

Plano Estadual de Saúde

PES-SP: 2024-2027

PARTE I – Diagnóstico Situacional



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Tarcísio de Freitas

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Dr. Eleuses Paiva

SECRETÁRIA EXECUTIVA
Priscilla Reinisch Perdicaris

CHEFE DE GABINETE
Eudes Quintino de Oliveira Junior

COORDENADORES

Silvany Lemes Cruvinel Portas - Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)
Glalco Cyriaco- Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS)
Marcela Pégolo da Silveira- Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)
Wilson Roberto de Lima -Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF)
Aldemir Humberto Soares - Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS)
Maria Aparecida Novaes- Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH)
Nelson Raposo de Mello Junior - Coordenadoria Geral de Administração (CGA)
Regiane A. Cardoso de Paula – Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)
Magali Vicente Proença - Coordenadoria de Ciência, Tec. e Insumos Est. de Saúde (CCTIES)
Daniel Buffone de Oliveira– Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF)

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
Dr. Eleuses Paiva

PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE
SÃO PAULO
Geraldo Reple Sobrinho

Coordenação Geral

- Gabinete do Secretário
- Coordenadoria de Planejamento em Saúde – CPS

Grupo de Trabalho e Facilitadores

- I - Gabinete do Secretário
- II - Coordenadoria de Planejamento - CPS
 - Carolina Lopes Zanatta
 - Jovana T.C. Mascarenhas
 - Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz
 - Paula K. Tanaka
 - Paulo Ribeiro de Calais Jesus
 - Sunilde Gomes Aldave
 - Larissa Moreira Izarelli de Carvalho
 - Catarina Matulovic Berges
 - Vera Lucia Rodrigues Lopes Osiano
- III - Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD
 - Elisa Maria Nunes Cabral P. de Azevedo
 - Claudia Carnevalle
- IV - Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS
 - Suely Vallim
 - Arnaldo Sala
- V - Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS
 - Sonia Maria Silva
 - Sandra Regina Sestokas Zorzeto
- VI - Coordenadoria de Gestão de Contrato de Serviços de Saúde - CGCSS
 - Vanessa D. O. Fernandes
 - Elaine de Moraes Kraus
- VII - Coordenadoria de Recursos Humanos - CRH
 - Fernanda de Freitas Silva
 - Monica Yukiro Takahashi
 - Tayná Alves de Alencar
 - Vera Cristina Cardoso Dalam
- VIII - Coordenadoria da Assistência Farmacêutica - CAF
 - Karina de Oliveira Fatel Martins
 - Verônica Simões de Oliveira
- IX - Coordenadoria de Gestão, Orçamentária e Financeira - CGOF
 - Clemilson Santos Cobra
- X - Coordenadoria Geral de Administração - CGA
 - Silvia Naghirniac Carvalho
 - Geraldo Aniceto Vaz Filho
- XI - Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde - CCTIES
 - Andrea Roberta Kiyamu
 - Patricia Nieri Martins

Contato

Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS.SES.SP
Grupo de Planejamento – GP.CPS.SES.SP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 8º andar - sala 800
CEP:05403-000 - São Paulo - SP
Telefone: (11) 3066-8247

GRUPO TÉCNICO - ELABORAÇÃO PES SES/SP 2024-2027 (atualizado em out/23)

COORD. / SETOR	PARTICIPANTES	E-MAIL	CONTATO
AUDITORIA	Andrea Guedes Weingrill	aweingrill@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8338
CAF	Janaina Carla da Silva	jasilva@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8146
CAF	Karina de Oliveira Fatel	kofatel@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8679
CAF	Vanessa Rocha Carvalho	vrcarvalho@saude.sp.gov.br	(11) 3066 4856
CAF	Verônica Simões de Almeida	veronica.simoes@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8196
CCD	Cláudia Vieira Carnevalle	ccarnevalle@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8766
CCD	Dalton Pereira da Fonseca Junior	dpfonseca@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8776
CCD	Elisa M ^a Nunes Cabral P. de Azevedo	eazevedo@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8899
CCD	Jéssica Pires de Camargo	jcamargo@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8775
CCD	Marcia de Souza Moraes	msmoraes@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8788
CCD	Renato Capuchinqui	rcapuchinqui@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8899
CCD - CVE	Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco	almfranco@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8758
CCD - CVE	Giovanna Mariah Orlandi	dvtbc@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8764
CCD - CVE	Iane Campos de Moraes	icmoraes@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8744
CCD - CVE	Juliana Yamashiro	dvhepa@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8755
CCD - CVE	Marco Antônio de Moraes	mmoraes@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8295
CCD - CVE	Maria Ligia Bacciotte Ramos Nerger	mbnerger@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8779
CCD - CVE	Mário D. V. Borges	mdvborges@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8753
CCD - CVE	Mirian M. Shirassu	mmatshuda@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8298
CCD - CVE	Nathalia Cristina Soares Franceschi Landi de Moraes	nfranceschi@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8760
CCD - CVE	Núbia Virgínia D'Avila Limeira de Araújo	naraujo@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8779
CCD - CVE	Renan Apparicio Delgado	radelgado@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8761
CCD - CVE	Sirlene Caminada	scaminada@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8465
CCD - CVE	Tanya Eloise Lafratta	dvhansen@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8753

CCD - CVE	Tatiana Lang D' Agostini	tlang@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8744
CCD - CVE	Telma Regina Marques Pinto Carvalhanas	dvresp@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8757
CCD - CVS	Clementina Michielon de A Isihi	sersa@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4632
CCD - CVS	Eliane Gandolfi	setox@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4640
CCD - CVS	Elizeu Diniz	ediniz@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4666
CCD - CVS	Isabel de Lelis Andrade Moraes	ditep.diretoria@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4617
CCD - CVS	Luís Sérgio Ozório Valentim	sama@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4796
CCD - CVS	Maria Cristina Megid	mmegid@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4666
CCD - CVS	Rosângela Sartori	rsartori@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4666
CCD - CVS	Simone Alves dos Santos	dvst@cv.s.saude.sp.gov.br	(11) 3065 4771
CCD CRTDST/AIDS	Alexandre Gonçalves	alexandre@crt.saude.sp.gov.br	(11) 5084 6143
CCD CRTDST/AIDS	Jean Carlo de Oliveira Dantas	jean@crt.saude.sp.gov.br	(11) 5087 9867
CCD CRTDST/AIDS	Mara Cristina Vilela	mara@crt.saude.sp.gov.br	(11) 5087 9867
CCD CRTDST/AIDS	Rosa de Alencar Souza	ralencar@crt.saude.sp.gov.br	(11) 5084 6143
CCD Instituto Adolfo Lutz	Adriana Bugno	adriana.bugno@ial.sp.gov.br	(11) 3068 2802
CCD Instituto Pasteur	Andréa de Cássia Rodrigues da Silva	arsilva@pasteur.saude.sp.gov.br	(11) 3145 3152
CCD Instituto Pasteur	Daniela Barroso Brogliatto	dbbrogliatto@pasteur.saude.sp.gov.br	(11) 3145 3154
CCD Instituto Pasteur	Luciana Botelho Chaves	lbchaves@pasteur.saude.sp.gov.br	(11) 3145 3185
CCTIES	Andréia Roberta Kiyamu	arkiyamu@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8447
CCTIES	Bernadete Campos de Oliveira Silva	bcsilva@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8489
CCTIES	Patricia Nieri Martins	pnmartins@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8489
CES	Ricardo Chaves de Carvalho	rccarvalho@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8614
CGA	Geraldo Aniceto Vaz Filho	gvazfilho@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8420
CGA	Silvia Naghimiac Carvalho	sncarvalho@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8881
CGCSS	Elaine de Moraes Kraus	emkraus@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8100

CGCSS	Jumara A. Rodrigues Silva	jrodrigues@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8058
CGCSS	Marília Tristan Vicente	mtvicente@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8949
CGCSS	Vanessa Dutra O. Fernandes	vfernandes@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8949
CGOF	Clemilson Santos Cobra	ccobra@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8254
CGOF	Tatiana de Carvalho Costa Loscher	tloscher@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8383
CPS	Carmela Maggiuzzu Grindler	cgrindler@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8001
CPS	Carolina Lopes Zanatta	czanata@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8247
CPS	Catarina Matulovic Berges	cberges@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8347
CPS	Dalva Regina Massuia	dmassuia@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8609
CPS	Jovana Thomaz Mascarenhas	jmascarenhas@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8297
CPS	Larissa Moreira Izarelli de Carvalho	lmicarvalho@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8523
CPS	Ligia Maria Carvalho de Azevedo Soares	lmsoares@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8089
CPS	Magda Maria Maia	mmaia@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8585
CPS	Marizete Peixoto Medeiros	mpmedeiros@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8590
CPS	Paula K. Tanaka	pktanaka@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8027
CPS	Paulo Ribeiro de Calais Jesus	prjesus@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8183
CPS	Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz	ralbernaz@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8490
CPS	Sunilde Gomes Aldave	saldave@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8183
CRH	Fernanda de Freitas Silva	ffsilva@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8908
CRH	Monica Yurico Takahashi	mytakahashi@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8914
CRH	Tayná Alves de Alencar	taalencar@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8189
CRH	Vera Cristina Cardoso Dalam	vdalam@saude.sp.gov.br	(11) 5080 7496
CRS	Arnaldo Sala	asala@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8534
CRS	Sueli Vallin	svallin@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8298
CSS	Sandra Regina Setoskas	ssetoskas@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8243
CSS	Sonia Maria Silva	smaria@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8603
HUMANIZAÇÃO	Vanderlei Camargo Freitas	vfreytas@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8000
OUVIDORIA	Patricia Camargo Ferreira	pcferreira@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8182

PROAD-SUS/MS HAOC	Everton Lopes Rodrigues	eelr@uol.com.br	-
SAÚDE DIGITAL	Roberta Rubia de Lima	roberta.rubia@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8654
SAÚDE MENTAL	Alina Zoqui de Freitas Cayres	azoqui@saude.sp.gov.br	(11) 3066 8406
SAÚDE MENTAL	Tiy Reis	tiyreis@yahoo.com.br	(11) 3066 8175

Lista de Siglas

Sigla	Descrição
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Avaliações Econômicas
AEIMM	Associação do Expostos e Intoxicados ao Mercúrio Metálico
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIR	Avaliação do Impacto Regulatório
AMB	Ambulatorial
AME	Ambulatórios de Especialidades Médicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APLV	Alergia a proteína do leite de vaca
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acidentes de Trânsito
ATS	Avaliação de Tecnologias de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCB	Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAF	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CCTIES	Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Ceatox	Centros de Assistência Toxicológica
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST Estadual	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual da Saúde
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CETESB	Companhia Ambiental do Estado de São Paulo
CEVS	Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CG Redes	Comitês Gestores da Rede
CGA	Coordenadoria Geral de Administração

