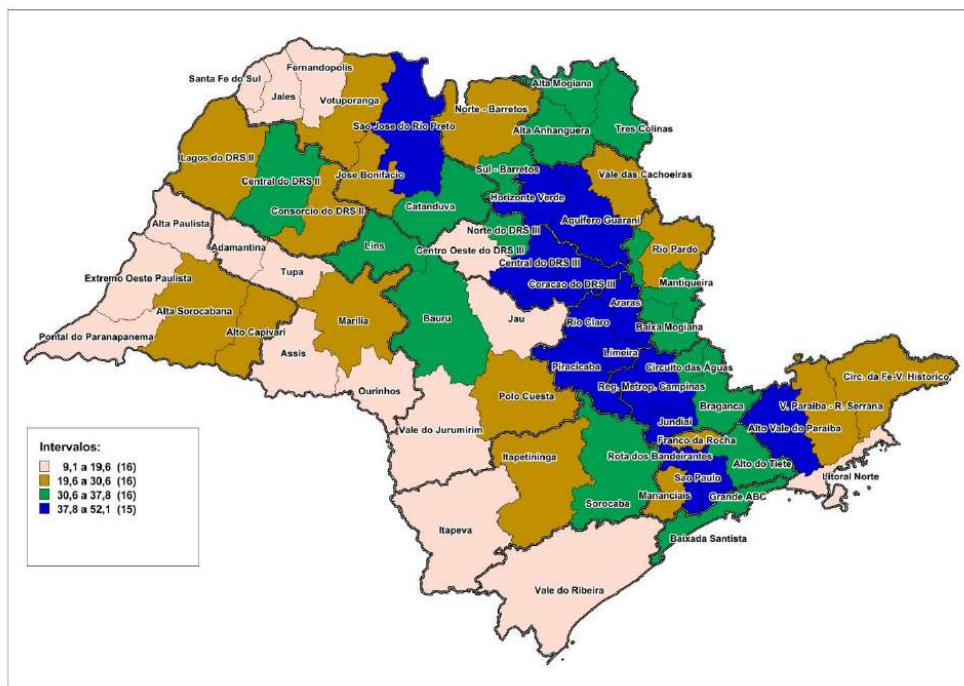


Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

Mapa 11 – Percentual da população atendida pela Saúde Suplementar por região de saúde de residência - 2018



Fonte: SEADE e ANS.

Quadro 6 - População Total e Beneficiária do Sistema de Saúde Suplementar por Departamento Regional de Saúde e Região de Saúde. Estado de São Paulo – 2018 (1ª parte)





DRS/Reg Saude	Beneficiários SS	População	Cobertura SS (%)
3501 Grande Sao Paulo	9.349.644	20.856.507	44,8
.. 35011 Alto do Tiete	932.939	2.914.925	32,0
.. 35012 Franco da Rocha	152.260	586.110	26,0
.. 35013 Mananciais	290.340	1.108.269	26,2
.. 35014 Rota dos Bandeirantes	879.285	1.828.563	48,1
.. 35015 Grande ABC	1.376.372	2.664.981	51,6
.. 35016 Sao Paulo	5.718.448	11.753.659	48,7
3502 Aracatuba	187.586	755.774	24,8
.. 35021 Central do DRS II	90.244	290.724	31,0
.. 35022 Lagos do DRS II	39.964	196.681	20,3
.. 35023 Consorcio do DRS II	57.378	268.369	21,4
3503 Araraquara	367.664	978.393	37,6
.. 35031 Central do DRS III	141.158	307.696	45,9
.. 35032 Centro Oeste do DRS III	27.360	140.077	19,5
.. 35033 Norte do DRS III	55.480	150.750	36,8
.. 35034 Coracao do DRS III	143.666	379.870	37,8
3504 Baixada Santista	661.396	1.798.230	36,8
.. 35041 Baixada Santista	661.396	1.798.230	36,8
3505 Barretos	130.178	422.401	30,8
.. 35051 Norte - Barretos	84.088	279.690	30,1
.. 35052 Sul - Barretos	46.090	142.711	32,3
3506 Bauru	424.770	1.718.961	24,7
.. 35061 Vale do Jurumirim	29.759	290.492	10,2
.. 35062 Bauru	214.846	621.740	34,6
.. 35063 Polo Cuesta	69.230	301.222	23,0
.. 35064 Jau	56.455	342.544	16,5
.. 35065 Lins	54.480	162.963	33,4
3507 Campinas	1.957.854	4.464.698	43,9
.. 35071 Braganca	160.629	452.906	35,5
.. 35072 Reg. Metrop. Campinas	1.351.849	3.103.552	43,6
.. 35073 Jundiai	405.706	778.691	52,1
.. 35074 Circuito das Águas	39.670	129.549	30,6
3508 Franca	223.338	687.521	32,5
.. 35081 Tres Colinas	128.347	409.706	31,3
.. 35082 Alta Anhanguera	56.671	157.117	36,1
.. 35083 Alta Mogiana	38.320	120.698	31,7
3509 Marília	228.369	1.101.544	20,7
.. 35091 Adamantina	17.627	129.364	13,6
.. 35092 Assis	42.363	238.182	17,8
.. 35093 Marília	104.307	375.194	27,8
.. 35094 Ourinhos	45.766	234.777	19,5
.. 35095 Tupa	18.306	124.027	14,8

(continua)

Quadro 6 - População Total e Beneficiária do Sistema de Saúde Suplementar por Departamento Regional de Saúde e Região de Saúde. Estado de São Paulo – 2018 (2ª parte)





DRS/Reg Saude	Beneficiários	População	Cobertura
	SS		SS (%)
3510 Piracicaba	666.268	1.515.307	44,0
.. 35101 Araras	128.829	332.036	38,8
.. 35102 Limeira	161.572	358.839	45,0
.. 35103 Piracicaba	271.745	568.061	47,8
.. 35104 Rio Claro	104.122	256.371	40,6
3511 Presidente Prudente	178.028	746.425	23,9
.. 35111 Alta Paulista	17.883	129.604	13,8
.. 35112 Alta Sorocabana	119.966	397.022	30,2
.. 35113 Alto Capivari	15.179	57.733	26,3
.. 35114 Extremo Oeste Paulista	15.096	94.102	16,0
.. 35115 Pontal do Paranapanema	9.904	67.964	14,6
3512 Registro	25.324	277.179	9,1
.. 35121 Vale do Ribeira	25.324	277.179	9,1
3513 Ribeirão Preto	568.177	1.449.752	39,2
.. 35131 Horizonte Verde	171.261	427.071	40,1
.. 35132 Aquífero Guarani	367.757	887.827	41,4
.. 35133 Vale das Cachoeiras	29.159	134.854	21,6
3514 S.João Boa Vista	257.426	803.034	32,1
.. 35141 Baixa Mogiana	113.303	317.849	35,6
.. 35142 Mantiqueira	88.479	274.433	32,2
.. 35143 Rio Pardo	55.644	210.752	26,4
3515 S.José do Rio Preto	502.449	1.552.623	32,4
.. 35151 Catanduva	100.485	304.677	33,0
.. 35152 Santa Fé do Sul	7.161	45.421	15,8
.. 35153 Jales	17.267	100.205	17,2
.. 35154 Fernandópolis	21.286	112.230	19,0
.. 35155 São José do Rio Preto	278.932	698.625	39,9
.. 35156 José Bonifácio	27.715	99.314	27,9
.. 35157 Votuporanga	49.603	192.151	25,8
3516 Sorocaba	714.427	2.418.289	29,5
.. 35161 Itapetininga	95.534	486.733	19,6
.. 35162 Itapeva	25.457	277.443	9,2
.. 35163 Sorocaba	593.436	1.654.113	35,9
3517 Taubaté	760.802	2.446.521	31,1
.. 35171 Alto Vale do Paraíba	436.607	1.061.833	41,1
.. 35172 Circ. da Fé-V. Histórico	102.767	467.487	22,0
.. 35173 Litoral Norte	53.233	317.121	16,8
.. 35174 V. Paraíba - R. Serrana	168.195	600.080	28,0
Total	17.208.806	43.993.159	39,1

Fonte: Fundação SEADE e ANS/MS.





V. 3. Capacidade instalada no SUS/SP

O Estado de São Paulo possui a maior capacidade instalada vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS no país, com 4,4 mil Unidades Básicas de Saúde (que incluem todas as modalidades de atenção básica em saúde, inclusive as equipes e unidades de saúde da família), 554 hospitais (que participam do SUS), 1,6 mil ambulatórios de especialidade, 347 unidades de pronto socorro e pronto atendimento e 496 Centros de Atenção Psicossociais distribuídos pelo Estado no final de 2018 (**Tabela 34**).

Em consonância com a política de desospitalização da área de saúde mental no Brasil, observa-se grande crescimento da rede de CAPS (82% no período considerado), fato já apontado em estudos anteriores da SES/SP²⁸ atingindo 496 unidades até o ano de 2018.

Nota-se o crescimento de 58% prontos socorros no SUS/SP (provavelmente devida ao programa federal de financiamento de UPAS para os municípios), bem como no número de hospitais dia (embora neste último caso o grande crescimento percentual (155%) ocorra apenas porque o número inicial da série histórica era pequeno).

As unidades ambulatoriais de especialidade cresceram 22,7%, entre os quais, destacam-se grandes ambulatórios de especialidade médica (AMES) criados pela Secretaria de Estado da Saúde para referência nas diferentes regiões do Estado.

**Tabela 34 – Tipos de Unidades de Saúde do SUS.
Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018**

Tipo de Unidade	2010	2015	2018	Variação % 2018/2010
Unidades Básicas*	4.307	4.679	4.448	3,3
CAPS*	272	419	496	82,4
Ambulatórios de Especialidade*	1.355	1.585	1.662	22,7
Unidade Mista	25	20	21	-16,0
PS/PA*	220	307	347	57,7
Hospital-Dia	20	38	51	155,0
Hospitais*	583	576	554	-5,0

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

Rede hospitalar

A rede hospitalar total no Estado de São Paulo no final de 2018 é composta por 898 hospitais (gerais ou especializados) segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, com o total de 102,5 mil leitos. Entretanto, parte destes hospitais são entidades privadas não vinculadas ao SUS. Existem leitos cadastrados no CNES em unidades não classificadas como hospitais (4,8 mil leitos), entre as quais, hospital-dia, pronto socorro, CAPS, totalizando 107,4 mil leitos no Estado.





Os 554 hospitais que participam do SUS possuem 58,6 mil leitos no total que somados a 2,2 mil leitos de unidades não hospitalares (já citadas acima) totalizam 60,8 mil leitos disponibilizados para o sistema em 2018 (**Tabela 35**).

Dos 60,8 mil leitos do SUS verifica-se predomínio de leitos clínicos (27%) e cirúrgicos (22%). Os leitos de longa permanência (crônicos, psiquiatria, fisiologia e reabilitação) representam 20% do total de leitos. Além disso, o Estado apresenta também grande rede de leitos complementares (unidades de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários - UCI) (**Tabela 36**).

Na evolução do número de leitos de 2010 a 2018, verifica-se pequena redução no número total de leitos (-9%). A maior redução ocorreu nos leitos de crônicos (psiquiatria, entre outros) que se reduziram em 30% no período (conforme a política de desospitalização em saúde mental) e em segundo lugar a pediatria com redução de 21% no número de leitos (em parte justificada pelo envelhecimento da população e da redução da natalidade no Estado). Os leitos obstétricos também se reduziram em 11%.

Os hospitais vinculados ao SUS podem ser divididos em hospitais para internações curtas ou casos agudos (gerais ou especializados) que totalizam 488 unidades em 2018 (sendo os demais, hospitais exclusivos para longa internação - crônicos, fisiologia, psiquiatria e reabilitação).

Os 488 hospitais de curta permanência ou agudos do SUS/SP são apresentados na **Tabela 37**, divididos segundo porte do hospital. Entre eles, além dos hospitais próprios estaduais e municipais, existe um importante contingente de natureza filantrópica (como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia) que podem reservar parcela de seus leitos para atendimento privado (Sistema de Saúde Suplementar), razão pela qual são apresentados os leitos existentes e os leitos SUS (disponibilizados por convênio para o sistema) destes hospitais.

Entre os hospitais de curta permanência (agudos) no Estado de São Paulo, existe considerável parcela de pequenos hospitais (com menos de 50 leitos) na rede SUS/SP, totalizando 171 (35%), que representam apenas 9% do total de leitos SUS (4,4 mil). O pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária e de difícil sustentabilidade econômica, o que é confirmado pelas baixas taxas de ocupação verificadas para estas unidades, que atingem no Estado de São Paulo, pouco mais de 30% de taxa de ocupação^{29, 30}.

**Tabela 35 – Rede Hospitalar Existente e do SUS.
Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018**

Hospitais e leitos	2010		2015		2018	
	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS
Nº Hospitais	910	583	893	576	898	554
Leitos						
... Hospitais ²	107.201	65.421	105.343	62.429	102.543	58.610
...Outros tipos de unidades ³	2.183	1.241	3.620	1.851	4.825	2.225
...Total de Leitos	109.384	66.662	108.963	64.280	107.368	60.835

Fonte: CNES.

Notas: 1 - Existente: total de hospitais e leitos do Estado de São Paulo (com ou sem vínculo com o SUS). 2 - Leitos em Hospitais: leitos em unidades classificadas no CNERS como hospitais gerais e especializados (inclusive crônicos e psiquiatria). 3 - Leitos em outros tipos de unidades: hospital-dia, pronto socorros, CAPS.

Tabela 36 – Total de leitos SUS por tipo de especialidade. Estado de São Paulo, 2018





Tipo de Leito	2010		2015		2018		Varição
	Nº de leitos	%	Nº de leitos	%	Nº de leitos	%	% 2018 - 2010
Cirúrgico	14.147	21,2	13.539	21,1	13.156	21,6	-7,0
Clínico	16.039	24,1	16.495	25,7	16.494	27,1	2,8
Obstétrico	6.287	9,4	5.741	8,9	5.586	9,2	-11,1
Pediátrico	6.536	9,8	5.624	8,7	5.173	8,5	-20,9
Outras Especialidades*	16.159	24,2	14.365	22,3	11.478	18,9	-29,0
Complementar	6.076	9,1	6.602	10,3	7.153	11,8	17,7
UTI Adulto	2.735	4,1	3.268	5,1	3.477	5,7	27,1
UTI Infantil	676	1,0	732	1,1	733	1,2	8,4
UTI Neonatal	950	1,4	1.092	1,7	1.135	1,9	19,5
UTI Queimados	63	0,1	73	0,1	62	0,1	-1,6
UTI Coronariana	-	-	28	0,04	28	0,05	-
UCI	1.111		891		1.211		9,0
Unidade isolamento	541	0,8	518	0,8	507	0,8	-6,3
Hospital/DIA	1.418	2,1	1.914	3,0	1.795	3,0	26,6
Total	66.662	100,0	64.280	100,0	60.835	100,0	-8,7

Fonte: CNES/dez/anos considerados. * crônicos, psiquiatria, tisiologia e reabilitação.

Tabela 37 - Hospitais de Agudos* SUS, por porte.
Estado de São Paulo – 2010, 2015 e 2018

Porte	Estrutura	2010	%	2015	%	2018	%
≤50 leitos	Hospital	163	33,1	175	35,1	171	35,0
	Leitos Existentes	5.279	8,3	5.822	9,2	5.644	9,2
	Leitos SUS	3.860	7,8	4.452	9,0	4.448	9,0
51-200 leitos	Hospital	235	47,7	229	46,0	223	45,7
	Leitos Existentes	25.041	39,6	24.956	39,4	24.087	39,1
	Leitos SUS	18.722	37,6	18.803	37,9	18.569	37,6
201-500 leitos	Hospital	85	17,2	82	16,5	83	17,0
	Leitos Existentes	23.275	36,8	22.441	35,4	22.271	36,2
	Leitos SUS	19.147	38,5	18.294	36,9	19.012	38,5
> 500 leitos	Hospital	10	2,0	12	2,4	11	2,3
	Leitos Existentes	9.674	15,3	10.103	16,0	9.562	15,5
	Leitos SUS	8.034	16,1	8.067	16,3	7.327	14,8
Total	Hospital	493	100,0	498	100,0	488	100,0
	Leitos Existentes	63.269	100,0	63.322	100,0	61.564	100,0
	Leitos SUS	49.763	100,0	49.616	100,0	49.356	100,0

Fonte: DATASUS/CNES/Dezembro de cada ano considerado.*Nota: Total de Hospitais Gerais e Especializados que apresentaram produção para o sistema (internações SUS) subtraídos dos hospitais de psiquiatria e crônicos. Leitos – existentes (nº total de leitos com ou sem vínculo SUS) e leitos SUS – todas as clínicas





A proporção de leitos hospitalares pela população tem diminuído na maior parte do mundo desenvolvido. Entre os fatos que ocasionam esta redução, estão os avanços tecnológicos, que com novas drogas, procedimentos e técnicas (por exemplo, as cirurgias videolaparoscópicas) reduzem fortemente a média de dias de permanência hospitalar permitindo melhor aproveitamento (giro) dos leitos existentes.

As estatísticas dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OECD³¹ demonstram grandes diferenças na relação de leitos/mil habitantes, mesmo em países com ótima cobertura assistencial e níveis de saúde invejáveis, demonstrando que diferentes formas de organizar o sistema de saúde condicionam estruturas completamente distintas de hospitalização, que, além disso, variam ao longo do tempo em um mesmo país.

Assim, deve-se evitar a busca de um “parâmetro ideal” de leitos/mil habitantes para todas as regiões, buscando analisar em conjunto com o número e a relação de leitos/população, mais detalhes sobre a forma de organização do sistema de saúde, a estrutura da atenção primária e hospitalar (dimensões dos hospitais, giro, média de permanência, etc.) a integração dos recursos (referência de outras regiões), a existência e tempo de filas de espera, entre outros fatores, que poderão orientar o levantamento de necessidades de atenção hospitalar, sempre se levando em conta o alto custo desta forma de atenção para o sistema público de saúde.

Com estas observações em vista, em 2018 o Estado de São Paulo possui 2,4 leitos por mil habitantes (leitos totais (SUS e não SUS, agudos ou crônicos)/população total) e 2,3 leitos SUS/mil usuários exclusivos SUS. Estes valores encontram-se um pouco abaixo dos antigos parâmetros da Portaria do Ministério da Saúde nº 1101/2002 que estabelecia 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, mas que se baseava no histórico anterior do Brasil, com outro modelo assistencial, com grandes mudanças desde então, especialmente na área de saúde mental. Esta mesma portaria estabelecia que os leitos de UTI devem ser em média, de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares (média para municípios grandes, regiões, etc.). Em 2018 no Estado de São Paulo, os 5,4 mil leitos de UTI no SUS correspondem a 8,9% do total de leitos SUS.

Se forem considerados os leitos agudos ou de curta internação (apenas os leitos das quatro clínicas (pediatria, clínica médica, obstetrícia e cirurgia), retirados os leitos de crônicos e psiquiátricos porventura existentes nos hospitais gerais, a relação está em 1,6 leitos agudos/mil habitantes, para a população total no Estado de São Paulo (somados os leitos da rede SUS e da rede privada não vinculada ao sistema) e 1,4 leitos agudos SUS/mil usuários exclusivos SUS. (**Tabela 38**).

Na busca de modernização da antiga Portaria nº 1101/2002, o Ministério da Saúde estabeleceu novos parâmetros por meio da Portaria GM/MS nº 1.631/2015³². O manual anexo a esta portaria possui um capítulo dedicado à atenção hospitalar que aponta com acerto, que “...a programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes”.

Assim, estabelece quatro possíveis cenários para orientação na determinação de leitos que consideram variáveis como base na população existente por faixa etária e sexo, média de permanência, taxa de ocupação, filas de espera por clínica hospitalar, que podem ser adaptados e servir de orientação para cada região.

No Estado de São Paulo em 2018, os cenários de leitos para a população usuária exclusiva SUS nas clínicas de agudos (**Tabela 39**), demonstra que o Estado como um todo e de forma geral, não apresenta déficit de leitos, situando-se de forma intermediária entre os cenários (foi acrescentado um cenário médio, estabelecido segundo critérios da própria equipe técnica do Ministério da Saúde em modelo fornecido em reuniões realizadas sobre o assunto com o CONASS).





Os cenários para leitos de UTI, também indicam de forma geral, adequação da rede do SUS no Estado de São Paulo em 2018 (**Tabela 40**).

Tabela 38 – Hospitais de Agudos, existentes e SUS e Taxa de Leitos Agudos por mil hab. para a população total e para a população usuária exclusiva do SUS. Estado de São Paulo – 2010, 2015 e 2018.

Página | 39

Indicador	2010		2015		2018	
	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS
Número de Hospitais	818	493	802	498	820	488
Número de Leitos ²	71.650	41.176	69.388	39.855	69.251	38.802
População	41.223.683	23.844.562	43.046.555	24.886.563	43.993.159	26.784.353
Leitos por mil habitantes	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,4

Notas: 1- Total de Hospitais Gerais e Especializados subtraídos dos hospitais de psiquiatria e crônicos. Existente: (total com ou sem vínculo com o SUS). 2 - Nº de leitos considerados: agudos (Clínicos, Cirúrgicos, Obstétricos e Pediátricos) e no caso do SUS apenas as unidades com registro de produção no SIH/SUS.

Fonte: CNES, SIH, SEADE, ANS (para estimativa da pop exclusiva SUS).

Tabela 39 - Necessidade de leitos hospitalares SUS por área segundo cenários* e leitos SUS existentes. Estado de São Paulo 2018.**

Área	Cenários					Leito SUS
	Médio	C1	C2	C3	C4	
Obstetria	3.739	3.544	3.112	4.577	4.019	5.586
Neonatologia	1.251	791	694	2.034	1.786	
Pediatria clínica	3.550	2.500	2.195	5.437	4.774	
Pediatria cirúrgica	788	394	346	1.479	1.299	
Total Pediátrico	5.589	3.685	3.235	8.951	7.859	5.173
Clínica 15 a 59 anos	8.971	6.069	5.329	14.148	12.423	
Clínica 60 anos ou mais	10.826	7.881	6.920	16.665	14.633	
Total Clínica	19.797	13.950	12.249	30.813	27.055	16.494
Cirúrgica 15 a 59 anos	20.313	5.237	4.598	10.628	9.332	
Cirúrgica 60 anos ou mais	1.538	2.977	2.614	6.941	6.095	
Total Cirúrgica	21.851	8.214	7.212	17.570	15.427	13.156
Total Geral	50.975	29.393	25.808	61.911	54.361	40.409

(*) Cenários (C) segundo Portaria de Parâmetros 1631/2015. **Todos os estabelecimentos com leitos SUS. Fonte: CNES - DEZ/2018.

Tabela 40 - Necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI/ SUS por área segundo cenários* e leitos UTI SUS existentes. Estado de São Paulo 2018.**



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Área	Cenários				Leito	
	Médio	C1	C2	C3	C4	UTI SUS
UTI Neonatal	558	252	221	1.175	1.032	1.135
Pediatria clínica	279	97	86	673	591	
Pediatria cirúrgica	79	31	27	178	157	
UTI Pediátrica	358	128	112	851	747	733
Obstetricia	20	4	4	48	42	
Clínica 15 a 59 anos	503	273	240	939	825	
Clínica 60 anos ou mais	856	473	415	1.616	1.419	
Cirúrgica 15 a 59 anos	1.066	321	282	884	776	
Cirúrgica 60 anos ou mais	301	295	259	1.225	1.076	
UTI Adulto	2.746	1.366	1.199	4.711	4.136	3.505
Total Geral	3.662	1.745	1.532	6.737	5.915	5.373

Página | 40

(*) Cenários (C) segundo Portaria de Parâmetros 1631/2015. ** não entrou UTI queimados (62 leitos). Fonte: CNES - DEZ/2018.

Na análise das necessidades de leitos no total do Estado deve-se levar em conta a existência de pequenos hospitais com baixa resolubilidade, que são distribuídos diferentemente pelas regiões do Estado. Além disso, a instalação de leitos se desenvolveu historicamente de maneira desordenada e provoca dificuldades assistenciais para determinadas regiões, nas quais a demanda supera a oferta, enquanto em outros locais constata-se a ociosidade de leitos.

Destaca-se ainda que as dificuldades de financiamento (custeio) da rede existente (filantrópica e da administração pública) também condicionam a redução de recursos humanos, da realização de procedimentos e dificuldades de acesso pontuais para a população. Finalmente existem problemas de gestão que reduzem a produtividade dos serviços hospitalares, muitas vezes com possibilidade de otimização, conforme apontou relatório do Banco Mundial³³.

Em muitos casos, o desenvolvimento adequado de logística de transporte, a implantação de um sistema de regulação efetivo, a mudança gradativa do modelo de assistência hospitalar, com adequada hierarquização e adequação dos serviços para a referência e a instituição de formas de financiamento realistas e sustentáveis, bem como a melhoria de gestão e de aproveitamento da rede existente, pode garantir a adequada internação dos pacientes sem necessidades de novos serviços. Mesmo assim, não se afasta a hipótese que em algumas regiões pode haver necessidades específicas de novos serviços ou de ampliações dos existentes.

Estrutura da Atenção Ambulatorial Básica e de Alta Complexidade

A atenção básica em saúde possui um total de 4,4 mil unidades básicas de saúde – UBS e parte considerável desta rede de UBS já era existente antes do início da implantação da estratégia de saúde da família, com modelo de atenção primária tradicional, com profissionais como médico pediatra, clínico e ginecologista voltados para o atendimento dos programas de saúde.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

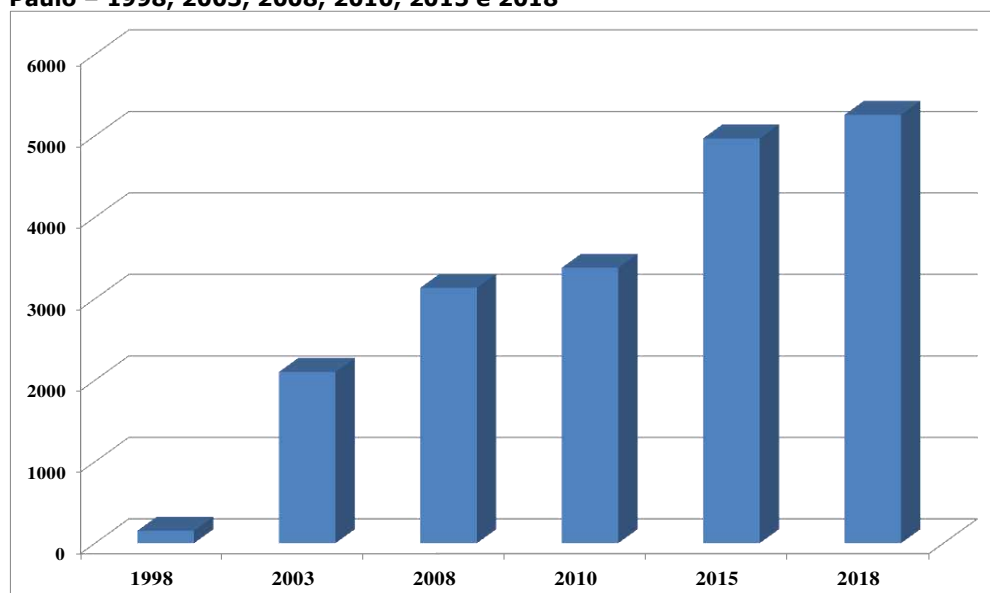
A persistência destas unidades resultou na existência de organização heterogênea dos municípios na prestação de serviços de assistência básica ou primária em saúde, com um “mix” de unidades básicas tradicionais e do Programa de Saúde da Família - PSF.

A maneira que os gestores municipais optaram por organizar a atenção básica em saúde é diversa nas diferentes regiões do Estado e reflete o desenvolvimento histórico do sistema de saúde no município (como, por exemplo, a existência de rede de unidades de saúde anterior ao PSF) e os problemas locais de saúde.

A estratégia de saúde da família foi iniciada no Estado por volta do ano de 1996, por meio do Programa Qualis da SES/SP na Capital e posteriormente, de acordo com as disposições do SUS, este programa foi municipalizado e as demais equipes de saúde da família foram sendo instituídas e cadastradas pelos municípios respectivos. O crescimento do número de equipes de saúde é apresentado no **Gráfico 16**.

Página | 41

Gráfico 16 – Número de Equipes do Programa de Saúde da Família. Estado de São Paulo – 1998, 2003, 2008, 2010, 2015 e 2018



Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS

Atualmente o PSF paulista está com 5,2 mil equipes, com cobertura de 38% da população (**Tabela 41**). A cobertura do modelo de PSF no Estado cresceu e atinge 41% em 2018. Estes números não refletem a cobertura da atenção básica no Estado, que possui outros modelos de atendimento, como já referido.

Outra forma de avaliar a cobertura de atenção básica é utilizar indicador de cobertura de equipes de atenção básica estimada pelo total de profissionais médicos dedicados à atenção básica - AB. A cobertura é calculada tendo como referência três mil habitantes por equipe e utilizando a carga horária de médicos de AB padronizado para 40 horas semanais nas unidades básicas, isto é, profissionais que trabalham em UBS e unidades mistas, mesmo que em





modelos tradicionais diferentes do PSF) pelo total de habitantes residentes, conforme definido na Política nacional de Atenção Básica, Portaria 2488/11 do Ministério da Saúde. Neste caso, a cobertura de equipes de atenção básica atinge 80% em 2018 (**Tabela 41**).

No entanto, tendo em vista as reclamações frequentes dos usuários SUS (na mídia e em canais de comunicação formais como o Portal da SES) sobre dificuldades de acesso para a porta de entrada do sistema pela Atenção Básica, a questão deve ser melhor discutida nas regiões para se verificar a adequação dos parâmetros existentes e das práticas efetivas neste nível de atenção de saúde.

Página | 42

Tabela 41 - Equipes de Saúde da Família Implantadas e Cobertura Estimada de ESF e de Equipes de Atenção Básica Total. Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018

Indicador	2010	2015	2018
Nº de ESF Implantados	3.380	4.968	5.257
População Total	41.223.683	43.046.555	43.993.159
Cobertura E.S.F. * (%)	28,3	39,8	41,2
Cobertura de AB** (%)	80,6	86,3	80,0

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

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

**Estimada de acordo com os profissionais médicos existentes e dedicados à atenção básica, mesmo que em modelos tradicionais de UBS.

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

A rede paulista privada ou do SUS possui equipamentos suficientes para sua população, segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.631/2015³², já referida anteriormente (**Tabela 42**). Segundo referências de produção por equipamento contidas naquela portaria, a capacidade instalada SUS no Estado de São Paulo em 2018 é, na verdade, superior às necessidades e pode-se afirmar que os recursos SUS estão subutilizados, embora seja sempre necessário ressaltar que é preciso estudar o assunto regionalmente, porque existem grandes diferenças nos serviços regionais.

Tal como referido anteriormente para a rede hospitalar, se existem filas para estes procedimentos no sistema, deve estar mais relacionado com questões de financiamento (custeio) do que com carências na rede de equipamentos existentes. Salienta-se assim, a importância da regulação e do estabelecimento de referências claras para cada região do Estado, bem como de financiamento sustentável para estes procedimentos.





Tabela 42 - Equipamentos selecionados de alta complexidade ambulatorial - Parâmetros e Produção SUS. Estado de São Paulo - 2018

Equipamentos	População	
	Total	SUS
Ultrassom		
...Necessidade estimada de exames ¹	7.433.566	4.525.920
...Necessidade estimada de aparelhos ¹	2.458	1.329
...Ultrassom existentes (CNES) ²	7.267	2.397
...Produção de exames SUS - 2018 ³		7.056.560
...Produção potencial estimada para equipamentos SUS ¹		7.248.528
Tomografia Computadorizada - TC		
...Necessidade estimada de aparelhos de TC (1/100 mil hab) ¹	440	268
...TC Existentes (CNES)	1.135	458
...Produção de exames de TC SUS - 2018 ³		2.288.754
Ressonância Magnética - RM		
...Necessidade estimada de exames ¹	1.319.795	803.531
...Necessidade estimada de aparelhos ¹	264	161
...Aparelhos RM existentes (CNES)	647	229
...Produção de exames de RM SUS - 2018 ³		432.798
...Produção potencial estimada de RM SUS ¹		1.145.000
Mamógrafos		
...Necessidade estimada de exames ¹	3.481.707	2.119.768
...Necessidade estimada de aparelhos ¹	515	314
...Mamógrafos existentes (CNES)	1.393	537
...Produção de exames SUS - 2018		1.376.379
...Produção potencial estimada mamografias SUS ¹		3.629.046

Fonte: CNES, SIH/SUS e SIA/SUS.

Notas: (1) segundo parâmetros Portaria MS nº 1.631/2015, no caso de ultrassom somados exames estimados de convencional, obstétrico e doppler; (2) Somados os tipos doppler e convencional ; (3) produção hospitalar e ambulatori

V. 4. Perfil geral da produção assistencial do SUS/SP

A produção hospitalar total do Estado registrada pelo Sistema de informação Hospitalar – SIH/SUS do Ministério da Saúde indica aumento de 1,5% no número de AIHs entre 2010 e 2018, e aumento do valor financeiro bruto, de 26% no mesmo período (**Tabela 43**). Este valor representa a somatória dos valores constantes na tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do sistema e não se trata do custo dos mesmos, tendo em vista a



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



grande defasagem dos valores constantes nas tabelas do SUS e do custo real dos procedimentos. Entretanto, constata-se o aumento do valor médio da AIH no período em 24%. Somente um pequeno percentual das AIHs é de residentes de outros estados (um por cento em 2018), embora o total de gastos e o valor da AIH média de pacientes residentes em outros estados sejam mais altos, indicando que são casos de maior complexidade. Trabalho da SES/SP³⁴, detalhando a invasão de pacientes residentes de outros estados, demonstra que grande parte deles busca tratamento clínico e cirúrgico em oncologia, seja no atendimento ambulatorial ou no atendimento hospitalar, além da busca de exames diagnósticos de alta complexidade.

Página | 44

Tabela 43 – Total de Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, Valor (R\$)* e Valor Médio (R\$) de AIH do SUS/SP . Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018

Indicador	2010	2015	2018
Qtde AIHs	2.493.987	2.493.368	2.533.982
...Residentes SP	2.473.151	2.470.118	2.509.175
...Residentes outras UF	20.836	23.250	24.807
...% de outras UF	0,8	0,9	1,0
Valor Total (R\$)	2.728.176.826,60	3.285.221.792,79	3.437.696.494,42
...Residentes SP	2.662.244.003,50	3.195.986.015,48	3.346.004.628,68
...Residentes outras UF	65.932.823,10	89.235.777,31	91.691.865,74
...% de outras UF	2,5	2,8	2,7
Valor Médio Pago	1.093,90	1.317,58	1.356,64
...Residentes SP	1.076,46	1.293,86	1.333,51
...Residentes outras UF	3.164,37	3.838,10	3.696,21

Fonte: SIHSUS. Obs.:* valor registrado segundo a tabela de procedimentos do sistema, não correspondendo ao custo real da produção.

A produção ambulatorial total de procedimentos do SUS/SP apresentou aumento de 24% no número físico de procedimentos período de 2010 a 2018 (**Tabela 44**) e de 23% no valor (R\$) registrado no sistema (**Tabela 45**). Este valor representa a somatória dos valores constantes na tabela de procedimentos do SUS e não corresponde ao custo dos mesmos. Além disso, ressalte-se que a produção de atenção básica não tem valor financeiro registrado no sistema de informação ambulatorial do SUS (pois os valores compõe o Piso de Atenção Básica – PAB municipal).

Nos Grupos 01, 03 e 04 verifica-se redução no número de procedimentos. É preciso esclarecer que no final de 2017 e durante 2018, o Ministério da Saúde está implantando no SUS um novo sistema de informação conhecido como Conjunto Mínimo de Dados – CMD, que substituirá os atuais sistemas de informação ambulatorial e de internação (SIA/SUS SIH/SUS).

Neste primeiro momento, o CMD está abrangendo apenas a produção ambulatorial da atenção básica (dados provenientes do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB), que deveria ter deixado de ser computada no SIA/SUS, justificando a redução verificada nos Grupos de procedimentos citados. Entretanto, por problemas operacionais, existem relatos que parte dos municípios tem registrado a produção em duplicação, tanto no CMD como no SIA/SUS, razão pela qual não podemos fazer a simples somatória dos valores dos dois sistemas, prejudicando a avaliação da série histórica.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Assim sendo, sua apresentação aqui objetiva apenas apontar, de forma complementar, a ampliação dos serviços de saúde prestados para a população e a situação do seu registro nos diferentes sistemas de informação do SUS.

Tabela 44 – Número total de Procedimentos Ambulatoriais segundo Grupos de Procedimento. Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018.

Página | 45

Grupo procedimento	Quantidade de Procedimentos			
	2.010	2.015	2.018	CMD 2018*
01-Ações de promoção e prevenção em saúde	88.273.146	96.874.777	74.481.559	26.155.254
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	220.696.036	277.851.728	291.665.455	
03-Procedimentos clínicos	347.700.064	386.227.878	382.725.638	36.903.718
04-Procedimentos cirúrgicos	12.923.065	13.620.912	9.362.875	204
05-Transplantes de órgãos, tecidos e células	670.042	584.762	657.410	
06-Medicamentos	270.246.286	363.115.594	408.448.508	
07-Órteses, próteses e materiais especiais	1.498.043	1.916.402	2.168.390	
08-Ações complementares da atenção à saúde	1.286.730	2.804.699	4.156.603	
Total	943.293.412	1.142.996.752	1.173.666.438	63.059.176

Fonte: SIA/SUS e CMD/SUS. * Produção registrada pelo Conjunto Mínimo de Dados (CMD) no ano de 2018.

Tabela 45 – Valor total (R\$) de Procedimentos Ambulatoriais segundo Grupos de Procedimento. Estado de São Paulo, 2010, 2015 e 2018.

Grupo procedimento	Valor (R\$)		
	2010	2015	2018
01-Ações de promoção e prevenção em saúde	1.987.285,68	2.144.376,81	2.215.853,23
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.521.121.535,31	1.999.926.929,27	2.195.681.772,57
03-Procedimentos clínicos	1.988.060.035,26	2.403.734.668,92	2.625.851.265,63
04-Procedimentos cirúrgicos	106.086.008,28	139.289.737,71	187.856.383,59
05-Transplantes de órgãos, tecidos e células	119.392.732,14	109.293.260,25	127.665.604,69
06-Medicamentos	691.445.444,21	331.472.719,29	296.160.099,57
07-Órteses, próteses e materiais especiais	121.542.801,20	155.582.006,72	162.825.031,49
08-Ações complementares da atenção à saúde	5.226.128,40	13.474.958,85	19.955.988,15
Total	4.554.861.970,48	5.154.918.657,81	5.618.211.998,92

Fonte: SIA/SUS.

V. 5. Produção hospitalar do SUS/SP

No período de 2010 a 2018, o SUS/SP ampliou discretamente o número de internações passando de 2,3 milhões para 2,4 milhões (4,5% de aumento).

As internações divididas por especialidade mostram que, nas principais clínicas, a maior queda ocorreu no número de internações em psiquiatria (com redução de 36,6% no período, o que provavelmente é o resultado da política de desospitalização em curso no Brasil e no Estado) e de pediatria (redução de 6,6%), em função da redução gradativa da natalidade.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

Verifica-se discreta ampliação nas internações de clínica médica, cirúrgica e obstétrica e aumento significativo das internações em leitos dia cirúrgicos (323%) indicando que muitas cirurgias passaram a ser realizadas sem a internação tradicional. Outros grandes aumentos como de leitos dia de reabilitação e de geriatria, decorrem principalmente de pequenos números absolutos no início da série histórica. (**Tabela 46**).

O indicador de internações por mil usuários exclusivos SUS apresenta-se com redução no total de internações entre 2010 e 2018 (para 91 internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) em decorrência principalmente da redução de internações psiquiátricas e de pediatria. As taxas de internação variam bastante entre as regiões do Estado, na dependência dos recursos hospitalares existentes (inclusive pequenos hospitais), do funcionamento e qualidade da atenção básica em saúde e das redes regionais de referência hospitalar, conforme apresentado no **Quadro 7** e visualizado no **Mapa 12**.

Tabela 46 – Número e Percentual de Internações SUS segundo especialidade e Taxa de Internação (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS). Estado de São Paulo 2010, 2015 e 2018

Especialidade	2010	%	2015	%	2018	%	Variação % 18/10
Cirúrgico	777.372	33,34	765.072	32,44	802.941	32,95	3,3
Obstétricos	397.725	17,06	415.468	17,61	422.215	17,33	6,2
Clínico	809.383	34,71	824.571	34,96	814.122	33,41	0,6
Crônicos	2.785	0,12	3.318	0,14	3.345	0,14	20,1
Psiquiatria	62.384	2,68	44.225	1,87	39.523	1,62	-36,6
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	948	0,04	1.070	0,05	1.127	0,05	18,9
Pediátricos	243.739	10,45	224.242	9,51	227.665	9,34	-6,6
Reabilitação	285	0,01	1.208	0,05	972	0,04	241,1
Leito Dia / Cirúrgicos	27.560	1,18	70.332	2,98	116.567	4,78	323,0
Leito Dia / Aids	2.717	0,12	1.921	0,08	1.204	0,05	-55,7
Leito Dia / Fibrose Cística	3	0,00	6	0,00	1	0,00	-66,7
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	1.279	0,05	1.658	0,07	1.806	0,07	41,2
Leito Dia / Geriatria	311	0,01	345	0,01	630	0,03	102,6
Leito Dia / Saúde Mental	5.393	0,23	4.847	0,21	2.611	0,11	-51,6
Saúde Mental	-	-	397	0,02	1.804	0,07	-
Total	2.331.884	100,00	2.358.680	100,00	2.436.533	100,00	4,5
Internação/mil usuários exclusivos SUS	97,8		94,8		91,0		

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

Quadro 7 – Taxa de internação (internação SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo Departamento Regional de Saúde – DRS e Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2018 (1ª parte)





DRS/Região de Saúde	Internações	População exclusiva SUS	Taxa de intern. SUS
3501 Grande São Paulo	1.083.923	11.506.863	94,2
.. 35011 Alto do Tiete	146.841	1.981.986	74,1
.. 35012 Franco da Rocha	29.615	433.850	68,3
.. 35013 Mananciais	71.660	817.929	87,6
.. 35014 Rota dos Bandeirantes	106.890	949.278	112,6
.. 35015 Grande ABC	129.041	1.288.609	100,1
.. 35016 São Paulo	599.876	6.035.211	99,4
3502 Aracatuba	42.356	568.188	74,5
.. 35021 Central do DRS II	14.465	200.480	72,2
.. 35022 Lagos do DRS II	14.683	156.717	93,7
.. 35023 Consorcio do DRS II	13.208	210.991	62,6
3503 Araraquara	62.509	610.729	102,4
.. 35031 Central do DRS III	15.849	166.538	95,2
.. 35032 Centro Oeste do DRS III	12.196	112.717	108,2
.. 35033 Norte do DRS III	12.323	95.270	129,3
.. 35034 Coração do DRS III	22.141	236.204	93,7
3504 Baixada Santista	75.521	1.136.834	66,4
.. 35041 Baixada Santista	75.521	1.136.834	66,4
3505 Barretos	28.070	292.223	96,1
.. 35051 Norte - Barretos	19.049	195.602	97,4
.. 35052 Sul - Barretos	9.021	96.621	93,4
3506 Bauru	120.281	1.294.191	92,9
.. 35061 Vale do Jurumirim	21.751	260.733	83,4
.. 35062 Bauru	41.803	406.894	102,7
.. 35063 Polo Cuesta	21.907	231.992	94,4
.. 35064 Jau	24.910	286.089	87,1
.. 35065 Lins	9.910	108.483	91,4
3507 Campinas	220.326	2.506.844	87,9
.. 35071 Bragança	26.939	292.277	92,2
.. 35072 Reg. Metrop. Campinas	141.845	1.751.703	81,0
.. 35073 Jundiaí	42.764	372.985	114,7
.. 35074 Circuito das Águas	8.778	89.879	97,7
3508 Franca	41.588	464.183	89,6
.. 35081 Três Colinas	23.033	281.359	81,9
.. 35082 Alta Anhangüera	11.066	100.446	110,2
.. 35083 Alta Mogiana	7.489	82.378	90,9
3509 Marília	81.283	873.175	93,1
.. 35091 Adamantina	9.723	111.737	87,0
.. 35092 Assis	17.539	195.819	89,6
.. 35093 Marília	23.971	270.887	88,5
.. 35094 Ourinhos	18.534	189.011	98,1
.. 35095 Tupa	11.516	105.721	108,9

(continua)





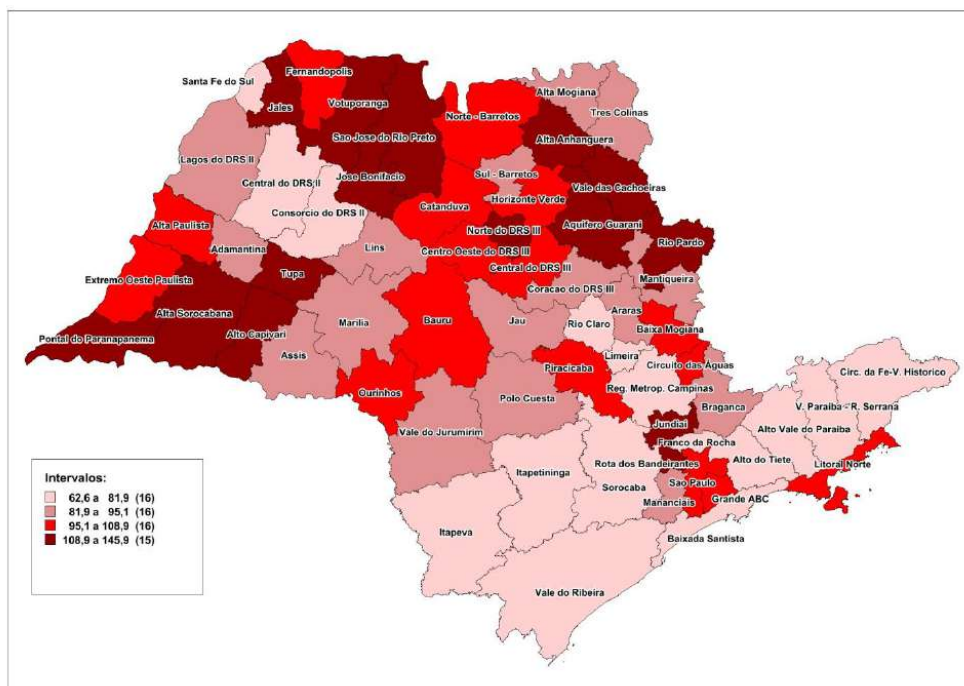
Quadro 7 – Taxa de internação (internação SUS/mil usuários exclusivos SUS) segundo Departamento Regional de Saúde – DRS e Região de Saúde. Estado de São Paulo. 2018
(2ª parte)

DRS/Região de Saúde	Internações	População exclusiva SUS	Taxa de intern. SUS
3510 Piracicaba	72.854	849.039	85,8
.. 35101 Araras	16.635	203.207	81,9
.. 35102 Limeira	14.746	197.267	74,8
.. 35103 Piracicaba	31.477	296.316	106,2
.. 35104 Rio Claro	9.996	152.249	65,7
3511 Presidente Prudente	65.154	568.397	114,6
.. 35111 Alta Paulista	11.552	111.721	103,4
.. 35112 Alta Sorocabana	31.632	277.056	114,2
.. 35113 Alto Capivari	5.643	42.554	132,6
.. 35114 Extremo Oeste Paulista	8.167	79.006	103,4
.. 35115 Pontal do Paranapanema	8.160	58.060	140,5
3512 Registro	16.185	251.855	64,3
.. 35121 Vale do Ribeira	16.185	251.855	64,3
3513 Ribeirão Preto	97.297	881.575	110,4
.. 35131 Horizonte Verde	25.721	255.810	100,5
.. 35132 Aquífero Guarani	57.888	520.070	111,3
.. 35133 Vale das Cachoeiras	13.688	105.695	129,5
3514 S.João Boa Vista	53.603	545.608	98,2
.. 35141 Baixa Mogiana	19.445	204.546	95,1
.. 35142 Mantiqueira	16.368	185.954	88,0
.. 35143 Rio Pardo	17.790	155.108	114,7
3515 S.José do Rio Preto	122.123	1.050.174	116,3
.. 35151 Catanduva	20.483	204.192	100,3
.. 35152 Santa Fé do Sul	4.079	38.260	106,6
.. 35153 Jales	9.826	82.938	118,5
.. 35154 Fernandópolis	9.019	90.944	99,2
.. 35155 São José do Rio Preto	52.673	419.693	125,5
.. 35156 José Bonifácio	10.443	71.599	145,9
.. 35157 Votuporanga	15.600	142.548	109,4
3516 Sorocaba	117.903	1.703.862	69,2
.. 35161 Itapetininga	26.877	391.199	68,7
.. 35162 Itapeva	19.608	251.986	77,8
.. 35163 Sorocaba	71.418	1.060.677	67,3
3517 Taubaté	135.557	1.685.719	80,4
.. 35171 Alto Vale do Paraíba	50.803	625.226	81,3
.. 35172 Circ. da Fe-V. Histórico	27.737	364.720	76,1
.. 35173 Litoral Norte	25.636	263.888	97,1
.. 35174 V. Paraíba - R. Serrana	31.381	431.885	72,7
Total	2.436.533	26.784.353	91,0

Fonte: SIH/SUS, SEADE.



Mapa 12 – Taxa de internação SUS (internações SUS/mil usuários exclusivos SUS) por região de saúde de residência - 2018



Em 2018 os hospitais filantrópicos (Santas Casas e outros) são responsáveis por 42,7% das internações no SUS/SP e os hospitais estaduais (da Administração Direta, Indireta – autarquias e fundações, bem como gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS), representam o segundo maior grupo com 36,8% das internações (ou 895 mil), fato que representa aumento em relação à participação estadual de 17% do total das internações em 1998⁸. (**Tabela 47 e Gráfico 17**).

A SES/SP possui ampla rede de serviços que atendem 41,3% das internações cirúrgicas, 84,3% de todas as internações de hospital dia de AIDS e 57,4% das internações de hospital dia cirúrgico. Além disso, no que se refere às internações de alta complexidade (conforme classificação do SIH/SUS), a participação dos serviços estaduais é ampliada, com 50% do total de internações do SUS/SP, 49,6% das internações clínicas, 44,9% cirúrgico e mais da metade das internações pediátricas (**Tabela 48 e Gráfico 18**).





Tabela 47 - Internações SUS segundo especialidade e natureza do prestador. Estado de São Paulo - 2018

Especialidade	Contratado		Estadual		Municipal		Filantropico		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
01-Cirúrgico	3.080	0,4	331.968	41,3	118.130	14,7	349.763	43,6	802.941	100,0
02-Obstétricos	5.872	1,4	133.072	31,5	103.704	24,6	179.567	42,5	422.215	100,0
03-Clínico	1.762	0,2	259.015	31,8	168.423	20,7	384.922	47,3	814.122	100,0
04-Crônicos	21	0,6	905	27,1	178	5,3	2.241	67,0	3.345	100,0
05-Psiquiatria	176	0,4	15.485	39,2	7.418	18,8	16.444	41,6	39.523	100,0
06-Pneum. Sanitária (Tisiologia)	-	-	799	70,9	17	1,5	311	27,6	1.127	100,0
07-Pediátricos	652	0,3	83.481	36,7	61.227	26,9	82.305	36,2	227.665	100,0
08-Reabilitação	-	-	900	92,6	-	-	72	7,4	972	100,0
09-Leito Dia / Cirúrgicos	159	0,1	66.944	57,4	29.842	25,6	19.622	16,8	116.567	100,0
10-Leito Dia / Aids	-	-	1.015	84,3	182	15,1	7	0,6	1.204	100,0
11-Leito Dia / Fibrose Cística	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
12-Leito Dia / Interc. Pós-Transplante	-	-	563	31,2	-	-	1.243	68,8	1.806	100,0
13-Leito Dia / Geriatria	-	-	630	100,0	-	-	-	-	630	100,0
14-Leito Dia / Saúde Mental	-	-	957	36,7	-	-	1.654	63,3	2.611	100,0
87-Saude Mental	-	-	-	-	635	35,2	1.169	64,8	1.804	100,0
Total	11.722	0,5	895.734	36,8	489.756	20,1	1.039.321	42,7	2.436.533	100,0

Fonte: SIH/SUS. Obs.: AIH normal.

Página | 50

Tabela 48 - Número de internações de alta complexidade no SUS segundo especialidade e natureza do prestador. Estado de São Paulo - 2018

Especialidade	Contratado		Estadual		Municipal		Filantropico		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
01-Cirúrgico	949	0,66	65.014	44,9	5.428	3,8	73.315	50,7	144.706	100,0
03-Clínico	306	1,03	14.761	49,6	1.722	5,8	12.965	43,6	29.754	100,0
07-Pediátricos	-	-	2.501	56,5	49	1,1	1.880	42,4	4.430	100,0
09-Leito Dia / Cirúrgicos	147	0,64	18.376	79,4	2.365	10,2	2.259	9,8	23.147	100,0
10-Leito Dia / Aids	-	-	1.015	84,3	182	15,1	7	0,6	1.204	100,0
12-Leito Dia / Interc. Pós-Transplante	-	-	563	31,2	-	-	1.243	68,8	1.806	100,0
Total	1.402	0,68	102.230	49,9	9.746	4,8	91.669	44,7	205.047	100,0

Fonte: SIH/SUS.

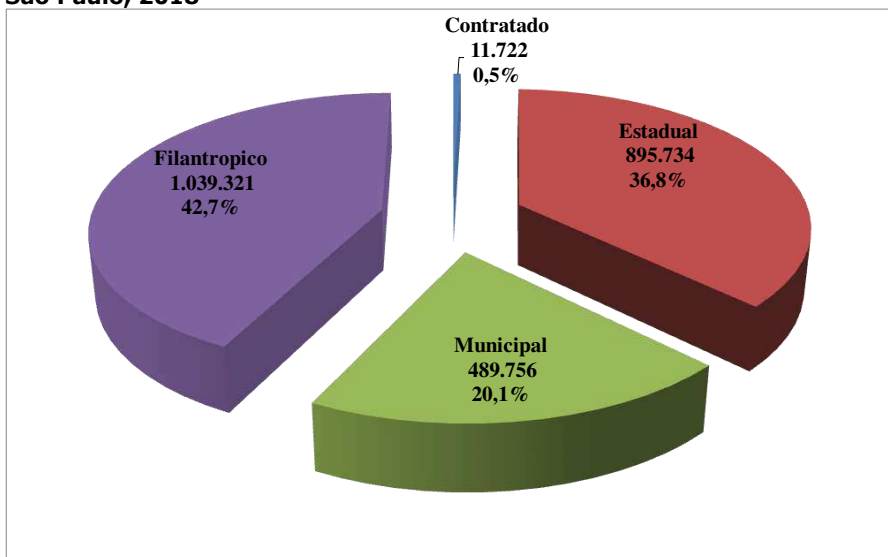


Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

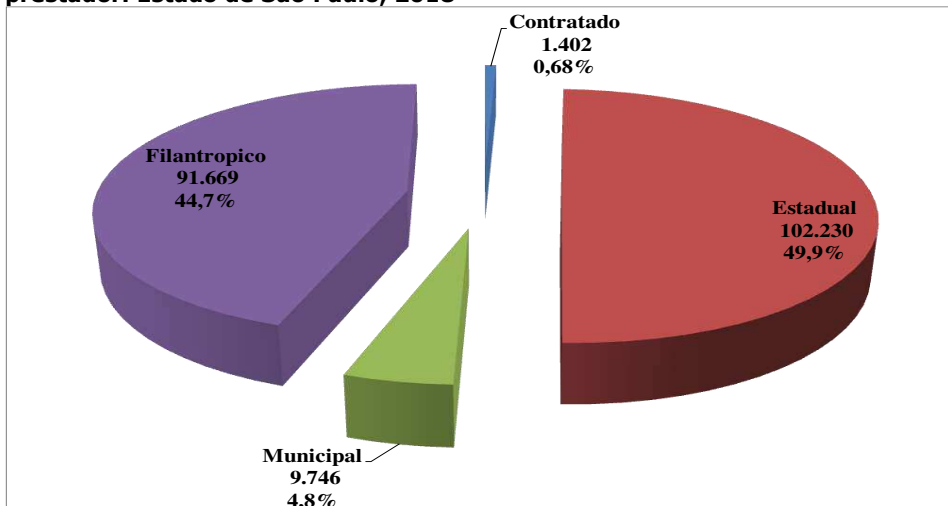
Gráfico 17 – Produção de internações SUS segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2018



Página | 51

Fonte: SIH/SUS.

Gráfico 18 – Produção de internações SUS de alta complexidade segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2018



Fonte: SIH/SUS.





Característica específica e importante nas internações é a comparação da taxa de cesáreas entre 2010 e 2018: a taxa total que inclui os partos realizados na rede privada não vinculada ao SUS e os partos do SUS (obtida pelo Sistema de Informações dos Nascidos Vivos – SINASC) demonstra manutenção em valores altos (58,5%), quase sem alteração em todo o período, apesar dos esforços em prol do parto natural, realizados no Brasil e no Estado de São Paulo. A taxa de cesárea nos serviços do SUS também se mantém em discreta elevação, atingindo 43,7% no último ano. (**Tabela 49**).

Página | 52

Tabela 49 - Partos normais, cesáreas e respectiva taxa de Cesárea Total e SUS Estado de São Paulo – 2010, 2015 e 2018

Estado de São Paulo	2010	2015	2018
Partos Totais *			
.Normal	248.369	257.248	250.529
.Cesários	352.995	375.712	354.017
.Total	601.561	633.322	604.746
Taxa de Cesárea (%)	58,7	59,3	58,5
Partos SUS			
.Normal	208.144	210.243	207.645
.Cesários	140.771	157.217	161.275
.Total	348.915	367.460	368.920
Taxa de Cesárea (%)	40,3	42,8	43,7

Fonte: SINASC/SEADE e SIH/SES. *Inclui SUS e não SUS.

V. 6. Produção ambulatorial do SUS/SP

Já foi comentado anteriormente (**Tabela 44**) o crescimento de 24% no total de procedimentos ambulatoriais apresentados do SUS/SP entre os anos de 2010 e 2018.

Podem-se observar grandes diferenças de crescimento no período estudado, na quantidade dos subgrupos de procedimentos conforme descritos na **Tabela 50**.

Fica prejudicada a análise dos primeiros três subgrupos e no subgrupo de consultas médicas (0301), relacionados com a produção da atenção básica em saúde, que apresentam redução entre os anos considerados. Ocorreu que, como já foi referido, durante 2018, a implantação do Conjunto Mínimo de Dados – CMD, fez com que a produção de atenção básica deixasse de ser registrada no SIA/SUS para ser registrada no CMD. Em alguns casos, por problemas operacionais, existem relatos que parte dos municípios tem registrado a produção em duplicação, tanto no CMD como no SIA/SUS, razão pela qual não podemos fazer a simples somatória dos valores dos dois sistemas, prejudicando a avaliação da série histórica.

As consultas médicas serão mais bem detalhadas a seguir, mas com relação aos demais procedimentos de média e alta complexidade, observa-se grande heterogeneidade de comportamento na produção do SUS/SP.

Vários grupos de procedimento diagnóstico de alta complexidade demonstram crescimento significativo no período, como tomografia (110%), ressonância magnética (140%), endoscopia



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



(36%), métodos diagnósticos em especialidades (37%), diagnóstico por Medicina Nuclear (25%), entre outros. Como visto anteriormente, a capacidade instalada de aparelhos de alta complexidade no SUS/SP é grande e certamente tem potencial para aumentar muito a produção de procedimentos, que somente tem sido limitada pela questão da insuficiência de custeio.

Outros diagnósticos de média complexidade, como patologia clínica, também apresentam crescimento de 42%.

No grupo de tratamentos e terapias, encontramos alguns aumentos (tratamento em oncologia e nefrologia) e outras reduções (diversos subgrupos de cirurgias ambulatoriais), embora algumas cirurgias ambulatoriais também apresentem aumento (aparelho de visão e neurologia, por exemplo). O componente especializado de assistência farmacêutica é outro grupo com grande aumento no número de procedimentos.

Em estudos anteriores da SES/SP^{35,36} demonstrou-se que no período de 2008 a 2014 existiu melhoria de acesso a procedimentos de média e alta complexidade nos serviços do SUS/SP, utilizando como indicador a Razão de procedimentos de média e de alta complexidade, que já integrou o IDSUS e algumas das pactuações de indicadores do SUS no Brasil. Embora com limitações destes indicadores, pela seleção de um grupo de procedimentos que dispõe de residência dos pacientes, o aumento destas Razões parecem ser consistentes com o aumento verificado na produção, embora cada região precise avaliar as filas e o tempo de espera verificado nos seus serviços de referência ambulatorial.

Na **Tabela 51** observa-se o crescimento semelhante nos valores pagos pelos subgrupos de procedimentos ambulatoriais, sempre sendo importante lembrar que não se tratam de valores de custeio, mas apenas dos valores das tabelas de procedimento do sistema.

Pode-se observar que em 2018, os serviços estaduais realizam diretamente 42% do total de procedimentos ambulatoriais apresentados, com valores mais altos nos de maior complexidade, indicando que já são os principais serviços de referência para a atenção básica municipal no SUS/SP.

Tabela 50- Quantidade de procedimentos ambulatoriais SUS apresentados segundo o subgrupo de procedimentos. Estado de São Paulo 2010, 2015 e 2018





SubGrupo proced	2010	2015	Variação		CMD
			2018	% 18 - 10	
0101-Ações coletivas/individuais em saúde	82.492.884	91.642.105	70.802.495	-14,2	26.155.254
0102-Vigilância em saúde	5.780.262	5.232.672	3.679.064	-36,4	
0201-Coleta de material	22.846.478	25.989.558	20.728.541	-9,3	
0202-Diagnóstico em laboratório clínico	141.792.696	189.303.243	201.723.670	42,3	
0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	3.477.709	3.176.692	3.380.744	-2,8	
0204-Diagnóstico por radiologia	19.732.675	21.288.750	23.384.689	18,5	
0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	5.757.508	5.390.086	6.569.987	14,1	
0206-Diagnóstico por tomografia	829.650	1.339.680	1.740.807	109,8	
0207-Diagnóstico por ressonância magnética	164.332	317.665	391.904	138,5	
0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	143.220	183.265	178.389	24,6	
0209-Diagnóstico por endoscopia	618.528	759.014	840.451	35,9	36.903.718
0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	20.094	18.578	18.363	-8,6	
0211-Métodos diagnósticos em especialidades	10.413.148	11.936.357	14.288.366	37,2	
0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemoterapia	3.353.313	4.367.154	4.243.943	26,6	
0213-Diagnóstico em vigil epidemiológica ambiental	97.757	142.457	168.670	72,5	
0214-Diagnóstico por teste rápido	11.448.928	13.639.229	14.006.931	22,3	
0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	312.139.965	348.168.568	349.914.123	12,1	
0302-Fisioterapia	8.877.420	8.645.907	8.497.535	-4,3	
0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.612.232	1.041.985	1.033.580	-35,9	
0304-Tratamento em oncologia	3.007.166	3.478.679	3.548.305	18,0	204
0305-Tratamento em nefrologia	2.604.758	3.125.583	3.406.207	30,8	
0306-Hemoterapia	2.122.168	2.030.562	1.951.877	-8,0	
0307-Tratamentos odontológicos	16.964.544	19.232.993	13.867.212	-18,3	
0309-Terapias especializadas	371.501	503.489	506.619	36,4	
0310-Parto e nascimento	310	112	179	-42,3	
0401-Peq cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa	9.054.766	9.762.205	5.594.215	-38,2	
0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	4.734	8.530	13.880	193,2	
0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoço	342.484	184.215	190.025	-44,5	
0405-Cirurgia do aparelho da visão	216.325	307.510	327.621	51,4	204
0406-Cirurgia do aparelho circulatório	30.310	22.383	19.984	-34,1	
0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd	24.333	41.477	55.285	127,2	
0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	120.945	48.384	41.181	-66,0	
0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	28.506	20.382	20.707	-27,4	
0410-Cirurgia de mama	1.316	477	593	-54,9	
0411-Cirurgia obstétrica	311	242	289	-7,1	
0412-Cirurgia torácica	3.982	3.134	2.196	-44,9	
0413-Cirurgia reparadora	57.644	30.392	32.421	-43,8	
0414-Cirurgia oro-facial	2.957.064	2.985.721	2.788.799	-5,7	204
0415-Outras cirurgias	30.257	19.742	19.408	-35,9	
0417-Anestesiologia	27.079	159.693	226.346	735,9	
0418-Cirurgia em nefrologia	23.009	26.424	29.925	30,1	
0501-Coleta/exame p/doação órgãos,tec.,cél.transp	535.012	409.023	466.702	-12,8	
0503-Ações rel. à doação de órgãos, tecidos e cél	9.105	16.586	16.493	81,1	
0504-Processamento de tecidos para transplante	25.619	33.890	32.901	28,4	
0505-Transplante de órgãos, tecidos e células	2.027	1.485	1.544	-23,8	
0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	98.279	123.778	139.770	42,2	
0601-Medicamentos de dispensação excepcional	68.114.267	-	-	-	204
0604-Componente Especializ. da Assit.Farmacêutica	202.132.019	363.115.594	408.448.508	102,1	
0701-Órteses,próteses e mat.espec. não rel ato cir	1.422.263	1.847.004	2.097.668	47,5	
0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	75.780	69.398	70.722	-6,7	
0801-Ações relacionadas ao estabelecimento	346.326	294.588	266.874	-22,9	
0803-Autorização / Regulação	940.404	2.510.111	3.889.729	313,6	
Total	943.293.412	1.142.996.752	1.173.666.438	24,4	63.059.176





Fonte: SIA/SUS e CMD

Tabela 51- Valor (R\$) de procedimentos SUS apresentados nos ambulatorios segundo o subgrupo de procedimentos. Estado de São Paulo 2010, 2015 e 2018

SubGrupo proced	2010	2015	Variação	
			2018	% 18 - 10
0101-Ações coletivas/individuais em saúde	1.981.971,68	2.140.627,30	2.211.918,44	11,6
0102-Vigilância em saúde	5.314,00	3.749,51	3.934,79	-26,0
0201-Coleta de material	9.560.375,68	11.485.981,08	13.423.871,14	40,4
0202-Diagnóstico em laboratório clínico	659.676.454,87	937.700.110,89	974.959.977,95	47,8
0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	42.325.247,63	45.144.771,82	52.189.476,38	23,3
0204-Diagnóstico por radiologia	193.674.914,86	221.209.135,23	236.920.321,18	22,3
0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	158.258.954,69	157.729.909,97	194.452.149,04	22,9
0206-Diagnóstico por tomografia	92.612.517,84	164.903.645,41	220.145.961,33	137,7
0207-Diagnóstico por ressonância magnética	44.261.257,50	85.741.763,50	105.923.843,75	139,3
0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	43.199.394,36	56.216.870,92	55.442.750,02	28,3
0209-Diagnóstico por endoscopia	34.210.395,20	44.504.130,31	49.970.274,41	46,1
0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	4.655.721,72	4.414.200,75	4.369.710,21	-6,1
0211-Métodos diagnósticos em especialidades	138.677.760,17	161.156.950,66	180.439.297,74	30,1
0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemoter	99.948.742,73	109.200.365,69	105.979.525,44	6,0
0214-Diagnóstico por teste rápido	59.798,00	519.093,00	1.464.614,00	2.349,3
0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.005.625.819,37	1.166.529.384,21	1.228.423.561,84	22,2
0302-Fisioterapia	45.484.457,64	44.975.021,13	44.161.234,33	-2,9
0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	36.952.047,54	31.069.068,56	38.403.740,66	3,9
0304-Tratamento em oncologia	459.507.213,16	528.885.236,69	572.755.399,94	24,6
0305-Tratamento em nefrologia	384.237.360,94	573.038.356,16	681.940.819,65	77,5
0306-Hemoterapia	38.661.417,65	40.468.318,72	41.154.130,38	6,4
0307-Tratamentos odontológicos	3.211.345,28	7.064.253,77	5.449.652,49	69,7
0309-Terapias especializadas	14.380.373,67	11.705.029,60	13.562.726,23	-5,7
0401-Peq cirurg.e cirurg pele,tecido subcut mucosa	31.880.361,03	31.788.616,84	36.022.939,85	13,0
0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	89.235,90	160.790,50	261.638,00	193,2
0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoço	3.416.009,57	2.446.580,11	2.477.873,69	-27,5
0405-Cirurgia do aparelho da visão	50.004.185,25	79.592.759,97	120.084.246,92	140,1
0406-Cirurgia do aparelho circulatório	886.197,73	654.717,46	580.735,63	-34,5
0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex parede abd	649.162,37	1.230.777,46	1.587.050,29	144,5
0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	4.570.494,01	1.757.104,19	1.439.325,70	-68,5
0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	2.464.167,16	2.252.150,03	2.180.510,23	-11,5
0410-Cirurgia de mama	28.042,18	10.240,80	12.625,56	-55,0
0411-Cirurgia obstétrica	6.035,55	4.746,63	5.611,65	-7,0
0412-Cirurgia torácica	58.752,19	132.111,80	100.842,06	71,6
0413-Cirurgia reparadora	1.367.229,97	901.159,56	945.560,49	-30,8
0414-Cirurgia oro-facial	6.407.407,05	6.055.162,54	7.425.400,76	15,9
0415-Outras cirurgias	904.902,59	590.140,76	576.718,76	-36,3
0417-Anestesiologia	523.739,65	2.850.699,91	3.915.388,06	647,6
0418-Cirurgia em nefrologia	2.830.086,08	8.861.979,15	10.239.915,94	261,8
0501-Coleta/exame p/doação órgãos,tec.,céltransp	96.014.464,06	79.229.200,23	95.485.019,42	-0,6
0503-Ações rel. à doação de órgãos, tecidos e cél	2.573.507,28	4.108.199,40	4.084.547,58	-
0504-Processamento de tecidos para transplante	5.437.260,00	5.965.781,02	5.787.431,89	6,4
0505-Transplante de órgãos, tecidos e células	1.995.455,80	3.052.549,60	3.190.435,80	59,9
0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	13.372.045,00	16.937.530,00	19.118.170,00	43,0
0601-Medicamentos de dispensação excepcional	235.427.802,15	-	-	-
0604-Componente Especializ. da Assit.Farmacêutica	456.017.642,06	331.472.719,29	296.160.099,57	-35,1
0701-Órteses,próteses e mat.espec. não rel ato cir	72.080.856,55	105.727.195,37	112.697.960,19	56,3
0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	49.461.944,65	49.854.811,35	50.127.071,30	1,3
0803-Autorização / Regulação	5.226.128,40	13.474.958,85	19.955.988,15	281,9
Total	4.554.861.970,41	5.154.918.657,69	5.618.211.998,83	23,3

Fonte: SIA/SUS





Tabela 52 - Quantidade de procedimentos ambulatoriais SUS apresentados segundo o subgrupo de procedimentos e o tipo de prestador. Estado de São Paulo 2018