CGAFB	Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Departamento de Assistência
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGM	Colegiados de Gestão Macrorregional
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CHIKV	Chikungunya
CI	Coeficiente de Incidência
CIATOX	Centros de Informação e Assistência Toxicológica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10ª versão
CIPOI	Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas na Infância
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMSAT	Curso Comissão de Saúde do Trabalhador
CONED	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPAGRO	Comitê Consultivo Paulista para Gestão Pública Integrada do Uso de Agrotóxicos
CPS	Coordenadoria de Planejamento de Saúde
CRH	Coordenadoria de Recursos Humanos
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
CRS	Coordenadoria de Regiões de Saúde
CSAB	Condições Sensíveis à Atenção Básica
CSPU	Cadastro de Sistemas e Permissões aos Usuários
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
CTAR	Comissões Técnicas de Auditoria Regional
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DAENT	Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DART	Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDTHA	Divisão de Doenças de Transmissão Hídricas e Alimentares
DENV	Dengue
Depen	Departamento Penitenciário Nacional
DF	Doença Falciforme
DIG	Dashboard de Informações Gerenciais
DIU	Dispositivo intrauterino
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRS	Departamento Regional de Saúde
DTC	Doppler transcraniano
DvW	Doença de Von Willebrand
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
EAD	Ensino à distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESP	Estado de São Paulo
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
e-SUS Notifica	Sistema de informação para notificação de casos leves e moderados de síndrome gripas suspeitos e confirmados de Covid-19
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FARMUSP	Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo
FME	Farmácias de Medicamentos Especializados
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
FUABC	Fundação ABC
Fundação CASA	Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
GAL	Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GCODES	Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde
GES	Grupo de Equipamentos em Saúde
GNACS	Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde
GSNET	Gestão de Suprimentos via Internet
GTAS	Grupo Técnico de Ações de Saúde
GTE	Grupo Técnico de Edificações

GTH	Grupos de Trabalho de Humanização
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
Hb	Habitantes
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCLMP	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica
ICTESP	Instituição Científica e Tecnológica do Estado de São Paulo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência em Idosos
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
IP	Instituto Pasteur
IP	Índice Predial (no contexto do controle de vetores)
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPDM	Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
Lacen	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LEIAL	Laboratório Estratégico Instituto Adolfo Lutz
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MARP	Modelo de Avaliação de Risco Potencial
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MSP	Município de São Paulo
NATS	Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NGHSP	Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente
NIT	Núcleo de Inovação Tecnológica
NIVE	Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica
Notivisa	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária

NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NTH	Núcleo Técnico de Humanização
NV	Nascidos Vivos
ODHH	Outros Distúrbios Hemorrágicos Hereditários
ODHNNH	Outros Distúrbios Hemorrágicos Não Hereditários
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção
OSS	Organização Social de Saúde
PAB Fixo	Piso da Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PANAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PARA	Programa Nacional de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDC	Programa Dose Certa
PE	Protocolos Estaduais
PEMAT-SD	Programa Estadual de Monitoramento da Água Tratada para serviços de Diálise
PEMC	Política Estadual de Mudanças Climáticas
PES	Plano Estadual de Saúde
PFA	Paralisia flácida aguda
PIB	Produto Interno Bruto
PIESP	Plano Integrado Estadual de Segurança do Paciente
PIH	Planos Institucionais de Humanização
PN	Pré-natal
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNIIS	Política Nacional de Informações em Informática em Saúde
PNO	Política Nacional de Oncologia

PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNS	Plano Nacional de Saúde
PoESP	Política Estadual de Segurança do Paciente
PP	Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos
PPA	Plano Plurianual
PPA	Programa Paulista de Alimentos (no contexto da VISA)
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
PPVISAT-Amianto	Programa Paulista de Vigilância à Saúde do Trabalhador Exposto ao Amianto
PPVISAT-Mercúrio	Programa Paulista de Vigilância à Saúde do Trabalhador Exposto ao Mercúrio
PRI	Planejamento Regional Integrado
PRM	Problemas Relacionados ao Medicamento
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROÁGUA	Programa Estadual de Qualidade da Água para Consumo Humano
PTC	Pareceres Técnico Científicos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
REPATS	Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RM	Região Metropolitana
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
SA	Sífilis Adquirida
SAA	Sistema de Autorização e Autenticação
SAA	Secretaria de Agricultura e Abastecimento (no contexto da VISA)
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAP	Secretaria da Administração Penitenciária
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SCAJ	Sistema de Cumprimento de Ação Judicial

SCPA	Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso
SCR	Sarampo, Caxumba e Rubéola
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES-SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SETOX	Sistema Estadual de Toxicovigilância
Sevisa	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
SG	Síndrome Gripal
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SIES	Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SIMA	Secretaria de Meio Ambiente, Infraestrutura e Logística
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISHEMO	Sistema de Informação dos Serviços de Hemoterapia
Sivep-Gripe	Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratória
Sivisa	Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP	São Paulo
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SRTN	Serviços de Referência em Triagem Neonatal
SS	Saúde Suplementar
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUCEN	Superintendência de Controle de Endemias
SUS	Sistema Único de Saúde
T. cruzi	Trypanosoma cruzi
TB	Tuberculose

TCE-SP	Tribunal de Contas do Estado - São Paulo
TD	Taxa de Detecção
TDSG	Taxa de detecção de sífilis em gestantes
TI	Taxa de Incidência
TISC	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita
TM	Taxa de Mortalidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMNN	Taxa de Mortalidade Neonatal
TMPNN	Taxa de Mortalidade Pós Neonatal
TPMP	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura
TV	Transmissão Vertical
UD	Unidades Dispensadoras
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UF	Unidade da Federação
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UP	Unidade Prisional
URM	Uso Racional de Medicamentos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAPT	Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho
VCV	Vigilância das Coberturas Vacinais
VE	Vigilância Epidemiológica
VIGIDESASTRES	Vigilância em Saúde nos Desastres Naturais e Tecnológicos
VIP	Vacina Contra a Poliomielite
VISA	Vigilância Sanitária
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
Vivasinan	Indicador Notificação de Violências
VRC	Valor Referencial de Custeio
VSPEA	Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos
YFV	Febre Amarela
ZEE	Zoneamento Ecológico-Econômico
ZIKV	Zika

Lista de Tabelas

Tabela 1	Perfil Geral do Estado de São Paulo
Tabela 2	Número de municípios e respectiva população total segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 3	População segundo Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo, 2022
Tabela 4	Esperança de vida ao nascer segundo ano e sexo, Estado de São Paulo e Brasil, 2010 a 2021
Tabela 5	Distribuição dos municípios segundo porte populacional e categorias de IPDM, Estado de São Paulo, 2021
Tabela 6	Número de internações hospitalares, Estado de São Paulo, 2016, 2019 e 2022
Tabela 7	Distribuição de valores pagos em internações hospitalares segundo causa de internação agregadas por Capítulos da CID-10, Estado de São Paulo, 2016, 2019 e 2022
Tabela 8	Distribuição das causas de internação na população dependente do SUS segundo de capítulos da CID-10 e sexo, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 9	Distribuição de internações hospitalares na população total e na dependente do SUS segundo faixas etárias, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 10	Distribuição percentual e coeficientes de internações hospitalares segundo capítulos da CID-10 e faixas etárias na população dependente do SUS*, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 11	Internações segundo 40 principais procedimentos no sexo feminino, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 12	Internações segundo 40 principais procedimentos no sexo masculino, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 13	Distribuição do percentual de internações por CSAB segundo Capítulo CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 14	Número de Internações por COVID-19 como causa primária segundo ano e faixa etária em residentes no Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Tabela 15	Valores das internações hospitalares (em reais) decorrentes de COVID-19 segundo ano e faixa etária, Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Tabela 16	Percentual dos recursos despendidos nas internações hospitalares por COVID-19 em relação às demais causas de internação segundo faixa etária, Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Tabela 17	Percentual de diárias em UTI devidas à COVID-19 em relação ao total de diárias por todas as causas segundo ano e faixa etária, Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Tabela 18	Taxa de mortalidade específica segundo capítulo da CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 19	Taxa de mortalidade por capítulo CID-10 segundo sexo, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 20	Taxa de mortalidade específica das cinco principais causas (Capítulo CID-10) segundo faixa etária e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 21	Taxa de mortalidade infantil e subcomponentes segundo ano, Estado de São Paulo e Brasil, 2016 a 2021
Tabela 22	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade segundo capítulo da CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 23	Distribuição do número de óbitos maternos no Estado de São Paulo e respectivas proporções em relação aos do país, 2016 a 2021
Tabela 24	Distribuição das causas de óbito materno segundo capítulo CID-10, causa básica e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021
Tabela 25	Comparação de indicadores de saúde selecionados segundo regional de residência, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 26	Distribuição do número e percentual de municípios segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022