SubGrupo proced	Estaduais*	%	Filantropicas	%	Municipais	%	Outros**	%	Total	%
0101-Ações coletivas/individuais em saúde	137.796	0,2	260.171	0,4	70.383.697	99,4	20.831	0,0	70.802.495	100,0
0102-Vigilância em saúde	75.820	2,1	-	-	3.603.244	97,9	-	-	3.679.064	100,0
0201-Coleta de material	323.904	1,6	350.522	1,7	20.008.689	96,5	45.426	0,2	20.728.541	100,0
0202-Diagnóstico em laboratório clínico	41.617.318	20,6	53.115.485	26,3	86.080.432	42,7	20.910.435	10,4	201.723.670	100,0
0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopat	985.689	29,2	1.646.271	48,7	428.219	12,7	320.565	9,5	3.380.744	100,0
0204-Diagnóstico por radiologia	3.405.423	14,6	5.051.945	21,6	14.467.688	61,9	459.633	2,0	23.384.689	100,0
0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	1.855.157	28,2	1.951.241	29,7	2.212.180	33,7	551.409	8,4	6.569.987	100,0
0206-Diagnóstico por tomografia	765.813	44,0	621.762	35,7	322.576	18,5	30.656	1,8	1.740.807	100,0
0207-Diagnóstico por ressonância magnética	178.885	45,6	133.486	34,1	44.101	11,3	35.432	9,0	391.904	100,0
0208-Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	59.680	33,5	99.224	55,6	1.102	0,6	18.383	10,3	178.389	100,0
0209-Diagnóstico por endoscopia	411.186	48,9	214.698	25,5	176.496	21,0	38.071	4,5	840.451	100,0
0210-Diagnóstico por radiologia intervencionista	9.505	51,8	8.825	48,1	32	0,2	1	0,0	18.363	100,0
0211-Métodos diagnósticos em especialidades	4.089.948	28,6	5.031.319	35,2	4.830.498	33,8	336.601	2,4	14.288.366	100,0
0212-Diagnóstico e procedim. especiais em hemoterapia	2.005.879	47,3	2.201.500	51,9	23.636	0,6	12.928	0,3	4.243.943	100,0
0213-Diagnóstico em vigil epidemiológica ambiental	140.079	83,0	-	-	28.590	17,0	1	0,0	168.670	100,0
0214-Diagnóstico por teste rápido	45.174	0,3	363.975	2,6	13.587.826	97,0	9.956	0,1	14.006.931	100,0
0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	25.828.654	7,4	35.151.010	10,0	288.095.347	82,3	839.100	0,2	349.914.111	100,0
0302-Fisioterapia	958.718	11,3	2.552.246	30,0	4.041.776	47,6	944.622	11,1	8.497.362	100,0
0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	239.907	23,2	502.849	48,7	269.735	26,1	21.089	2,0	1.033.580	100,0
0304-Tratamento em oncologia	949.111	26,7	2.388.666	67,3	57.379	1,6	153.149	4,3	3.548.305	100,0
0305-Tratamento em nefrologia	325.393	9,6	920.412	27,0	61.176	1,8	2.099.226	61,6	3.406.207	100,0
0306-Hemoterapia	748.033	38,3	1.178.619	60,4	16.924	0,9	8.301	0,4	1.951.877	100,0
0307-Tratamentos odontológicos	152.418	1,1	79.397	0,6	13.625.510	98,3	9.887	0,1	13.867.212	100,0
0309-Terapias especializadas	168.198	33,2	44.259	8,7	290.734	57,4	3.428	0,7	506.619	100,0
0310-Parto e nascimento	-	-	4	2,2	175	97,8	-	-	179	100,0
0401-Peq.cirurg.e.cirurg.pel,tecido subcut mucosa	398.588	7,1	488.688	8,7	4.704.954	84,1	1.985	0,0	5.594.215	100,0
0403-Cirurgia do sistema nervoso central e perif	12.284	88,5	1.596	11,5	-	-	-	-	13.880	100,0
0404-Cirurgia vias aéreas superiores,cabeça pescoço	49.044	25,8	29.641	15,6	111.337	58,6	3	0,0	190.025	100,0
0405-Cirurgia do aparelho da visão	144.635	44,1	151.938	46,4	25.462	7,8	5.586	1,7	327.621	100,0
0406-Cirurgia do aparelho circulatório	7.155	35,8	2.901	14,5	9.892	49,5	36	0,2	19.984	100,0
0407-Cirurgia apar.digest.orgãos anex.parede abd	37.275	67,4	14.245	25,8	2.614	4,7	1.151	2,1	55.285	100,0
0408-Cirurgia do sistema osteomuscular	6.883	16,7	23.770	57,7	10.528	25,6	-	-	41.181	100,0
0409-Cirurgia do aparelho geniturinário	7.746	37,4	6.877	33,2	6.084	29,4	-	-	20.707	100,0
0410-Cirurgia de mama	163	27,5	279	47,0	151	25,5	-	-	593	100,0
0411-Cirurgia obstétrica	35	12,1	89	30,8	165	57,1	-	-	289	100,0
0412-Cirurgia torácica	731	33,3	987	44,9	478	21,8	-	-	2.196	100,0
0413-Cirurgia reparadora	6.998	21,6	6.180	19,1	19.243	59,4	-	-	32.421	100,0
0414-Cirurgia oro-facial	71.723	2,6	40.069	1,4	2.674.043	95,9	2.964	0,1	2.788.799	100,0
0415-Outras cirurgias	3.610	18,6	2.879	14,8	12.919	66,6	-	-	19.408	100,0
0417-Anestesiologia	57.665	25,5	86.895	38,4	58.048	25,6	23.738	10,5	226.346	100,0
0418-Cirurgia em nefrologia	4.108	13,7	9.490	31,7	531	1,8	15.796	52,8	29.925	100,0
0501-Coleta/exame p/doação orgãos,tec.,cél.transp	142.960	30,6	302.426	64,8	-	-	21.316	4,6	466.702	100,0
0503-Ações rel. à doação de orgãos, tecidos e células	462	2,8	16.031	97,2	-	-	-	-	16.493	100,0
0504-Processamento de tecidos para transplante	5.314	16,2	27.587	83,8	-	-	-	-	32.901	100,0
0505-Transplante de orgãos, tecidos e células	50	3,2	1.483	96,0	-	-	11	0,7	1.544	100,0
0506-Acompanhamento e intercorrências pós-transpl	46.082	33,0	89.346	63,9	-	-	4.342	3,1	139.770	100,0
0604-Componente Especializ. da Assit.Farmacêutica	408.448.508	100,0	-	-	-	-	-	-	408.448.508	100,0
0701-Órteses,próteses e mat.espec. não relato cir	1.571.110	74,9	81.052	3,9	438.991	20,9	6.515	0,3	2.097.668	100,0
0702-Órteses,próteses,mat.espec relac.ato cirúrgic	12.684	17,9	30.729	43,5	572	0,8	26.737	37,8	70.722	100,0
0801-Ações relacionadas ao estabelecimento	7	0,0	319	0,1	266.548	99,9	-	-	266.874	100,0
0803-Autorização / Regulação	332	0,0	620	0,0	3.888.777	100,0	-	-	3.889.729	100,0
Total	496.513.840	42,3	115.284.003	9,8	534.889.100	45,6	26.979.310	2,3	1.173.666.253	100,0

Fonte: SIA/SUS. *incluídos serviços da administração direta, indireta, OSS. **serviços privados, federais e sindicato.

Apesar da elevação do total de produção de procedimentos ambulatoriais dos serviços do SUS/SP, alguns exemplos podem indicar necessidade de melhor avaliação das necessidades da população (filas), do estabelecimento de critérios, objetivos e metas para determinados programas ou ações de saúde, evitando-se a realização de procedimentos excessivos em determinadas áreas (como excesso de exames laboratoriais ou de imagem sem justificativas técnicas) enquanto se observa gargalos ou carências em outras questões assistenciais.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

Um destes exemplos diz respeito à realização de mamografias: existe recomendação do Ministério da Saúde³⁷, desde 2004, de realização do rastreamento de câncer de mama, baseada em exame clínico anual após os 40 anos de idade e em mamografia, a cada dois anos, entre mulheres com 50 e 69 anos de idade, ressaltando como custo-efetiva “a detecção precoce para câncer de mama por meio do rastreamento com exame bienal de mamografia (população alvo 50-69 anos), seguido de confirmação diagnóstica para mamografias com resultado anormal e tratamento oportuno de 100% dos casos confirmados de câncer de mama”. Para tanto é utilizado indicador de Razão de mamografias: exames de mamografia de rastreamento/metade da população feminina usuária exclusiva de 50 a 69 anos. Espera-se que a Razão seja no mínimo 0,7 ou 70% da cobertura da população alvo³⁸. Já foi visto que os equipamentos (mamógrafos) existentes e disponíveis ao SUS/SP são suficientes para todas as necessidades estimadas, inclusive de mamografias de rastreamento. A produção atual dos equipamentos SUS não supera sua capacidade potencial estimada de produção, conforme os critérios da Portaria MS nº 1.631/2015, que no caso de mamógrafos considera a produtividade do equipamento na realização de 6.758 exames/ano. Mesmo assim, a Razão de mamografias de rastreamento, apesar de elevar-se desde 2010, mantém-se no Estado, no valor de 0,49 no ano de 2018. (**Tabela 53**). A variação desta Razão nas regiões foi verificada em trabalho anterior da SES³⁹ e a grande maioria das regiões de saúde não consegue atingir a meta de 0,7 em 2017, embora em sete regiões este resultado se verifique. Assim, temos exemplo de capacidade do sistema que pode se efetivar se forem realizadas ações planejadas com estes objetivos e engajamento dos gestores de todos os níveis da rede do SUS.

Tabela 53 – Mamografias e Razão de mamografias de rastreamento no SUS/SP. Estado de São Paulo. 2010, 2015 e 2018.

Indicador	2010	2015	2018
Nº de Mamógrafos SUS	475	494	537
Capacidade de produção potencial dos equipamentos SUS	3.210.050	3.338.452	3.629.046
Mamografias totais realizadas no SUS	1.067.974	1.357.384	1.376.379
Pop. Exclusiva SUS Fem 50 - 69 anos	2.193.213	2.579.497	2.920.628
Nº de Mamografia rastreamento realizadas no SUS*	449.749	667.183	718.810
Razão de Mamografias de rastreamento**	0,41	0,52	0,49

Fonte: SIA/SUS. SEADE/ANS. Notas: * em mulheres 50 - 69 anos. ** somente para população exclusiva SUS

Outro exemplo pode ser citado na área de terapia renal substitutiva: no ano de 2018, informações das centrais de regulação e de serviços de saúde, em especial na Grande São Paulo, apontaram falta de acesso para pacientes com indicação de TRS, com filas e espera para conseguir vagas de hemodiálise para pacientes renais crônicos. Foi verificada também a existência de pacientes internados para a realização de procedimento dialítico⁴⁰. Estes fatos não decorriam da ausência de equipamentos ou serviços de TRS no total do Estado, que poderiam aumentar o número de pacientes em tratamento e sim de barreiras burocráticas (demora na habilitação de novos serviços pelo Ministério da Saúde) e limitações de teto financeiro do sistema para esta atividade. Recentemente, tendo em vista estes fatos e





dificuldades de acesso dos pacientes com necessidade de TRS, a SES/SP levou o tema para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais – CONASS, que em tratativas com o Ministério da Saúde, conseguiu a publicação da Portaria nº 3603, de 22 de novembro de 2018, que estabelece que os procedimentos relacionados à TRS, cobrados por APAC, sejam financiados em sua totalidade por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, retirando assim, os limites financeiros existentes anteriormente para estes procedimentos, razão pela qual, espera-se melhoria substancial do acesso nos próximos anos. Assim, não basta observar o aumento da produção de procedimentos de forma geral. É necessário combinar a avaliação dos resultados de produção com as necessidades sentidas e dificuldades apontadas por instrumentos e informações de regulação.

A porta de entrada para o sistema ambulatorial implica nas consultas médicas programadas (agendadas ou de rotina) e de urgência (pronto atendimento ou pronto socorro) sendo muito importante acompanhar a produção destas ações, que podem apontar a dificuldades de acesso para os cidadãos nas diferentes regiões e indicar a necessidade de ampliação ou alteração no funcionamento de serviços de atenção básica ou de especialidade.

O número de consultas médicas totais registradas no SIA/SUS subiu os anos de 2010 e 2015, reduzindo-se em 2018, porém esta redução aconteceu somente nas consultas médicas básicas – CMB (**Tabela 54**). A redução de CMB já havia acontecido anteriormente entre os anos de 2010 e 2015, mas no que se refere à 2018, como já referido, a implantação do Conjunto Mínimo de Dados – CMD, fez com que a produção de atenção básica deixasse de ser registrada no SIA/SUS para ser registrada no CMD. Em alguns casos, por problemas operacionais, existem relatos que parte dos municípios tem registrado a produção em duplicação, tanto no CMD como no SIA/SUS, razão pela qual não podemos fazer a simples somatória dos valores dos dois sistemas, prejudicando a avaliação da série histórica. Entretanto, provavelmente podemos supor que o valor de redução não é o apontado pelos dados do SIA/SUS.

Tabela 54 – Consultas Médicas Básicas e de Especialidades no SUS. Estado de São Paulo – 2010, 2015 e 2018.

Consulta Médicas SUS	2010	2015	2018	CMD 2018
Básicas	74.789.567	64.275.775	48.885.349	26.597.480
Especializadas	72.167.074	86.281.675	89.945.468	-
Total	146.956.641	150.557.450	138.830.817	26.597.480
Consultas/ano por usuário exclusivo SUS				
Básicas	3,1	2,6	1,8	1,0
Especializadas	3,0	3,5	3,4	-
Total	6,2	6,0	5,2	1,0

Fonte: SIA/SUS.

O detalhamento das CMB em programadas ou de urgência demonstram redução maior das CMB de urgência (**Tabela 55**). Como as CMB de urgência aparecem em menor número no registro do CMD, tal fato pode indicar que a proporção de CMB de urgência de fato está diminuindo.

As consultas médicas de especialidade aumentaram em todo o período considerado, mas no ano de 2018, isto somente ocorreu com aquelas de urgência, pois as programadas também tiveram discreta redução (**Tabela 56**).





Considerando-se que não temos tido crescimento do setor de saúde suplementar torna-se importante esclarecer em a evolução negativa nas consultas médicas nas regiões, pois a garantia de acesso na atenção básica é condição fundamental para o bom desempenho das redes de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

Tabela 55 - Consultas Médicas Básicas. Estado de São Paulo – 2010 , 2015 e 2018

Página | 59

consultas médicas básicas - CMB	2010	2015	2018	CMD 2018
CMB programada	52.642.081	50.655.437	38.191.266	25.881.560
CMB urgência	22.147.486	13.620.338	10.694.083	715.920
CMB Total	74.789.567	64.275.775	48.885.349	26.597.480
Consultas/ano por usuário exclusivo SUS				
CMB programada	2,2	2,0	1,4	1,0
CMB urgência	0,9	0,5	0,4	0,03
CMB Total	3,1	2,6	1,8	1,0

Fonte: SIA/SUS.

Tabela 56 - Consultas Médicas de Especialidade. Estado de São Paulo – 2010 , 2015 e 2018

Consultas médicas especializadas - CME	2010	2015	2018
CME programada	30.184.307	34.384.391	32.167.561
CME urgência	41.982.767	51.897.284	57.777.907
CME Total	72.167.074	86.281.675	89.945.468
Consultas/ano por usuário exclusivo SUS			
CME programada	1,3	1,4	1,2
CME urgência	1,8	2,1	2,2
CME Total	3,0	3,5	3,4

Fonte: SIA/SUS.

O SUS no Brasil e em especial no Estado de São Paulo tem tendência crescente de recursos financeiros para garantir a atenção universal e integral em saúde, considerando-se, como visto neste diagnóstico, os cenários de envelhecimento populacional (transição demográfica), predomínio de doenças crônicas e degenerativas (transição epidemiológica) e de avanços tecnológicos da área médica e de saúde (novos medicamentos, tecnologias de diagnóstico e de intervenção), que, ao lado de trazerem bons resultados para os pacientes, tornam a assistência médica mais sofisticada e muito mais cara.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Informações da OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico⁴¹ demonstram que este encarecimento tem ocorrido em todos os países desenvolvidos do mundo, refletindo-se no gradual aumento do gasto do PIB com saúde.

Por outro lado, frequentemente se aponta as ineficiências do SUS na gestão e na prestação de serviços, que também colaboram para dificultar que se atinjam os objetivos do sistema de universalidade e integralidade da atenção em saúde. O Relatório do Banco Mundial³³ é um dos mais citados e aponta entre muitas outras questões, que “foram identificadas ineficiências significativas nas despesas com saúde no Brasil em comparação ao desempenho de outros países” e que “o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos recursos”.

O Relatório afirma que “A eficiência média dos serviços primários de saúde é estimada em 63% (ou seja, uma ineficiência de 37%), ao passo que, para os serviços de saúde secundária e terciária (“atendimento hospitalar”), a eficiência média é muito baixa: 29% (ou seja, uma ineficiência de 71%). Isso significa que há escopo para melhorar consideravelmente a prestação de serviços utilizando o mesmo nível de recursos”. Destaca ainda que “A maior parte da ineficiência é motivada pelo grande número de pequenos hospitais e o pequeno tamanho dos municípios (que são pequenos demais para fornecer serviços de saúde em uma escala eficiente)”

Após citar este Relatório e considerar fartas as evidências dos problemas de ineficiência e gestão, Médici (2018⁴²) relembra que os gastos públicos em saúde no Brasil são proporcionalmente menores do que em muitos outros países da América Latina e Caribe em 2015. O próprio Relatório do Banco Mundial também afirma que “Diferentemente da maioria dos seus parceiros econômicos, mais da metade dos gastos totais com saúde no Brasil são **financiados privadamente** (individualmente e planos de saúde privados). A despesa pública com saúde como parte da despesa total com saúde (**48,2%**) é significativamente mais baixa do que a média entre os países da OCDE (**73,4%**) e do que os seus parceiros de renda média”.

Por estes motivos, o gasto público per capita com saúde (nas três esferas de governo) para atender a grande maioria da população brasileira (77% depende exclusivamente do SUS e os demais utilizam-se frequentemente do sistema para medicamentos, procedimentos de alto custo, vacinações, vigilância em saúde, entre outros) é bem menor que os gastos dos planos privados de saúde (Saúde Suplementar – SS): no SUS o gasto per capita em 2017 foi de R\$ 1.271 (três esferas somadas) e na SS foi de R\$ 3.799 per capita (receita/beneficiários)⁴³.

Estudo do IPEA⁴⁴ destaca que a Emenda Complementar 29 proporcionou crescimento real significativo dos recursos alocados pelas três esferas de governo para o financiamento do SUS, mas que o esforço foi menor da parte da União e aumentou a participação relativa de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do sistema público de saúde. O percentual de gastos da União que no ano 2000 era de quase 60% dos gastos do SUS nacional caiu para 43%, com parcelas de 26% para o Estado e 31% para os municípios em 2017. No caso do Estado de São Paulo, em 2016 a participação da União era de apenas 25,7%, sendo 27% para o Estado e 47% para os municípios.

Destaca-se ainda que parte da ineficiência das unidades do sistema se dá por financiamento segundo critérios aleatórios e sem base no real custo da saúde, impedindo em longo prazo a sustentabilidade das unidades, criando dívidas bancárias, problemas de mão de obra, envelhecimento do parque tecnológico, cuja recuperação torna-se muito mais difícil.

Assim, considerando a existência real de problemas de gestão e ineficiência no SUS, em muitos casos, estas ineficiências dependem de mudanças estruturais para serem sanadas (fechamento de pequenos hospitais ou sua alteração para outros tipos de unidades, modernização do parque tecnológico existente, ampliação de hospitais regionais para referência, de um conjunto de municípios, entre outros) que dependem de investimentos para se concretizarem. Em outros casos, que exigem alterações funcionais, como a capacitação de





profissionais da rede de atenção básica e de outros serviços, a criação de instrumentos modernos e informatizados para auxílio às práticas clínicas e de gestão e até a mudança de determinados arranjos organizacionais, como a criação de entidades regionais que possam gerir redes de serviços de saúde, também precisam de recursos para se efetivarem na escala desejada.

Nenhuma das soluções apontadas pelo Relatório do Banco Mundial poderiam se dar com custo zero. Embora seja certamente possível ampliar a produção e otimizar a rede do SUS, mesmo que o aumento da eficiência permitisse a ampliação de 30% de atendimentos, isto não seria suficiente para atender de forma integral e universal a toda população brasileira sem aumento de financiamento: deve-se levar em conta que o acesso da população ao sistema acaba por gerar novas necessidades, que antes estavam ocultas pelo desatendimento e pela demanda reprimida por longos períodos no passado.

Os atuais cenários de contenção de despesa pública indicam a necessidade de sensibilização da sociedade para que o SUS, a maior e mais longa proposta social de inclusão realizada no Brasil, possa ter garantia de recursos para sua sustentabilidade e para seu aperfeiçoamento, de forma a conseguir cumprir com seu papel constitucional de atender mais a todos os brasileiros e paulistas.

Página | 61

Referências Bibliográficas.

1. Fundação SEADE. Indicadores do Estado de São Paulo. Pesquisado no Portal SEADE em março/2019 em <http://www.perfil.seade.gov.br/>
2. Fundação SEADE. Conheça São Paulo. Disponível no Portal SEADE em <http://www.seade.gov.br/conhecasp/>
3. Atlas do Desenvolvimento Humano/PNUD. Radar IDHM - Análise de Resultados para Brasil, UFs e RMs - 2011 a 2014. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea e Fundação João Pinheiro. 2015. Disponível em <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/radar-idhm/>
4. Fundação SEADE. Qual trajetória a população paulista seguirá no futuro? SP Demográfico. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. Ano 18 - nº 4, Novembro 2018. Disponível no Portal SEADE em http://www.seade.gov.br/produtos/midia/2018/11/SPDemografico_Num-04_nov2018.pdf
5. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Brasil em Síntese. Disponível na internet em <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - IDB - 2012. Disponível na Internet em <http://www.datasus.gov.br/> em Informações de Saúde, Indicadores de Saúde, pesquisado em março de 2019.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017 - Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro 2018. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf
8. Mendes JDV; Bittar OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo - informações com implicações no planejamento de programas e serviços. Revista de Administração em Saúde - RAS - Edição Especial (Suplemento) - Jan, 2010. P. 5-71. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/revista-de->



SESCAP2019106257A



- administracao-em-saude-edicao-especial/revista administracao em saude edicao especial.pdf
9. Mendes JDV. Internações de idosos no SUS/SP em 2010. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Ano 3. Número 8. setembro de 2011. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_8.pdf
10. Mendes JDV. Mortalidade por causa mal definida no estado de São Paulo - Atualização. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 72. abril/2018. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_72.pdf
11. Mendes JDV, Cecilio MAM. Tendências Regionais da Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo 2000 a 2010. Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA 2012; 9(104):24-45. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_104_gais_tendencias_regionais_de_ca.pdf
12. Mendes JDV. Mortalidade por câncer de mama no Estado de São Paulo - 2016. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 72. Maio/2018.
13. Mendes JDV. Mortalidade por câncer de colo de útero no Estado de São Paulo - 2016. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 73. junho/2018. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>
14. Mendes JDV. Mortalidade por câncer de próstata no Estado de São Paulo - 2016. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 74. Julho/2018. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>
15. Brasil. Informações de Saúde Tabnet – Estatísticas Vitais/Mortalidade Geral. Departamento de Informática do SUS – DATASUS/Ministério da Saúde. Pesquisado na internet em março/2019 em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
16. Mendes JDV. Mortalidade por doenças isquêmicas do coração no Estado de São Paulo. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 6. Número 32. Junho de 2014. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_32.pdf
17. FOSP (Fundação Oncocentro de São Paulo). Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo 1988 – 1998. Unidade de Epidemiologia/FOSP/Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo. Agosto de 2000. 39 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Riscos de Câncer. 2ª Edição. 2003. http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf
19. Mendes JDV. Mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo de 2000 a 2016. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde





- GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 70. Fev de 2018. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais_jornal_70.pdf
20. Atlas da Violência 2017. Instituto de Pesquisa Economica Aplicada – IPEA e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Junho de 2017. Disponível na Internet em http://ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf
21. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Agenda 2030. Organização das Nações Unidas – ONU. Documento obtido em agosto de 2018 no portal brasileiro da ONU <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
22. Mendes JDV. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa 2009;6(69):1-11. Disponível em; http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa69_gais.htm
23. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro 2018. Disponível na Internet em ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf
24. Organización Mundial de La Salud. Nacimientos prematuros. 2018. Pesquisado em março/2019. Disponível em <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
25. Mendes JDV. O impacto das internações de saúde mental por dependência de drogas no SUS do Estado de São Paulo. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 11. Número 81. Nov/2019. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>
26. Mendes JDV. Internações por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial no SUS/SP. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 11. Número 82. Jan/2019. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>
27. Mendes JDV. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo – 2016 Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 09. Número 63. Jun/2017. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_63.pdf
28. Mendes JDV, Osiano VLRL. Situação dos Centros de Atenção Psicossocial no SUS nas regiões do Estado de São Paulo em 2015. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 08. Número 53. Jun/2016. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_53.pdf
29. Bittar OJNV, Mendes JDV, Magalhães A. Rede hospitalar em São Paulo – Brasil: mapear para regular. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2011. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//rede_hosp_est_sp_mapear_para_regulard.pdf





30. Mendes JDV, Cecilio MAM, Osiano VLRL. Hospitais de pequeno porte no SUS do estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA 2014;11(128):25-40.
31. OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. OECD DATA. Hospital Beds. Pesquisado em abril de 2019. Disponível em <https://data.oecd.org/healtheq/hospital-beds.htm>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.631, DE 1º DE OUTUBRO DE 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html
33. Banco Mundial. Relatório: Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I: Síntese. Novembro de 2017. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>
34. Mendes JDV, Takahashi E, Portas SLC. Registro do atendimento de pacientes residentes em outros estados nos sistemas de informação do SUS/SP. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 10. Número 81. Dez/2018. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>
35. Mendes JDV, Osiano VLRL. Razão de Procedimentos de Média Complexidade no SUS/SP. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 07. Número 44. jun/2015. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/numero-44-razao-de-procedimentos-de-media-complexidade-no-sussp/gais_44_junho_2015.pdf
36. Mendes JDV, Osiano VLRL. Razão de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade no SUS/SP. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ano 07. Número 44. jun/2015. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais_45_agosto_2015.pdf
37. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
38. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Recomendações para Redução da Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil – Balanço 2012. Rio de Janeiro. INCA/2012. Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/recomendacoes-para-reducao-da-mortalidade-por-cancer-de-mama-no-brasil-balanco>
39. Mendes JDV. Atualização da cobertura de exames de mamografia de rastreamento no SUS/SP – 2017. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 71. Março/2018. Disponível em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais_71.pdf





40. Mendes JDV, Takahashi E, Portas SLC. Terapia Renal Substitutiva nos DRS: atualização 2017. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano 10. Número 78. Nov/2018. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>
41. OECD (2019), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 12 April 2019). Disponível em <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
42. Medici, Andre. (2018). Gastos Federais em Saúde Durante a Crise (2014-2017): Desafios para o Próximo Governo. Ano 12. Outubro 2018. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/328415113_Gastos_Federais_em_Saude_Durante_a_Crise_2014-2017_Desafios_para_o_Proximo_Governo
43. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Informações em Saúde Suplementar – ANS/TABNET. Pesquisado em 12 de abril de 2019. Disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>
- Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde: Trajetória e Percalços no Período de 2003 a 2017. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- I





PARTE IV – REDE DE SAÚDE

Página | 66

Urgência e emergência

O processo de organização da Rede de Atenção às Urgências no Estado de São Paulo foi elaborado conforme as orientações da Portaria MS/GM 1.600, de 07 de julho de 2011 e construído a partir do diagnóstico de saúde das RRAS e fluxo assistencial percorrido pelo paciente desde a atenção primária até a alta complexidade hospitalar, responsabilizando cada componente da atenção a uma determinada parcela da demanda, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

A RUE tem como objetivo a articulação e integração de todas as esferas de saúde para qualificar o acesso digno, integral e humanizado aos usuários em condições de urgência/emergência nos serviços de saúde de maneira rápida e apropriada.

A Deliberação CIB n.66 de 9 dezembro de 2011 aprova a constituição do Grupo Condutor Bipartite para implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no estado de São Paulo com apoio institucional do Ministério da Saúde com as seguintes instruções:

- Os Municípios deverão elaborar diagnóstico situacional e a partir da análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionar as necessidades de saúde em relação ao atendimento das urgências, da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, avaliação e controle.
- Para subsídio à elaboração da proposta do Plano de Ação Regional os municípios deverão seguir as orientações da Portaria MS/GM 1600, de 07 de julho de 2011 e da Portaria GM/MS n. Portaria GM/MS 2395 de 11 de outubro de 2011MS do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, e ainda as instruções específicas para a implantação de cada componente, disponíveis no Portal Saúde.
- O Plano de Ação Regional deverá conter detalhamento técnico de cada componente da Rede de Atenção às Urgências, bem como as metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades entre os gestores e o aporte de recursos pela União, Estado e Municípios envolvidos. O gestor não poderá apresentar propostas isoladas para o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. As propostas deverão ter a abrangência do território das RRAS, definidas pela deliberação CIB nº 36/2011.
- Pactuar compromissos entre o gestor e os prestadores de serviço sob sua gestão por meio do instrumento legal de contratualização. Realizar a análise da demanda quantitativa e qualitativa com definição clara de responsabilidades de ambas as partes, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos.
- Para qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, as Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo deverão cumprir os requisitos constantes das portarias específicas de cada componente



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



A Deliberação CIB nº 07 de 08 de fevereiro de 2012 e a Deliberação CIB 88 de 05/12/2012 aprovaram o Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do SUS no Estado de São Paulo, que é um documento que expressa as estratégias e compromissos do Estado para a implantação desta Rede.

Página | 67

Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões de Saúde

Foram homologados pela CIB 14 Planos de Ação Regional, sendo que os Planos da RRAS 3 (Franco da Rocha) e da RRAS 14 (Piracicaba) não têm até o presente momento Portarias do Ministério da Saúde, portanto ainda não receberam recurso financeiro federal (situação até abril/2019).

Assim, as RRAS a seguir relacionadas já tiveram recursos federais em conformidade com os Planos de Ação elaborados:

RRAS 1 (Grande ABC),
RRAS 2 (Alto Tietê),
RRAS 4 (Mananciais),
RRAS 5 (Rota dos Bandeirantes),
RRAS 6 (São Paulo),
RRAS 7 (Baixada Santista e Registro),
RRAS 9 (Bauru),
RRAS 10 (Marília),
RRAS 12 (São José do Rio Preto e Araçatuba),
RRAS 13 (Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos e Franca),
RRAS 15 (Campinas e São João da Boa Vista),
RRAS 16 (Bragança e Jundiá).

As RRAS 8 (Sorocaba), RRAS 11 (Presidente Prudente) e RRAS 17 (Taubaté) – Requer Plano de Ação Regional

Rede cegonha

O Estado de São Paulo aderiu a estratégia proposta na PT n. 1.459 de junho de 2011, revogada pela PRC N. 3 de outubro de 2017, que tem como principal objetivo organizar uma rede de cuidados que assegura às MULHERES o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e às CRIANÇAS o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Atualmente as 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) estão implantadas, aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite e os Planos de Ação encaminhados ao Ministério da Saúde, no entanto somente 12 tem Portaria Ministerial publicada e recebem o respectivo custeio (situação até abril/2019).

Fazem parte da Rede todas as maternidades de gestão estadual e municipal e a rede de atenção primária dos respectivos territórios.

Compõe a Rede 299 maternidades destas 141 possuem unidades neonatais, uma possui Centro de Parto normal e 03 com Casa da Gestante Bebê e Puérpera.

Para a Gestante de Alto risco o Estado de São Paulo conta com 171 leitos habilitados.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Triagem neonatal

Teste do pezinho

O Teste do Pezinho (gota de sangue seco/papel de filtro x Erros Inatos do Metabolismo) é colhido nas maternidades (75%), unidades de saúde (25%) e são analisados nos Serviços de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) – Laboratórios do Teste do Pezinho. Após a confirmação do diagnóstico de cada uma das doenças pesquisadas, o usuário doente é encaminhado aos Serviços de Atenção Especializada (SAE) para tratamento, seguimento e acompanhamento.

Página | 68

Serviços que atendem as doenças triadas pelo Teste do Pezinho e formam a Rede do Teste do Pezinho no estado de São Paulo.

Rede Estadual - Teste do Pezinho	
SRTN Laboratório do Teste do Pezinho	• Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de São Paulo – APAE; • Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – Ribeirão Preto; • Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas na Infância - Cipo /UNICAMP – Campinas
SAE – Hipotireoidismo Congênito	• Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de São Paulo – APAE; • Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – Ribeirão Preto; • Hospital das Clínicas da UNICAMP – Campinas; • Hospital Regional da Faculdade de Medicina Marília; • Hospital Regional de Prudente da Faculdade de Medicina UNOESTE; • Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu; • Casa de Saúde Santa Marcelina.



SAE – Fenilcetonúria	• Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de São Paulo – APAE; • Hospital das Clínicas da FMUSP Ribeirão Preto; • Hospital das Clínicas da FMUNICAMP – Campinas; • Hospital Regional da Faculdade de Medicina de Marília; • Hospital Regional de Prudente – Faculdade de Medicina UNOESTE; • Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu; • Hospital Regional de Bauru; • Centro de Triagem Neonatal e Estimulação Neurosensorial Dr. Tatuya Kawakami de São Caetano do Sul; • Casa de Saúde Santa Marcelina.
SAE – Doença Falciforme	• Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de São Paulo – APAE (realiza apenas a primeira consulta); • Hospital das Clínicas da FMUSP – Ribeirão Preto; • Hospital das Clínicas da FMUNICAMP – Campinas; • Hospital Regional da Faculdade de Medicina Marília; • Hospital Regional de Prudente Faculdade de Medicina UNOESTE; • Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu; • Hospital das Clínicas da FMUSP – Hematologia Pediátrica/Adulto; • Santa Casa de São Paulo – Hematologia Pediátrica/Adulto; • Hospital São Paulo da FMUNIFESP – Hematologia Pediátrica/Adulto; • Hospital Infantil Darcy Vargas – Hematologia Pediátrica; • Hospital Infantil Cândido Fontoura – Hematologia Pediátrica; • Hospital Menino Jesus – Hematologia Pediátrica; • Centro Infantil Dr. Domingos A. Boldrini – Hematologia Pediátrica/Adulto – Campinas; • Hospital de Base de São José do Rio Preto – Hematologia Pediátrica/Adulto; • Casa de Saúde Santa Marcelina.



SAE – Fibrose Cística (Centros Especializados de Referência para Fibrose Cística – CERFC)	• Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto de São Paulo – Departamento de Pediatria – Serviço de Pneumologia Infantil; • Hospital das Clínicas da FM UNICAMP – Departamento de Pediatria – Serviço de Gastroenterologia Pediátrica; • Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – Divisão de Pneumologia – equipe multiprofissional para assistência aos pacientes adultos com Fibrose Cística; • Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina – Instituto da Criança – Unidade de Pneumologia Pediátrica; • Hospital das Clínicas da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Pediatria – Serviço de Pneumologia Pediátrica; • Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Departamento de Puericultura e Pediatria – Serviço de Gastroenterologia Pediátrica; • Hospital São Paulo da Universidade Federal do Estado de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – Departamento de Pediatria – Disciplina de Especialidades Pediátricas – Setor de Pneumologia; • Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Pediatria e Puericultura – Serviço de Pneumologia Pediátrica; • Ambulatório de Especialidades da Fundação do ABC e Centro Hospitalar do Município de Santo André – Serviço de Pneumologia Infantil da Faculdade de Medicina do ABC.
Teste do Suor para Fibrose Cística (PT nº1264, 18/12/2015)	• Hospital de Base – FAMERP – São José do Rio Preto; • Hospital das Clínicas – UNICAMP; • Hospital das Clínicas – FMUSP – Instituto da Criança; • Hospital das Clínicas – FM de Botucatu UNESP de Botucatu; • Hospital das Clínicas – FMUSP Ribeirão Preto; • Ambulatório de Especialidades da Fundação do ABC e Centro Hospitalar do Município de Santo André – Serviço de Pneumologia Infantil da Faculdade de Medicina do ABC.



SAE – Deficiência da Biotinidase	• Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de São Paulo – APAE; • Hospital das Clínicas da FMUSP – Ribeirão Preto; • Hospital das Clínicas da FM UNICAMP – Campinas; • Hospital Regional da Faculdade de Medicina Marília; • Hospital Regional de Prudente Faculdade de Medicina UNOESTE; • Hospital das Clínicas da FM UNESP de Botucatu; • Casa de Saúde Santa Marcelina.
SAE – Hiperplasia Adrenal Congênita	• Hospital das Clínicas – Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina – Instituto da Criança – Unidade de Endocrinologia Pediátrica; • Hospital das Clínicas – Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina – Serviço de Endocrinologia e Metabologia – Ambulatório de Hiperplasia Adrenal Congênita; • Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Pediatria e Puericultura – Serviço de Endocrinologia Pediátrica; • Hospital São Paulo – Universidade Federal do Estado de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – Departamento de Pediatria – Disciplina de Especialidades Pediátricas – Setor de Endocrinologia – Ambulatório de Anomalias da Diferenciação Sexual; • Casa de Saúde Santa Marcelina – Ambulatório de Especialidades Médicas – Serviço de Endocrinologia; • Hospital das Clínicas – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Departamento de Pediatria – Grupo Interdisciplinar de Estudo da Determinação e Diferenciação do Sexo; • Hospital das Clínicas – Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Medicina de Botucatu – Disciplina de Endocrinologia e Metabologia – Ambulatórios de Distúrbios da Hipófise, Doenças da Adrenal e Endócrino Geral; • Hospital das Clínicas – Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Departamento de Pediatria – Ambulatório de Endocrinologia Infantil; • Hospital Infantil Darcy Vargas – Serviço de Endocrinologia Pediátrica – Equipe Multiprofissional para Assistência aos pacientes pediátricos com Hiperplasia Adrenal Congênita.





Teste do olhinho

Assim como doenças genéticas, metabólicas ou infecciosas que podem ser detectadas precocemente pelo Teste do Pezinho, também é possível diagnosticar, ainda nas primeiras horas de vida, se o recém-nascido possui algum problema visual congênito, ou seja, se o bebê nasceu doente. Essa avaliação é feita através do Teste do Reflexo Vermelho ou Teste do Olhinho, como é popularmente conhecido.

Página | 72

O fluxo assistencial do Teste do Olhinho no estado de São Paulo foi estipulado através da Resolução SS nº 19, de 01 de março de 2016.

A Rede do Teste do Olhinho no estado de São Paulo encontra-se no Anexo I.

Rede de oncologia

Os 17 Planos Regionais de Prevenção e Controle do Câncer no Estado de São Paulo, na sua construção, consideraram todos os pontos de atenção, desde a Atenção Básica como porta de entrada até a Atenção Especializada Hospitalar (CACON, UNACON, Hospital Geral com Cirurgia Oncológica de Complexo Hospitalar, e serviço de radioterapia de Complexo Hospitalar) responsáveis pelo diagnóstico, acompanhamento e tratamento, integrando ações e serviços sob gestão estadual e municipal. Foram consideradas as estimativas de necessidade de casos novos segundo parâmetros estabelecidos pelo INCA. Os planos foram encaminhados ao Ministério da Saúde após aprovação em CIR e CIB

O estado conta com 78 serviços de alta complexidade em oncologia, sendo 39 sob gestão estadual e 39 sob gestão municipal (tabela abaixo).

Destes, 15 são Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), 58 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e 5 hospitais gerais habilitados em cirurgia oncológica.

O monitoramento realizado se baseia na produção de cirurgias oncológicas, radioterapia e quimioterapia, anualmente e considera estimativa de necessidade conforme portaria ministerial nº 140/2014 e programação da PPI-Redes.

Os 17 planos apresentaram indicadores de monitoramento para acompanhamento regional.





Número de serviços oncológicos segundo Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e esfera de gestão. Estado de São Paulo, janeiro 2019.

RRAS	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total Geral
RRAS 01	2	4	6
RRAS 02	2		2
RRAS 03	-	-	-
RRAS 04	1		1
RRAS 05	-	-	-
RRAS 06	12	5	17
RRAS 07	2	3	5
RRAS 08	1	3	4
RRAS 09	3	1	4
RRAS 10	2	2	4
RRAS 11	2		2
RRAS 12	4	1	5
RRAS 13	3	4	7
RRAS 14		5	5
RRAS 15	2	4	6
RRAS 16	1	2	3
RRAS 17	2	5	7
Total Geral	39	39	78

Página | 73

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Rede de cuidados a pessoas com deficiência - RCPD

Esta Rede foi instituída pela Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012, considerando a necessidade do Sistema Único de Saúde SUS oferecer uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua, com o objetivo de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção de incapacidades.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dá pela realização do diagnóstico, elaboração do Plano de Ação Regional, adesão e contratualização dos pontos de atenção, implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da RCPD. O objetivo é obter um diagnóstico atualizado da oferta e do fluxo assistencial percorrido pelo paciente no sistema, da atenção primária a alta complexidade, não esquecendo o transporte sanitário e o atendimento domiciliar, responsabilizando cada um pela atenção a uma determinada parcela da demanda, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Nesta forma organizacional o fluxo assistencial pode ser traduzido em uma linha indicativa do caminho a ser percorrido pelo paciente, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma a não deixar dúvidas para os gestores para os profissionais de saúde e para o próprio paciente de quais são os recursos, onde estão e como serão utilizados.

A RCPD organiza-se nos seguintes componentes: Atenção Básica UBS/NASF/(Serviço Odontológico, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências CER, CEO, outros serviços de reabilitação habilitados ou não, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência Hospitais, Pronto Socorro, UPA, SAMU 192 e equipes de atenção domiciliar. Os componentes da RCPD serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado, o acesso pactuado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio.

Área técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência constitui-se em um espaço de desenvolvimento e/ou articulação de projetos conforme o Plano Estadual de Saúde, normas e diretrizes do Ministério da Saúde e do Governo do estado de São Paulo, articulando, opinando e sugerindo o desenvolvimento de programas e ações, analisando, instruindo e emitindo pareceres para subsidiar informações, decisões, deliberações e expedientes; bem como instituir mecanismos e instrumentos capazes de gerar eficácia, eficiência e economicidade às ações governamentais relacionadas à Política Nacional de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a assistência as pessoas com deficiência de forma adequada e oportuna, por meio de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) qualificada e descentralizada nas 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado.





Doenças raras

Atualmente o único Serviço habilitado como Serviço de Referência em Doenças Raras no estado de São Paulo é o Ambulatório de Especialidades da FM ABC, através da Portaria nº 3.372, de 29 de novembro de 2016), que atende apenas a região do ABC (7 municípios). Nesse território temos organizada uma Rede de Atenção à Pessoa com Doença Rara, que é composta por todos os pontos de assistência à Saúde e o Serviço Regional em Doenças Raras do ABC Paulista.

Página | 75

Saúde mental

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) investe nos processos de regionalização, com o objetivo de promover a equidade do acesso, evitando a fragmentação, os vazios assistenciais e a subutilização dos serviços em seu território.

Em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde o estado de São Paulo avançou na estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), no âmbito do SUS.

Entre as redes prioritárias a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS se organizou respeitando os espaços administrativos das Regiões de Saúde – Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de dezembro de 2012 que aprovou o Termo de Referência para a implantação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) assim definimos tecnicamente a ampliação, estruturação, qualificação de 63 RAPS trazendo sustentação à política de saúde mental.

No campo da atenção psicossocial, as diretrizes e os dispositivos constitutivos da **Rede da Atenção Psicossocial (RAPS)** são estabelecidos nas Portarias de Consolidação nº 2,3 e 6 de 2017, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e transtornos mentais com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para a implantação, expansão, monitoramento e acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial foi definido grupo condutor bipartite formado pela Secretaria de Estado da Saúde – SES e pelo Conselho dos Secretários Municipais da Saúde - COSEMS.

Orientamos que o mesmo desenho fosse reproduzido regionalmente, assim foram constituídos grupos condutores regionais que enfrentaram muitas dificuldades principalmente nos processos de pactuações o que impactou na aprovação das RAPS, porém não impediu a



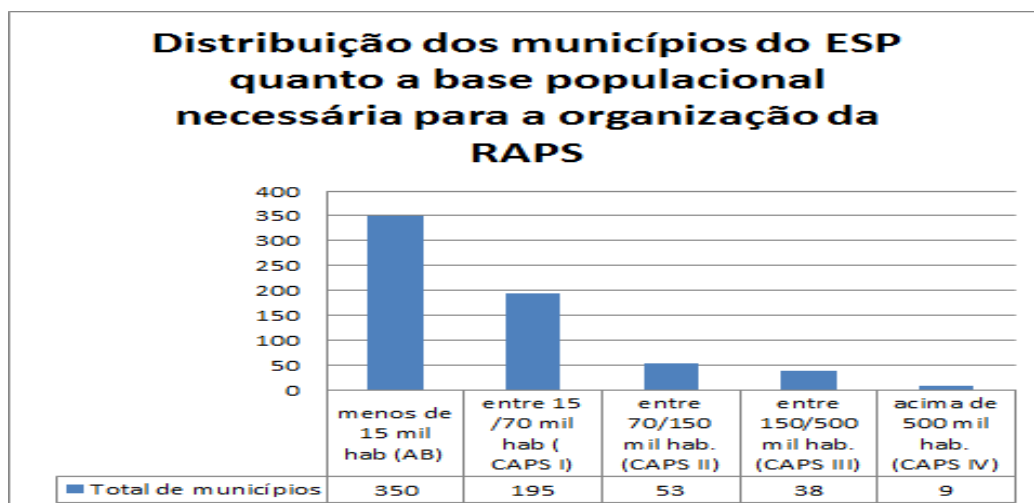
implantação dos serviços. Entre as dificuldades para as pactuações da RAPS podemos destacar a grande rotatividade de gestores de saúde dos municípios gerando descontinuidade nos processos, poucas referências em hospitais gerais e o subfinanciamento da rede agravado pelas dificuldades econômicas enfrentadas pelos municípios que tem competência constitucional de implantar a maior parte dos dispositivos da rede.

Página | 76

O Estado de São Paulo abriga hoje mais de 20% da população do país (41.262.199hab.) distribuída em 645 municípios. Desses, 54% (350 municípios) contam com menos que 15.000 habitantes.

Quanto aos municípios com base populacional para CAPS temos:

- 195 municípios com população entre 15 e 70 mil habitantes (30%) aptos para CAPS tipo I;
- 53 municípios (8,2%) com população entre 70 e 150 mil habitantes com base populacional para CAPS tipo II (transtorno adulto, infantil e álcool e drogas);
- 38 municípios com base populacional para CAPS tipo III com população entre 150 e 500 mil habitantes,
- 9 municípios acima de 500 mil habitantes (1,3%) com possibilidade de habilitarem CAPS tipo IV.



Os dados acima mostram que o Estado de São Paulo tem um grande desafio no sentido de programar, investir e qualificar ações de saúde mental na atenção básica.





Em apresentação de dados preliminares sobre o cuidado de saúde mental na Atenção Básica realizado pelo Instituto de Saúde em parceria com a área técnica da atenção básica refere que 80% das Unidades Básicas de Saúde recebem casos de saúde mental diária ou semanalmente e 95,3% receberam demanda de saúde mental nos últimos 3 meses. As ações realizadas são basicamente trocas de receita, 70,4%.

Página | 77

Depressão e ansiedade representam 97,8% das queixas em saúde mental na Atenção Básica e são poucas as ações específicas em detecção, prevenção e cuidado para a população que faz uso abusivo ou apresenta dependência de substâncias psicoativas.

As ações de saúde mental na atenção básica devem partir de um amplo processo de qualificação que invista em escuta qualificada, em tecnologias de cuidado privilegiando as tecnologias leves e construção de Projetos Terapêuticos Singulares que favoreçam o acesso aos serviços considerando as necessidades dos indivíduos.

Cabe destaque a necessidade de uma ampla organização e investimento para o desenvolvimento de uma Política Estadual de Prevenção ao Suicídio onde a atenção básica é o ponto de atenção que protagoniza as ações que impactariam nesta realidade do ESP.

O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre pessoas com idade entre 15-35 anos. No Brasil é a segunda causa de morte, é de conhecimento que estas estatísticas subestimam a realidade; para cada tentativa 4 outras não são registradas.

Existem no Estado de São Paulo ambulatorios de saúde mental e unidades básicas tradicionais que necessitam qualificação para desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental e matriciamento no apoio à serviços da Atenção Básica.

Com a publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017 fica instituída a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas, considerando as características destas equipes, e as discussões no Grupo Condutor Estadual da RAPS, tecnicamente a SES orienta a priorização da implantação e habilitação nos municípios menores que 15 mil habitantes, tendo como referencial técnico fundamental as ações de apoio matricial à atenção básica, a organização em Rede de Atenção com definição precisa da orientação técnica dos casos de maior complexidade ao CAPS de Referência definido no Plano da RAPS e pactuado na CIR.

No processo de expansão da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo, houve uma união de esforços entre os gestores municipais e o gestor estadual para a implementação de Centros de Atenção Psicossocial, considerando que a mudança do modelo necessitava a estruturação de uma rede que tivesse a potência para o cuidado da crise

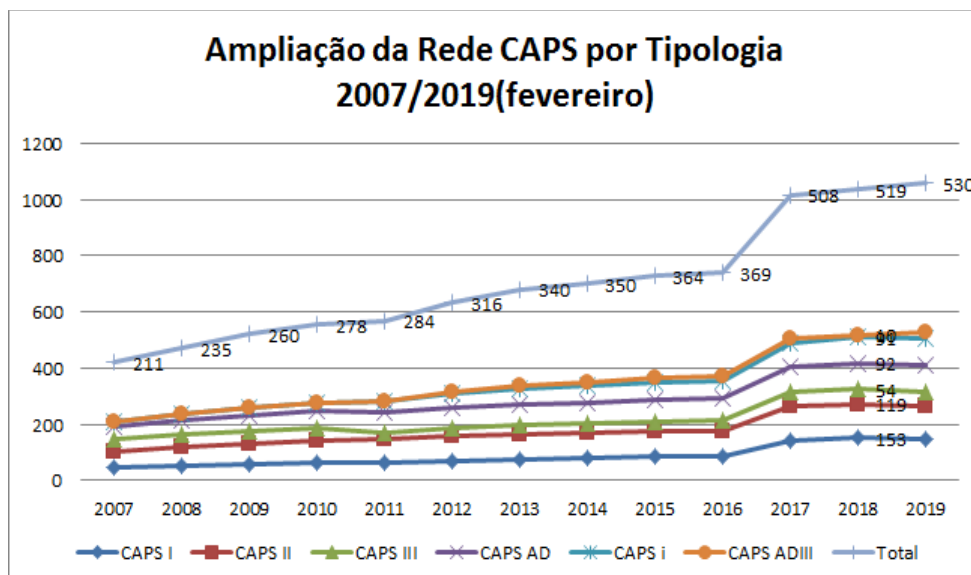


reduzindo as demandas para a internação e organizando os territórios a partir das estruturas e pactos entre os gestores dos espaços constitutivos das CIRs.

Os avanços foram muito significativos porém, assim como a atenção básica a rede de serviços territoriais especializados - CAPS – Centros de Atenção Psicossocial também necessita de incentivos tanto técnicos quanto financeiros para garantir a qualidade da atenção psicossocial e consequentemente sustentar o modelo ofertando cuidado em saúde de qualidade e humanizado à população e àqueles que historicamente ocupavam os pátios dos grandes manicômios.

Página | 78

Ampliação da Rede CAPS



Desinstitucionalização

Por muitos anos o Brasil desenvolveu políticas de saúde mental que privilegiavam o modelo hospitalocêntrico. Como consequência milhares de pessoas foram privadas de seus direitos fundamentais e passaram à condição de moradores dos Hospitais Psiquiátricos. O movimento da reforma sanitária e psiquiátrica que surgiu nos anos 80, com o processo de redemocratização do país, culminou em 2001 na criação da Lei Federal que dá início ao marco



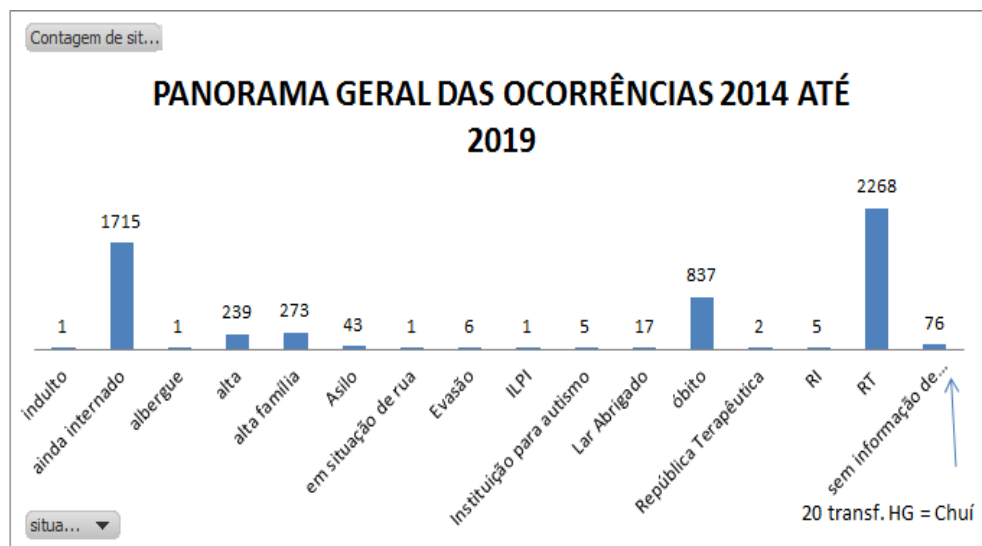
legal que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No ano de 2014 foi realizada a segunda pesquisa censitária desta população, aplicada em 53 Hospitais Psiquiátricos (HP) do Estado de São Paulo que identificou 4.439 pessoas residentes nas unidades.

Página | 79

O perfil geral dessa população aponta que a maioria são homens, brancos, acima de 45 anos, sem escolaridade, sem renda, com pouco ou nenhum contato familiar e internado há mais de 10 anos (mas com casos que ultrapassam 50 anos de internação). Em uma comparação com o censo anterior realizado em 2008, constatamos que o valor correspondente a diferença entre os totais de moradores correspondia a 1.170 óbitos e 740 altas, identificamos também 15,8% de novas internações, mostrando a dificuldade na implementação de políticas públicas de base comunitária que transforme o modelo de atenção e garanta a desinstitucionalização para esta população.

Considerando as ações realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde com o apoio do COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Ministério Público Federal e Estadual, em 2019 o total de moradores envolvidos na desinstitucionalização, considerando outras instituições asilares incluídas no processo (3 HCTP, 1 instituição da região de Marília e Centro Pioneiro), totalizando uma população a ser desinstitucionalizada que somou 5.490 pessoas, obtivemos os seguintes resultados:



Ampliação RT / Desinstitucionalização.

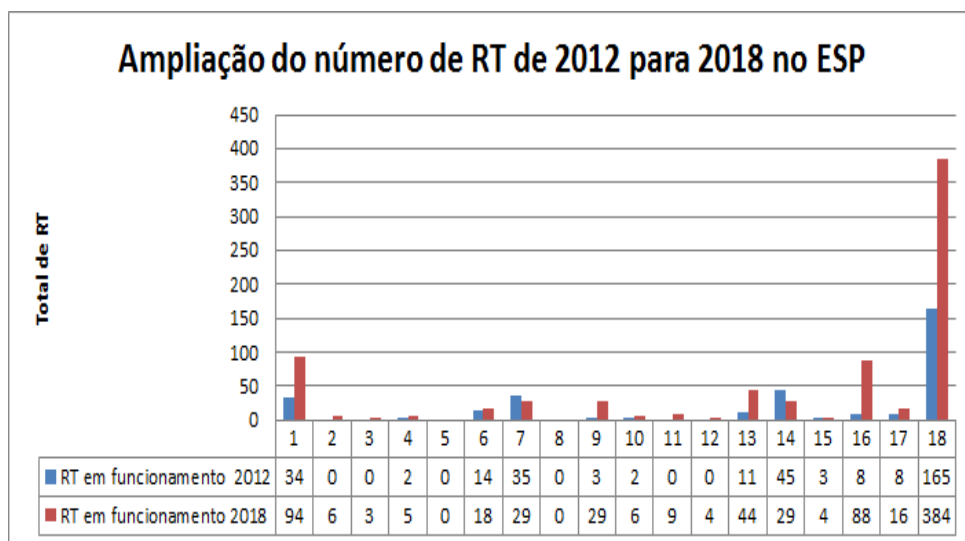


Das 5.490 pessoas envolvidas no processo de desinstitucionalização, 1.715 ainda permanecem em condição de morador de hospital psiquiátrico, sendo que, 76% participaram do censo de 2014. Os óbitos somam 873 pessoas (15%). Quanto à desinstitucionalização os resultados obtidos foram: 2.268 pessoas (41%) passaram a residir em Residências Terapêuticas e 512 pessoas retornaram ao convívio familiar, ou seja, 2.780 (50,6%) do total de pessoas estão vivendo em liberdade.

Página | 80

A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acompanhou e qualificou o processo de desinstitucionalização, pois todo o cuidado deve estar vinculado aos recursos regionais que garantam a manutenção destas pessoas no território.

É fundamental o apoio da SES aos municípios na implantação da RAPS no Estado de São Paulo, para o cuidado fora dos muros. Destacamos o crescimento no número de Centros de Atenção Psicossocial já referido acima e Residências Terapêuticas (RT) componentes relacionados diretamente à desinstitucionalização.



Atualmente é preocupante a institucionalização de indivíduos portadores de deficiências intelectuais e de Transtornos do Espectro Autista (TEA), o que torna urgente a implantação de residências inclusivas, que são serviços de moradia para portadores de deficiências com prejuízos na autonomia. Estes serviços são de responsabilidade da SMADS, assim ações





intersecretariais são pautas de grande importância para não retomarmos condutas excludentes com diferentes segmentos populacionais de extrema vulnerabilidade.

Leitos em SM.

A SES concentra a maior parte dos seus leitos em SM em Hospitais Psiquiátricos centralizados em algumas regiões do estado: São João da Boa Vista, Marília, Bauru e Ribeirão Preto. Esta organização dificulta os processos de regionalização e favorecendo a fragilização de vínculos sociais e familiares. Tal organização acarreta baixa resolutividade e como consequência desta centralização, não atuam no território de moradia do usuário, dificultando a construção do projeto terapêutico singular pelos serviços implicados no cuidado.

Ao analisarmos a localização dos leitos observamos que há déficit de leitos em Hospitais Gerais e em contrapartida ao incluirmos os Hospitais Psiquiátricos o total de leitos supera os parâmetros SUS definidos na Portaria 1631 de outubro de 2015 e 148 de janeiro de 2012.

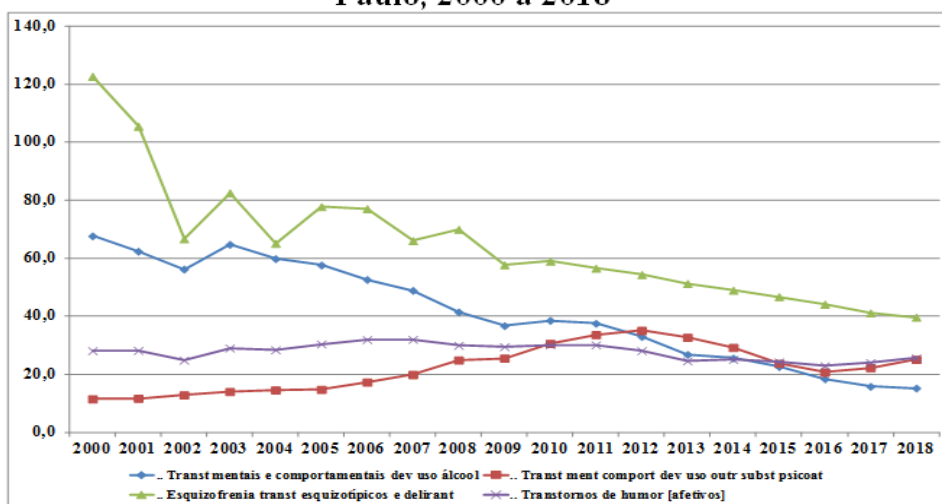
A planilha abaixo mostra o quantitativo de leitos em HG e déficit por território de acordo com os padrões do SUS e o total de leitos incluindo os de HP.

DRS	RAPS	Total de Municípios	População	Total de leitos em CAPS III	Total Leitos HG	Necessidade Leitos Hospital Geral 1/23.000 hab)	Déficit Leitos HG	Total Geral de Leitos HG+HP+C APS III
01 - GRANDE S. PAULO	6 RAPS	39 municípios	20.856.507	329	620	907	287	1817
02 - ARAÇATUBA	3 RAPS	40 municípios	738.700	5	0	32	32	65
03 - ARARAQUARA	4 RAPS	24 municípios	947.041	0	8	41	33	38
04 - BAIXADA SANTISTA	1 RAPS	9 municípios	1.798.230	34	42	78	36	76
05 - BARRETOS	2 RAPS	18 municípios	422.401	10	20	18	-2	30
06 - BAURU	5 RAPS	68 municípios	1.811.680	8	6	79	73	420
07 - CAMPINAS	4 RAPS	42 municípios	4.268.031	86	46	194	148	455
08 - FRANCA	3 RAPS	22 municípios	687.521	0	0	30	30	200
09 - MARÍLIA	5 RAPS	62 municípios	1.098.143	0	17	48	31	516
10 - PIRACICABA	4 RAPS	26 municípios	1.515.307	8	13	66	53	163
11 - PRESIDENTE PRUDENTE	5 RAPS	45 municípios	751.883	16	47	33	-14	223
12 - REGISTRO	1 RAPS	15 municípios	277.179	0	8	12	4	8
13 - RIBEIRÃO PRETO	3 RAPS	26 municípios	1.382.524		30	60	30	556
14 - S. JOÃO B. VISTA	3 RAPS	20 municípios	803.034		5	35	30	1145
15 - S. JOSÉ R. PRETO	7 RAPS	102 municípios	1.587.759		43	69	26	351
16 - SOROCABA	3 RAPS	48 municípios	2.418.289	32	53	105	52	85
17 - TAUBATÉ	4 RAPS	38 município	2.446.521		51	106	65	198
17 DRS	68 RAPS	645 municípios	43.810.750	528	1009	1913	914	6346



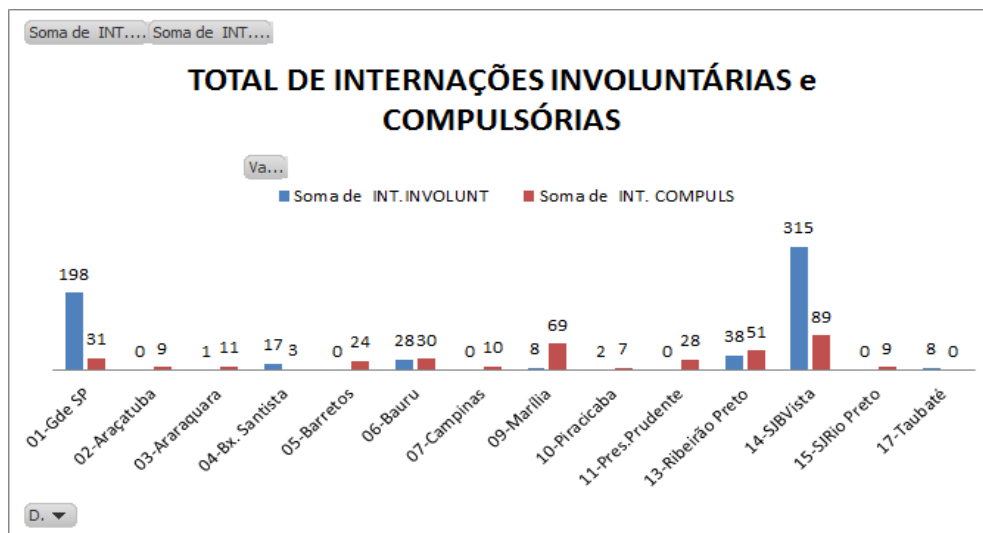
Com o crescimento da rede psicossocial houve uma redução nas internações por transtornos mentais de geral, porem observamos um acréscimo nas internações por dependência química, citado no documento "O impacto das internações de saúde mental por dependência de drogas no SUS do Estado de São Paulo - Boletim Eletrônico GAIS nº 80 (jan./2019)".

Gráfico 2: Taxa Bruta de Internação (por 100 mil hab) segundo Tipo de Causa de Transtornos Mentais. Estado de São Paulo, 2000 a 2018 *



Observamos também nos territórios de maior concentração de HP um número maior de internações involuntárias e compulsórias.





Diagnóstico regional

Na análise dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS das demandas em saúde mental destacamos as estratégias e ações de educação permanente nos seus diferentes pontos de atenção, como necessidade prioritária, atributo definido em todos os todos os territórios como fundamental para aprimorar cuidado em saúde mental.

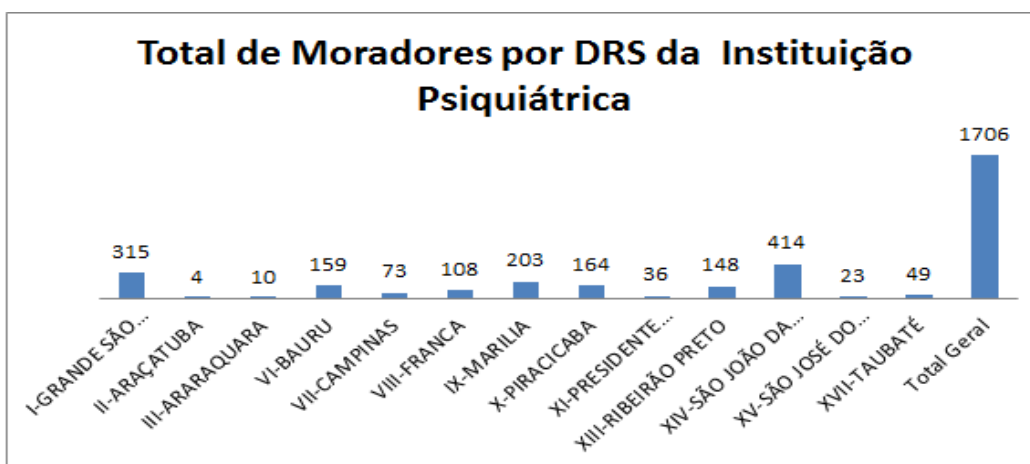
Leitos

Outro destaque que é consenso nos DRS, trata-se dos Leitos em Hospitais Gerais, abordando esta questão de forma mais ampla que vai desde a ampliação até a habilitação dos leitos existentes com ênfase aos leitos para adolescentes, demanda complexa que necessita de um olhar da intersetorialidade, mas que por diversas vezes tem sua demanda limitada a internações judicializadas.

Quanto ao Processo de Desinstitucionalização destacamos no que se refere a distribuição dos moradores:

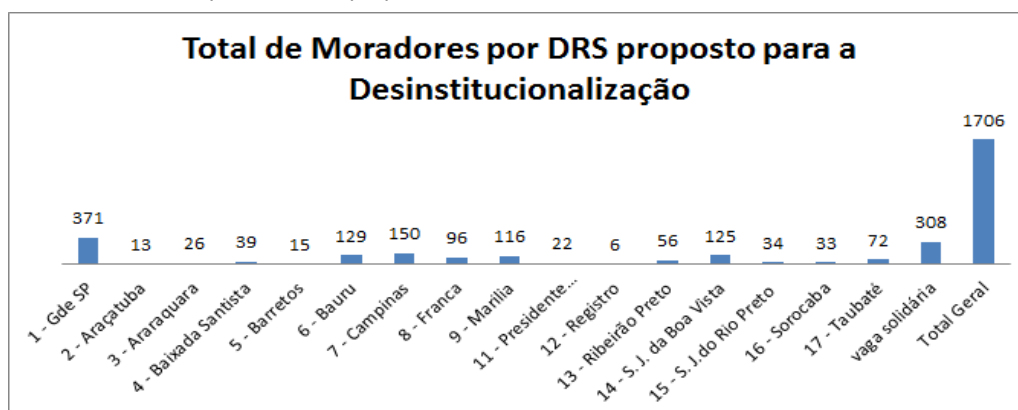


Atualmente os DRS de São João da Boa Vista, Marília, Piracicaba e Bauru apresentam a maior concentração de moradores nos hospitais psiquiátricos.

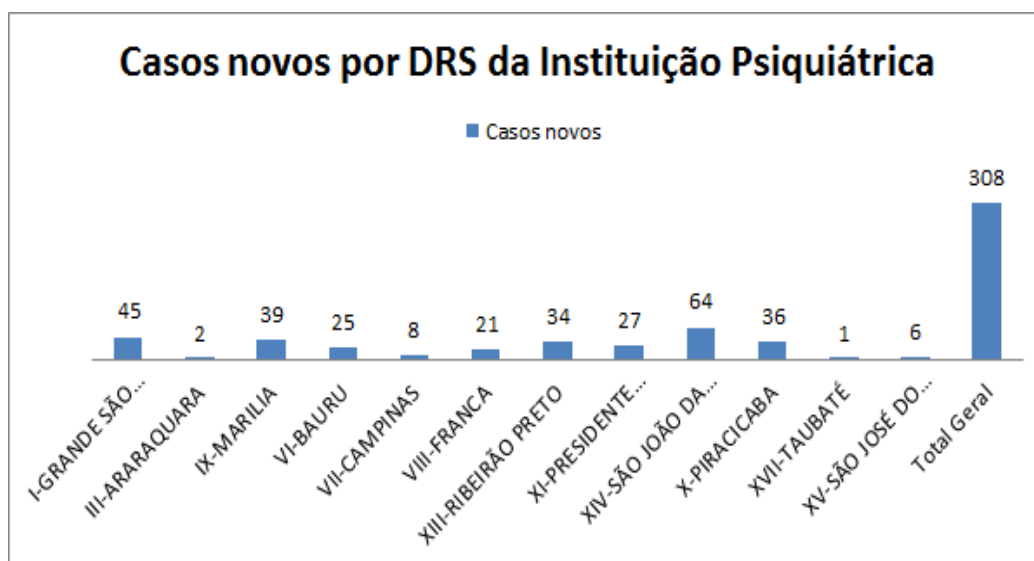


Página | 84

- Quando avaliamos a população institucionalizada, por DRS proposto para desinstitucionalização observamos que as regiões metropolitanas de São Paulo e Campinas concentram o maior número de moradores, compatível com a base populacional em relação ao total do ESP, seguido pelos territórios com grande quantidade de leitos psiquiátricos, dado que foi observado na região de Sorocaba em seu processo de desinstitucionalização finalizado em 2019, onde a maior parte dos moradores pertencia ao próprio território.



- Os novos moradores, ou seja, pessoas que completaram 1 ano de internação ou mais à partir de 2014 somam 308 pessoas com maior concentração no DRS de São João da Boa Vista.



O município de São Paulo apresenta 63% do total de moradores do DRS da Grande São Paulo e encontra-se, devido a um Termo de Ajustamento de Conduta, em um processo de desinstitucionalização que prevê a desinstitucionalização de 100% de seus moradores, o que alterará de forma importante o quadro apresentado.

A Rede de Atenção Psicossocial apresenta muitas iniquidades na sua estruturação, como já abordamos apenas 45,7% dos municípios apresentam base populacional para CAPS, destes 150 municípios (66%) deveriam implantar CAPS tipo 1 ou seja, 73 municípios, assim, devemos considerar a importância de investimentos nestes serviços.