Tabela 27	Distribuição do número de regiões de saúde e respectivos municípios de abrangência segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 28	Distribuição do número de RRAS e respectivos municípios de abrangência segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 29	Número de municípios, distribuídos por RRAS, segundo faixa de cobertura da APS*, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 30	Número de municípios, distribuídos por porte populacional e faixa de cobertura da APS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 31	Cobertura da APS e cobertura potencial das equipes de Saúde da Família segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 32	Cobertura de equipes de Saúde Bucal segundo RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022.
Tabela 33	Número de municípios por porte de população e cobertura assistencial somadas de APS e Saúde Suplementar.
Tabela 34	Distribuição de valores de receitas e despesas <i>per capita</i> em saúde* segundo fonte de recursos e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 35	Distribuição de valores de receitas per capita em saúde* segundo porte populacional e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 36	Distribuição do alcance de meta* para consultas de enfermagem e de médicos no primeiro ano de vida da criança segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 37	Indicadores de atenção pré-natal na APS segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 38	Concentração anual de consultas de enfermagem e consultas médicas na atenção ao diabético e ao hipertenso na Atenção Primária, segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 39	Cobertura vacinal* das vacinas prioritárias no primeiro ano de vida segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 40	Distribuição comparada de recursos federais* para financiamento da APS, Estado de São Paulo, 2019 e 2022
Tabela 41	Distribuição comparada de recursos estaduais* para financiamento da APS, Estado de São Paulo, 2019 e 2022
Tabela 42	Distribuição de municípios por porte populacional, segundo vulnerabilidade e percentual de cobertura assistencial, Estado de São Paulo 2022
Tabela 43	Produção ambulatorial segundo nível de complexidade e RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 44	Número de procedimentos ambulatoriais* realizados no SUS segundo RRAS de residência, nível de complexidade e tipo de gestão, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 45	Número e coeficiente de internações de média e alta complexidade segundo RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 46	Número de internações do SUS segundo RRAS de residência e natureza do hospital, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 47	Número de internações do SUS, segundo a RRAS de residência e tipo de gestão, Estado de São Paulo, 2022.
Tabela 48	Distribuição do percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021
Tabela 49	Distribuição do percentual de internações hospitalares em relação ao total da população segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 50	Distribuição da taxa de internação hospitalar por acidente vascular cerebral* em maiores de 40 anos segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 51	Distribuição da mortalidade geral segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Tabela 52	Distribuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021
Tabela 53	Distribuição da mortalidade infantil segundo ano e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 54	Distribuição da razão de mortalidade materna* segundo ano e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2021
Tabela 55	Leitos cadastrados por especialidades e leitos por mil habitantes segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 56	Distribuição de leitos de UTI segundo grupo etário e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 57	Distribuição percentual de atendimentos de especialidade e internações hospitalares ocorridas fora da RRAS de residência, Estado de São Paulo. Ano de 2022
Tabela 58	Unidades prisionais da Secretaria de Administração Penitenciária e número de privados de liberdade segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 59	Unidades da Fundação Casa e número de adolescentes em medidas socioeducativas segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 60	Sarampo: Casos suspeitos, classificação final e proporção de casos classificados por critério laboratorial, estado de São Paulo, 2016 a 2022.
Tabela 61	Rubéola: Casos suspeitos, classificação final e proporção de casos classificados por critério laboratorial, estado de São Paulo, 2016 a 2022.
Tabela 62	Distribuição dos casos SRAG por COVID-19, segundo evolução final e ano epidemiológico. Estado de São Paulo, 2020-2022.
Tabela 63	Número de notificações de hepatites virais por ano de notificação – Estado de São Paulo – 2013 a 2022*
Tabela 64	Distribuição de óbitos e mortalidade geral e específica por hepatites virais segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022*
Tabela 65	Série histórica de cobertura vacinal e homogeneidade considerando as vacinas do calendário vacinal em esquema básico. ESP, 2010 a 2022.
Tabela 66	Distribuição de casos, incidência, óbitos e letalidade de dengue segundo ano de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022.
Tabela 67	Número de casos confirmados e taxa de incidência de Chikungunya segundo ano de sintomas, ESP, 2016-2022.
Tabela 68	Número de casos confirmados e taxa de incidência de Zika, segundo ano de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 69	Número de casos e óbitos por leishmaniose visceral por RRAS no período de 2017 a 2023, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 70	Exemplares de triatomíneos coletados, examinados e positivos segundo ano. Estado de São Paulo, 2018 a 2022
Tabela 71	Número de triatomíneos examinados e positivos para <i>Trypanosoma cruzi</i> segundo ano. Região Metropolitana de São Paulo, 2017 a 2022.
Tabela 72	Percentual de positividade por <i>T. cruzi</i> na Região Metropolitana de São Paulo
Tabela 73	Acompanhamento às Notificações recebidas e Espécies Identificadas de 2018 a 2022 no Estado de São Paulo.
Tabela 74	Número de municípios com vigilância de <i>T. cruzi</i> e índice de infestação domiciliar segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022
Tabela 75	Distribuição dos acidentes por escorpião segundo local do acidente e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022
Tabela 76	Distribuição do número de municípios com atividades de vigilância do tracoma, taxa de adesão estadual, população avaliada, casos, taxa e coeficiente de detecção segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022.
Tabela 77	Número de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (CI)* segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 78	Percentual de cura dos casos novos de tuberculose segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021

Tabela 79	Série temporal do indicador de encerramento oportuno (até 60 dias) dos agravos de notificação compulsória imediata notificados no SINAN no estado de São Paulo, de 2016 a 2022.
Tabela 80	Distribuição de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022.
Tabela 81	Distribuição de internações e óbitos por envenenamentos biológicos e intoxicações selecionadas*, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 82	Distribuição de internações e óbitos por envenenamentos biológicos e intoxicações selecionadas* segundo região de saúde de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Tabela 83	Distribuição de cargos providos por meio de concurso público segundo ano, Estado de São Paulo, 2019 a 2022
Tabela 84	Distribuição de cargos providos por meio de contratações temporárias segundo ano, Estado de São Paulo, 2019 a 2022
Tabela 85	Número de capacitações oferecidas segundo modalidade e ano, Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Tabela 86	Número de profissionais capacitados em Escolas Técnicas segundo ano, Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Tabela 87	Valores gastos com investimentos e com reformas em 2022 e até o mês de março de 2023. SES-SP
Tabela 88	Percentual dos investimentos em obras segundo Departamento Regional de Saúde, 2022
Tabela 89	Percentual de Investimentos por DRS. Ano de 2022.
Tabela 90	Percentual de Investimentos em oncologia por DRS, ano 2023.

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Evolução da população e taxas anuais de crescimento, estado de São Paulo, 2000 a 2050
Gráfico 2	Taxa bruta de natalidade segundo ano, Estado de São Paulo, 2000 a 2022
Gráfico 3	Série histórica de esperança de vida ao nascer, Estado de São Paulo, 2010 a 2022
Gráfico 4	Pirâmide etária percentual da população paulista por sexo, 2001-2021
Gráfico 5	População segundo grupos etários escolares e ano, 2000-2021
Gráfico 6	Percentual de pessoas de 4 a 17 anos no total da população paulista, 2000-2021
Gráfico 7	Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal, Estado de São Paulo, 2014 a 2021
Gráfico 8	Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal segundo dimensões, Estado de São Paulo, 2014 a 2021
Gráfico 9	Variação percentual no volume de internações segundo Capítulo da CID-10, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 10	Posições relativas das causas de internação hospitalar por Capítulo CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2022
Gráfico 11	Distribuição do percentual de internações hospitalares segundo capítulo da CID-10, Estado de São Paulo, 2016, 2019 e 2022
Gráfico 12	Variação percentual de valores pagos em internações hospitalares agrupados por Capítulo CID-10, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 13	Coeficientes de internação* segundo capítulos da CID-10 e sexo, Estado de São Paulo, 2022
Gráfico 14	Distribuição do percentual de internações por CSAB segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 15	Variação temporal do percentual de internações por COVID-19 segundo faixas etárias, Estado de São Paulo, 2020 a 2022
Gráfico 16	Distribuição do número de óbitos segundo ano e percentual no sexo masculino, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 17	Mortalidade geral e acréscimo de óbitos por COVID-19 segundo ano do óbito, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 18	Taxa de mortalidade infantil e subcomponentes segundo ano, Estado de São Paulo, 2000 a 2021
Gráfico 19	Número de óbitos maternos e RMM segundo local e ano, Estado de São Paulo e Brasil, 2016 a 2021
Gráfico 20	Abastecimento da rede nos anos de 2020, 2021 e 2022 nos Hemocentros de São Paulo
Gráfico 21	Distribuição do atendimento dos pacientes Hemofílicos e com outras coagulopatias hereditárias nos Centros Tratadores do Estado.
Gráfico 22	Casos notificados de PFA/poliomielite de acordo com o critério de encerramento, ESP, 2010 a 2022*.
Gráfico 23	Taxa de notificação de casos de PFA, ESP, 2010 a 2022*.
Gráfico 24	Proporção de amostras de fezes coletadas dos casos notificados e de oportunidade de coleta, ESP, 2010 a 2022*.
Gráfico 25	Taxa de mortalidade por aids por 100 mil hab./ ano (TI), segundo sexo, estado de São Paulo, 2021.
Gráfico 26	Percentual de casos de sífilis em gestantes, segundo trimestre gestacional de diagnóstico e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2022*.
Gráfico 27	Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG), por 1.000 nascidos vivos, segundo Região de Saúde (RS). Estado de São Paulo, 2021*.

Gráfico 28	Número de casos de sífilis congênita (SC) e taxa de incidência por mil nascidos vivos (TISC), Estado de São Paulo, 1986 a 2021*.
Gráfico 29	Coeficiente de incidência (por 100 mil hab.) de hepatite A por sexo e ano de diagnóstico, com razão de sexo, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*
Gráfico 30	Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B e C por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*
Gráfico 31	Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2013*
Gráfico 32	Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2022*
Gráfico 33	Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite C por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2013*
Gráfico 34	Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite C por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2022*
Gráfico 35	Variação porcentual dos óbitos por hepatite viral crônica C de acordo com o ano de ocorrência do óbito, Estado de São Paulo, 2014 a 2022*
Gráfico 36	Número de notificações de Hepatite B em pessoas do sexo feminino e porcentagem de gestantes por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*
Gráfico 37	Número de notificações de Hepatite C em pessoas do sexo feminino e número e porcentagem de gestantes por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*
Gráfico 38	Número de casos notificados de hepatite B e de HIV reagente e porcentagem da coinfeção por sexo por ano de notificação - 2013 a 2022*
Gráfico 39	Número de casos notificados de hepatite C e de HIV reagente e porcentagem da coinfeção por sexo por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*
Gráfico 40	Série histórica de homogeneidade de cobertura vacinal da vacina VIP (D3 no menor de 1 ano), segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2016 a 2022*
Gráfico 41	Distribuição da proporção de município segundo faixa de coberturas vacinais alcançadas, referente D3 da vacina VIP em menor de 1 ano de idade, Estado de São Paulo, 2016 a 2022*.
Gráfico 42	Série histórica de homogeneidade de cobertura vacinal da vacina SCR (D1 com 1 ano de idade), segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2016 a 2022*
Gráfico 43	Distribuição da proporção de município segundo faixa de coberturas vacinais alcançadas, referente a D1 da vacina SCR em crianças de 1 ano de idade, Estado de São Paulo, 2016 a 2022*
Gráfico 44	Distribuição dos casos confirmados de dengue, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 45	Distribuição dos casos confirmados de Chikungunya, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 46	Distribuição dos casos confirmados do Zika Vírus, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 47	Número de municípios com detecção de <i>L. longipalpis</i> segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 48	Número de municípios com notificações de triatomíneos, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 49	Distribuição dos óbitos, letalidade e coeficiente de incidência do escorpionismo no Estado De São Paulo, entre 1988 e 2023
Gráfico 50	Distribuição do escorpionismo segundo ano de ocorrência, Estado de São Paulo, período 1988 a 2023
Gráfico 51	Distribuição do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase segundo ano, no Estado de São Paulo, 2000 a 2022