Os municípios paulistas com base populacional para CAPS tipo 2 somam 53, destes somente 2 municípios não apresentam CAPS porém cabe destacar que:

- Na base populacional os municípios poderiam implantar CAPS nas modalidades adulto, infantil e álcool e drogas. Se avaliarmos a necessidade de implantação por modalidade teremos respectivamente a necessidade de implantar: 14 novos CAPS tipo 2 modalidade infantil e 26 CAPS tipo 2 modalidade álcool e drogas .





Mesmo com um bom quantitativo de CAPS o cuidado para a criança e o adolescente necessita de investimentos o que se reflete na alta procura por internação. Alternativas como o cuidado no território com ações intersetoriais de apoio necessitam maior investimento.

Evidente também que as ações para o cuidado ao dependente necessitam investimentos por parte dos municípios, muitos gestores referem altos custos com judicialização para internação de pessoas com dependência de substâncias psicoativas porém há necessidade de expansão da rede de CAPS AD nos territórios.

O investimento nesta modalidade de serviços ampliaria o escopo das ações reduzindo a necessidade de internações pois ofertaria alternativas de cuidado no território.

Ações integradas entre as três modalidades de CAPS, com a atenção básica e com os leitos nos hospitais gerais de referência, transformam de forma significativa a gestão do cuidado em saúde mental do cidadão.

Ao avaliarmos os municípios de maior porte observamos grande concentração nas Regiões Metropolitanas de São Paulo e Campinas, seguido pela Baixada Santista e Piracicaba. Dos demais DRS, os municípios acima de 150 mil habitantes são os municípios sede do DRS e a implantação de serviços tipo III contribuiria para a organização do território.

Quando nos referimos aos CAPS tipo 3 as variáveis ainda são maiores pois municípios acima de 150 mil habitantes poderiam somar CAPS III a cada grupo de 150 mil habitantes ou outra base definida pelo gestor municipal, da mesma forma CAPS álcool e drogas tipo 3 e CAPS infantil tipo 3. Hoje temos 51 CAPS tipo III modalidade: adulto e 26 CAPS tipo III modalidade - álcool e drogas. Como não há um padrão definido para tal organização apontaremos os recursos existentes considerando os seguintes critérios:

- Total de municípios acima de 150 mil habitantes que não apresentam nenhum CAPS implantado: 0
- Total de municípios acima de 150 mil habitantes que apresentam CAPS III adulto implantado: 15
- Total de municípios acima de 150 mil habitantes que apresenta CAPS AD III implantado: 9
- CAPS acima de 150 mil habitantes que apresenta CAPS III adulto, III AD e infantil implantado: 6
- Total de municípios acima de 150 mil habitantes que não apresentam CAPS adulto: 1
- Total de municípios acima de 150 mil habitantes que não apresentam CAPS AD: 6
- Total de municípios acima de 150 mil habitantes que não apresentam CAPS infantil: 10





Os municípios de maior porte ainda investem em CAPS do tipo 2 o que não acrescenta quando avaliamos alternativas de acolhimento para crises fora das enfermarias sobrecarregando os serviços hospitalares.

Página | 87

Incentivo financeiro às instituições sem fins lucrativos

Os programas de Auxílio Financeiro para custeio das instituições Privadas Sem Fins Lucrativos são iniciativas adotadas pela SES-SP visando a manutenção e qualificação da assistência nos âmbitos regionais.

Programa pró santa casa

A SESSP em parceria com o COSEMS-SP implantou a partir de novembro de 2007 o Programa Pró Santa Casa , devido à observação de crescente elevação dos custos da assistência à saúde, decorrente dos seguintes fatores: - transição demográfica e epidemiológica, - avanço tecnológico (principalmente diagnóstico e farmacológico), insuficiência de recursos financeiros provenientes da remuneração dos procedimentos médico-hospitalares e, necessidade de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada pelas Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos (Deliberação CIB nº. 232 de 11 de Dezembro de 2007 e Deliberação CIB nº. 51, em vigor).

Objetivos do Programa

- Apoiar financeiramente entidades filantrópicas sem fins lucrativos, responsáveis por serviços de saúde de referência regional do SUS, selecionadas conforme os critérios definidos pelo Programa;
- Aperfeiçoar a organização regional da assistência hospitalar e o acesso da população aos recursos hospitalares de saúde, com participação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) no processo de seleção das instituições.

Foram utilizados critérios populacionais para definir o número de instituições a serem indicadas e o valor do incentivo proposto.

O valor do incentivo é compartilhado entre os gestores, sendo 70% de responsabilidade do Gestor Estadual e 30% dos Gestores Municipais, exceção aos hospitais considerados de referência estadual ou macro regional, que recebem auxílio com verba exclusiva do governo do



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Estado, 100% do repasse (07 instituições). Instituições indicadas para participar do Programa Pró Santa Casa, base dezembro de 2018, são 117, sendo 07 de referência estadual ou macro regional, que recebem auxílio com verba exclusiva do governo do Estado.

Página | 88

Auxílio financeiro santa casa sustentável

A partir de 2012, em consonância com o processo de regionalização, tendo em vista que os territórios das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) deveriam ter suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade, a SES inicia uma série de estudos com a finalidade de avaliar os programas de incentivo financeiro praticados até então. Proposto um modelo de auxílio financeiro que avaliasse a inserção da instituição na assistência regional, levando em consideração não apenas a divisão dos territórios em Regiões de Saúde, mas seu perfil, capacidade de oferta para a assistência à saúde da RRAS/DRS.

O Auxílio Financeiro Santa Casa SUSTentável foi instituído pela Resolução SS nº 13, de 05-02-2014, substituída pela Resolução SS - 95, de 24-11-2017 e pela Resolução SS-39, de 09-04-2014

Objetivos do Auxílio

- Contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência no Estado de São Paulo, capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivos, de média e de alta complexidade, que atendam às necessidades e demandas da população, em especial aquelas encaminhadas pelo setor de regulação do acesso e integrar as Redes de Atenção à Saúde no estado.

Estabelecidas premissas, critérios de inclusão e classificação, definidos indicadores de monitoramento.

O valor financeiro do auxílio é uma proporção dos valores da produção ambulatorial e de internação da média e alta complexidade (MAC) sem o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) aprovado (fonte: DATASUS SIH;SIA).



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Instituições indicadas para participar do Auxílio Financeiro Santa Casa SUSstável, base dezembro de 2018, são 63. Recebem concomitantemente o Auxílio Financeiro Santa Casa SUSstável e o Programa Pró Santa Casa, 50 instituições.

Página | 89

População específica

Pessoas privadas de liberdade

A Secretaria de Estado da Saúde realiza, através da área técnicas, suporte técnico às equipes de saúde das unidades prisionais nas áreas de: tuberculose, imunização, saúde ocular, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e saúde da mulher e da criança.

Ação Intersetorial

A Coordenadoria de Planejamento de Saúde realiza a interlocução entre as secretarias: da Justiça (responsável pelas unidades da Fundação Casa), de Administração Penitenciária (presídios e Centros de Detenção Provisória) e Secretaria de Segurança Pública (cadeias públicas), com vistas a garantir o acesso aos procedimentos extramuros voltados a este público, ou seja, garantir que sejam inseridos nas **RAAS** os indivíduos que se encontram temporariamente na condição de privação de liberdade.

Imunização

A SES repassa aos municípios as vacinas e insumos para atualização do calendário vacinal: Dupla Adulto, Tríplice Viral, Hepatite B e Febre Amarela (na região Noroeste do Estado) Vacinação contra influenza e H1N1 .

Durante o período de abril a maio, por ocasião da Campanha contra a influenza, o calendário de vacinação é atualizado.

Tuberculose

A Divisão de tuberculose do CVE, em conjunto com GVEs e VE e SAP municipais realiza avaliação trimestral com as unidades prisionais, discutindo indicadores e planejando atividades conjuntas.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



São realizados treinamentos, campanhas de busca ativa (incluindo os exames laboratoriais), buscas de rotina na inclusão e nos suspeitos, o TDO, o sistema de informação, o laboratório do PEMANO (incluindo controle de qualidade).

São realizadas reuniões de avaliação conjuntas com a vigilância epidemiológica investigando casos e monitorando resistências.

Página | 90

CRT AIDS

Teste rápido HIV e Sífilis

A Coordenação Estadual DST/AIDS-SP, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária e o Programa Municipal DST/AIDS, realiza capacitação dos profissionais da SAP para testagem de HIV e sífilis no sistema prisional feminino do Estado de São Paulo com ampliação gradativa nas unidades masculinas.

Partos

Os partos e as cirurgias de alta complexidade são referenciados para unidades que compõem a Rede de Atenção à Saúde, tanto estaduais como municipais segundo pactuação regional, através da regulação de acesso a procedimentos e ações do SUS, segundo a mesma lógica do atendimento à população em geral;

A mulher gestante que se encontra em privação de liberdade tem o direito de ficar com seu bebê durante o período de aleitamento materno (180 dias) garantido pela Constituição Federal de 1988 e pela LEP- Lei de Execução Penal e o Estado de São Paulo estão cumprindo a legislação em vigor; **A SAP conta com uma unidade de Atenção à Saúde Materno-Infantil**, na Penitenciária Feminina da capital, que funciona como espaço de apoio ao aleitamento materno às mulheres sentenciadas, no pós-parto, extensivo ao recém-nascido, de forma a assegurar o acesso adequado às ações de atenção à saúde Materno-infantil. A referência para partos das detentas das unidades da Grande São Paulo é o Hospital Penteado

Mamografia

As mulheres que se encontram no sistema prisional estão inseridas dentro do **Programa Mulheres de Peito**, propiciando o acesso deste segmento ao exame de mamografia e ultrassom de mamas. A faixa etária para as detentas é de **40 a 69 anos**, e abaixo desta faixa, é ofertado para as mulheres com queixa ou histórico familiar.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Centro hospitalar penitenciário

Em 23 de janeiro de 2009, através do Decreto 53970 o Centro Hospitalar Penitenciário passa da Secretaria de Administração Penitenciária para a Secretaria de Estado da Saúde, e pelo Decreto Nº 54.204, de 3 de abril de 2009 fica criado, na Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário.

Em 17 de Abril de 2009 a OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo firma Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde para gerenciar o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário.

Atualmente a **Fundação ABC** gerencia o referido Hospital. As áreas que envolvem o contrato de gestão do CHSP são: internação em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Psiquiátrica, Unidade Materno Infantil e Atendimento Ambulatorial.

Ambulatório de especialidades

Desde o primeiro trimestre de 2011 a CGCSS, SAP e SES organizaram os agendamentos nas especialidades para a população prisional nos equipamentos de saúde sob gestão estadual.

Os agendamentos são realizados diretamente no sistema CROSS

Hospitais sob gestão estadual

No interior, do estado o Hospital Geral de Mirandópolis e o Hospital de Promissão, contam com unidade de internação prisional adaptada para receber internos do sistema prisional com segurança realizada pela SAP.

HOSPITAL ESTADUAL DR. OSWALDO BRANDI FARIA DE MIRANDÓPOLIS:

A Secretaria de Estado da Saúde realizou a reforma de duas enfermarias do Hospital Geral de Mirandópolis para atendimento de pessoas presas dentro da reforma geral do hospital. O governo do estado destinou aproximadamente **R\$ 7,8 milhões dos cofres estaduais**, para o total da obra, inclusive a parte não específica aos presos, sendo este recurso utilizado também para a compra de novos equipamentos. As enfermarias foram projetadas com 12 câmeras de monitoramento, equipamentos de segurança e entrada diferenciada. As grades possuem tela de moeda, tendo duas entradas, uma com porta de ferro comum e uma de segurança. A entrada externa é para caminhão tipo baú, com portão automático, com cancela. As enfermarias contam com 8 leitos, sendo que destes 2 possuem sistema de pressão positiva. O hospital presta atendimento a pessoas oriundas de: três penitenciárias da região de Lavínia e





duas da região de Mirandópolis e ainda uma de Valparaíso. Muito raramente são atendidos presos da região de Andradina, pois são de outra facção e os presos não querem ser atendidos em região de outra facção.

Ações de atenção básica

Página | 92

Visando equacionar os problemas enfrentados pela Secretaria de Administração Penitenciária no que diz respeito à manutenção e contratação das equipes de saúde para atuar no interior das unidades prisionais o governo do estado criou, junto ao Comitê de Qualidade da Gestão Pública, Grupo Técnico incumbido de desenvolver e apresentar propostas visando o aperfeiçoamento do Atendimento médico da população carcerária do Estado de São Paulo (Resolução CC 67 de 19.09.2011) e posteriormente instituiu Grupo de Trabalho incumbido de propor medidas ou planos de trabalho para atender situações emergenciais relativas a prestação de assistência à saúde do preso (Resolução CC 33 de 06.03.2012)

A partir propostas destes grupos foi possível pactuar na Comissão Intergestores Bipartite as Diretrizes Bipartite de Orientação para o Estabelecimento de Parcerias Estado/Municípios voltado à Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade (**Deliberação CIB – 62/2012**)

Até maio/2019 38 municípios sede de unidade prisional aderiram à esta ação ofertando atenção básica no interior da unidades prisionais, elencados abaixo:

1. Franco da Rocha
2. Guarulhos
3. Valparaíso
4. Mirandópolis
5. Lavínia
6. Nova Independencia
7. Taiuva
8. Reginópolis
9. Balbinos
10. Getulina
11. Itaí
12. Pirajuí
13. Avaré
14. Cerqueira César





15. Franca
16. Álvaro de Carvalho
17. Flórida Paulista
18. Pacaembu
19. Pracinha
20. Piracicaba
21. Itirapina
22. Caiuá
23. Marabá Paulista
24. Presidente Venceslau
25. Presidente Prudente
26. Irapuru
27. Junqueiropolis
28. Tupi Paulista
29. Pontal
30. Serra Azul
31. Icém
32. Riolandia
33. Votorantim
34. Porto Feliz
35. Iperó
36. Guareí
37. Capela do Alto

Página | 93

Assistência farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Envolve a pesquisa e desenvolvimento e a produção de medicamentos, a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

As Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos (1998 e 2001) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004) são os documentos norteadores da Gestão da



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A



Assistência Farmacêutica, abrangendo as diretrizes e eixos estratégicos para sua estruturação enquanto parte integrante da política de saúde.

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas é uma responsabilidade solidária dos três entes federativos no SUS (Brasil, 2012).

Página | 94

Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

Recentemente, foi instituída pelo Governo do Estado de São Paulo a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica - CAF, por meio do Decreto nº 62.255, de 08 de novembro de 2016, a qual tem como principal finalidade consolidar as Políticas de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica em âmbito estadual.

Embora avanços representativos tenham sido alcançados desde sua institucionalização, os processos de gestão técnica da assistência farmacêutica permanecem compartilhados com as coordenadorias da Pasta e com a Fundação para o Remédio Popular:

- Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde: gestão técnica dos medicamentos para coagulopatias;
- Coordenadoria de Controle de Doenças: gestão técnica dos medicamentos para DST/Aids e prevenção de deficiências nutricionais;
- Coordenadoria de Serviços de Saúde: gestão técnica dos medicamentos para controle do tabagismo e dos medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar no âmbito dos serviços de saúde de gestão direta;
- Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde: gestão técnica dos medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar no âmbito dos serviços de saúde de gestão indireta;
- Coordenadoria de Regiões de Saúde: gestão administrativa dos Núcleos de Assistência Farmacêutica e gestão técnica de medicamentos para atendimento de demandas administrativas e judiciais;
- Fundação para o Remédio Popular: gestão técnica, logística e produção de medicamentos do Programa Dose Certa.

Financiamento

Os medicamentos constituem um dos principais instrumentos terapêuticos utilizados na atualidade no processo saúde-doença. Em termos econômicos tem participação elevada e crescente como componente de custo dos cuidados de saúde, representando um importante item de despesa.

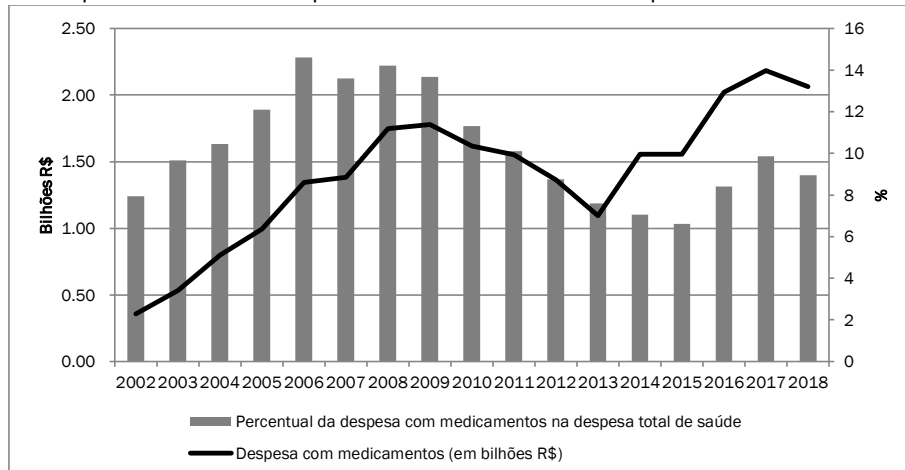


Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

A Figura 01 apresenta a série histórica do “percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde” para o Estado de São Paulo no período de 2002 a 2018.



Página | 95

Figura 1. Série histórica do “percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde”, no período de 2002 a 2018 (Adaptado de: SIOPS, informações declaradas pelo gestor estadual e extraídas em 09/05/2019).

Em relação a sua magnitude em âmbito nacional, representa o maior gasto público federal em Assistência Farmacêutica, correspondendo a 41% dos repasses nacionais fundo-a-fundo para o Bloco de Assistência Farmacêutica em 2017 (Saúde com transparência, 2019).

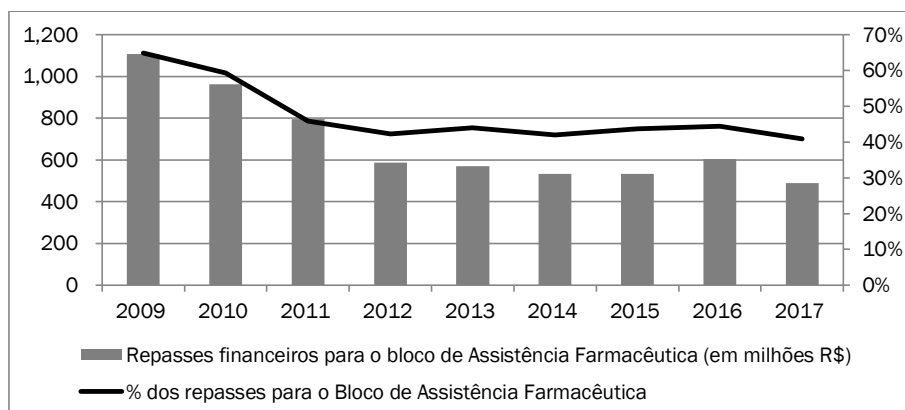


Figura 2. Série histórica dos repasses federais, fundo-a-fundo, para o Bloco de Assistência Farmacêutica, no período de 2009 a 2017 (Adaptado de Saúde com transparência, informações extraídas em 09/05/2019).





Ações e serviços de Assistência Farmacêutica

O acesso integral à Assistência Farmacêutica compreende a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, em conformidade com as diretrizes terapêuticas e com as relações de medicamentos instituídas pelos gestores federal, estadual e municipal, bem como a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS.

Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

No âmbito da Atenção Básica à Saúde, foi implantado em agosto/2015 o Programa Dose Certa, cuja finalidade é facilitar e aperfeiçoar o acesso da população aos medicamentos no âmbito da atenção básica, por meio da manutenção do fornecimento de medicamentos para municípios que podem apresentar maiores dificuldades para sua aquisição.

O Programa Dose Certa contempla 61 medicamentos, produzidos pelo laboratório oficial Fundação para o Remédio Popular “Chopin Tavares de Lima” (FURP) e/ou adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde, os quais são financiados pela Secretaria de Estado da Saúde (mínimo de R\$ 2,53 hab./ano) e pelo Ministério da Saúde (R\$ 2,05/habitante/ano).

O valor *per capita* de contrapartida estadual para financiamento do Programa Dose Certa é variável, sendo superior à pactuada em nível nacional de acordo com critérios de vulnerabilidade: indicadores socioeconômicos “Índice de Desenvolvimento Humano” (IDH) e “Índice Paulista de Vulnerabilidade Social” (IPVS); porte populacional; e a presença de assentamentos rurais.

Os municípios aderentes ao Programa Dose Certa também recebem repasses fundo-a-fundo para aquisição dos medicamentos e insumos para Atenção Primária à Saúde, correspondentes a R\$ 3,53/habitante/ano em contrapartida da União e 0,50/habitante/ano em contrapartida estadual (destinados à aquisição de insumos para insulínod dependentes).

Para os municípios não elegíveis ou não aderentes ao Programa Dose Certa, há contrapartida mínima pactuada em âmbito nacional para os repasses ao Fundo Municipal de saúde destinados ao financiamento de medicamentos e insumos para Atenção Primária à Saúde:

- Ministério da Saúde: R\$ 5,58/hab./ano;
- SES/SP: R\$ 2,36/hab./ano.

Os municípios, por sua vez, devem aplicar recursos próprios de no mínimo R\$ 1,86/habitante/ano para aquisição dos medicamentos e insumos para Atenção Primária à Saúde e R\$ 0,50/habitante/ano para aquisição de insumos para insulínod dependentes.



O Quadro 01 apresenta a pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo (Portaria de Consolidação nº 02/2017 e Deliberações CIB nº 87 e 76/2018).

Quadro 01. Pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo (Adaptado de Deliberações CIB nº 87 e 76/2018). Página | 97

Porte populacional	Nº municípios	População (hab.)(***)	Repasse financeiro (R\$)	Repasse em medicamentos	Total
Até 270.000 habitantes	572 municípios aderentes ao Programa Dose Certa	15.101.194	7.550.597,20 (*)	89.954.765,16	97.505.362,36
Até 270.000 habitantes	45 municípios não aderentes ao Programa Dose Certa	29.719.214	55.277.738,12(**) 14.859.607,00(*)	Não aplica	55.277.738,12
Mais de 270.000 habitantes	28 municípios não elegíveis ao Programa Dose Certa				
Total	645	44.820.408	62.828.335,32	89.954.765,16	152.783.100,48

(*) Aquisição de insumos para pacientes insulínodépendentes.

(**) Aquisição de medicamentos.

(***) Maior população estimada nos termos do IBGE 2009 ou IBGE 2016 (Artigo 4º, Portaria de nº 6, de 28/09/2017).

A Figura 03 mostra a evolução do Programa Dose Certa quanto ao número de unidades farmacêuticas distribuídas e valor financeiro (R\$) correspondente no período de 2010 a 2017.

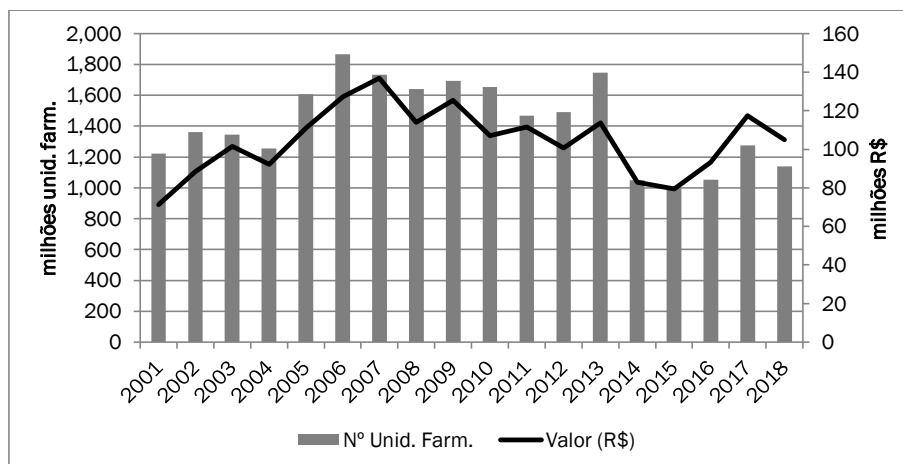


Figura 03. Evolução do Programa Dose Certa (Adaptado de SARGSUS, 2010-2018).

No âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde também realiza a aquisição centralizada de medicamentos, os quais são distribuídos aos municípios pelo Gestor Estadual (insulinas humanas NPH e Regular e contraceptivos do programa Saúde da Mulher) e o





repassa de recursos à SES/SP para o financiamento de medicamentos para o atendimento da população privada de liberdade (R\$ 17,73/pessoa privada de liberdade/ano).

Os medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica estão relacionados nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Página | 98

Assistência Farmacêutica em Programas Estratégicos de Saúde

A Assistência Farmacêutica em Programas Estratégicos de Saúde destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis.

Constituem Programas Estratégicos de Saúde: Controle da Tuberculose; Controle da Hanseníase; Controle do Tabagismo; Endemias Focais; Influenza; DST/Aids; Prevenção de Deficiências Nutricionais/Saúde da Criança; Sangue e hemoderivados.

Os medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos ao Estado, a quem cabe o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios.

Os medicamentos e insumos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica estão relacionados nos anexos II e IV da RENAME.

Assistência Farmacêutica de Média e Alta Complexidade

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e da SES/SP

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é regulamentado pelas Portarias de Consolidação nº 02 e 06/2017 e engloba medicamentos e produtos nutricionais para uso ambulatorial no tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos e produtos nutricionais do CEAF estão relacionados no anexo III da RENAME e são divididos em grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- Grupo 1 – medicamentos e outros produtos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:
 - o Grupo 1A – medicamentos e outros produtos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, fornecidos à SES/SP, sendo dela a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação;



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

- o Grupo 1B – medicamentos e outros produtos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros à SES/SP, sendo dela a responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação;
- Grupo 2 – Medicamentos e outros produtos cuja responsabilidade de financiamento é da SES/SP, sendo dela a responsabilidade de aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação;
 - Grupo 3 – Medicamentos e outros produtos cuja responsabilidade de financiamento é das Secretarias Municipais de Saúde para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (conforme item 3.1).

A Figura 04 apresenta a evolução do CEAF quanto ao número de medicamentos padronizados e número de pacientes atendidos no Estado de São Paulo.

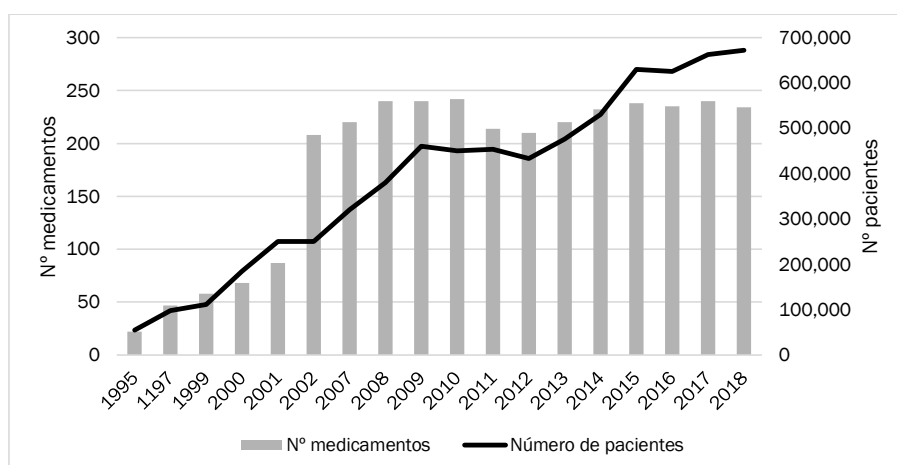


Figura 04. Evolução do CEAF no Estado de São Paulo (Adaptado de SARGSUS e relatórios de gestão 1995-2018).

A proporção entre a população atendida pelo CEAF e a população abrangida por região é heterogênea entre os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), variando de 0,4% (Presidente Prudente) a 10,1% (Baixada Santista), sendo a média estadual de 3,09% – Quadro 02 (Medeiros, 2018).





Quadro 02. Caracterização da dispensação de medicamentos do CEAF no Estado de São Paulo, por DRS (Adaptado de Medeiros, 2018).

Departamento Regional de Saúde	População (IBGE, 2015)	População atendida com a dispensação de medicamentos do CEAF	Proporção entre a população atendida com a dispensação de medicamentos do CEAF e a população abrangida por região (*)
DRS 1 - Grande São Paulo	21.090.791	291.856	1,4%
DRS 2 - Araçatuba	417.647	19.384	4,6%
DRS 3 - Araraquara	853.696	14.850	1,7%
DRS 4 - Baixada Santista	296.933	29.881	10,1%
DRS 5 - Barretos	166.371	12.754	7,7%
DRS 6 - Bauru	2.769.880	35.619	1,3%
DRS 7 - Campinas	2.763.396	68.752	2,5%
DRS 8 - Franca	1.599.697	17.012	1,1%
DRS 9 - Marília	1.744.292	27.905	1,6%
DRS 10 - Piracicaba	679.478	28.439	4,2%
DRS 11 - Presidente Prudente	4.848.284	19.958	0,4%
DRS 12 - Registro	201.566	4.852	2,4%
DRS 13 - Ribeirão Preto	739.095	25.302	3,4%
DRS 14 - São João da Boa Vista	786.692	19.901	2,5%
DRS 15 - São José do Rio Preto	2.263.025	50.302	2,2%
DRS 16 - Sorocaba	722.254	31.907	4,4%
DRS 17 - Taubaté	2.453.387	23.770	1,0%
Total	44.396.484	722.444	3,09%

(*) **Parâmetros nacionais:** Nº pessoas tratadas (2013) = 1.751.387; População residente enviada ao Tribunal de Contas da União (2013): 201.032.714; Proporção entre a população atendida pelo CEAF e a população brasileira (28): 0,9%.

Em 2018 foram apresentados no SIASUS 408.448.508 procedimentos (unidades farmacêuticas) de medicamentos e produtos nutricionais do CEAF, dos quais 408.342.014 (99,99%) tiveram o faturamento aprovado pelo Ministério da Saúde. Dos procedimentos aprovados pelo Ministério da Saúde, 40.785.323 se referiam aos 60 medicamentos do Grupo 1B, financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pela SES/SP, representando o faturamento de R\$ 296.160.099,57 (Adaptado de Medeiros, 2019).

Em números de procedimentos (unidades farmacêuticas), o faturamento de 2018 dobrou em relação ao ano de 2010 (202.973.378), entretanto, em termos financeiros, houve significativa redução (-35%) no repasse federal para financiamento de medicamentos do Grupo 1B no mesmo período (R\$ 457.397.186,23 em 2010), devido a centralização da aquisição de diversos medicamentos pelo Ministério da Saúde (Adaptado de Medeiros, 2019).



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

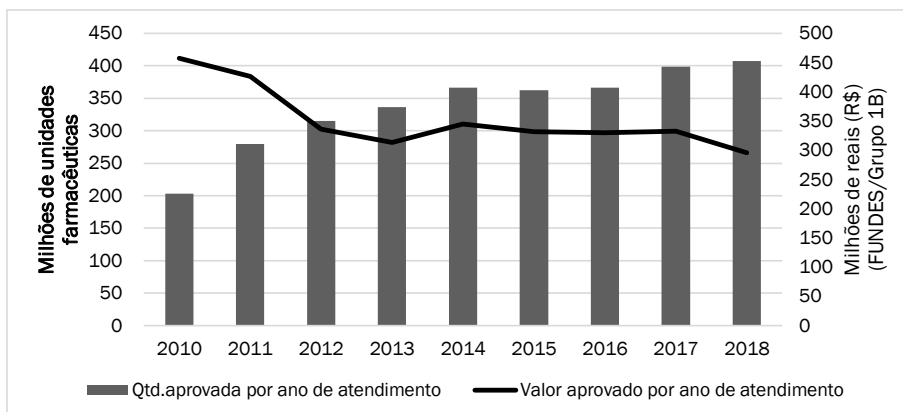


Figura 05. Evolução do faturamento de medicamentos e produtos nutricionais do CEAF no Estado de São Paulo no período de 2010 a 2018 (Adaptado de Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)).

O Estado pode ampliar o acesso à Assistência Farmacêutica desde que questões de saúde pública o justifiquem, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos e a pactuação nas Comissões Intergestores (Decreto nº 7.508/2011 e Resolução CIT nº 01/2012).

Os Protocolos Clínicos do Estado de São Paulo se destinam a prevenção e tratamento das seguintes condições clínicas:

- Alergia a proteína do leite de vaca – Resolução SS nº 336, 27/11/2007;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica – Resolução SS nº 35, de 18/4/2019;
- Fibrose cística – Lei nº 11.250, de 4 de novembro de 2002;
- Leishmaniose visceral – Resolução SS nº 71, de 24 de julho de 2015
- Prevenção de isoimunização RH em gestantes – Resolução SS nº 199, de 06/10/2010;
- Toxoplasmose aguda na gestação – Resolução SS nº 200, de 06/10/2010.
-

A Figura 06 apresenta a evolução dos Protocolos Clínicos do Estado de São Paulo quanto ao número de medicamentos padronizados e número de pacientes atendidos desde 2012.



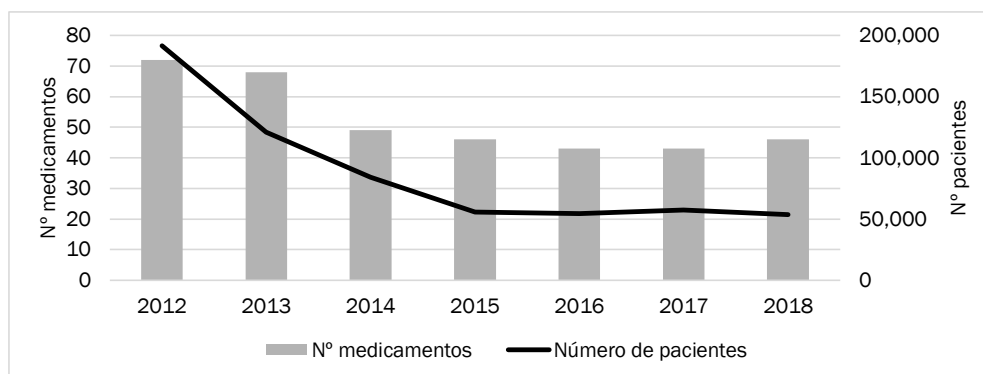


Figura 06. Evolução dos Protocolos Clínicos do Estado de São Paulo (Adaptado de SARGSUS 2012-2018).

As Farmácias de Medicamentos Especializados (n=38) são as unidades de referência para dispensação dos medicamentos e produtos nutricionais contemplados nos Protocolos do Ministério da Saúde e da SES/SP.

No início de 2019, estas farmácias realizam o atendimento presencial de pacientes de 54 municípios de grande porte da região metropolitana e do interior de Estado, onde tradicionalmente estavam instalados os Departamentos Regionais de Saúde; a distribuição dos medicamentos para o restante de municípios; e a avaliação e autorização da dispensação dos medicamentos para 100% dos pacientes.

A solicitação/renovação da continuidade do tratamento e a dispensação dos medicamentos do CEAF estão descentralizadas junto a 592 (92%) municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte, representando metade dos pacientes atendidos no programa.

Ainda, as farmácias da capital do Estado realizam a entrega de medicamentos e produtos nutricionais em serviços de hemodiálise (Programa MEDCLIN) e em domicílios de pacientes (Programa MEDCASA) - respectivamente, 21.312 e 152.289 no 1º QUAD/2019.

As portas de acesso a medicamentos e produtos nutricionais do CEAF e Protocolos Clínicos do Estado de São Paulo são representadas na Figura 07.



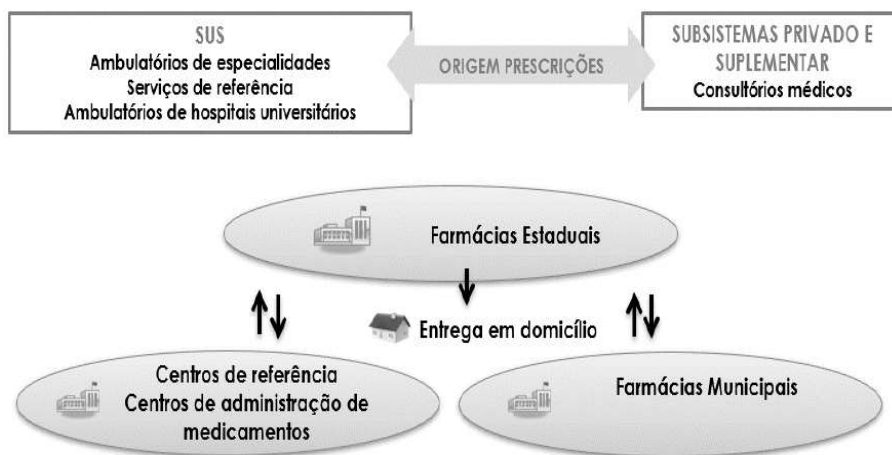


Figura 07. Portas de acesso a medicamentos e produtos nutricionais do CEAf e Protocolos Clínicos do Estado de São Paulo – Estado de São Paulo, 2019.

Fornecimento de medicamentos e produtos nutricionais não padronizados para o tratamento de doenças crônicas, em caráter ambulatorial

O fornecimento de medicamentos ou nutrições enterais não disponibilizados pelo SUS é regulamentado pela Resolução SS-54, de 11-05-2012, e se dá em caráter de excepcionalidade, quando esgotadas todas as alternativas terapêuticas padronizadas – Figuras 08 e 09.

Neste caso, a partir da solicitação administrativa do paciente, é realizada a avaliação individual dos casos por um comitê técnico do Grupo de Farmacologia/CAF, com base na literatura científica de forte nível de evidência. Somente são avaliadas solicitações de medicamentos e produtos nutricionais com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país.



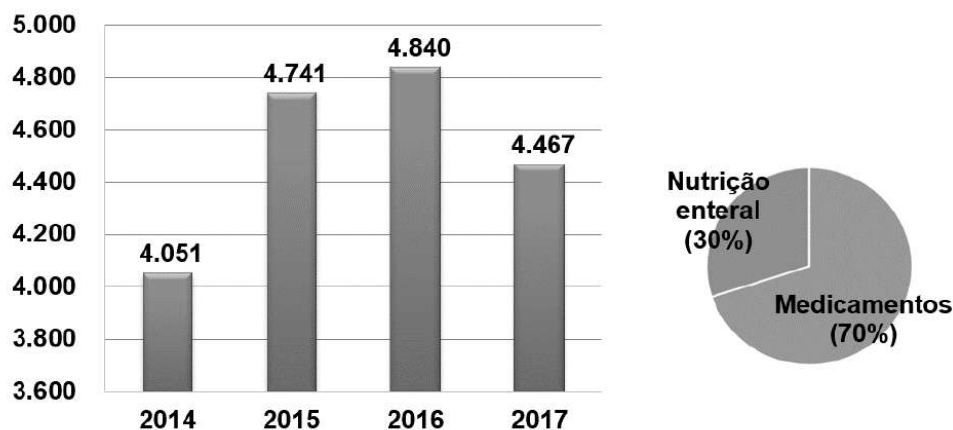


Figura 08. Número médio de solicitações administrativas recebidas por mês (Resolução SS nº 54/2012). Fonte: Polo Maria Zélia, 01/2018.

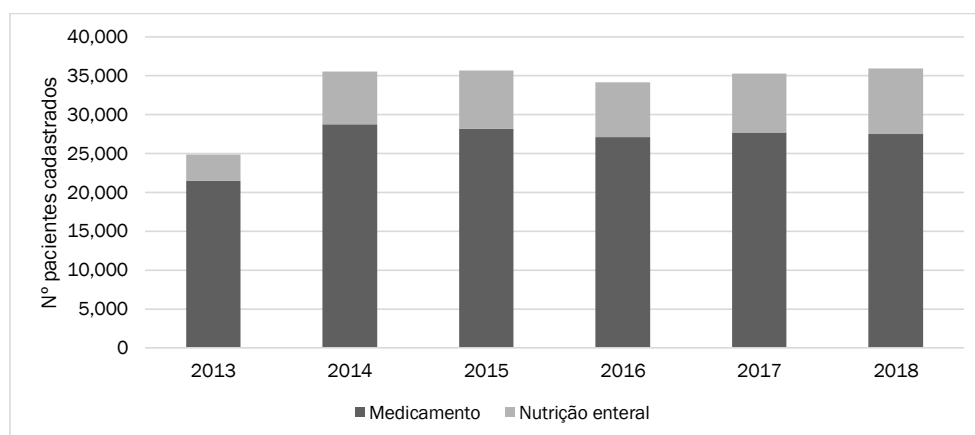


Figura 09. Evolução do número de pacientes de solicitações administrativas cadastrados no período de 2012 a 2018 (Fonte: S-Codes, relatórios extraídos para monitoramento do PPA).

Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Oncologia

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) envolve a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do câncer, bem como os cuidados



paliativos. Organiza-se de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Ministério da Saúde tem responsabilidade de adquirir determinados medicamentos oncológicos para atendimento da Política Nacional de Atenção Oncológica, cabendo à SES/SP a programação, armazenamento e distribuição a Rede de Atenção Oncológica de Alta Complexidade do Estado de São Paulo.

A Figura 10 apresenta a evolução do elenco de medicamentos oncológicos e número de pacientes atendidos no período de 2012 a 2018.

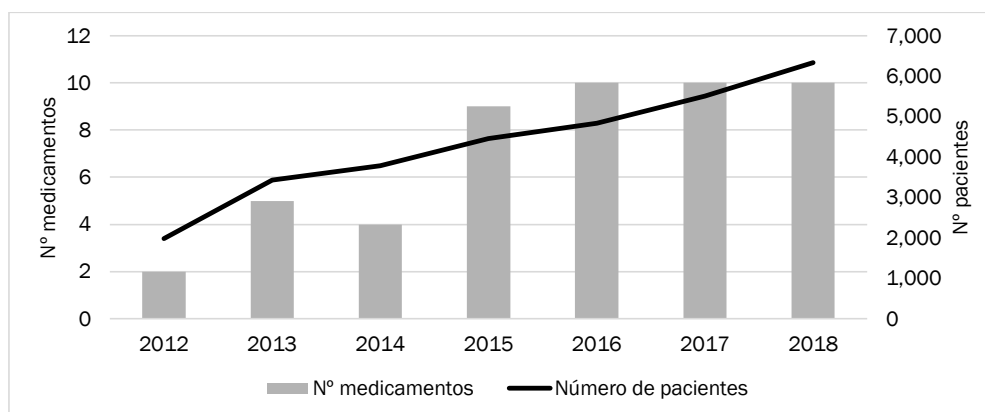


Figura 10. Evolução do elenco de medicamentos oncológicos e número de pacientes atendidos no período de 2012 a 2018 (Fonte: SargSUS).

Assistência Farmacêutica domiciliar, ambulatorial e hospitalar

A oferta de procedimentos terapêuticos constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, contemplando os medicamentos necessários para tanto, é abordada em outras seções deste diagnóstico.

Gestão clínica do medicamento

Um dos princípios da Política Nacional de Assistência Farmacêutica é a inserção da Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia, é um dos



eixos fundamentais da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Neste campo, destacam-se as parcerias com centros de referência e a Farmácia Clínica (Brasil, 2014).

Parcerias com Centros de Referência

Página |
106

O Grupo de Farmacologia/CAF mantém parceria com Centros de Referência para avaliação presencial de pacientes atendidos por solicitação administrativa, bem como administração de medicamentos e monitoramento do tratamento – Figura 11.

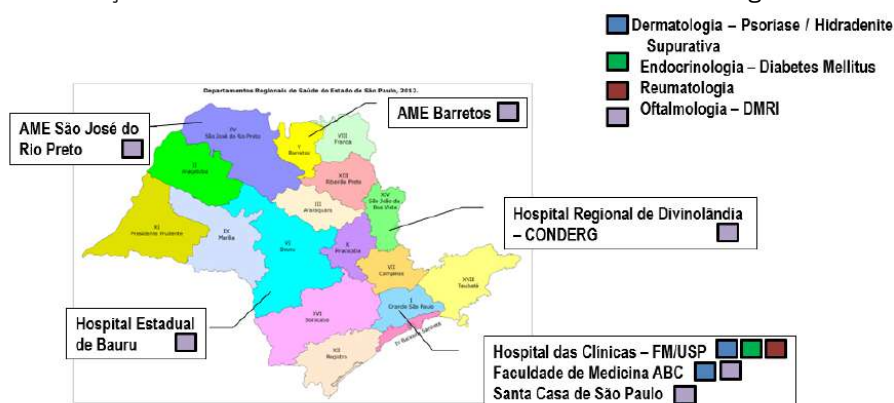


Figura 11. Parcerias do Grupo de Farmacologia/CAF com Centros de Referência (Fonte: RDQA, 1º QUAD/2019).

Além de promover a segurança do paciente, por meio do compartilhamento de doses e monitoramento do uso de medicamentos nestes serviços também se contribui para a economicidade do processo de uso de medicamentos.

Cuidado Farmacêutico

O cuidado farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde e atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico pedagógicas. A atividade assistencial inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos.





Destacam-se as principais iniciativas em desenvolvimento:

- **Seguimento farmacoterapêutico de pacientes com câncer de próstata pela Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo (FARMUSP):** Os pacientes são encaminhados pelos médicos do Hospital Universitário à FARMUSP para a realização de consultas farmacêuticas mensais que incluem a dispensação de medicamentos fornecidos pela SES/SP e o acompanhamento farmacoterapêutico. No início de 2019, 22 pacientes estavam em atendimento pelo serviço.
- **“Implantação da rede de apoio à assistência farmacêutica do SUS: expansão do cuidado farmacêutico”:** Projeto financiado pelo Ministério da Saúde. Contempla o seguimento farmacoterapêutico de pacientes atendidos por 10 Farmácias de Medicamentos Especializados. De outubro/18 a março/19 foram atendidos 264 pacientes com artrite reumatoide e 65 pacientes com hepatite C crônica, sendo realizadas 663 consultas farmacêuticas. Foram realizadas 1.265 intervenções no atendimento dos pacientes, sendo que a a resolatividade de problemas relacionados a medicamentos foi aproximadamente 37%.
- **“O Cuidado Farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”:** Projeto financiado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e realizado em parceria com o CONASS e Ministério da Saúde. Foi realizada visita diagnóstica na Farmácia de Medicamentos Especializados de Sorocaba em 13/05/2019.

Página |
107

Incorporação de medicamentos

De acordo com a Lei nº 12.401, de 28 abril de 2011, “a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de PCDT são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)”.

A partir da publicação da decisão de incorporar tecnologias em saúde, as áreas técnicas do Ministério da Saúde, da SES/SP e das Secretarias Municipais de Saúde tem prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta ao SUS. Este prazo se faz necessário para os trâmites operacionais de negociação de preço, compra, distribuição e elaboração de protocolo clínico para orientação de uso racional.

O Quadro 03 apresenta a relação de medicamentos incorporados no SUS (até junho/19), cuja oferta ainda não havia sido efetivada quando da elaboração do plano de saúde.

Prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta ao SUS	Nº de incorporações	Documentos relacionais
Ultrapassado em 3 anos ou mais	2	Portaria nº 52, de 29/09/15 - everolimo, sirolimo e tacrolimo para imunossupressão em transplante cardíaco Portaria MS-SCTIE nº 3, de 14/01/16 - seção 1 nº 11 - everolimo, sirolimo e tacrolimo em transplante pulmonar
Ultrapassado entre 1,5 e 2,9 anos	2	Portaria MS-SCTIE nº 36, de 26/10/16 - tobramicina inalatória para infecção crônica por



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

		Pseudomonas aeruginosa das vias aéreas em pacientes com fibrose cística
		Portaria MS-SCTIE nº 15, de 22/03/17 - associação de sulfato de polimixina B 10.000 UI, sulfato de neomicina 3,5 mg/mL, fluocinolona acetona 0,25 mg/mL e cloridrato de lidocaína 20 mg/mL para otite externa aguda
Ultrapassado entre 1 e 1,4 anos	8	Portaria MS-SCTIE nº 27, de 02/08/17 - mesilato de rasagilina em combinação com levodopa para o tratamento de pacientes com doença de Parkinson
		Portaria MS-SCTIE nº 35, de 31/08/17 - levetiracetam para pacientes com epilepsia mioclônica juvenil resistentes à monoterapia
		Portaria MS-SCTIE nº 38, de 31/08/17 - levetiracetam para o tratamento de convulsões em pacientes com microcefalia
		Portaria MS-SCTIE nº 47, de 01/11/17 - somatropina, nas concentrações de 15UI, 16UI, 18UI, 24UI e 30UI, para o tratamento da Síndrome de Turner e Deficiência do Hormônio do Crescimento
		Portaria MS-SCTIE nº 49, de 08/11/17 - memantina para Doença de Alzheimer
		Portaria MS-SCTIE nº 53, de 23/11/17 - naproxeno para osteoartrite de quadril e joelho
		Portaria MS-SCTIE nº 56, de 01/12/17 - levetiracetam para o tratamento da epilepsia
		Portaria nº 61, de 19/12/17 - desmopressina oral para Diabetes Insípido
Ultrapassado em até 1 ano	25	Portaria MS-SCTIE nº 2, de 17/01/18 - tafamidis meglumina para pacientes adultos com polineuropatia sintomática em estágio inicial e não submetidos a transplante hepático
		Portaria MS-SCTIE nº 57 de 04/12/17 - pertuzumabe no tratamento do câncer de mama HER2-positivo metastático em primeira linha de tratamento
		Portaria MS-SCTIE nº 10 de 24/01/18 - enoxaparina sódica 40 mg/ 0,4 mL para o tratamento de gestantes com trombofilia
		Portaria Conjunta nº 9, de 27/03/18 - trientina para Doença de Wilson
		Portaria Conjunta nº 9, de 27/03/18 - biotina para Deficiência de Biotinidase
		Portaria MS-SCTIE nº 30, de 28/08/18 - rifampicina 300 mg + isoniazida 150 mg para o tratamento da tuberculose sensível
		Portaria MS-SCTIE nº 37, de 11/09/18 - alteplase para tratamento da embolia pulmonar aguda
		Portaria MS-SCTIE nº 47, de 16/10/18 - ácido ursodesoxicólico para colangite biliar
		Portaria MS-SCTIE nº 48, de 16/10/18 - adalimumabe para o tratamento da hidradenite supurativa ativa moderada a grave
		Portaria MS-SCTIE nº 50, de 30/10/18 - adalimumabe na primeira etapa de tratamento após falha da terapia de primeira linha de tratamento da psoríase
		Portaria MS-SCTIE nº 51, de 30/10/18 - secukinumabe na segunda etapa de tratamento após falha da primeira etapa da segunda linha de tratamento da psoríase
		Portaria MS-SCTIE nº 52, de 30/10/18 - etanercepte na primeira etapa de tratamento da psoríase após falha de primeira linha em pacientes pediátricos
		Portaria MS-SCTIE nº 53, de 30/10/18 - ustekinumabe na segunda etapa de tratamento após falha da primeira etapa da segunda linha de tratamento da psoríase
		Portaria MS-SCTIE nº 56, de 30/10/18 - miltefosina para o tratamento da leishmaniose tegumentar
		Portaria MS-SCTIE nº 59, de 30/10/18 - adalimumabe para uveítes não infecciosas intermediárias, posteriores e pan-uveítes ativas
		Portaria MS-SCTIE nº 67, de 23/11/18 - fórmulas nutricionais à base de soja, à base de proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e à base de aminoácidos para crianças de 0 a 24 meses com alergia à proteína do leite de Vaca (APLV)
		Portaria MS-SCTIE nº 64, de 27/11/18 - podofilotoxina 1,5 mg/g creme e imiquimode 50 mg/g creme para o tratamento de pacientes com verrugas anogenitais causadas pela infecção por vírus papiloma humano (HPV)
		Portaria MS-SCTIE nº 72, de 11/12/18 - eltrombopague olamina no tratamento da púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)
		Portaria MS-SCTIE nº 77, de 14/12/18 - eculizumabe para tratamento de pacientes com hemoglobinúria paroxística noturna (HPN)
		Portaria MS-SCTIE nº 78, de 14/12/18 - dicloridrato de sapropterina no tratamento da fenilcetonúria
		Portaria MS-SCTIE nº 82, de 19/12/18 - alfaelossulfase para pacientes com mucopolissacaridose tipo IVa (MPS IVa; síndrome de Morquio A)
		Portaria MS-SCTIE nº 83, de 19/12/18 - galsulfase para mucopolissacaridose tipo VI (deficiência de N-acetilgalactosamina 4-sulfa)
		Portaria MS-SCTIE nº 85, de 20/12/18 - ácido zoledrônico para doença de Paget
		Portaria MS-SCTIE nº 90, de 27/12/18 - acetato de glatirâmer 40 mg para o tratamento da





		esclerose múltipla recorrente remitente Portaria MS-SCTIE nº 91, de 27/12/18 - cloridrato de pazopanibe e malato de sunitinibe para carcinoma renal de células claras metastático
Dentro do prazo	7	Portaria MS-SCTIE nº 12 de 11/03/19 - brentuximabe vedotina para o tratamento de pacientes adultos com linfoma de Hodgkin refratário ou recidivado Portaria MS-SCTIE nº 19, de 27/03/19 - insulina análoga de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I Portaria MS-SCTIE nº 12 de 11/03/19 - brentuximabe vedotina para o tratamento de pacientes adultos com linfoma de Hodgkin refratário ou recidivado Portaria MS-SCTIE nº 24, de 24/04/19 - nusinersena para atrofia muscular espinhal (AME) 5q tipo I Portaria MS-SCTIIES nº 28, de 11/06/19 - clindamicina 1% tópica para o tratamento de lesões superficiais na hidradenite supurativa Portaria MS-SCTIIES nº 29, de 11/06/19 - tetraciclina 500mg para o tratamento de hidradenite supurativa leve Portaria MS-SCTIIES nº 30, de 11/06/19 - clindamicina 300mg associada com rifampicina 300mg para o tratamento de hidradenite supurativa moderada
Total	44	-

Página |
109

Outras informações:
Diretoria de Planejamento – CPS/SES.SP
3066-8247



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500112-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500112-210>



SESCAP2019106257A

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES – PES 2020-2023

VERSÃO PRELIMINAR. Este breve resumo apresenta as prioridades que compõem a proposta realizada pelas áreas técnicas da SES-SP para o novo quadriênio (2020-2023), e visa dar visibilidade aos serviços finalísticos a serem implantados e implementados para melhorar o atendimento do cidadão na rede estadual de saúde.

PARTE II

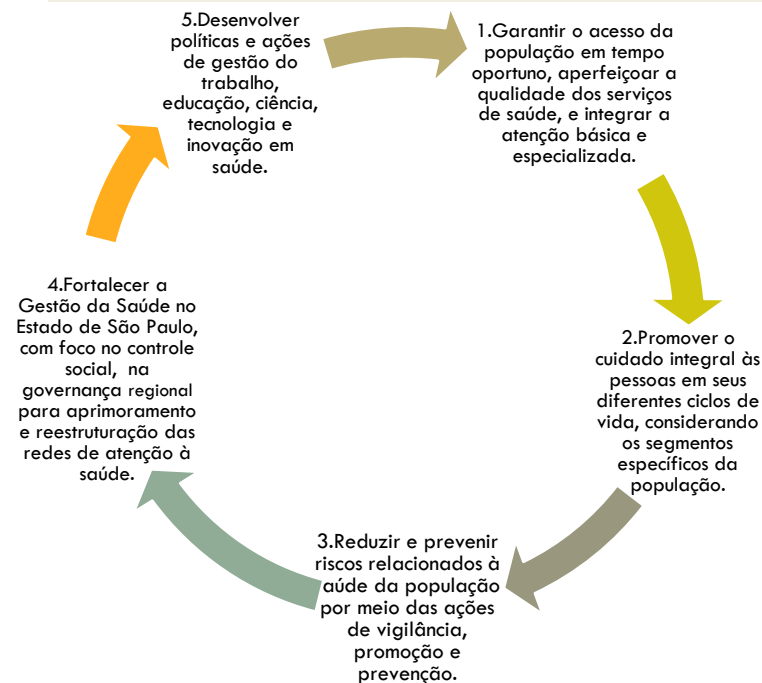


Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Diretrizes PES 2020-2023



Diretriz 1	Diretriz 2	Diretriz 3	Diretriz 4	Diretriz 5
12 Objetivos – 21 metas	6 Objetivos – 14 metas	3 Objetivos – 23 metas	5 Objetivos – 11 metas	4 Objetivos – 19 metas
Resumo parcial: 5 diretrizes 30 objetivos 88 metas				



SESCAP2019106262A



Diretriz nº 1 - Garantir o acesso da população em tempo oportuno, aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, e integrar a atenção básica e especializada.

Objetivo1: Organizar e qualificar o acesso à assistência ambulatorial especializada e hospitalar.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) - Produto 1083; 1134; 1135; 1154; 1403

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | Diretriz 4 | foco na Regionalização;

ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.1.1-Otimizar a utilização dos leitos hospitalares gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS)	Percentual de hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de ocupação acima de 80%.	70%	2018	%	75%	%	70%	70%	75%	75%
D1.1.2-Otimizar a utilização dos leitos dos Hospitais Gerais da Administração Direta.	Percentual de Hospitais gerais da Administração Direta com taxa de ocupação igual ou acima de 80%.	50%	2018	%	75%	%	60%	70%	75%	75%
D1.1.3-Reduzir a perda primária dos Ambulatórios Médicos de Especializadas (AME).	Percentual médio de perda primária dos Ambulatórios Médicos de Especializadas (AME).	8%	2018	%	6%	%	6%	6%	6%	6%
D1.1.4 Manter atualizada a ocupação dos leitos hospitalares, em tempo real no Portal CROSS, dos hospitais sob gestão estadual.	Ocupação dos leitos hospitalares atualizada, em tempo real no Portal CROSS, dos hospitais sob gestão estadual.	70%	2019	%	100%	%	70%	80%	90%	100%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Objetivo 2: Aprimorar o controle e a avaliação dos Contratos de Gestão, Convênios e dos Contratos Programa.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) Produtos 1083, 1134, 1135, 1154..

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | Diretriz 4 | foco: Regionalização

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.2.1-Ampliar a pontuação das Unidades da Administração Direta nas avaliações do Contrato Programa.	Média da pontuação (0 a 100) alcançada pelas Unidades da Administração Direta tradicional nas avaliações trimestrais do Contrato Programa.	69	2019	Número	80	Número	70	70	75	80
D1.2.2-Ampliar as unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com relatórios trimestrais de avaliação em conformidades com as metas contratadas.	Percentual de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com relatório de avaliação trimestral em conformidade com as metas contratadas.	85%	2018	%	90%	%	90%	90%	90%	90%
D.1.2.3- Monitorar as instituições participantes das Santas Casas SUSstável	Percentual de instituições participantes do programa "Santa Casa SUSstável" monitoradas.	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%
D1.2.4-Manter a satisfação dos usuários atendidos em unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS)	Percentual de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de satisfação do usuário acima de 90%	90%	2018	%	90%	%	90%	90%	90%	90%
D.1.2.5-Melhorar a satisfação dos usuários atendidos em hospitais gerais da Administração Direta	Percentual de hospitais gerais da Administração Direta com taxa de satisfação do usuário acima de 85%	69%	2018	%	95%	%	80%	85%	90%	95%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>

SESCAP2019106262A

D.1.2.6-Melhorar a satisfação dos usuários atendidos nas unidades conveniadas (convênios assistenciais)	Taxa de satisfação dos usuários atendidos nas unidades conveniadas (convênios assistenciais).	-	-	-	85%	%	-	85%	85%	85%

Objetivo 3: Promover a estruturação da assistência farmacêutica e o acesso aos medicamentos padronizados no SUS pela população.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) Produto 1102.

8ª Conferência Estadual de Saúde. Eixo 1 - O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde, Diretriz1 – D1 e D4

ODS 3.: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades| 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D.1.3.1- Ampliar o acesso aos medicamentos padronizados no SUS pela população.	Taxa de acesso aos medicamentos padronizados pela população.	87%	2018	%	90%	%	87,5%	87,5%	90%	90%
D.1.3.2-Garantir a disponibilidade dos medicamentos principais nas unidades públicas estaduais de saúde	Percentual de disponibilidade dos medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas Estaduais de saúde.	82%	2017	%	90%	%	85%	87,5%	90%	90%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Objetivo 4: Fortalecer o Instituto Butantan como laboratório oficial de produção de referência nacional.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 935 (PRODUÇÃO E FORNECIMENTO DE VACINAS, SOROS, MEDICAMENTOS, SANGUE E HEMODERIVADOS) Produto 1069, 1071

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 1 - O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde, D1

ODS3 : Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. 3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.4.1-Atender a demanda do Ministério da Saúde.	Percentual de atendimento da demanda de soros e vacinas solicitadas ao Instituto Butantan pelo Ministério da Saúde.	100	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%

Objetivo 5: FURP: Fornecer medicamentos para atendimento aos Componentes da Assistência Farmacêutica da SES/SP, conforme demanda solicitada.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 935 (PRODUÇÃO E FORNECIMENTO DE VACINAS, SOROS, MEDICAMENTOS, SANGUE E HEMODERIVADOS) Produtos 1073, 1451

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo I.O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde. D1

ODS 3 : Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. | 3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.5.1-Disponibilizar medicamentos demandados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, de	Percentual de atendimento pela FURP da demanda de produção de medicamentos para a Secretaria de Estado	92,74	2018	Percentual	100%	%	98,5%	98,5%	99%	100%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

produção FURP.	da Saúde de São Paulo (SES/SP).									

Objetivo 6: Atender as necessidades de sangue e hemocomponentes nos serviços de saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 935 (PRODUÇÃO E FORNECIMENTO DE VACINAS, SOROS, MEDICAMENTOS, SANGUE E HEMODERIVADOS) Produto 918

8ª Conferência Estadual de Saúde: Eixo II: A função reguladora do estado na estruturação do sus. | D.4

ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.6.1-Suprir a necessidade de sangue e hemocomponentes nos serviços de saúde.	Percentual de disponibilidade de bolsas de sangue nas agências transfusionais.	100%	2019	%	100%	%	100%	100%	100%	100%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Objetivo 7: Promover ações para a redução de internações por causas sensíveis à atenção básica.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) Produto 1092, 1097

Pactuação Interfederativa: indicadores 17 e 18.

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D4

ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.7.1-Reduzir as Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).	Percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).	15	2018	%	14,6%	%	14,9%	14,8%	14,7%	14,6%

Objetivo 8: Apoiar o desenvolvimento de ações de saúde bucal em municípios com baixo IDH.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D2;D4 / EIXO III - A resistência do SUS frente às formas restritivas do financiamento. D3.

Pactuação Interfederativa: Indicador 19

ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.8.1-Apoiar financeiramente os municípios com baixo IDH para auxiliar no custeio da Saúde Bucal por meio do Programa “Sorria São Paulo”.	Municípios com baixo IDH apoiados financeiramente para custeio da Saúde Bucal por meio do Programa “Sorria São Paulo”.	411	2018	Número	411	Número	411	411	411	411



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Objetivo 9: Implantar Rede Integrada de Assistência aos Pacientes com Doenças Genéticas Raras no Estado de São Paulo

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde. Eixo 1 - O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde, Diretriz 1; Diretriz 4

ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.9.1-Identificar e implementar Centros de Referência para confirmação diagnóstica de crianças com má-formação congênita e erros inatos do metabolismo.	Centros de Referência para confirmação diagnóstica de crianças com má-formação congênita e erros inatos do metabolismo identificados e implementados.	1	2019	Número	5	Número	1	2	2	0

Objetivo 10: Promover a melhoria do acesso a serviços de terapia renal substitutiva (TRS).

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) | Programa 932 (VIGILÂNCIA EM SAÚDE) Produto 1420

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D4

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.10.1- Ampliar a oferta de vagas para pacientes com Doença Renal Crônica Terminal.	Taxa de oferta de vagas para pacientes com Doença Renal	68	2017	Taxa	72	Taxa	69	70	71	72



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

	Crônica Terminal.								

Objetivo 11: Estimular a implementação de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIDOTT.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D4

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.11.1-Aumentar o número de CIDOTT cadastradas na Central de Transplantes da SES.	CIDOTT cadastradas na Central de Transplantes da SES.	121	2019	Número	169	Número	133	145	157	169

Objetivo 12: Aprimorar a regulação da rede regional de atenção à saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D3; D4

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D1.12.1- Reduzir em todos os DRS o tempo de regulação de urgência/emergência inter-hospitalar	Percentual de DRS com redução de 5% ao ano da mediana do tempo (em minutos) de regulação de urgência/emergência inter hospitalar.	70%	2019	%	100%	%	70%	80%	90%	100%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Diretriz nº 2 - Promover o cuidado integral às pessoas em seus diferentes ciclos de vida, considerando os segmentos específicos da população.

Objetivo 1: Promover ações para a redução da mortalidade materna e infantil

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) | Programa 932 (VIGILÂNCIA EM SAÚDE) Produto 1005

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D3; D4

Pactuação Interfederativa: Indicadores 2, 15 e 16

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.1; 3.2;3.7;3.8

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D2.1.1-Reduzir a mortalidade materna no Estado de São Paulo.	Razão de mortalidade materna	46,20	2018	Razão	35	Razão	46	42,34	38,74	35
D2.1.2-Reduzir a mortalidade infantil no Estado de São Paulo.	Taxa de mortalidade infantil	10,77	2018	Taxa	9,5	Taxa	10,5	10,3	9,9	9,5



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Objetivo 2: Ampliar o acesso das mulheres às ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero e do câncer de mama.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) | Programa 932 (VIGILÂNCIA EM SAÚDE) Produto 1013

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D3; D4

Pactuação Interfederativa: Indicadores 11 e 12

ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D2.2.1-Melhorar a cobertura do Rastreamento de câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com cobertura SUS.	Cobertura do Rastreamento de câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com cobertura SUS.	0,63	2018	Razão	0,80	Razão	0,68	0,73	0,78	0,80
D2.2.2-Melhorar a cobertura do rastreamento para o câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos com cobertura SUS.	Cobertura do rastreamento para o câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos com cobertura SUS.	0,49	2018	Razão	0,70	Razão	0,55	0,60	0,65	0,70

Objetivo 3: Qualificar o cuidado ao adolescente ampliando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da integralidade e intersetorialidade das ações.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: PROGRAMA 930 - ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS/SP.

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D4

Pactuação Interfederativa: Indicador 14 e 17

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.7 Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde.3.8 | Objetivo 5 | 5.6Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D2.3.1-Reduzir o número de gestações em adolescentes no Estado de São Paulo.	Percentual de gestações em adolescentes, menores de 20 anos.	11,2	2018	%	10,4	%	11,0%	10,8%	10,6%	10,4%

Objetivo 4: Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020-2023: PROGRAMA 930 - ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS/SP

8ª Conferência Estadual de Saúde: Eixo I.O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde. D4

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D2.4.1-Ampliar o número de hospitais paulistas com o selo inicial do Programa "Hospital Amigo do Idoso".	Hospitais paulistas com o selo inicial do Programa "Hospital Amigo do Idoso".	52	2019	Número	90	Número	60	70	80	90

Objetivo 5: Proteger e promover a saúde da população, com foco nas doenças e condições crônicas, acidentes e violências e na promoção do envelhecimento saudável.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) Produto 1097

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D3 e D4.

Pactuação Interfederativa: Indicador 1

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D2.5.1 - Reduzir a mortalidade prematura por DCNT pelos principais grupos de DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes).	Taxa de mortalidade prematura (30 a 39 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes)	331,05	2018	Taxa	324,48	Taxa	329,39	327,25	326,11	324,48
D2.5.2 - Criação de Grupos de Trabalho regionais de combate às Violências	Grupos de Trabalho regionais de combate às Violências constituídos.	-	-	-	63	Número	13	19	19	13

Objetivo 6: Fortalecer a atenção à Saúde das Populações Vulneráveis

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D3-D4-D5.

Pactuação Interfederativa: Indicadores 17 e 21.

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D2.6.1 Ampliar o número de cursos de capacitação para trabalhadores da saúde na temática Saúde da População Negra.	Capacitação para trabalhadores da saúde na temática Saúde da População Negra.	2	2019	Número	17	Número	4	4	4	5



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

D2.6.2 Organizar e pactuar formalmente o acesso da População Indígena as Redes de Atenção à Saúde do SUS (média e alta complexidade) nas regiões de abrangência dos 8 Departamentos Regionais de Saúde com circunscrição indígena no Estado de São Paulo (DRS 1, 2,6,9,12,4,16 e 17)	Pactuação regional do acesso da população indígena aos serviços de saúde.	-	-	-	8	Número	2	4	6	8
D2.6.3 - Aumentar o acesso das pessoas com Deficiência aos serviços de reabilitação por meio da ampliação de novas Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro no Estado de São Paulo	Novas Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro.	20	2019	Número	24	Número	1	1	1	1
D2.6.4 Ampliar os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero para pessoas transexuais.	Procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero para pessoas transexuais	100	2018	Número	425	Número	105	105	107	108
D2.6.5 Reduzir o número de pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo.	Percentual de moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo desinstitucionalizados.	-	-	-	50%	%	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%
D2.6.6 Realizar apoio financeiro aos municípios sede de unidade prisional para atendimento da atenção básica da população privada de liberdade.	Municípios elegíveis que recebem repasse financeiro para realização de atenção básica dentro dos presídios.	36	2018	Número	38	Número	38	38	38	38



Diretriz nº 3 – Reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e prevenção.

Objetivo 1: Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 932 (VIGILÂNCIA EM SAÚDE)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D3-D4-D5.

Pactuação Interfederativa: Indicadores 4, 5, 6, 8 e 9

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D3.1.1- Reduzir a taxa de casos novos de hanseníase com incapacidade física visível.	Taxa de casos novos de Hanseníase com incapacidade física visível.	3,6	2018	Taxa	3,4	Taxa	3,5	3,5	3,4	3,4
D3.1.2 - Ampliar o diagnóstico de Hepatite C na população de 15 a 69 anos.	Percentual de notificações de hepatite C com carga viral reagente na população de 15 a 69 anos residente no Estado de São Paulo	68%	2018	%	72%	%	69%	70%	71%	72%
D3.1.3 – Ampliar o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal tratadas com penicilina.	Percentual de gestantes com sífilis tratadas com penicilina.	90%	2018	%	95%	%	91%	92%	93%	95%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

D3.1.4 - Assegurar a confirmação laboratorial dos casos notificados de sarampo e rubéola.	Taxa de confirmação laboratorial dos casos notificados de sarampo e rubéola	90%	2018	%	90%	%	90%	90%	90%	90%
D3.1.5 - Ampliar a proporção de vacinas com cobertura vacinal preconizada no Estado de São Paulo.	Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura vacinal preconizada.	0	2018	%	75%	%	25%	25%	50%	75%
D3.1.6 - Ampliar o número de municípios que utilizam o Tratamento Diretamente Observado – TDO para Tuberculose.	Municípios com pelo menos 70% de cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose.	90	2018	Número	100	Número	92	95	98	100
D3.1.7 - Ampliar a taxa de doenças de notificação compulsória imediatas (DNCI) encerradas em tempo oportuno.	Proporção de Doenças de Notificação Compulsória Imediatas (DNCI) encerradas em tempo oportuno	71%	2018	%	75%	%	72%	73%	74%	75%
D3.1.8 - Elaborar e aprovar o Plano Regional da Rede de Cuidados em IST/AIDS e Hepatites Virais nas Regiões de Saúde.	Regiões de saúde com o Plano Regional da Rede de Cuidados elaborado e aprovado	-	-	-	44	Número	14	10	10	10
D3.1.9- Ampliar e organizar as sub redes e/ou laboratórios de referência por agravos/programas prioritários da Vigilância em Saúde.	Sub redes e/ou laboratórios de referência por agravos/programas prioritários da Vigilância em Saúde organizados.	10	2019	Número	5	Número	1	2	1	1
D3.1.10- Monitorar e avaliar a resistência aos inseticidas utilizados no controle de vetores em municípios selecionados.	Municípios selecionados com monitoramento e avaliação da resistência aos inseticidas utilizados no controle de vetores	-	-	-	100	%	25	25	25	25



D3.1.11- Assessorar tecnicamente os municípios no enfrentamento das epidemias de arboviroses e nas ações de vigilância e controle.	Municípios tecnicamente assessorados no enfrentamento das epidemias de arboviroses e nas ações de vigilância e controle.	12.000	2018	Número	48.000	Número	12.000	12.000	12.000	12.000
D3.1.12- Monitorar o início da investigação dos óbitos por dengue em até 48 horas	Percentual de óbitos por dengue com início de investigação em até 48 horas.	80%	2018	%	90%	%	80%	83%	86%	90%
D3.1.13- Notificar e investigar casos de Paralisias Flácidas Agudas (PFA) em menores de 15 anos de idade para monitoramento da erradicação da poliomielite selvagem.	Taxa de notificação de casos de PFA em menores de 15 anos.	1	2018	Taxa	1 caso por 100.000 habitantes	Taxa	1	1	1	1

Objetivo 2: Promover a Vigilância em Saúde nas seguintes áreas de atuação: produtos, serviços de saúde, interesse da saúde, meio ambiente e saúde do trabalhador

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 932 (VIGILÂNCIA EM SAÚDE) Produto 1006, 1007

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo1 O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde | D5.