Gráfico 52	Distribuição do percentual de avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico de hanseníase segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 53	Número de casos novos de Tuberculose e coeficiente de incidência segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 54	Número de óbitos com causa básica tuberculose e coeficiente de mortalidade segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 55	Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus grupos específicos segundo ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020
Gráfico 56	Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para as doenças cardiovasculares na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020
Gráfico 57	Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para as neoplasias malignas na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020
Gráfico 58	Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para <i>Diabetes mellitus</i> na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020
Gráfico 59	Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para as doenças respiratórias crônicas na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020
Gráfico 60	Comparação da taxa padronizada de homicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo ano, 2015 a 2020
Gráfico 61	Comparação da taxa padronizada de homicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo sexo e ano, 2015 a 2020
Gráfico 62	Comparação da proporção de homicídios em relação ao total de óbitos no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020
Gráfico 63	Comparação da taxa bruta de homicídios em jovens de 15 a 29 anos no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020
Gráfico 64	Comparação da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020
Gráfico 65	Comparação da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo sexo e ano, 2015 a 2020
Gráfico 66	Comparação da proporção de óbitos por suicídios no total de óbitos no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020
Gráfico 67	Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2011 a 2020
Gráfico 68	Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo faixa etária e ano, Estado de São Paulo, 2011 a 2020
Gráfico 69	Taxas de mortalidade padronizadas por AT segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020
Gráfico 70	Taxas de Mortalidade padronizadas por AT segundo faixa etária e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020
Gráfico 71	Percentual de encerramento oportuno (em até 60 dias) dos agravos de notificação compulsória imediata notificados no SINAN, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 72	Distribuição de estabelecimentos cadastrados no SIVISA por esfera de gestão responsável pela atuação sanitária no Estado de São Paulo, 2022
Gráfico 73	Distribuição de estabelecimentos cadastrados no SIVISA por área territorial do Grupo de Vigilância Sanitária - GVS, segundo a esfera de gestão responsável pela atuação sanitária no Estado de São Paulo, 2022
Gráfico 74	Total de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho segundo ano de notificação, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 75	Distribuição das notificações de intoxicações exógenas segundo circunstância, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Gráfico 76	Distribuição percentual de notificações de intoxicações exógenas, segundo agentes tóxicos e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 77	Distribuição percentual de empresas fabricantes por território, segundo o tipo de produto de interesse da saúde, Estado de São Paulo, 2022
Gráfico 78	Produção analítica do Instituto Adolfo Lutz segundo ano, 2016 e 2022
Gráfico 79	Produção analítica do Instituto Adolfo Lutz em amostras relacionadas a produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária e Ambiental segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 80	Produção analítica do Instituto Adolfo Lutz em amostras biológicas relacionadas à Vigilância Epidemiológica segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 81	Produção de exames/ensaios de média e alta complexidade realizados no IAL segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 82	Produção laboratorial durante a emergência de MPOX no estado de São Paulo, Estado de São Paulo, junho/2022 a janeiro/2023
Gráfico 83	Número de avaliações de anticorpos neutralizantes do vírus da raiva realizadas na Seção de Diagnóstico do Instituto Pasteur segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 84	Número de amostras de animais recebidas na seção de diagnóstico do Instituto Pasteur para a investigação de Raiva, Estado de São Paulo, 2016 a 2022
Gráfico 85	Distribuição dos servidores ativos lotados em unidades de administração direta da Secretaria de Estado de Saúde segundo classe, 2023
Gráfico 86	Distribuição dos servidores ativos lotados em unidades de administração direta da Secretaria de Estado de Saúde segundo faixa etária, 2023
Gráfico 87	Distribuição dos servidores ativos lotados em unidades de administração direta da Secretaria de Estado de Saúde segundo escolaridade, 2023
Gráfico 88	Distribuição das vacâncias na Secretaria de Estado de Saúde segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022
Gráfico 89	Número de servidores da Secretaria de Estado de Saúde que se aposentaram segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022

Lista de Figuras

Figura 1	Ciclo da Assistência Farmacêutica: representação esquemática das atividades de Assistência Farmacêutica
Figura 2	Evolução do elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Protocolos e Normas Técnicas Estaduais no Estado de São Paulo.
Figura 3	Caracterização das solicitações administrativas recebidas (Resolução SS nº 54/2012).
Figura 4	Número de solicitações administrativas ativas por ano, no período 2018 a 2022.
Figura 5	Necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, e os serviços farmacêuticos correspondente.
Figura 6	Distribuição de casos hospitalizados de SRAG confirmados para o vírus influenza, segundo mês e ano de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2016-2022.
Figura 7	Distribuição dos casos de SRAG, segundo classificação final e data de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2020-2022.
Figura 8	Taxa de incidência e mortalidade de SRAG Covid-19 segundo município de residência e início de sintomas. Estado de São Paulo, 2020-2022.
Figura 9	Distribuição da taxa de incidência de dengue (casos por 100 mil hab.), segundo RS, ESP, 2016 -2022
Figura 10	Distribuição da taxa de incidência de chikungunya (casos por 100 mil hab.), segundo RS, ESP, 2016 -2022
Figura 11	Distribuição da taxa de incidência do Zika Vírus (casos por 100 mil hab.), segundo RS, ESP, 2016 -2022
Figura 12	Produção laboratorial do Instituto Adolfo Lutz na área da Vigilância Epidemiológica (A) e na área da Vigilância Sanitária e Ambiental (B)
Figura 13	Distribuição dos laboratórios de referência para Raiva no estado de São Paulo, 2022
Figura 14	Frequência absoluta de animais positivos para raiva no estado de São Paulo durante o período de 1994 a 2022.
Figura 15	Distribuição dos casos de raiva em cães e gatos no estado de São Paulo, no período de 2017 a outubro de 2022. Fonte: Instituto Pasteur. Dados atualizados até outubro de 2022
Figura 16	Avaliação de anticorpos neutralizantes do vírus da raiva realizadas na Seção de Diagnóstico do Instituto Pasteur de janeiro de 2016 a dezembro de 2022.

Lista de mapas

Mapa 1	Divisões regionais do Estado de São Paulo segundo RRAS
Mapa 2	Mapa com a distribuição geográfica das Regiões de Saúde e Macrorregiões (RRAS)
Mapa 3	Rede de serviços de coleta e transfusão de sangue, Estado de São Paulo, 2023.
Mapa 4	Municípios com a presença do vetor <i>Lutzomyia longipalpis</i> (Lu. longipalpis). Estado de São Paulo. Ano de 2022
Mapa 5	Distribuição dos casos confirmados de tracoma segundo o município de residência. Estado de São Paulo, 2016 – 2022.
Mapa 6	Distribuição da cobertura do Sistema de Vigilância das Violências, Estado de São Paulo, 2011 e 2020
Mapa 7	Rede IAL. Estado de São Paulo.

Lista de Quadros

Quadro 1	Repasse de recursos financeiros bloco custeio, valor bruto (em reais) por grupo, grupo - Assistência Farmacêutica
Quadro 1	Pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo (Adaptado de Deliberações CIB nº 93/2022).
Quadro 2	Principais resultados do CESAF 2020 - 2022 – sob gestão da CAF-SES/SP.
Quadro 3	Abrangência de atendimento de pacientes com medicamentos do CEAF e PE no Estado de São Paulo, por DRS (2022).
Quadro 4	Modalidades de atendimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados do Estado de São Paulo
Quadro 5	Principais resultados de medicamentos oncológicos 2020 – 2022
Quadro 6	Principais resultados de Demandas Judiciais 2020 – 2023*.
Quadro 7	Número de consultas farmacêuticas realizadas nas Farmácias de Medicamentos Especializados em continuidade ao Projeto “Cuidado Farmacêutico no CEAF”.
Quadro 8	Número de encontros realizado e pacientes impactados com educação em saúde realizadas pelas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) da SES/SP
Quadro 9	Elenco de medicamentos por programa da Assistência Farmacêutica envolvido na logística centralizada de medicamentos da SES/SP.
Quadro 11	Taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus grupos específicos, Estado de São Paulo, 2010 a 2020.
Quadro 12	Variação percentual da taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus grupos específicos, Estado de São Paulo, 2010 a 2020
Quadro 13	Taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas RRAS do estado de São Paulo, 2010 a 2020.
Quadro 14	Óbitos por AT, segundo tipo de vítima, Brasil e estado de São Paulo, 2019 e 2020.
Quadro 15	Valor de Dotação, Valor Empenhado e Valor Liquidado do período de 2019 a 2022
Quadro 16	Total das despesas por fonte de recurso do período de 2019 a 2022
Quadro 17	Total das despesas por grupo de despesa do período de 2019 a 2022
Quadro 18	Total de repasse fundo a fundo aos fundos municipais de fonte federal, do período de 2019 a 2022
Quadro 19	Total de repasse fundo a fundo aos fundos municipais de fonte do tesouro estatual, do período de 2019 a 2022

Sumário

Apresentação.....	30
Introdução	31
Divisão político territorial.....	32
Fecundidade	33
Natalidade e expectativa de vida	34
Morbidade E Mortalidade	39
Morbidade.....	39
Valor pago e percentual do custo total segundo Capítulo da CID-10	41
Internações segundo sexo.....	43
Internações segundo faixas etárias.....	45
Internações por condições sensíveis à atenção básica	50
COVID-19	51
Mortalidade	54
Mortalidade Infantil.....	59
Razão de Mortalidade Materna	61
Causas de óbitos maternos.....	62
Variabilidade regional.....	63
Regiões de Saúde	65
Redes Regionais de Atenção à Saúde	65
Governança macrorregional	65
Colegiados de Gestão Regional	65
Composição das regiões de saúde/macrorregiões (RRAS)	66
Regiões com população menor de 100 mil habitantes	68
As Macrorregiões.....	68
Situação da Atenção Primária à Saúde	68
Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)	68
Cobertura de Saúde Bucal	70
Cobertura assistencial de APS e da Saúde Suplementar	71
Recursos financeiros do município	71
Desempenho da Atenção Básica	72
Criança.....	72
Gestante	73
Hipertensão e diabetes	74
Vacinação	75
Financiamento da APS no Estado de São Paulo	76

Vulnerabilidade da população e cobertura assistencial.....	76
Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade	77
Internações Hospitalares	79
Indicadores de morbidade e mortalidade selecionados por macrorregião	81
Internações por condições sensíveis à atenção básica (CSAB)	82
Mortalidade	83
Leitos Hospitalares	86
Macrorregiões de saúde (RRAS) segundo grau de resolução interna.....	87
Avaliação da intensidade de procedimentos realizados fora das regiões de saúde de cada RRAS de São Paulo	88
Avaliação da intensidade de internações realizadas fora das regiões de saúde de cada RRAS	107
Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	127
População Vulnerável	128
Saúde da Pessoa com Deficiência.....	128
Saúde da População Indígena	129
Saúde da População Negra.....	129
População Privada de Liberdade - PPL.....	130
Unidades da Fundação Casa e número de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas.....	132
Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras	132
Política de Humanização e de Segurança do Paciente.....	135
Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação Em Saúde E Gestão	136
Hemorrede Estadual	138
Assistência Farmacêutica Estadual	142
Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	143
Financiamento da Assistência Farmacêutica.....	144
Contrapartida da União	145
Contrapartida do Estado de São Paulo	146
Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional	146
Assistência Farmacêutica em Programas Estratégicos de Saúde	147
Assistência Farmacêutica de Média e Alta Complexidade	148
Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Oncologia (PNO).....	152
Fornecimento de medicamentos e produtos nutricionais não padronizados em caráter excepcional – Solicitações Administrativas e Demandas Judiciais	153