Pactuação Interfederativa: Indicadores 4, 10, 20, 22 e 23

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

D3.2.1- Auditar os municípios das regiões metropolitanas, com mais de 100 mil habitantes, em relação à implantação da gestão de qualidade nos serviços de vigilância sanitária.	Percentual de Serviços Municipais de Vigilância Sanitária com Sistema de Gestão de Qualidade auditados	1%	2018	%	100%	%	6%	14%	40%	40%
D3.2.2- Ampliar o controle do risco sanitário das atividades econômicas de alta complexidade sob regulação da Vigilância Sanitária.	Percentual de estabelecimentos de alta complexidade regulados pela vigilância sanitária.	38	2018	%	50%	%	41%	44%	47%	50%
D3.2.3- Inspeccionar os locais de trabalho com ocorrência de casos prioritários de agravos à saúde do trabalhador, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan	Percentual de locais de trabalho com ocorrência de casos prioritários de agravos à saúde do trabalhador inspecionados.	100	2018	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
D3.2.4 – Ampliar as ações para controle de risco e dos agravos à saúde da população associados ao agrotóxico.	Ações de controle de risco de exposição e intoxicação da população por agrotóxicos	8	2018	Número	37	Número	10	9	9	9
D3.2.5 - Ampliar as ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para controle de risco de agravos à saúde relacionados ao trabalho	Ações para controle de risco de agravos à saúde relacionados ao trabalho realizadas pelos CEREST.	30.000	2018	Número	34.159	Número	30.990	32.012	33.068	34.159
D3.2.6 - Aprimorar as condições de potabilidade de água ofertada à população paulista pelos Sistemas Públicos de Abastecimento do estado de São Paulo.	Percentual de análises da água para consumo humano que atendem ao padrão de potabilidade para Coliforme Totais (CT), Cloro Residual (CRL)	85	2018	Percentual	95	Percentual	87	90	92	95



	e Turbidez (T).									

Objetivo 3: Promover ações de apoio ao desenvolvimento da Política Estadual de Mudanças Climáticas- PEMC.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades | Objetivo 12. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis | Objetivo 13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D3.3.1-Implantar nas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES o Projeto Reciclar	Percentual de unidades participantes do Projeto Reciclar.	0	2019	%	100%	%	25%	25%	25%	25%
D3.3.2- Implantar nas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES o Projeto Compras Sustentáveis na Saúde	Percentual de unidades participantes do Projeto Compras sustentáveis.	0	2019	%	100%	%	25%	25%	25%	25%
D3.3.3-Inventariar nas unidades hospitalares (direta e indireta) e ambulatoriais da SES as emissões de gases de efeito estufa.	Percentual de hospitais da administração direta e indireta com inventário de emissão de gases de efeito estufa.	0	2019	%	60%	%	10%	15%	15%	20%



D3.3.4- Implantar nas unidades hospitalares (direta e indireta) e ambulatoriais próprias sistema de mensuração de eficiência energética.	Percentual de unidades hospitalares e ambulatoriais com mensuração de eficiência energética.	0	2019	%	60%	%	10%	15%	15%	20%

Diretriz nº 4 - Fortalecer a Gestão da Saúde no Estado de São Paulo, com foco na governança regional e no controle social, para aprimoramento das redes de atenção à saúde.

Objetivo 1: Expansão e Modernização da Saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 941 (EXPANSÃO E MODERNIZAÇÃO NA SAÚDE)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo1 O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde | D4.

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D4.1.1-Construir nova estrutura para funcionamento da Centro de Referência da Saúde da Mulher.	Percentual de construção do novo Centro de Referência da Saúde da Mulher.	5%	2019	Percentual	100%	%	30%	90%	100%	0%
D4.1.2-Realizar reformas e adaptações nas unidades hospitalares e ambulatoriais para obtenção do AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros).	Adaptação das unidades para obtenção do AVCB.	80	2019	Número	16	Número	4	4	4	4



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

D4.1.3-Realizar reformas e adaptações nas unidades hospitalares e ambulatoriais para torna-las acessíveis à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.	Unidades reformadas e adaptadas para acessibilidade.	20%	2019	Percentual	60%	%	15%	15%	15%	15%
D4.1.4-Implantar e monitorar o sistema de gestão dos equipamentos médicos hospitalares nas unidades da administração direta.	Percentual de unidades da administração direta com sistema de gestão de equipamentos implantado e monitorado.	10%	2019	%	100%	%	60%	80%	100%	100%
D.4.1.5 - Modernizar o parque tecnológico dos laboratórios da rede de Saúde Pública para realizar exames de média e alta complexidade.	Aquisição de equipamentos laboratoriais para exames de média e alta complexidade	20	2019	Número	40	Número	10	10	10	10
D.4.1.6 - Modernizar a infraestrutura física dos laboratórios da rede de Saúde Pública.	Obras e reformas em laboratórios de saúde pública	0	2019	Número	30	Número	7	7	8	8
D.4.1.7- Atualizar o parque tecnológico de equipamentos médicos das unidades hospitalares e ambulatoriais da administração direta.	Percentual de atualização de equipamentos do parque tecnológico.	10%	2019	%	40%	%	10%	10%	10%	10%

Objetivo 2: Fortalecer a Ouvidoria como instrumento de gestão.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde Eixo IV: Participação social – cidadania, ética, direitos e deveres para a emancipação do direito coletivo.

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador	Meta do Plano	Unidade de	Metas anuais



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

		Valor	Ano	Unidade de Medida	(2020-2023)	Medida	2020	2021	2022	2023
D4.2.1-Implantar o Sistema Informatizado Ouvidor SES/SP nos serviços sob gestão do estado.	Percentual de serviços sob gestão estadual com o Sistema Ouvidor SES/SP implantados.	0	2018	%	60%	%	30%	10%	10%	10%

Objetivo 3: Disseminar e qualificar a Política de Humanização

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | Diretriz 2

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D.4.3.1- Ampliar o percentual de Unidades de Saúde da SES participantes da Política Estadual de Humanização (PEH) com Planos de Humanização construídos e validados.	Percentual de Unidades de Saúde da SES participantes da Política Estadual de Humanização (PEH) com Planos de Humanização.	70%	2018	%	85%	%	70%	75%	80%	85%



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

Objetivo 4: Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 1 O papel do estado como disciplinador e fomentador do direito à saúde | D5.

Pactuação Interfederativa: indicador 21

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D4.4.1 -Implementar os programas estratégicos de Saúde Mental (TEA, Recomeço, Prevenção ao suicídio e qualificação da RAPS) nas Regiões de Saúde.	Regiões de saúde com estratégicos de Saúde Mental implementadas.	-	-	-	63	Número	15	15	15	18

Objetivo 5: Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a qualificação da atenção básica, na perspectiva da estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 930 (ATENDIMENTO INTEGRAL E DESCENTRALIZADO NO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO) Produto 1092 e 1097

8ª Conferência Estadual de Saúde | Eixo 2 – A Função reguladora do estado na estruturação do SUS | D4

Pactuação Interfederativa: indicadores 17, 18 e 19.

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D4.5.1 Manutenção do apoio técnico e financeiro aos municípios paulistas.	Municípios que recebem apoio técnico e/ou financeiro para a	645	2019	Número	645	Número	645	645	645	645



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

	Atenção Básica.									

Diretriz nº 5 - Desenvolver políticas e ações de gestão do trabalho, educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Objetivo 1: Formar e capacitar profissionais para a área da saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 942 (CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE)

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D5.1.1-Formar Médicos por meio do Programa de Residência Médica para as instituições de saúde.	Médicos residentes formados.	6680	2019	Nº	26.980	Nº	6.700	6.720	6.760	6.800
D5.1.2- Especializar profissionais da área da saúde, exceto Médicos, para as instituições de saúde.	Profissionais especializados.	191	2019	Nº	2.450	Nº	550	600	650	650
D5.1.3- Formar profissionais de nível médio para as instituições de saúde.	Profissionais de nível médio formados.	1.010	2018	Nº	4.400	Nº	1.100	1.100	1.100	1.100
D5.1.4- Capacitar profissionais na área da saúde com recursos de Educação Permanente, em	Profissionais capacitados com recursos de Educação Permanente.	1.980	2018	Nº	8.800	Nº	2.200	2.200	2.200	2.200



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

parceria com o Ministério da Saúde, em conformidade com o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de São Paulo 2020-2023.										
D5.1.5- Capacitar os servidores da administração direta da SES/SP.	Percentual de servidores capacitados em cursos presenciais e EAD ofertados pelo Grupo de Seleção e Desenvolvimento de RH.	5%	2018	%	11%	%	5%	2%	2%	2%
D5.1.6- Desenvolver todas as ações das diretrizes que integram o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de São Paulo 2020-2023, conforme recursos financeiros disponibilizados para a implementação para a política de educação permanente em Saúde.	Percentual de ações do Plano Estadual de Educação Permanente de São Paulo 2020/2023 desenvolvidas.	-	-	-	100%	%	25%	25%	25%	25%
D5.1.7- Capacitar profissionais na área de Vigilância em Saúde e Gestão	Profissionais capacitados na área de Vigilância em Saúde e Gestão	13.000	2018	Número	52.000	Número	13.000	13.000	13.000	13.000



Objetivo 2: Propiciar a melhoria do clima organizacional e da qualidade de vida dos trabalhadores na Secretaria da Saúde.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 942 (CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE)

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D5.2.1-Realizar mesa de negociação na SES/SP.	Mesas de negociação realizadas.	10	2.018	Nº	40	Nº	10	10	10	10
D5.2.2-Realizar ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida aos servidores das unidades da administração direta da SES/SP	Ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida desenvolvidas.	5	2.018	Nº	20	Nº	5	5	5	5

Objetivo 3: Fortalecer a gestão de pessoas na SES/SP.

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 942 (CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS NA ÁREA DA SAÚDE)

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>

SESCAP2019106262A

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D5.3.1- Implantar nas unidades próprias da SES sistema informatizado de gestão de pessoas na SES via web.	Percentual de unidades próprias da SES com sistema informatizado de gestão de pessoas via web implantado.	0	2019	%	20/80= 25%	%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
D5.3.2- Revisar as estruturas organizacionais e readequar os cargos da SES/SP, conforme solicitação do Gabinete do Secretário (GS).	Percentual de estruturas organizacionais da SES/SP revisadas por solicitação do Gabinete do Secretário (GS).	-	-	-	16/80 unidades = 20%	%	5%	5%	5%	5%

Objetivo 4: Estabelecer mecanismos que contribuam para a aproximação do SUS a tecnologia de inovação em saúde

Nota: Este objetivo guarda relação com:

PPA 2020/2023 Programa 933 (CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE) Produto 887, 1489 1475, 1478 e 1482 | Programa 940 (FORTALECIMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS) Produto 1671.

ODS3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta	Linha de Base do Indicador			Meta do Plano (2020-2023)	Unidade de Medida	Metas anuais			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2020	2021	2022	2023
D5.4.1-Produzir pareceres técnicos científicos e sínteses de evidências	Pareceres técnicos científicos e sínteses de evidências produzidas.	5	2018	Número	24	Número	6	6	6	6
D5.4.2-Realizar pesquisas em inovação tecnológica em saúde	Pesquisas desenvolvidas em inovação em saúde pelos Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT).	-	-	-	30	Número	6	8	8	8



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.

Documento Nº: 1500174-210 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500174-210>



SESCAP2019106262A

D5.4.3 Desenvolver projetos de metodologias analíticas no Laboratório de Saúde Pública para atender as demandas de Vigilância em Saúde.	Projetos de metodologias analíticas desenvolvidos no Laboratório de Saúde Pública para atender as demandas de Vigilância em Saúde	4	2018	Número	20	Número	5	5	5	5
D5.4.4- Viabilizar nos municípios do Estado agendamento de consultas médicas, exames e procedimentos clínicos por meio do aplicativo Hora Marcada	Municípios com o aplicativo Hora Marcada.	-	-	-	90	Número	15	20	25	30
D5.4.5- Realizar interconsultas de especialidades, por meio do Programa Multisaúde.	Pacientes atendidos pelo Programa Multisaúde.	-	-	-	500.000	Número	50.000	100.000	150.000	200.000
D5.4.6- Estruturar o prontuário resumido do paciente, organizados por evento clínico.	Pacientes com História Clínica Digital.	-	-	-	3.500.000	Número	500.000	500.000	1.000.000	1.500.000



D5.4.7- Realizar análise com formulação de proposta de plano de intervenção em processos estratégicos.	Casos de análise com formulação de proposta de plano de intervenção em processos estratégicos.	-	-	-	5	Número	2	1	1	1
D5.4.8- Implantar o sistema de informática (S4SP) para a gestão hospitalar	Hospitais com sistema S4SP implantado.	40	2019	Número	40	Número	10	10	10	10



Indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

PARTE III - Ficha de Qualificação

São Paulo, 2019
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Autenticado com senha por FERNANDO ZANGRANDE.
Documento Nº: 1500223-210 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1500223-210>



SESCAP2019106265A

Diretriz nº 1 - Garantir o acesso da população em tempo oportuno, aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, e integrar a atenção básica e especializada.

Objetivo1: Organizar e qualificar o acesso à assistência ambulatorial especializada e hospitalar.

Indicador 1 - Percentual de hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de ocupação acima de 80%.

1. Nome do indicador:	Percentual de hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de ocupação acima de 80%.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1 e Meta D1-1.1 - Otimizar a utilização dos leitos hospitalares gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS).
3. Fórmula de cálculo:	Número de hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de ocupação acima de 80%/Número total de hospitais gerenciados por OSS x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Mensal.
7. Valor mais recente (linha de base):	70%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Gestão em Saúde. Relatório dos indicadores de desempenho hospitalar.
10. Área responsável:	Coordenadoria de gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 2- Percentual de Hospitais gerais da Administração Direta com taxa de ocupação igual ou acima de 80%.

1. Nome do indicador:	Percentual de Hospitais gerais da Administração Direta com taxa de ocupação igual ou acima de 80%.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1, Meta D1.1.2 - Otimizar a utilização dos leitos dos Hospitais Gerais da Administração Direta.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de hospitais da Administração Direta com taxa de ocupação igual ou acima de 80\%}}{\text{Número total de hospitais da Administração Direta}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Mensal.
7. Valor mais recente (linha de base):	50%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema NIH – Núcleo de Informações Hospitalares. www.nih.saude.sp.gov.br
10. Área responsável:	Núcleo de Informação Hospitalar da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS). Assistência de Recursos Humanos.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 3 - Percentual de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) com perda primária menor que 6%.

1. Nome do indicador:	Percentual de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) com perda primária menor que 6%.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1, Meta D1.1.3 - Reduzir a perda primária dos Ambulatórios Médicos de Especializadas (AME).
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de AME com perda primária menor que 6\%}}{\text{Número total de AME}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Mensal
7. Valor mais recente (linha de base):	8%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Gestão em Saúde. Indicadores AMW, perda primária.
10. Área responsável:	Coordenadoria de gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 4- Ocupação dos leitos hospitalares atualizada, em tempo real no Portal CROSS, dos hospitais sob gestão estadual.

1. Nome do indicador:	Ocupação dos leitos hospitalares atualizada, em tempo real no Portal CROSS, dos hospitais sob gestão estadual.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1, Meta D1.1.4 - Manter atualizada a ocupação dos leitos hospitalares, em tempo real no Portal CROSS, dos hospitais sob gestão estadual.
3. Fórmula de cálculo:	Número de hospitais com atualização da ocupação dos leitos em tempo real no portal CROSS (Módulo de Leitos ou Leitos com AIH)/número total de hospitais próprios e conveniados x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Tempo real (diariamente)
7. Valor mais recente (linha de base):	70%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Portal CROSS – Módulo de Leitos.
10. Área responsável:	Grupo de Regulação da CRS, CGCSS e CSS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 2: Aprimorar o controle e a avaliação dos Contratos de Gestão, Convênios e dos Contratos Programa.

Indicador 5- Média da pontuação (0 a 100) alcançada pelas Unidades da Administração Direta tradicional nas avaliações trimestrais do Contrato Programa.	
1. Nome do indicador:	Média da pontuação (0 a 100) alcançada pelas Unidades da Administração Direta tradicional nas avaliações trimestrais do Contrato Programa.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 2, Meta D1.2.1- Ampliar a pontuação das Unidades da Administração Direta nas avaliações do Contrato Programa.
3. Fórmula de cálculo:	Pontuação total alcançada nas avaliações das Unidades da Administração Direta tradicional/Número de Unidades da Administração Diretas tradicional avaliadas.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Trimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	69
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Contrato Programa
10. Área responsável:	Núcleo de Informação Hospitalar da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS). Assistência de Recursos Humanos.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 6- Percentual de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com relatório de avaliação trimestral em conformidade com as metas contratadas.

1. Nome do indicador:	Percentual de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com relatório de avaliação trimestral em conformidade com as metas contratadas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 2, Meta D1.2.2-Ampliar as unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com relatórios trimestrais de avaliação em conformidades com as metas contratadas.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades gerenciadas por OSS com relatório de avaliação trimestral em conformidade com as metas contratadas}}{\text{Número total de unidades gerenciadas por OSS}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Trimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	85%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Relatórios de avaliação trimestral emitido para os processos dos Contratos de Gestão.
10. Área responsável:	Coordenadoria de gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 7-Percentual de Instituições participantes do programa “Santa Casa SUSstável” monitoradas.	
1. Nome do indicador:	Percentual de Instituições participantes do programa “Santa Casa SUSstável” monitoradas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1, Meta D.1.2.3- Monitorar as instituições participantes das Santas Casas SUSstável.
3. Fórmula de cálculo:	Número de instituições monitoradas/Número de instituições participantes da estratégia Santas Casas SUSstáveis x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual.
7. Valor mais recente (linha de base):	100%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Portal CROSS, módulo de indicadores.
10. Área responsável:	Departamento Regional de Saúde - DRS (Comissão de Monitoramento Regional), GPA, Grupo de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), Núcleo de Humanização, Área Técnica do Idoso, Central de Transplantes, Auditoria (NTE).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 8- Percentual de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de satisfação do usuário acima de 90%.

1. Nome do indicador:	Percentual de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de satisfação do usuário acima de 90%.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1, Meta D1.2.4 Manter a satisfação dos usuários atendidos em unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS).
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) com taxa de satisfação do usuário acima de 90\%}}{\text{Número total de unidades sob contrato de gestão}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Mensal
7. Valor mais recente (linha de base):	90%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Relatório PSAT elaborado pelo Núcleo Técnico de Humanização – NTH/SES.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 9- Percentual de hospitais gerais da Administração Direta com taxa de satisfação do usuário acima de 85%.	
1. Nome do indicador:	Percentual de hospitais gerais da Administração Direta com taxa de satisfação do usuário acima de 85%.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 1, Meta D1.2.5 - Melhorar a satisfação dos usuários atendidos em hospitais gerais da Administração Direta.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de hospitais gerais da Administração Direta com taxa de satisfação do usuário acima de 85\%}}{\text{Número total de hospitais gerais}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Mensal
7. Valor mais recente (linha de base):	69%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Relatório PSAT elaborado pelo Núcleo Técnico de Humanização – NTH/SES.
10. Área responsável:	Núcleo Técnico de Humanização (NTH) e Núcleo de Informação Hospitalar (NIH) da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS). Assistência de Recursos Humanos.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 10- Taxa de satisfação dos usuários atendidos nas unidades conveniadas (convênios assistenciais).	
1. Nome do indicador:	Taxa de satisfação dos usuários atendidos nas unidades conveniadas (convênios assistenciais).
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 2, Meta D.1.2.6-Melhorar a satisfação dos usuários atendidos nas unidades conveniadas (convênios assistenciais).
3. Fórmula de cálculo:	Número de unidades conveniadas com taxa de satisfação do usuário maior ou igual a 85%/Número total de unidades conveniadas x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual.
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	-
10. Área responsável:	Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 3: Promover a estruturação da assistência farmacêutica e o acesso aos medicamentos padronizados no SUS pela população.

Indicador 11- Taxa de acesso aos medicamentos padronizados pela população.	
1. Nome do indicador:	Taxa de acesso aos medicamentos padronizados pela população.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 3, Meta D.1.3.1- Ampliar o acesso aos medicamentos padronizados no SUS pela população.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos por medicamento}}{\text{Número de pacientes cadastrados por medicamento}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	87%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	SIASUS, sistemas estaduais (MEDEX e S-Codes), sistemas próprios de serviços de saúde de administração direta, indireta e autarquias.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 12- Percentual de disponibilidade dos medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas Estaduais de saúde.

1. Nome do indicador:	Percentual de disponibilidade dos medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas Estaduais de saúde.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 3, Meta D.1.3.2-Garantir a disponibilidade de medicamentos principais nas unidades públicas estaduais de saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número médio de medicamentos principais disponíveis na unidade/Número de medicamentos principais da lista x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	82%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2017
9. Fonte das informações:	Sistemas estaduais (GSNET e S-Codes), sistemas próprios de serviços de saúde de administração direta, indireta e autarquias.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 4: Fortalecer o Instituto Butantan como laboratório oficial de produção de referência nacional.

Indicador 13- Percentual de atendimento da demanda de soros e vacinas solicitadas ao Instituto Butantan pelo Ministério da Saúde.

1. Nome do indicador:	Percentual de atendimento da demanda de soros e vacinas solicitadas ao Instituto Butantan pelo Ministério da Saúde.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 4, Meta D1.4.1-Atender a demanda do Ministério da Saúde de acordo com a capacidade de produção do Instituto Butantan.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades de vacinas e soros entregues ao Ministério da Saúde}}{\text{Número de unidades de soros e vacinas demandados pelo Ministério da Saúde}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	100%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Planejamento e Controle de Produção-Divisão de Desenvolvimento Tecnológico e Produção - Instituto Butantan.
10. Área responsável:	Divisão de Desenvolvimento Tecnológico e Produção - Instituto Butantan.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 5: Consolidar a Fundação para o Remédio Popular (FURP) como um laboratório oficial de referência para a produção de medicamentos.

Indicador 14- Percentual de atendimento pela FURP da demanda de produção de medicamentos para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

1. Nome do indicador:	Percentual de atendimento pela FURP da demanda de produção de medicamentos para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 5, Meta D1.5.1-Disponibilizar medicamentos demandados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, de produção FURP.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades farmacotécnicas disponibilizadas pela FURP}}{\text{Número de unidades farmacotécnicas demandadas pela SES}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	92,74%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação da FURP- IFS/FURP.
10. Área responsável:	Gerência de Administração de Vendas da FURP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 6: Atender as necessidades de sangue e hemocomponentes nos serviços de saúde.

Indicador 15- Percentual de disponibilidade de bolsas de sangue nas agências transfusionais.

1. Nome do indicador:	Percentual de disponibilidade de bolsas de sangue nas agências transfusionais.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 6, Meta Suprir a necessidade de sangue e hemocomponentes nos serviços de saúde.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de bolsas de Sangue de concentrado de hemácias processadas coletadas pelos Hemocentros}}{\text{Número de bolsas de Sangue de concentrado de hemácias distribuídas para agências transfusionais, acrescido a 10\% de estoque de segurança}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	100%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	SISHEMO - http://www.cvs.saude.sp.gov.br/cvs.asp .
10. Área responsável:	Hemorrede – Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde (CCTIES)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 7: Promover ações para a redução de internações por causas sensíveis à atenção básica.

Indicador 16- Percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).	
1. Nome do indicador:	Percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 7, Meta D1.7.1-Reduzir as Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de internações por causas sensíveis à atenção básica no ano}}{\text{Número total de internações do mesmo período}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	15%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)/DATASUS
10. Área responsável:	Área Técnica da Atenção Básica – Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 8: Apoiar o desenvolvimento de ações de saúde bucal em municípios com baixo IDH.

Indicador 17- Municípios com baixo IDH apoiados financeiramente para custeio da Saúde Bucal por meio do Programa “Sorria São Paulo”.

1. Nome do indicador:	Municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apoiados financeiramente para custeio da Saúde Bucal por meio do Programa “Sorria São Paulo”.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 8, Meta D1.8.1-Apoiar financeiramente os municípios com IDH baixo para auxiliar no custeio da Saúde Bucal por meio do Programa “Sorria São Paulo”.
3. Fórmula de cálculo:	Número de municípios beneficiados financeiramente para o custeio da saúde bucal por meio do Programa “Sorria São Paulo”.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	411
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Resoluções SS publicada anualmente.
10. Área responsável:	Área Técnica da Atenção Básica e Saúde Bucal – Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 9: Implantar Rede Integrada de Assistência aos Pacientes com Doenças Genéticas Raras no Estado de São Paulo

Indicador 18- Centros de Referência para confirmação diagnóstica de crianças com má-formação congênita e erros inatos do metabolismo identificados e implementados.	
1. Nome do indicador:	Centros de Referência para confirmação diagnóstica de crianças com má-formação congênita e erros inatos do metabolismo identificados e implementados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 9, Meta D1.9.1-Identificar e implementar Centros de Referência para confirmação diagnóstica de crianças com má-formação congênita e erros inatos do metabolismo.
3. Fórmula de cálculo:	Número de Centros de Referência identificados e implementados.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Área Técnica das Doenças Raras – Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS).
10. Área responsável:	Área Técnica das Doenças Raras – Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 10: Promover a melhoria do acesso a serviços de terapia renal substitutiva (TRS).

Indicador 19- Taxa de oferta de vagas para pacientes com Doença Renal Crônica Terminal.	
1. Nome do indicador:	Taxa de oferta de vagas para pacientes com Doença Renal Crônica Terminal.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 10, Meta D1.10.1- Ampliar a oferta de vagas para pacientes com Doença Renal Crônica Terminal.
3. Fórmula de cálculo:	Número de pacientes em terapia renal substitutiva (TRS)/estimativa de necessidade pela Portaria MS/GM 1.631/2015 (75 x 100.000 habitantes acima de 20 anos).
4. Unidade de medida:	Taxa
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	68 por 100.000 habitantes acima de 20 anos.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2017
9. Fonte das informações:	APAC e População SEADE.
10. Área responsável:	DRS, GPA, Grupo de Regulação.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 11: Estimular a implementação de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIDOTT.

Indicador 20- Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIDOTT) cadastradas na Central de Transplantes da SES.

1. Nome do indicador:	CIDOTT cadastradas na Central de Transplantes da SES.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 11 e Meta D1.11.1-Aumentar o número de CIDOTT cadastradas na Central de Transplantes da SES.
3. Fórmula de cálculo:	Número de CIDOTT cadastradas.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	121
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Central de Transplantes SES
10. Área responsável:	Central de Transplantes SES
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 12: Aprimorar a regulação da rede regional de atenção à saúde.

Indicador 21- Percentual de DRS com redução de 5% ao ano da mediana do tempo (em minutos) de regulação de urgência/emergência inter hospitalar.

1. Nome do indicador:	Percentual de DRS com redução de 5% ao ano da mediana do tempo (em minutos) de regulação de urgência/emergência inter hospitalar.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 1, Objetivo 12, Meta D1.12.1- Reduzir em todos os DRS o tempo de regulação de urgência/emergência.
3. Fórmula de cálculo:	Número de DRS com redução de 5% ao ano da mediana do tempo (em minutos) de regulação de urgência absoluta inter hospitalar/Número total de DRS x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	70%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Portal CROSS, módulo urgência/emergência.
10. Área responsável:	Grupo de Regulação da CRS e dos DRS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Diretriz nº 2 - Promover o cuidado integral às pessoas em seus diferentes ciclos de vida, considerando os segmentos específicos da população.

Objetivo 1: Promover ações para a redução da mortalidade materna e infantil.

Indicador 22- Razão de mortalidade materna.	
1. Nome do indicador:	Razão de mortalidade materna.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 1, Meta D2.1.1-Reduzir a mortalidade materna no Estado de São Paulo.
3. Fórmula de cálculo:	Número de óbitos maternos/100.000 nascidos vivos.
4. Unidade de medida:	Razão.
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual.
7. Valor mais recente (linha de base):	46,20 óbitos maternos por 100.000 mil nascidos vivos.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde da Mulher/Atenção Básica; GPA; Grupo de Regulação CRS; CCD, CGCSS; CSS; CPS e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 23- Taxa de mortalidade infantil.	
1. Nome do indicador:	Taxa de mortalidade infantil
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 1, Meta D2.1.2-Reduzir a mortalidade infantil no Estado de São Paulo.
3. Fórmula de cálculo:	Número de óbitos de crianças menores de um ano/número de nascidos vivos x 1.000.
4. Unidade de medida:	Taxa
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	10,77 óbitos infantis por 1.000 mil nascidos vivos.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde da Criança/Atenção Básica; GPA; Grupo de Regulação CRS; CCD, CGCSS; CSS, CPS e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 2: Ampliar o acesso das mulheres às ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero e do câncer de mama.

Indicador 24- Cobertura do Rastreamento de câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com cobertura SUS.

1. Nome do indicador:	Cobertura do Rastreamento de câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com cobertura SUS.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 2, Meta D2.2.1-Melhorar a cobertura do Rastreamento de câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos com cobertura SUS.
3. Fórmula de cálculo:	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos/ Número de mulheres de 25 a 64 anos com cobertura SUS, residentes no respectivo local e ano/3.
4. Unidade de medida:	Razão.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	0,63 exames pelo número de mulheres de 25 a 64 anos com cobertura SUS, residentes no respectivo local e ano.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação do câncer do colo do útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). População estimada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde da Mulher /Atenção Básica; GPA; Grupo de Regulação CRS; CCD, CGCSS; CSS, CPS e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 25- Cobertura do rastreamento para o câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos com cobertura SUS.

1. Nome do indicador:	Cobertura do rastreamento para o câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos com cobertura SUS.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 2 e Meta D2.2.2-Melhorar a cobertura do rastreamento para o câncer de mama na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos com cobertura SUS.
3. Fórmula de cálculo:	Número de mamografias para rastreamento na faixa etária de 50 a 69 anos, residentes em dado local e período/Metade da população feminina com cobertura SUS nesta faixa etária no respectivo local e período.
4. Unidade de medida:	Razão.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	0,49 exames pelo número de mulheres de 50 a 69 anos com cobertura SUS, residentes no respectivo local e ano.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação do câncer e mama (SISMAMA) e Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). População estimada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde da Mulher /Atenção Básica; GPA; Grupo de Regulação CRS; CCD, CGCSS; CSS, CPS e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 3: Qualificar o cuidado ao adolescente ampliando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da integralidade e intersetorialidade das ações.

Indicador 26- Percentual de gestações em adolescentes, menores de 20 anos.	
1. Nome do indicador:	Percentual de gestações em adolescentes, menores de 20 anos.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 3 e Meta D2.3.1-Reduzir o número de gestações em adolescentes no Estado de São Paulo.
3. Fórmula de cálculo:	Percentual de Nascidos Vivos de Mães com menos de 20 anos/Número total de nascidos vivos x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	11,2% do total de nascidos vivos.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde do Adolescente /Atenção Básica; CCD e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 4: Promover o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.

Indicador 27- Hospitais paulistas com o selo inicial do Programa “Hospital Amigo do Idoso”.	
1. Nome do indicador:	Hospitais paulistas com o selo inicial do Programa “Hospital Amigo do Idoso”.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 4 e Meta D2.4.1-Ampliar o número de hospitais paulistas com o selo inicial do Programa “Hospital Amigo do Idoso”.
3. Fórmula de cálculo:	Número de hospitais que receberam o selo inicial do “Hospital Amigo do idoso”.
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	52
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Site da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde do Idoso /Atenção Básica e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 5: Proteger e promover a saúde da população, com foco nas doenças e condições crônicas, acidentes e violências e na promoção do envelhecimento saudável.

Indicador 28- Taxa de mortalidade prematura (30 a 39 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.

1. Nome do indicador:	Taxa de mortalidade prematura (30 a 39 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes)
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 5 e Meta D2.5.1- Reduzir a mortalidade prematura por DCNT pelos principais grupos de DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes)
3. Fórmula de cálculo:	a) Para municípios com menos de 100 mil habitantes: número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local; b) para municípios com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta: Numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local. Denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000.
4. Unidade de medida:	Para Municípios com menos de 100.000 hab. Unidade de medida: número de óbitos Para Municípios com 100.000 hab. ou mais Unidade de medida: taxa de mortalidade Fator de multiplicação: 100.000.
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual.
7. Valor mais recente (linha de base):	331,05
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e População RIPSa.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) - Área técnica de Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 29- Grupos de Trabalhos regionais de combate às Violências constituídos.

1. Nome do indicador:	Grupos de Trabalhos regionais de combate às Violências constituídos.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 5 e Meta D2.5.2 - Criação de Grupos de Trabalho regionais de combate às Violências.
3. Fórmula de cálculo:	Número de Grupos de Trabalho regionais de combate às Violências.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Grupo Técnico de Violências da SES/SP
10. Área responsável:	Grupo Técnico de Violências da SES/SP
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 6: Fortalecer a atenção à Saúde das Populações Vulneráveis

Indicador 30- Capacitação para trabalhadores da saúde na temática Saúde da População Negra.	
1. Nome do indicador:	Capacitação para trabalhadores da saúde na temática Saúde da População Negra.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 6 e Meta D2.6.1 Ampliar o número de cursos de capacitação para trabalhadores da saúde na temática Saúde da População Negra.
3. Fórmula de cálculo:	Número de cursos para trabalhadores da saúde na temática Saúde da População Negra realizados.
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual.
7. Valor mais recente (linha de base):	2
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Área Técnica da Saúde da População Negra, Instituto de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde e CRH/CDQ.
10. Área responsável:	Área técnica da Saúde da População Negra/GTAS III/CPS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 31- Pactuação regional do acesso da população indígena aos serviços de saúde.

1. Nome do indicador:	Pactuação regional do acesso da população indígena aos serviços de saúde.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 6 e Meta D2.6.2 Organizar e pactuar formalmente o acesso da População Indígena as Redes de Atenção à Saúde do SUS (média e alta complexidade) nas regiões de abrangência dos 8 Departamentos Regionais de Saúde com circunscrição indígena no Estado de São Paulo (DRS 1, 2,6,9,12,4,16 e 17).
3. Fórmula de cálculo:	Número de Departamento Regionais de Saúde (DRS,) que possuem aldeia em seu território de abrangência, com pactuações formalizadas nas CIR (Comissões Intergestores Regionais).
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Ata de reunião das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS).
10. Área responsável:	Área Técnica da Saúde da População Indígena/ GTAS III/CPS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 32- Novas Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro.