Gestão clínica do medicamento – Cuidado Farmacêutico	155
Inovação tecnológica nos processos de trabalho da Assistência Farmacêutica	158
Vigilância em Saúde	159
Promoção, Prevenção, Proteção E Controle Em Saúde No Estado De São Paulo	159
Doenças Endêmicas, Epidêmicas E Outros Fatores De Risco Para A Saúde	159
Doenças Exantemáticas: Sarampo e Rubéola.....	159
Influenza	161
COVID-19	162
Poliomielite	164
AIDS.....	167
Sífilis	168
Hepatites Virais	172
Imunização.....	181
Doenças Transmitidas Por Vetores E Hospedeiros	187
Arboviroses	187
Dengue	188
Chikungunya	189
Zika vírus.....	191
Febre Amarela	193
Leishmaniose visceral e tegumentar	193
Ixodídeos (febre maculosa)	195
Doença de chagas.....	195
Esquistossomose	197
Animais sinantrópicos: escorpionismo.....	197
Doenças Em Eliminação	200
Hanseníase	200
Tracoma	202
Tuberculose.....	205
Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	207
Acidentes e Violências	213
Violências	213
Situação epidemiológica do Indicador Mortalidade por Homicídios	214
Situação epidemiológica do Indicador Mortalidade por Suicídios.....	216

Situação epidemiológica do indicador notificação de violências – VIVASINAN.....	218
Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde - SIES	223
Vigilância Sanitária.....	225
Vigilância Sanitária de Ações sobre o Meio Ambiente	229
Vigilância Sanitária do Trabalho e Saúde do Trabalhador	230
Toxicovigilância.....	233
Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde e de Interesse da Saúde.....	240
Laboratório De Saúde Pública.....	242
Produção laboratorial	243
Resposta a Emergências em Saúde Pública	246
Auditoria	250
Gestão do trabalho e Educação na SES	251
Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS	257
Modernização do Parque tecnológico estadual da saúde e dos estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS).....	261
Gestão Orçamentária e financeira da Rede de Saúde.....	262
Inovação em Saúde Digital	264
Ouvidoria Geral do SUS	266
Controle social.....	266

Apresentação

Este novo Plano Estadual de Saúde, expressa o compromisso firmado pelo Governo de São Paulo e pela Secretaria de Estado da Saúde, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde, conforme previstos nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal, na Lei nº 8080 de 1990, na Lei nº 8.142 de 1990, na Lei Complementar nº 141 de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados atualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo e demais normas que tratam da organização, controle e fiscalização do SUS.

A SES tem como proposta para o novo período, promover o cuidado integral da saúde da população, especialmente os grupos vulneráveis, que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde que integram a rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada para sua promoção, proteção e recuperação, com a participação da comunidade e das instituições de acompanhamento dos serviços de saúde, tendo como novos instrumentos, o Plano Regional Integrado, a efetiva atuação dos mecanismos de governança para a efetivação de uma rede organizada e qualificada regionalmente com foco no acesso e na regulação em tempo oportuno para o cidadão.

Com o ressurgimento de eventos com grande magnitude em emergências na saúde pública, a exemplo da Pandemia COVID-19, fica evidente a necessidade de adaptação da atual estrutura para ampliar a sua capacidade de resposta intermediada por novas tecnologias que possam reduzir e imprimir maior qualidade no acesso do cidadão ao SUS. Anseios dessa natureza, foram discutidos e tratados pelas áreas gestoras que conduzem as políticas e programas da saúde, pelo controle social, juntamente com a participação do cidadão, apontadas pela 9ª Conferência Estadual de Saúde e pela Consulta Pública realizada, que se traduz no conjunto de esforços e na governança por uma rede de serviços de saúde abrangente, com maior qualidade e conectividade para o SUS.

Na Primeira Parte do PES 2024-2027 é apresentado o Diagnóstico da Situação de Saúde da população paulista e a Estrutura. A Segunda Parte, apresenta as oito novas diretrizes que nortearão as políticas de saúde em execução, com seus objetivos, diretrizes, metas e indicadores, definidos pela SES.SP para responder às necessidades de saúde.

Introdução

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 45,1 milhões de habitantes (estimativa SEADE/2022), comparável com a população da Argentina e, na América Latina, inferior apenas às de México e Colômbia. No país, compreende 21% da população (Estimativa IBGE, 2022). Responsável por 31,5% do PIB do país (R\$ 2,4 trilhões), São Paulo abriga o maior parque industrial com a maior produção econômica do Brasil e figura entre os estados brasileiros com alto Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM. O IDH do Brasil baixou de 0,761 em 2014 para 0,754 em 2021, passando da 84ª para a 87ª posição dentre os países do globo. No Estado de São Paulo o IDH passou de 0,819 para 0,826 no mesmo período, mantendo a segunda posição no país, superado apenas pelo Distrito Federal. Não obstante, se mantém as desigualdades socioeconômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território. A Tabela 1 apresenta dados demográficos, de habitação, estrutura urbana, educação, economia e condições de vida.

Tabela 1- Perfil Geral do Estado de São Paulo

Dados populacionais	Ano	Estado
População residente (estimativa SEADE)	2021	44.892.912
Área (em Km ²)	2021	248.219
Densidade demográfica (hab/Km ²)	2022	181,9
Urbanização (%)	2020	96,5
População com menos de 15 anos (%)	2021	18,77
População com 60 anos e mais (%)	2021	15,75
Índice de envelhecimento (%)	2021	83,88
Habitação e infraestrutura urbana	Ano	Estado
Nível de atendimento de abastecimento de água (%)	2019	98,6
Nível de atendimento de esgoto sanitário (%)	2019	95,00
Nível de atendimento de coleta de lixo (%)	2020	98,0
Educação	Ano	Estado
Taxa de analfabetismo população de 15 anos e mais	2019	2,4
Média de anos de estudo da população de 18 a 29 anos	2019	12,3
População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo (%)	2019	29,0
População de 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2015	69,77
Economia	Ano	Estado
PIB (em valores nominais)	2019	2.348.338.000.290,00
PIB <i>per capita</i> (em reais de correntes)	2019	52.992,00
Condições de Vida	Ano	Estado
Renda Domiciliar per Capita Média (Em reais)	2020	1836

Domicílios com Renda <i>per capita</i> até 1/4 do salário- 2020 mínimo (em %)	9
Domicílios com Renda <i>per capita</i> até 1/2 do salário- 2020 mínimo (em %)	22

Fonte: Fundação SEADE; TCE-SP; IBGE

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 (271 com menos de 10 mil habitantes), sendo que a maior parte da população (75,9%) se concentra em apenas 79 municípios com mais de 100 mil habitantes, entre os quais nove municípios com mais de 500 mil habitantes e 41,7% do total da população do Estado (Tabela 2). Tal situação não difere significativamente em relação ao período 2020-2023.

Tabela 2: Número de municípios e respectiva população total segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022

Estratos populacionais	Municípios		População		Densidade demográfica (hab/km ²)	Urbanização (%)
	Nº	%	Nº	%		
< 10 mil	271	42,0	1.375.965	3,0	20,2	82,7
10 - 49.999	235	36,4	5.462.591	12,1	46,8	89,4
50 - 99.999	58	9,0	3.947.182	8,7	143,9	93,9
100 - 500 mil	72	11,2	15.557.535	34,5	512,2	98,0
> 500 mil	9	1,4	18.804.618	41,7	3428,6	99,1
Total	645	100,0	45.147.891	100,0	181,9	96,6

Fonte: Fundação SEADE.

Por outro lado, o Estado conta com seis regiões metropolitanas que concentram a maior parte da população, atingindo 32,8 milhões de habitantes, representando 72,6% do total (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, associadas ao envelhecimento da população e a modificação dos padrões de morbimortalidade, continuam representando desafios importantes para o sistema público de saúde quanto à estruturação adequada da rede de serviços eficiente e de qualidade para assistência integral aos problemas crônicos de saúde, em especial na atenção básica em saúde.

Tabela 3 - População segundo Regiões Metropolitanas do Estado de São Paulo, 2022

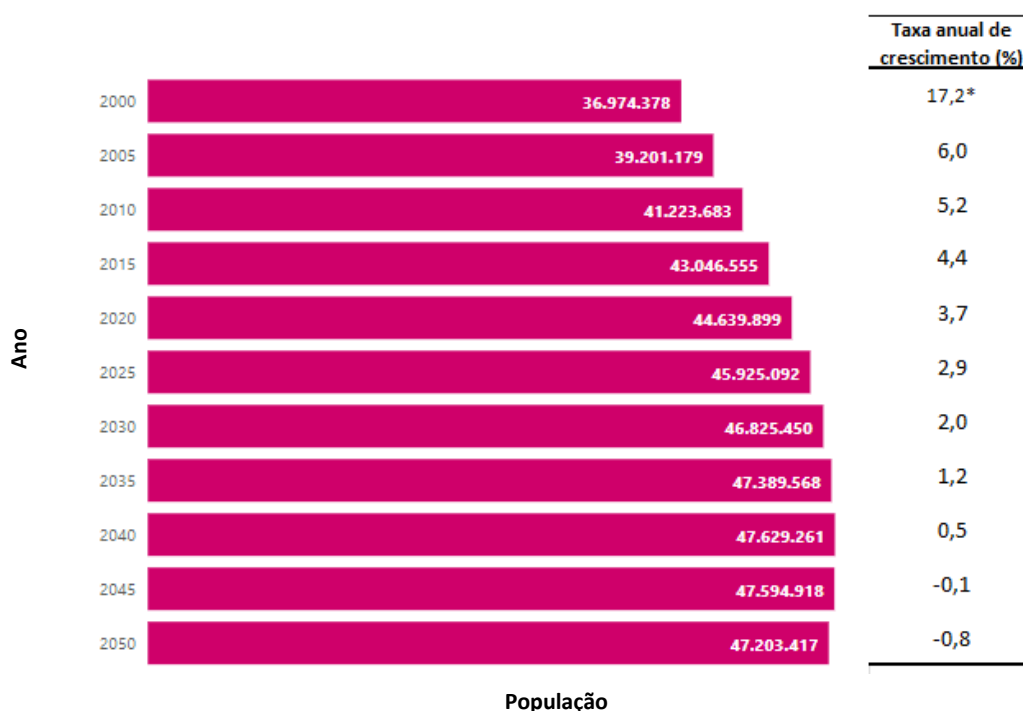
Região Metropolitana	Nº de Municípios	População	
		Nº	%
RM da Baixada Santista	9	1.859.898	4,1
RM de Campinas	20	3.247.528	7,2
RM de Ribeirão Preto	34	1.690.783	3,7
RM de São Paulo	39	21.367.384	47,3
RM de Sorocaba	27	2.110.904	4,7
RM do Vale do Paraíba e Litoral Norte	39	2.522.851	5,6
Total	168	32.799.348	72,6

Fonte: Fundação SEADE

Fecundidade

A partir dos anos 80 a taxa de crescimento populacional de São Paulo vem decrescendo, em decorrência tanto da queda de fecundidade como pela redução do ritmo migratório. Desta forma, estima-se que em 2040 o Estado deverá atingir o patamar de 47 milhões de habitantes, e até 2050 sua taxa de crescimento deverá tornar-se negativa, conforme apresentado a seguir.

Gráfico 1 – Evolução da população e taxas anuais de crescimento, estado de São Paulo, 2000 a 2050



Fonte: Fundação SEADE

O crescimento populacional na primeira década do século XXI foi de 11,6% e o componente migratório do crescimento paulista reduziu significativamente, sendo de 42% na década de 70 e de 11% nas primeiras décadas do século XXI(4). A tendência do

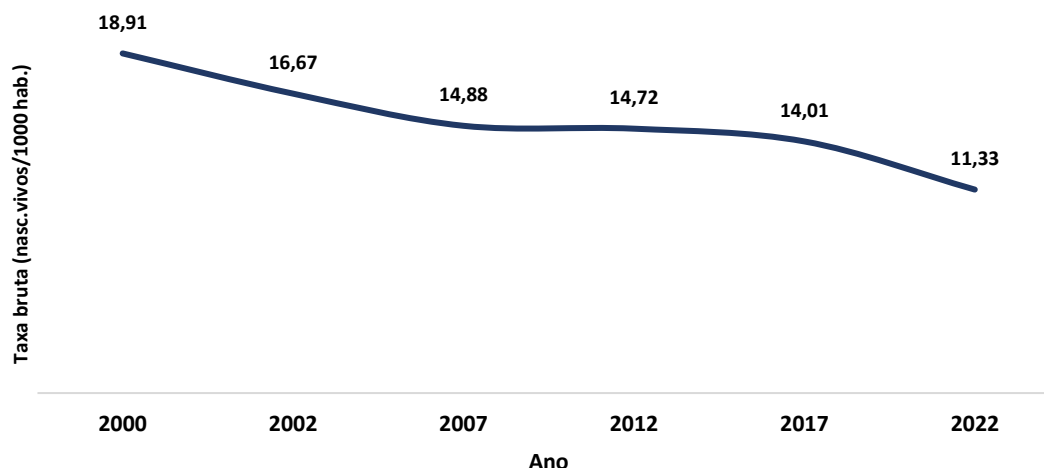
componente migratório projetada até 2050 é estimada em 10% do crescimento absoluto em cada década até 2040, com queda gradual a partir de então.

A taxa fecundidade total (o número médio de filhos de uma mulher) no Estado de São Paulo diminuiu 25% entre 2000 e 2020, ao passar de 2,08 para 1,56 filhos por mulher(5,6). A partir de 2017, sem mantém na faixa de 1,7 no estado (no Brasil é de 1,72 em 2015).

Natalidade e expectativa de vida

A taxa bruta de natalidade (número de nascidos vivos por mil habitantes) vem mantendo diminuição importante desde a década de 1990 (dados não apresentados) mantendo esta tendência nas últimas duas décadas, conforme apresentado no Gráfico 2. O decréscimo percentual no período 2000-2022 foi de 40,15%, sendo de 29,9% na última década.

Gráfico 2 – Taxa bruta de natalidade segundo ano, Estado de São Paulo, 2000 a 2022



Fonte: SINASC/SES-SP; População: Estimativas Fundação SEADE. Dados atualizados até junho/2023

A expectativa de vida ao nascer no Estado de São Paulo aumentou de 70,0 em 2010 para 79,3 em 2021 (dados do IBGE, 2022), com diferença mais marcante no sexo feminino. Em todo o período analisado, se manteve maior do que a do país, ainda que esta também tenha aumentado de forma similar (Tabela 4). Há uma diferença em torno de seis anos, em parte ocorre pela mortalidade maior do sexo masculino em faixas etárias mais jovens, principalmente ocasionadas por causas externas (acidentes e mortes violentas), demonstrado adiante na discussão sobre causas de mortalidade.

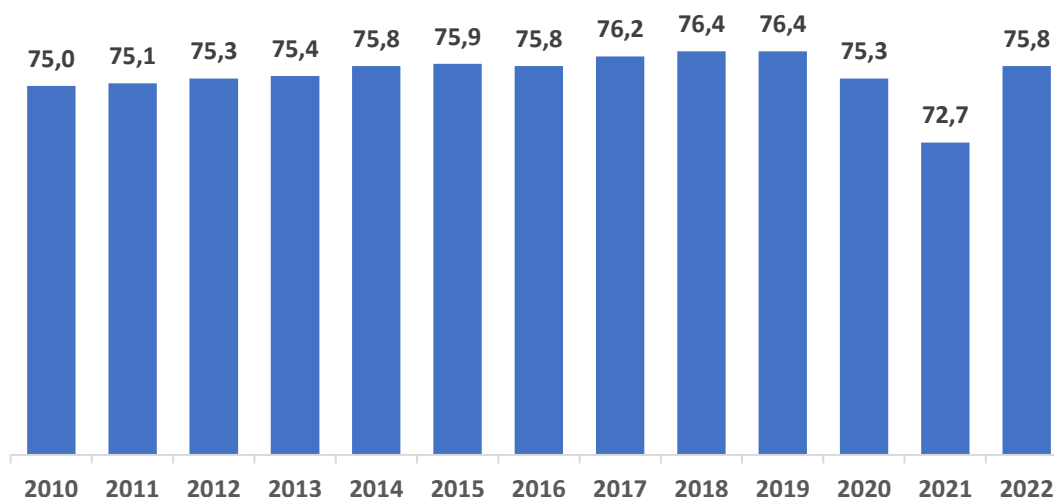
Tabela 4 - Esperança de vida ao nascer segundo ano e sexo, Estado de São Paulo e Brasil, 2010 a 2021

Ano	Estado de São Paulo			Brasil		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
2010	76,1	72,6	79,55	73,86	70,21	77,6
2015	77,79	74,6	80,88	75,44	71,88	79,05
2019	78,87	75,85	81,76	76,5	73	80,03
2021	79,33	76,37	82,15	76,97	73,5	80,46

Fonte: IBGE/MS,2022

Outra análise, realizada pelo SEADE no início deste ano mostra números um pouco diferentes e mostra claramente o impacto da COVID-19 na expectativa de vida em nosso estado, conforme o gráfico abaixo.

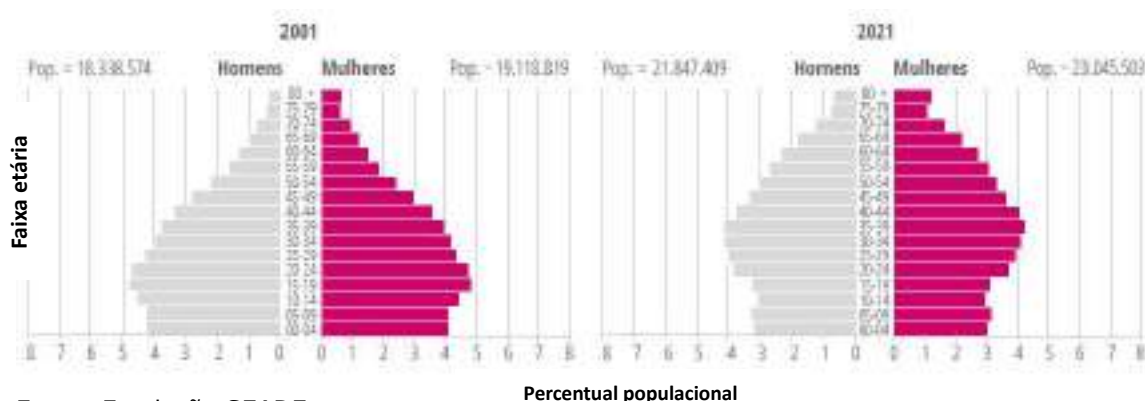
Gráfico 3 – Série histórica de esperança de vida ao nascer, Estado de São Paulo, 2010 a 2022



Fonte: Fundação SEADE

Tais mudanças contribuíram para o envelhecimento da população paulista, conforme se observa nas pirâmides populacionais do Estado de São Paulo em 2001 e 2021 (Gráfico 4), com estreitamento das bases (redução das faixas etárias mais jovens) e ampliação da largura no topo (aumento das faixas etárias mais idosas) no intervalo avaliado, seguindo a tendência do final do século XX. Tal transformação também é captada pela diminuição da população em idade escolar no mesmo período (Gráficos 5 e 6).

Gráfico 4 – Pirâmide etária percentual da população paulista por sexo, 2001-2021



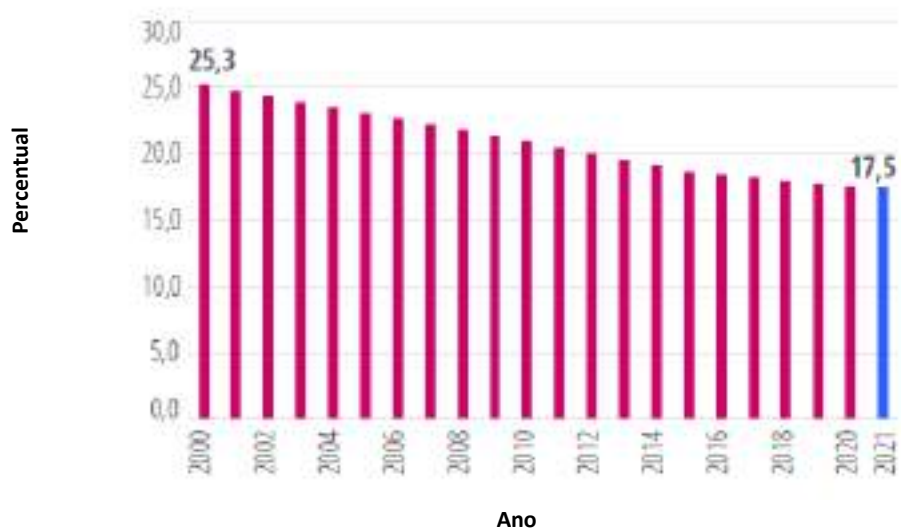
Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 5 – População segundo grupos etários escolares e ano, 2000-2021



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 6 – Percentual de pessoas de 4 a 17 anos no total da população paulista, 2000-2021



Fonte: Fundação SEADE

O envelhecimento da população impacta diretamente no setor saúde, uma vez que o padrão de morbimortalidade predominante passa a ser de doenças crônico-degenerativas, demandando atendimento geriátrico e de saúde mental. Em consequência, são necessários tratamentos com medicamentos de uso contínuo e ampliação de custos. Além disso, já foi demonstrado que as taxas de internação, as médias de permanência e os valores das internações nos maiores de 60 anos são maiores do que as dos demais grupos etários. De fato, segundo dados levantados em 2010, nesta faixa etária as internações no SUS/SP são mais que o dobro da população geral, com aumento dos valores médios das internações e das médias de permanência em 30% e em 20%, respectivamente.