1. Nome do indicador:	Novas Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 6 e Meta D2.6.3 - Aumentar o acesso das pessoas com Deficiência aos serviços de reabilitação por meio da ampliação de novas Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro no Estado de São Paulo.
3. Fórmula de cálculo:	Número de Novas Unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	20
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Comitê Gestor da Rede Lucy Montoro, CGCSS e CRS.
10. Área responsável:	Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/GTAS III/CPS
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 33- Procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero realizados.	
1. Nome do indicador:	Procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero para pessoas transexuais.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 6 e Meta D2.6.4 Ampliar os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero para pessoas transexuais.
3. Fórmula de cálculo:	Número de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero realizados.
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	100
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Relatórios de cirurgias realizadas nos hospitais de referência.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) – CRT DSTA/AIDS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 34- Moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo desinstitucionalizados.	
1. Nome do indicador:	Percentual de moradores de hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo desinstitucionalizados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 6 e Meta D2.6.5 Reduzir o número de pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo.
3. Fórmula de cálculo:	Número de moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo desinstitucionalizados/ Número total de moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo em 2019 x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	1.619 que corresponde a 100 %
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Listagem encaminhada dos serviços hospitalares para a recontagem anual do censo psicossocial.
10. Área responsável:	Área Técnica de saúde Mental – Coordenadoria de Controle de Doença (CCD).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 35- Municípios elegíveis que recebem repasse financeiro, de acordo com Deliberação CIB 62, para realização de atenção básica dentro dos presídios.	
1. Nome do indicador:	Municípios elegíveis que recebem repasse financeiro para realização de atenção básica dentro dos presídios.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 2, Objetivo 6 e Meta D2.6.6 Realizar apoio financeiro aos municípios sede de unidade prisional para atendimento da atenção básica da população privada de liberdade.
3. Fórmula de cálculo:	Número de municípios elegíveis que recebem repasse financeiro para realização de atenção básica dentro dos presídios.
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor. *Contamos com um total de 36 municípios com adesão à Deliberação CIB 62/2012 até dezembro de 2018. A Deliberação CIB 62/2012 oferece cobertura de Atenção Básica à aproximadamente 38% da população privada de liberdade no Estado de São Paulo e tem se mostrado como uma ação exitosa. Apesar de haver uma série de gestores municipais que mostram interesse em ofertar atenção básica nas unidades prisionais em seus territórios, não há uma previsão de aumento sistemático do orçamento no PPA (2020-2023) para novas pactuações. Ainda que em 2019 a SES-SP tenha autorizado a pactuação pela CIB 62/2012 para mais dois municípios (Nova Independência e Paulo de Faria), isso não representa um aumento programado de disposição de recursos.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	36
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Resoluções SS.
10. Área responsável:	Área de Saúde da População Privada de Liberdade – GTAS III.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Diretriz nº 3 – Reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e prevenção.

Objetivo 1: Fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.

Indicador 36- Taxa de casos novos de Hanseníase com incapacidade física visível.	
1. Nome do indicador:	Taxa de casos novos de Hanseníase com incapacidade física visível.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.1- Reduzir a taxa de casos novos de hanseníase com incapacidade física visível.
3. Fórmula de cálculo:	Número de casos novos com incapacidade física visível (grau 2) no momento do diagnóstico, residentes e detectados no ano da avaliação/ População residente x 1 milhão.
4. Unidade de medida:	Taxa.
5. Polaridade do indicador:	Quanto menor, melhor. A tendência de redução da taxa de detecção acompanhada da queda deste indicador caracteriza redução da magnitude da endemia.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	3,6 por 1 milhão de habitantes.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e população IBGE.
10. Área responsável:	Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase – Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 37- Percentual de notificações de hepatite C com carga viral reagente na população de 15 a 69 anos residente no Estado de São Paulo.	
1. Nome do indicador:	Percentual de notificações de hepatite C com carga viral reagente na população de 15 a 69 anos residente no Estado de São Paulo.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.2 - Ampliar o diagnóstico de Hepatite C na população de 15 a 69 anos.
3. Fórmula de cálculo:	Número de notificações de hepatite entre 15 e 69 anos de idade com HCV-RNA detectado/Número de notificações de hepatite entre 15 e 69 anos de idade com anti-HCV reagente X 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	68%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.
10. Área responsável:	Área técnica do Programa de Hepatites Virais (PEHV) – Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 38- Percentual de gestantes com sífilis tratadas com penicilina.	
1. Nome do indicador:	Percentual de gestantes com sífilis tratadas com penicilina.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.3 – Ampliar o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal tratadas com penicilina.
3. Fórmula de cálculo:	$\text{Número de gestantes com sífilis tratadas com penicilina} / \text{Número total de gestantes com sífilis no pré-natal} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	90%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) - CRT DST/AIDS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 39- Taxa de confirmação laboratorial dos casos notificados de sarampo e rubéola.	
1. Nome do indicador:	Taxa de confirmação laboratorial dos casos notificados de sarampo e rubéola.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.4 - Assegurar a confirmação laboratorial dos casos notificados de sarampo e rubéola.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de casos suspeitos de sarampo e rubéola encerrados laboratorialmente}}{\text{Número total de casos notificados de sarampo e rubéola}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	90%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.
10. Área responsável:	Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória (DDTR), do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 40- Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura vacinal preconizada.

1. Nome do indicador:	Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura vacinal preconizada.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.5 - Ampliar a proporção de vacinas com cobertura vacinal preconizada.
3. Fórmula de cálculo:	Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada/ 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
10. Área responsável:	Área técnica de Imunização – Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 41- Municípios com pelo menos 70% de cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose.

1. Nome do indicador:	Municípios com pelo menos 70% de cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.6 - Ampliar o número de municípios que utilizam o Tratamento Diretamente Observado – TDO para Tuberculose.
3. Fórmula de cálculo:	Número de municípios com pelo menos 70% de cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO).
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	90
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose – TBWEB.
10. Área responsável:	Área técnica do Programa de Tuberculose – Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 42- Proporção de Doenças de Notificação Compulsória Imediatas (DNCI) encerradas em tempo oportuno.

1. Nome do indicador:	Proporção de Doenças de Notificação Compulsória Imediatas (DNCI) encerradas em tempo oportuno.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.7 - Ampliar a taxa de doenças de notificação compulsória imediatas (DNCI) encerradas em tempo oportuno.
3. Fórmula de cálculo:	Número de casos de DNCI notificados encerrados em até 60 dias a partir da data da notificação/número de casos de DNCI notificados X 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	71%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.
10. Área responsável:	Área técnica NIVE - Núcleo de Informações em Vigilância Epidemiológica do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 43- Regiões de saúde com o Plano Regional da Rede de Cuidados em IST/AIDS e Hepatites Virais, elaborado e aprovado.

1. Nome do indicador:	Regiões de saúde com o Plano Regional da Rede de Cuidados em IST/AIDS e Hepatites Virais, elaborado e aprovado.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 8, Objetivo 1 e Meta D3.1.8 - Elaborar e aprovar o Plano Regional da Rede de Cuidados em IST/AIDS e Hepatites Virais nas Regiões de Saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de regiões de saúde com o Plano Regional da Rede de Cuidados em IST/AIDS e Hepatites Virais, elaborado e aprovado.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Planilhas de monitoramento das oficinas da Rede de Cuidados em IST/AIDS e Hepatites Virais.
10. Área responsável:	Área técnica do Programa de Hepatites Virais – Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e CRT-DST/AIDS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 44- Sub redes e/ou laboratórios de referência por agravos/programas prioritários da Vigilância em Saúde organizados.

1. Nome do indicador:	Sub redes e/ou laboratórios de referência por agravos/programas prioritários da Vigilância em Saúde organizados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.9- Organizar as sub redes e/ou laboratórios de referência por agravos/programas prioritários da Vigilância em Saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de sub-redes e/ou laboratórios de referência organizados.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	10
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Centro de Planejamento e Informação do Instituto Adolfo Lutz.
10. Área responsável:	Centro de Planejamento e Informação do Instituto Adolfo Lutz.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 45- Municípios selecionados com monitoramento e avaliação da resistência aos inseticidas utilizados no controle de vetores.

1. Nome do indicador:	Municípios selecionados com monitoramento e avaliação da resistência aos inseticidas utilizados no controle de vetores.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.10- Monitorar e avaliar a resistência aos inseticidas utilizados no controle de vetores em municípios selecionados.
3. Fórmula de cálculo:	$\text{Número de municípios monitorados} / \text{Número de municípios selecionados} \times 100$.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Capop - Sistema Capacidade Operacional
10. Área responsável:	Diretoria de Combate a Vetores
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 46- Municípios tecnicamente assessorados no enfrentamento das epidemias de arboviroses e nas ações de vigilância e controle.	
1. Nome do indicador:	Municípios tecnicamente assessorados no enfrentamento das epidemias de arboviroses e nas ações de vigilância e controle.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.11- Assessorar tecnicamente os municípios no enfrentamento das epidemias de arboviroses e nas ações de vigilância e controle.
3. Fórmula de cálculo:	Número de assessorias realizadas.
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Semestral
7. Valor mais recente (linha de base):	48.000
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema Capacidade Operacional- CAPOP
10. Área responsável:	Superintendência de Controle de Endemias /SUCEN
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 47- Percentual de óbitos por dengue com início de investigação em até 48 horas.	
1. Nome do indicador:	Percentual de óbitos por dengue com início de investigação em até 48 horas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.12- Monitorar o início da Investigação dos óbitos por dengue em até 48 horas.
3. Fórmula de cálculo:	$\text{Número de óbitos por dengue com início de investigação em 48 horas} / \text{Número de óbitos por dengue notificados} \times 100$.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	80%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.
10. Área responsável:	Divisão de dengue, chikungunya e Zika do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 48- Taxa de notificação de casos de Paralisias Flácidas Agudas (PFA) em menores de 15 anos.

1. Nome do indicador:	Taxa de notificação de casos de Paralisias Flácidas Agudas (PFA) em menores de 15 anos.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.1.13 - Notificar e investigar casos de Paralisias Flácidas Agudas (PFA) em menores de 15 anos de idade para monitoramento da erradicação da poliomielite selvagem.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de casos de PFA em menores de 15 anos notificados} \times 100.000}{\text{Número total da população de menores de 15 anos}}$
4. Unidade de medida:	Taxa
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	1
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	SINAN
10. Área responsável:	Centro de vigilância Epidemiológica
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 2: Promover a Vigilância em Saúde nas seguintes áreas de atuação: produtos, serviços de saúde, interesse da saúde, meio ambiente e saúde do trabalhador.

Indicador 49- Percentual de Serviços Municipais de Vigilância Sanitária com Sistema de Gestão de Qualidade auditados.

1. Nome do indicador:	Percentual de Serviços Municipais de Vigilância Sanitária com Sistema de Gestão de Qualidade auditados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 2 e Meta D3.2.1- Auditar os municípios das regiões metropolitanas, com mais de 100 mil habitantes, em relação à implantação da gestão de qualidade nos serviços de vigilância sanitária.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de municípios auditados}}{\text{Número total de municípios priorizados}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	1%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Centro de Vigilância Sanitária.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Sanitária – DITEP; DVST; SAMA, SERSA e SETOX.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 50- Percentual de estabelecimentos de alta complexidade regulados pela Vigilância Sanitária .

1. Nome do indicador:	Percentual de estabelecimentos de alta complexidade regulados pela vigilância sanitária.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 2 e Meta D3.2.2- Ampliar o controle do risco sanitário das atividades econômicas de alta complexidade sob regulação da Vigilância Sanitária.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de estabelecimentos alta complexidade monitorados}}{\text{Número de estabelecimentos de alta complexidade cadastrados}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	38%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), do Centro de Vigilância Sanitária.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Sanitária – Ditep; DVST; SAMA, SERSA e SETOX.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 51- Percentual de locais de trabalho com ocorrência de casos prioritários de agravos à saúde do trabalhador inspecionados.

1. Nome do indicador:	Percentual de locais de trabalho com ocorrência de casos prioritários de agravos à saúde do trabalhador inspecionados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 2 e Meta D3.2.3- Inspeccionar os locais de trabalho com ocorrência de casos prioritários de agravos à saúde do trabalhador, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de locais de trabalho com casos prioritários notificados no Sinan investigados e inspecionados}}{\text{Número de locais de trabalho com casos prioritários notificados no Sinan investigados}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	100%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), do Centro de Vigilância Sanitária.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Sanitária – Diretoria de Vigilância Sanitária do Trabalho e Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CVS/DVST-CEREST).
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 52- Ações de controle de risco de exposição e intoxicação da população por agrotóxicos.

1. Nome do indicador:	Ações de controle de risco de exposição e intoxicação da população por agrotóxicos.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 2 e Meta D3.2.4 – Ampliar as ações para controle de risco e dos agravos à saúde da população associados ao agrotóxico.
3. Fórmula de cálculo:	Número de ações de controle do risco e de agravos à saúde associados ao agrotóxico.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	8
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	• Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), CVS; • Programa Paulista de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PP Agrotóxico), CVS; • Programa de Toxicovigilância do Agrotóxico (PTA), CVS; • Sistema Nacional de Informação da Qualidade da Água (SISAGUA), MS; • Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), CVE.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Sanitária – DITEP; DVST; SAMA e SETOX.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 53- Ações ampliadas para controle de risco de agravos à saúde relacionados ao trabalho realizadas pelos CEREST.

1. Nome do indicador:	Ações ampliadas para controle de risco de agravos à saúde relacionados ao trabalho realizadas pelos CEREST.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 1 e Meta D3.2.5 - Ampliar as ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para controle de risco de agravos à saúde relacionados ao trabalho.
3. Fórmula de cálculo:	Número de ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador realizadas pelos CEREST-R no ano.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	30 mil ações
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	• Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), do Centro de Vigilância Sanitária; • Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), do Ministério da Saúde.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Sanitária – Diretoria de Vigilância Sanitária do Trabalho e Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CVS/DVST-CEREST)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 54 - Percentual de análises da água para consumo humano que atendem ao padrão de potabilidade para Coliforme Totais (CT), Cloro Residual (CRL) e Turbidez (T).

1. Nome do indicador:	Percentual de análises da água para consumo humano que atendem ao padrão de potabilidade para Coliforme Totais (CT), Cloro Residual (CRL) e Turbidez (T).
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 2 e Meta D3.2.6 - Aprimorar as condições de potabilidade de água ofertada à população paulista pelos Sistemas Públicos de Abastecimento do estado de São Paulo.
3. Fórmula de cálculo:	Número de análises de água que atendem ao padrão de potabilidade para CT, CRL e T/ Número de análises de água avaliadas em relação aos parâmetros de CT, CRL e T x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	85%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema Nacional de Informação da Qualidade da Água – Sisagua.
10. Área responsável:	Centro de Vigilância Sanitária – Diretoria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente (CVS/SAMA)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 3: Promover ações de apoio ao desenvolvimento da Política Estadual de Mudanças Climáticas- PEMC.

Indicador 55- Percentual de unidades participantes do Projeto Reciclar.

1. Nome do indicador:	Percentual de unidades participantes do Projeto Reciclar.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 3 e Meta D3.3.1-Implantar nas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES o Projeto Reciclar.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES participantes do Projeto Reciclar}}{\text{Número unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelas unidades que aderirem ao projeto reciclar.
10. Área responsável:	Gabinete do Secretário.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 56- Percentual de unidades participantes do Projeto Compras sustentáveis.	
1. Nome do indicador:	Percentual de unidades participantes do Projeto Compras sustentáveis.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 3 e Meta D3.3.2- Implantar nas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES o Projeto Compras Sustentáveis na Saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES participantes do Projeto Compras Sustentáveis na Saúde/ número de unidades hospitalares e ambulatoriais próprias da SES x 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelas unidades que aderirem ao projeto compras sustentáveis.
10. Área responsável:	Grupo de trabalho mudanças climáticas.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 57- Percentual de hospitais da administração direta e indireta com inventário de emissão de gases de efeito estufa.

1. Nome do indicador:	Percentual de hospitais da administração direta e indireta com inventário de emissão de gases de efeito estufa.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 3 e Meta D3.3.3-Inventariar nas unidades hospitalares (direta e indireta) e ambulatoriais da SES as emissões de gases de efeito estufa.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de hospitais da administração direta e indireta da SES com inventário de emissões de gases de efeito estufa}}{\text{Número total de hospitais da administração direta e indireta}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelos hospitais da administração direta e indireta da SES.
10. Área responsável:	Unidades hospitalares da administração direta e indireta – CSS e CGCSS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 58- Percentual de unidades hospitalares e ambulatoriais com mensuração de eficiência energética.	
1. Nome do indicador:	Percentual de unidades hospitalares e ambulatoriais com mensuração de eficiência energética
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 3, Objetivo 3 e Meta D3.3.4- Implantar nas unidades hospitalares (direta e indireta) e ambulatoriais próprias sistema de mensuração de eficiência energética.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de hospitais da administração direta e indireta da SES com mensuração de eficiência energética}}{\text{Número total de hospitais da administração direta e indireta}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelos hospitais da administração direta e indireta da SES.
10. Área responsável:	Unidades hospitalares da administração direta e indireta – CSS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Diretriz nº 4 - Fortalecer a Gestão da Saúde no Estado de São Paulo, com foco na governança regional e no controle social, para aprimoramento das redes de atenção à saúde.

Objetivo 1: Expansão e Modernização da Saúde

Indicador 59- Percentual da construção do novo Centro de Referência da Saúde da Mulher.	
1. Nome do indicador:	Percentual da construção do novo Centro de Referência da Saúde da Mulher.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 1 e Meta 4.1.1-Construir nova estrutura para funcionamento da Centro de Referência da Saúde da Mulher.
3. Fórmula de cálculo:	Percentual anual da construção do novo Centro de Referência da saúde da mulher.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	5%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelo Grupo Técnico de Edificações (GTE), que fará o acompanhamento da obra.
10. Área responsável:	Grupo Técnico de Edificações (GTE)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Indicador 60- Adaptação das unidades para obtenção do AVCB.	
1. Nome do indicador:	Adaptação das unidades para obtenção do AVCB.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 1 e Meta D4.1.2-Realizar reformas e adaptações nas unidades hospitalares e ambulatoriais para obtenção do AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros).
3. Fórmula de cálculo:	Número de unidades da administração direta adaptadas para obtenção do AVCB.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	80
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelo Grupo Técnico de Edificações (GTE), que fará o acompanhamento da obra.
10. Área responsável:	Grupo Técnico de Edificações (GTE)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 61- Unidades reformadas e adaptadas para acessibilidade.	
1. Nome do indicador:	Unidades reformadas e adaptadas para acessibilidade.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 1 e Meta D4.1.3-Realizar reformas e adaptação nas unidades hospitalares e ambulatoriais para torna-las acessíveis à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades de saúde reformadas e adaptadas para torna-las acessíveis}}{\text{Número total de unidades de saúde}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	20%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelo Grupo Técnico de Edificações (GTE), que fará o acompanhamento da obra.
10. Área responsável:	Grupo Técnico de Edificações (GTE)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 62- Percentual de unidades da administração direta com sistema de gestão de equipamentos implantado e monitorado.	
1. Nome do indicador:	Percentual de unidades da administração direta com sistema de gestão de equipamentos implantado e monitorado.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 1 e Meta D4.1.4-Implantar e monitorar o sistema de gestão dos equipamentos médicos hospitalares nas unidades da administração direta.
3. Fórmula de cálculo:	Número de unidades da administração direta com o sistema de gestão de equipamentos hospitalares implantados e monitorados/Número de hospitais das unidades da administração direta x100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	10
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelo GES que fará o acompanhamento da implantação e monitoramento do sistema Neovero.
10. Área responsável:	GES
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 63- Aquisição de equipamentos laboratoriais para exames de média e alta complexidade.	
1. Nome do indicador:	Aquisição de equipamentos laboratoriais para exames de média e alta complexidade.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 1 e Meta D.4.1.5 - Modernizar o parque tecnológico dos laboratórios da rede de Saúde Pública para realizar exames de média e alta complexidade.
3. Fórmula de cálculo:	Número de equipamentos laboratoriais para exames de média e alta complexidade adquiridos.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	20
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Centro de Planejamento e Informação do Instituto Adolfo Lutz.
10. Área responsável:	Centro de Administração do Instituto Adolfo Lutz.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 64- Obras e reformas em laboratórios de saúde pública.	
1. Nome do indicador:	Obras e reformas em laboratórios de saúde pública.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretrizes 4, Objetivo 1 e Meta D.4.1.6 - Modernizar a infraestrutura física dos laboratórios da rede de Saúde Pública.
3. Fórmula de cálculo:	Número de obras e reformas realizadas nos laboratórios de saúde pública.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Centro de Planejamento e Informação do Instituto Adolfo Lutz.
10. Área responsável:	Centro de Planejamento e Informação do Instituto Adolfo Lutz.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 65- Percentual de atualização de equipamentos do parque tecnológico.	
1. Nome do indicador:	Percentual de atualização de equipamentos do parque tecnológico.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretrizes 4, Objetivo 1 e Meta D.4.1.7- Atualizar o parque tecnológico de equipamentos médicos das unidades hospitalares e ambulatoriais da administração direta.
3. Fórmula de cálculo:	Número de equipamentos atualizados/Número total de equipamentos x100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	10%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	As informações serão fornecidas pelo GES que fará o acompanhamento da aquisição.
10. Área responsável:	GES
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 2: Fortalecer a Ouvidoria como instrumento de gestão.

Indicador 66- Percentual de serviços sob gestão estadual com o Sistema Ouvidor SES/SP implantados.	
1. Nome do indicador:	Percentual de serviços sob gestão estadual com o Sistema Ouvidor SES/SP implantados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 2 e Meta D4.2.1-Implantar o Sistema Informatizado Ouvidor SES/SP nos serviços sob gestão do estado.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de serviços sob gestão do estado com Sistema Informatizado Ouvidor SES/SP implantado}}{\text{Número de serviços sob gestão do Estado (por Coordenadoria)}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Semestral
7. Valor mais recente (linha de base):	Autarquias 67%; CCD 40%, CGCSS 100%; CRS – DRS 100%; CSS 77%; Fundações 0% e Santa Casa Sustentáveis 32%.
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	1º semestre de 2019
9. Fonte das informações:	Sistema Ouvidor SES/SP.
10. Área responsável:	Ouvidoria Central da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 3: Disseminar e qualificar a Política de Humanização

Indicador 67- Percentual de Unidades de Saúde da SES participantes da Política Estadual de Humanização (PEH) com Planos de Humanização.

1. Nome do indicador:	Percentual de Unidades de Saúde da SES participantes da Política Estadual de Humanização (PEH) com Planos de Humanização.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 3 e Meta D.4.3.1- Ampliar o percentual de Unidades de Saúde da SES participantes da Política Estadual de Humanização (PEH) com Planos de Humanização construídos e validados.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de Unidades de Saúde da SES participantes da Política Estadual de Humanização com Planos Institucionais de Humanização construídos e validados}}{\text{Número Unidades SES participantes da Política Estadual de Humanização}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	70%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Registro de Atividades dos Articuladores de Humanização – SRAAH e dos técnicos do NTH; Indicadores de Humanização – unidades CGCSS e CSS.
10. Área responsável:	Núcleo Técnico de Humanização.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Objetivo 4: Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Indicador 68- Regiões de saúde com estratégias de Saúde Mental implementadas.

1. Nome do indicador:	Regiões de saúde com estratégias de Saúde Mental implementadas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 4 e Meta D4.4.1-Implementar os programas estratégicos de Saúde Mental (TEA, Recomeço, Prevenção ao suicídio e qualificação da RAPS) nas Regiões de Saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de regiões de saúde com pelo menos 3 ações estratégias de Saúde Mental implantadas.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Informação dos Departamentos Regionais de Saúde.
10. Área responsável:	Área Técnica de Saúde Mental.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 5: Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a qualificação da atenção básica, na perspectiva da estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Indicador 69- Municípios que receberam apoio técnico e/ou financeiro para a Atenção Básica.	
1. Nome do indicador:	Municípios que recebem apoio técnico e/ou financeiro para a Atenção Básica.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 4, Objetivo 5 e Meta D4.5.1 Manutenção do apoio técnico e financeiro aos municípios paulistas.
3. Fórmula de cálculo:	Número de municípios que receberam apoio técnico e/ou financeiro para a Atenção Básica.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	645
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Portal Financeiro do Gestor/CGOF – SES, e Área Técnica da Atenção Básica – Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS).
10. Área responsável:	Atenção Básica, DRS Articuladores da Atenção Básica, CGOF e GS.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Último valor do período.



Diretriz nº 5 - Desenvolver políticas e ações de gestão do trabalho, educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Objetivo 1: Formar e capacitar profissionais para a área da saúde.

Indicador 70- Médicos residentes formados.

1. Nome do indicador:	Médicos residentes formados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.1-Formar Médicos por meio do Programa de Residência Médica para as instituições de saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de médicos residentes formados.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	6.680
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	SABRM – Sistema Administrativo de Bolsas de Residência Médica.
10. Área responsável:	Residência Médica, Coordenadoria de recursos Humanos (CRH)/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 71- Profissionais especializados	
1. Nome do indicador:	Profissionais especializados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.2- Especializar profissionais da área da saúde, exceto Médicos, para as instituições de saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de profissionais especializados.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	191
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Diário de classe e planilhas.
10. Área responsável:	Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 72- Profissionais de nível médio formados.	
1. Nome do indicador:	Profissionais de nível médio formados.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.3- Formar profissionais de nível médio para as instituições de saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de profissionais de nível médio formados.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	1.010
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Diário de classe e planilhas.
10. Área responsável:	Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 73- Profissionais capacitados com recursos de Educação Permanente.	
1. Nome do indicador:	Profissionais capacitados com recursos de Educação Permanente.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.4- Capacitar profissionais na área da saúde com recursos de Educação Permanente, em parceria com o Ministério da Saúde, em conformidade com o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de São Paulo 2020-2023.
3. Fórmula de cálculo:	Número de profissionais capacitados com recursos de Educação Permanente.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	1.980
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Planilha de acompanhamento de projetos de Educação Permanente com recursos do Ministério da Saúde.
10. Área responsável:	Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 74- Percentual de servidores capacitados em cursos presenciais e EAD ofertados pelo Grupo de Seleção e Desenvolvimento de RH.

1. Nome do indicador:	Percentual de servidores capacitados em cursos presenciais e EAD ofertados pelo Grupo de Seleção e Desenvolvimento de RH.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.5- Capacitar os servidores da administração direta da SES/SP.
3. Fórmula de cálculo:	Número de servidores capacitados em cursos presenciais e EAD /Número total de servidores ativos da administração direta da SES/SP X 100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	5%
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Moodle, Lista de Presença e Controle Interno.
10. Área responsável:	Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 75- Percentual de ações do Plano Estadual de Educação Permanente de São Paulo 2020/2023 desenvolvidas

1. Nome do indicador:	Percentual de ações do Plano Estadual de Educação Permanente de São Paulo 2020/2023 desenvolvidas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.6- Desenvolver todas as ações das diretrizes que integram o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de São Paulo 2020-2023, conforme recursos financeiros disponibilizados para a implementação para a política de educação permanente em Saúde.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de São Paulo 2020-2023 desenvolvidas}}{\text{Número total de ações propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de São Paulo 2020-2023}} \times 100.$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Processos e Planilhas.
10. Área responsável:	Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 76- Profissionais capacitados na área de Vigilância em Saúde e Gestão.	
1. Nome do indicador:	Profissionais capacitados na área de Vigilância em Saúde e Gestão.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 1 e Meta D5.1.7- Capacitar profissionais na área de Vigilância em Saúde e Gestão.
3. Fórmula de cálculo:	Número de profissionais capacitados.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	13.000
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	SIMPPA
10. Área responsável:	Coordenadoria de Controle de Doenças
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 2: Propiciar a melhoria do clima organizacional e da qualidade de vida dos trabalhadores na Secretaria da Saúde.

Indicador 77- Mesas de negociação realizadas.

1. Nome do indicador:	Mesas de negociação realizadas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 2 e Meta D5.2.1- Realizar mesa de negociação na SES/SP.
3. Fórmula de cálculo:	Número de mesas de negociação realizadas.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	10
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Registro das reuniões realizadas.
10. Área responsável:	Gabinete do Coordenador da CRH/SES-SP
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 78- Ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida desenvolvidas.	
1. Nome do indicador:	Ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida desenvolvidas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 2 e Meta D5.2.2-Realizar ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida aos servidores das unidades da administração direta da SES/SP.
3. Fórmula de cálculo:	Número de ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida desenvolvidas.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	5
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Sistema de Informática QVTS e Controles Internos (Lista de Presença dos Treinamentos / Palestras).
10. Área responsável:	Grupo de Qualidade de Vida, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 3: Fortalecer a gestão de pessoas na SES/SP

Indicador 79 - Percentual de unidades próprias da SES com sistema informatizado de gestão de pessoas via web implantado.

1. Nome do indicador:	Percentual de unidades próprias da SES com sistema informatizado de gestão de pessoas via web implantado.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 3 e Meta D5.3.1- Implantar nas unidades próprias da SES sistema informatizado de gestão de pessoas na SES via web.
3. Fórmula de cálculo:	$\frac{\text{Número de unidades próprias da SES com sistema informatizado de gestão de pessoas na via web implantado}}{\text{Número total de unidades da SES}} \times 100$
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	• SAS • BI-Oracle • RECAD • Sistema de Controle de Cargos e Funções
10. Área responsável:	Centro de Gerenciamento de Dados, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 80 - Percentual de estruturas organizacionais da SES/SP revisadas por solicitação do Gabinete do Secretário –GS.

1. Nome do indicador:	Percentual de estruturas organizacionais da SES/SP revisadas por solicitação do Gabinete do Secretário – GS.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 3 e Meta D5.3.2- Revisar as estruturas organizacionais e readequar os cargos da SES/SP, conforme solicitação do Gabinete do Secretário (GS).
3. Fórmula de cálculo:	Número de estruturas organizacionais da SES/SP revisadas por solicitação do Gabinete do Secretário. / número total de estruturas organizacionais da SES/SP X100.
4. Unidade de medida:	Percentual (%)
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	0
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Decreto de criação e suas alterações.
10. Área responsável:	Grupo de Gestão de Pessoas/ Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Institucional, CRH/SES-SP.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Objetivo 4: Estabelecer mecanismos que contribuam para a aproximação do SUS a tecnologia de inovação em saúde

Indicador 81 - Pareceres técnicos científicos e sínteses de evidências produzidas.	
1. Nome do indicador:	Pareceres técnicos científicos e sínteses de evidências produzidas.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.1-Produzir pareceres técnicos científicos e sínteses de evidências.
3. Fórmula de cálculo:	Número de pareceres técnicos científicos e sínteses de evidências produzidas.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	5
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Relatórios técnicos dos responsáveis pela elaboração dos pareceres técnicos científicos e das sínteses em evidências.
10. Área responsável:	CCTIES e Instituto de Saúde (IS)
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 82- Pesquisas desenvolvidas em inovação em saúde pelos Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT).	
1. Nome do indicador:	Pesquisas desenvolvidas em inovação em saúde pelos Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT).
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.2-Realizar pesquisas em inovação tecnológica em saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de pesquisas desenvolvidas em inovação em saúde pelos Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT).
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Relatórios elaborados pelos responsáveis técnicos dos Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT).
10. Área responsável:	Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT) e CCTIES.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 83- Projetos de metodologias analíticas desenvolvidos no Laboratório de Saúde Pública para atender as demandas de Vigilância em Saúde.

1. Nome do indicador:	Projetos de metodologias analíticas desenvolvidos no Laboratório de Saúde Pública para atender as demandas de Vigilância em Saúde.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.3 Desenvolver projetos de metodologias analíticas no Laboratório de Saúde Pública para atender as demandas de Vigilância em Saúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de projetos de pesquisas desenvolvidas nos Laboratório de Saúde Pública.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	4
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2018
9. Fonte das informações:	Comitê Técnico Científico do Instituto Adolfo Lutz.
10. Área responsável:	Comitê Técnico Científico do Instituto Adolfo Lutz.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 84- Municípios com o aplicativo “Hora Marcada”.	
1. Nome do indicador:	Municípios com o aplicativo “Hora Marcada”.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.4- Viabilizar nos municípios do Estado agendamento de consultas médicas, exames e procedimentos clínicos por meio do aplicativo “Hora Marcada”.
3. Fórmula de cálculo:	Número de municípios com o aplicativo “Hora Marcada” implantado.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Coordenadoria de Inovação Digital.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Inovação Digital.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 85- Pacientes atendidos pelo Programa Multisaúde.	
1. Nome do indicador:	Pacientes atendidos pelo Programa Multisaúde.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.5- Realizar interconsultas de especialidades, por meio do Programa Multisaúde.
3. Fórmula de cálculo:	Número de pacientes atendidos pelo Programa Multisaúde.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Coordenadoria de Inovação Digital.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Inovação Digital.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 86- Pacientes com História Clínica Digital	
1. Nome do indicador:	Pacientes com História Clínica Digital
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.6- Estruturar o prontuário resumido do paciente, organizados por evento clínico.
3. Fórmula de cálculo:	Número de pacientes com História Clínica digital.
4. Unidade de medida:	Número.
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual e quadrimestral.
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Coordenadoria de Inovação Digital.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Inovação Digital.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 87- Casos de análise com formulação de proposta de plano de intervenção em processos estratégicos.	
1. Nome do indicador:	Casos de análise com formulação de proposta de plano de intervenção em processos estratégicos.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.7 - Realizar análise com formulação de proposta de plano de intervenção em processos estratégicos.
3. Fórmula de cálculo:	Número de casos de análise com formulação de proposta de plano de intervenção em processos estratégicos.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	-
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	-
9. Fonte das informações:	Coordenadoria de Inovação Digital.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Inovação Digital.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.



Indicador 88- Hospitais com sistema S4SP implantado.	
1. Nome do indicador:	Hospitais com sistema S4SP implantado.
2. Vinculado a Diretriz, objetivo e meta:	Diretriz 5, Objetivo 4 e Meta D5.4.8 - Implantar o sistema de informática (S4SP) para a gestão hospitalar.
3. Fórmula de cálculo:	Número de hospitais com sistema S4SP implantado.
4. Unidade de medida:	Número
5. Polaridade do indicador:	Quanto maior, melhor.
6. Periodicidade de apuração:	Anual
7. Valor mais recente (linha de base):	40
8. Ano do valor mais recente (linha de base):	2019
9. Fonte das informações:	Coordenadoria de Inovação Digital.
10. Área responsável:	Coordenadoria de Inovação Digital.
11. Forma de totalização da meta quadrienal:	Soma das metas anuais.





Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
Gabinete do Secretário

Ofício

Número de Referência: SES-EXP-2019/12053

Interessado: Conselho Estadual de Saúde

Assunto: Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

Ao Conselho Estadual de Saúde

Em cumprimento a Lei Complementar nº 141 de 2012, que determina o envio do Plano de Saúde ao respectivo Conselho, encaminhamos, em formato eletrônico, os documentos preliminares do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, que está disposto em três partes:

- Parte I - Diagnóstico do Plano Estadual de Saúde 2020-2023
- Parte II - Matriz do PES - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.
- Parte III - Ficha de qualificação dos indicadores.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Cordialmente,



Assinado com senha por JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA.
Documento Nº: 1501434-9340 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1501434-9340>

Classif. documental 006.01.10.003



SESOF201911052A

Governo do Estado de São Paulo

Secretaria da Saúde
Gabinete do Secretário

São Paulo, 13 de dezembro de 2019.

José Henrique Germann Ferreira
Secretário de Saúde
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA.
Documento Nº: 1501434-9340 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=1501434-9340>