O Índice de Envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos menores de 15 anos), subiu de 78% em 2019 para 86,7% em 2022 principalmente devido à diminuição da fecundidade e aumento da sobrevida. A projeção atual indica que até 2026 estes dois grupos populacionais se igualem em 8,3 milhões de habitantes. Tal situação apresenta variações regionais importantes, de forma que as regiões ao norte e à oeste predominam índices maiores de 100% enquanto ao sul e ao leste sejam predominantemente menores de 100. Quanto ao porte populacional, dentre 271 municípios com menos de 10 mil habitantes 60% apresentam índice superior a 100%, enquanto os mais de 50 mil (139) tal perfil ocorrem em 33%(12)

As condições de habitação do Estado são de bom nível, com 96,5% da população em situação urbana, quase 100% da população atendida pela coleta de lixo, 97,4% por abastecimento de água tratada e coleta de esgotamento sanitário(13). A taxa de analfabetismo é baixa e está caindo, passando de 4,8% em 2009 para 2,4% em 2019.

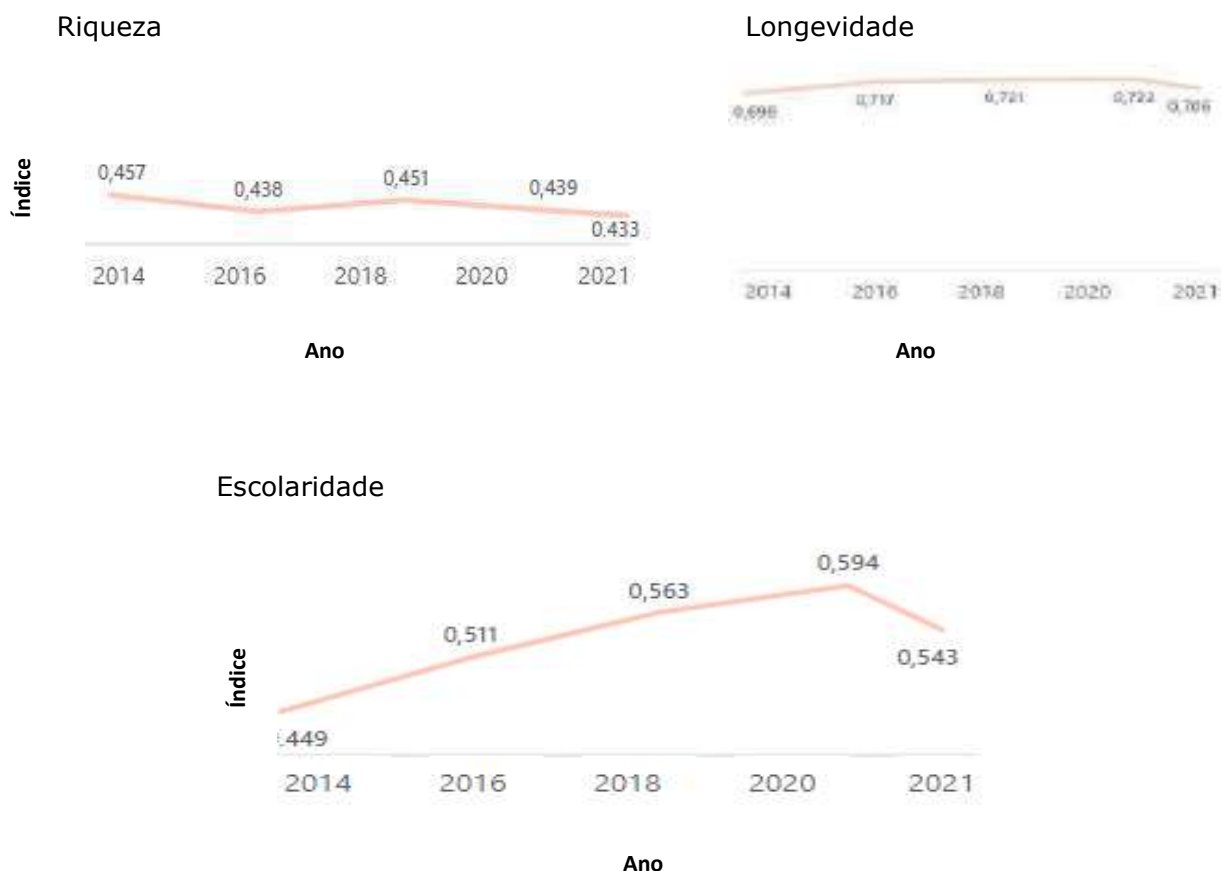
A Fundação SEADE desenvolveu e divulga o Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal – IPDM, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, a partir de dimensões sociais e econômicas no território: riqueza, educação e longevidade. Para cada dimensão é elaborado um indicador a partir de registros administrativos anuais e estimativas preliminares para o último ano disponível para os municípios. A média aritmética ponderada dos indicadores das três dimensões compõe o IPDM(14). Este indicador se baseou na experiência anterior com o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS. É um indicador útil para avaliar as ações municipais voltadas para o desenvolvimento de suas populações. No período 2014-2020 a tendência do IPDM estadual e dos seus componentes era ascendente, mas todos tiveram queda no ano de 2021, possivelmente relacionado ao impacto da pandemia de COVID-19 nas dimensões que compõem o índice, conforme apresentado a seguir.

Gráfico 7 – Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal, Estado de São Paulo, 2014 a 2021



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 8 – Índice Paulista de Desenvolvimento Municipal segundo dimensões, Estado de São Paulo, 2014 a 2021



Fonte: Fundação SEADE

Os índices também refletem as variações regionais dentro do estado. Utilizando a classificação proposta pelo SEADE, com quatro categorias, observa-se em 2021 que 406 (62,8%) dos municípios estão nas categorias “Médio” e “Baixo”, 192 (29,8%) na categoria “Alto” e 47 (7,3%) atingem “Muito Alto”. Observa-se ainda que o porte populacional está correlacionado com o IPDM, uma vez que nos municípios menores do que cem mil habitantes, 66,5% têm índices “Médio” e “Baixo”, enquanto naqueles com cem mil habitantes e acima, os índices “Alto” e “Muito Alto” ocorrem em 62,5%. A tabela a seguir apresenta os valores brutos segundo agrupamento do IPDM e porte populacional.

Tabela 5 - Distribuição dos municípios segundo porte populacional e categorias de IPDM, Estado de São Paulo, 2021

Porte populacional	Categoria do IPDM				Total
	Muito alto	Alto	Médio	Baixo	
1- Até 10.000 hab.	22	77	96	76	271
2- 10.000 a 49.999 hab.	9	54	107	66	236
3- 50.000 a 99.999 hab.	4	23	24	7	58
4- 100.000 a 499.999 hab.	11	31	19	10	71
5 - 500.000 hab. e mais	1	7	1	0	9
Total	47	192	247	159	645

Fonte: Fundação SEADE

Morbidade E Mortalidade

Morbidade

Para a presente análise utilizou-se dados secundários dos sistemas de informação do SUS, em particular a base estadual do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), utilizando como recorte temporal os anos de 2016, 2019 e 2022. A tabela abaixo apresenta o total de internações e o percentual de variação nos intervalos avaliados.

Tabela 6 – Número de internações hospitalares, Estado de São Paulo, 2016, 2019 e 2022

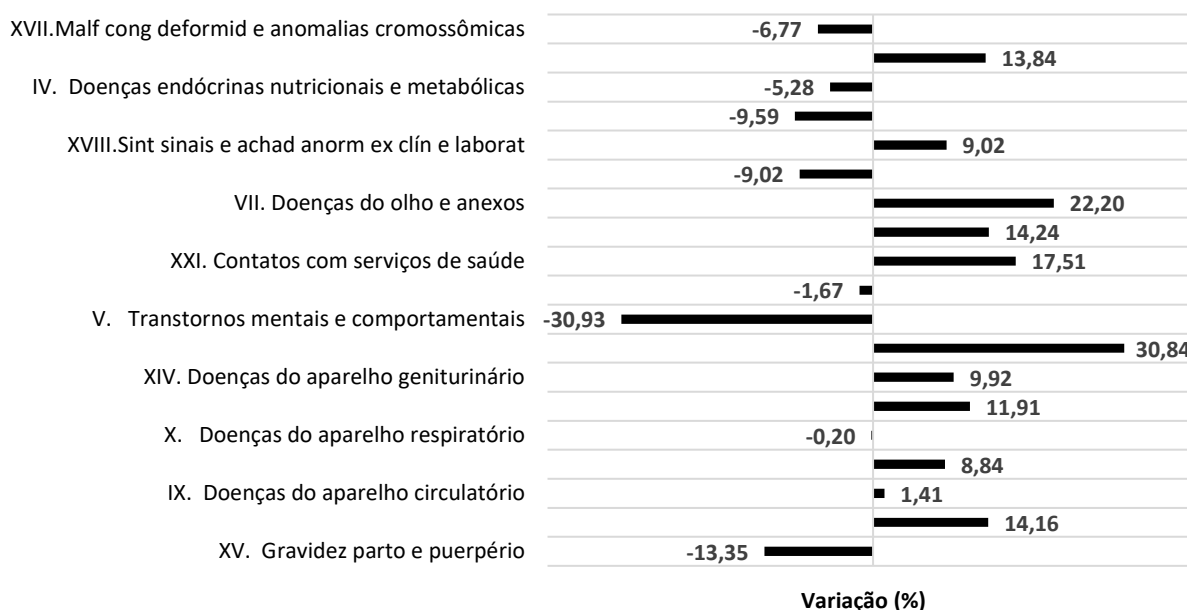
Ano	Nº de internações
2016	2.465.665
2019	2.580.710
2022	2.514.906

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Em termos percentuais, houve aumento de 4,7% no número de internações entre 2016 e 2019, seguida de queda de 2,5% no período seguinte. Tais variações ocorreram de forma diferente por grupos de doenças e agravos, tendo como referência a Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão (CID-10), apresentadas a seguir.

Quando consideramos o período entre 2016 e 2022, as maiores variações negativas ocorreram dentre os transtornos mentais e comportamentais e gravidez e puerpério, enquanto as positivas englobaram vários grupos, destacando-se novamente as infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestório, neoplasias e afecções do período perinatal. A variação do total de internações neste intervalo foi de 2,0%.

Gráfico 9 – Variação percentual no volume de internações segundo Capítulo da CID-10, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

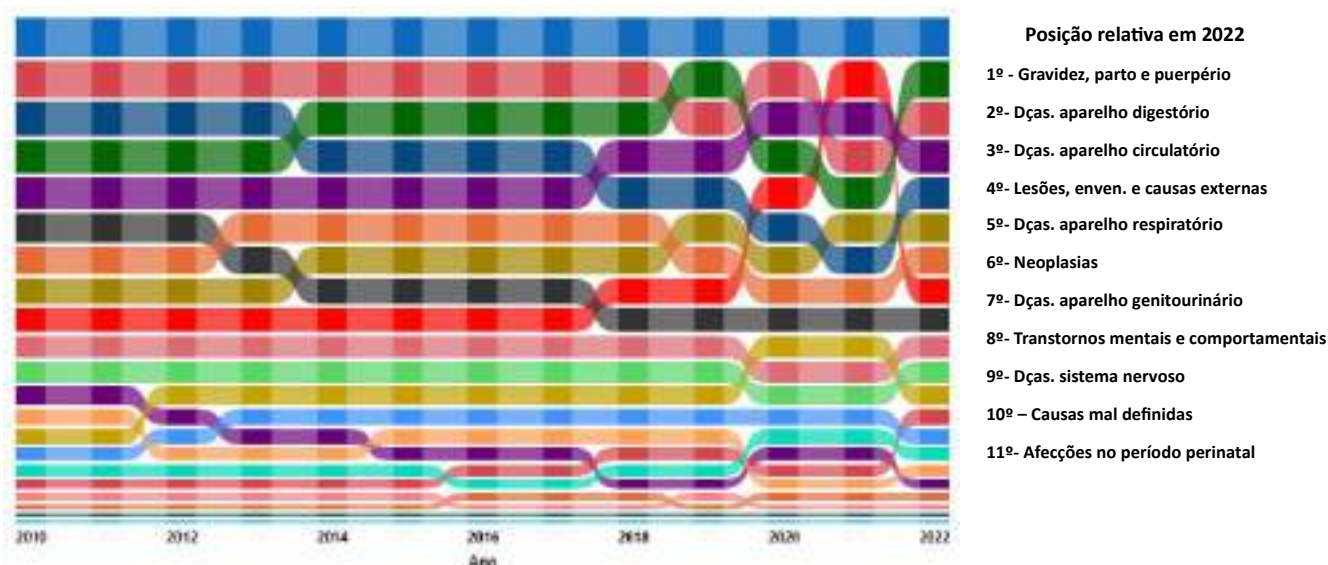


Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Ao se avaliar uma série histórica maior (2010 a 2022), as internações decorrentes

da gravidez, parto e puerpério se mantém como as mais frequentes em todo o período. O grupo de doenças do aparelho circulatório que, até 2018, ocupava a segunda posição, passa a oscilar nos anos seguintes, em parte devido ao impacto da pandemia, voltando a ocupar a terceira posição em 2022. Por outro lado, as doenças do aparelho digestório, que até 2013 ocupavam a quarta colocação, progrediram para a terceira de 2014 a 2018, oscila de 2019 a 2021 e sobe à segunda colocação em 2022. Ainda durante a pandemia se observa o aumento das causas externas como terceira causa de internações em 2020 e 2021; o mesmo ocorreu com as ocasionadas por causas infecciosas, diretamente impulsionadas pela COVID-19, atingindo a segunda colocação em 2021, seguida de queda à posição ocupada nos três anos anteriores à pandemia. O Gráfico 10 apresenta a evolução das causas de internação desde 2010 e destaca a o cenário ao final de 2022, com cada capítulo da CID-10 representado por uma faixa colorida.

Gráfico 10- Posições relativas das causas de internação hospitalar por Capítulo CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2022

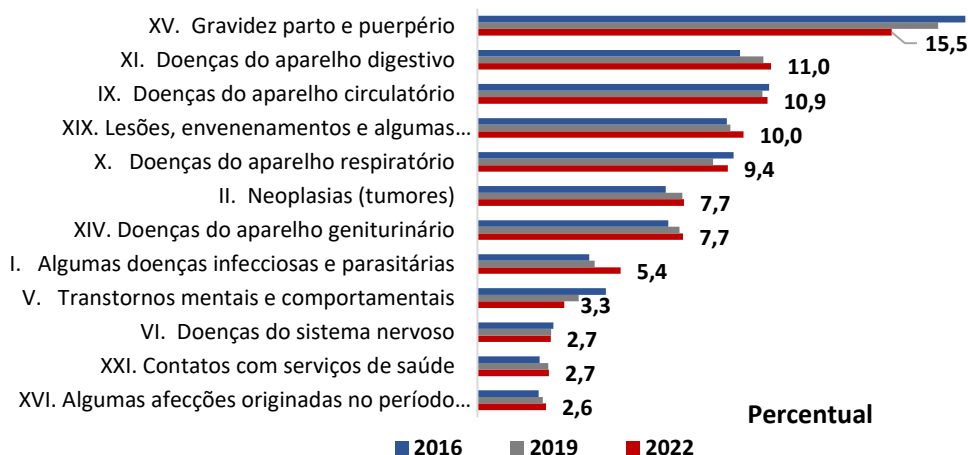


Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Isoladamente, a entrada da pandemia COVID-19 no início de 2020 foi responsável por sobrecarga significativa nos serviços de saúde, atingindo 257.816 internações em 2021. Desta forma, para o presente diagnóstico optamos por analisar os dados de morbidade e mortalidade por COVID-19 em separado, sem deixar de contextualizá-los com os demais grupos de doenças. Tal abordagem intenta ter mais clareza quanto às séries históricas dos principais agravos à saúde em todo o período analisado, bem como aprofundar alguns aspectos específicos da COVID-19 no período de 2020 a 2022.

A distribuição percentual de internações agrupada por Capítulos da CID-10 está apresentada a seguir, destacando-se o percentual de cada grupo no ano de 2022.

Gráfico 11- Distribuição do percentual de internações hospitalares segundo capítulo da CID-10, Estado de São Paulo, 2016, 2019 e 2022



Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023. As internações por COVID-19 não estão incluídas no Capítulo I.

Valor pago e percentual do custo total segundo Capítulo da CID-10

Os valores despendidos para internações hospitalares agrupados por Capítulos da CID-10 no período 2016-2022 estão apresentados a seguir (Tabela 7). Evidencia-se que os maiores volumes de recursos (pouco acima de 40%) se concentram em três grupos em todo o período: doenças circulatórias, neoplasias e causas externas. Excepcionalmente em 2022 as doenças infecciosas e parasitárias, em virtude da COVID-19, demandaram o segundo maior volume de recursos (11,5 % do total) em contraponto a 6,6 e 6,7 % nos períodos anteriores (2016 e 2019, respectivamente).

Tabela 7 - Distribuição de valores pagos em internações hospitalares segundo causa de internação agregadas por Capítulos da CID-10, Estado de São Paulo, 2016, 2019 e 2022

Causa de internação (Capítulo CID-10)	2016	2019	2022
IX. Doenças do aparelho circulatório	661.040.875,61	680.604.041,35	817.321.452,23
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	202.623.387,12	225.243.887,18	458.020.978,52
II. Neoplasias (tumores)	344.656.201,60	385.155.140,44	413.441.341,99
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas*	297.830.451,29	319.479.277,87	376.040.505,75
X. Doenças do aparelho respiratório	266.619.125,21	266.116.844,50	355.828.626,60
XI. Doenças do aparelho digestivo	249.390.221,56	298.314.330,78	335.147.063,95
XV. Gravidez parto e puerpério	269.593.169,93	261.647.285,03	235.993.096,41
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	168.346.558,78	186.123.397,13	223.415.783,83
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	175.630.855,52	201.587.750,69	221.029.452,23

XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	64.967.683,33	80.256.024,67	88.516.441,18
VI. Doenças do sistema nervoso	63.887.123,66	67.091.502,87	77.991.108,50
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	66.580.845,30	72.181.173,05	69.261.386,59
VII. Doenças do olho e anexos	36.525.429,10	56.037.781,76	62.284.938,46
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	34.778.739,65	42.848.636,80	55.386.471,23
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	42.271.320,07	47.823.061,36	49.763.237,37
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	34.285.334,62	42.429.458,31	49.171.779,42
V. Transtornos mentais e comportamentais	34.708.481,36	41.978.003,31	35.535.782,03
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	26.326.224,93	27.123.028,80	28.881.252,08
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	16.232.239,49	19.356.745,75	23.198.942,14
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	14.327.129,90	22.057.269,62	13.670.481,63
XXII. Códigos para propósitos especiais	0,00	2.027,74	600.638,43
Total	3.070.621.398,03	3.343.456.669,01	3.990.500.760,57

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

A variação percentual do volume de recursos cresceu 9% entre 2016 e 2019 e de 19% entre 2019 e 2022; entre 2016 e 2022, chegou a 30%. Contudo, ocorreu de forma heterogênea nos grupos analisados, como se vê a seguir.

Gráfico 12- Variação percentual de valores pagos em internações hospitalares agrupados por Capítulo CID-10, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Internações segundo sexo

Os coeficientes de internações por 1.000 habitantes (considerando a população dependente do SUS) no sexo feminino são maiores do que no masculino em 2022, como decorrência direta das internações do grupo de gravidez, parto e puerpério (Tabela 8). No entanto, quando consideramos as causas de internação que ocorrem em ambos os sexos, há predominância no sexo masculino nas doenças do aparelho digestório, circulatório, causas externas e aparelho respiratório. No sexo feminino predominam as neoplasias e as doenças do aparelho genitourinário.

Tabela 8 – Distribuição das causas de internação na população dependente do SUS segundo de capítulos da CID-10 e sexo, Estado de São Paulo, 2022

Causa Principal (Capítulo CID-10)	Masculino			Feminino			Total		
	Nº	%	Coef.*	Nº	%	Coef.*	Nº	%	Coef.*
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	390.475	28,3	28,9	390.482	15,9	14,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	142.002	13,2	10,5	134.751	9,8	10,0	276.753	11,3	10,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	142.386	13,2	10,6	129.515	9,4	9,6	271.901	11,1	10,1
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas*	164.345	15,2	12,2	85.804	6,2	6,3	250.149	10,2	9,3
X. Doenças do aparelho respiratório	123.661	11,5	9,2	112.103	8,1	8,3	235.764	9,6	8,7
II. Neoplasias (tumores)	83.655	7,8	6,2	110.822	8,0	8,2	194.477	7,9	7,2
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	88.906	8,2	6,6	104.771	7,6	7,7	193.677	7,9	7,2

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	71.697	6,7	5,3	60.948	4,4	4,5	132.645	5,4	4,9
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	34.741	3,2	2,6	32.611	2,4	2,4	67.352	2,7	2,5
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	33.690	3,1	2,5	30.853	2,2	2,3	64.543	2,6	2,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	30.109	2,8	2,2	22.440	1,6	1,7	52.549	2,1	1,9
VII. Doenças do olho e anexos	22.808	2,1	1,7	28.072	2,0	2,1	50.880	2,1	1,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	26.267	2,4	1,9	23.546	1,7	1,7	49.813	2,0	1,8
VI. Doenças do sistema nervoso	21.719	2,0	1,6	25.012	1,8	1,8	46.731	1,9	1,7
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	23.415	2,2	1,7	21.106	1,5	1,6	44.521	1,8	1,6
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	22.055	2,0	1,6	21.011	1,5	1,6	43.066	1,8	1,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	21.355	2,0	1,6	20.590	1,5	1,5	41.945	1,7	1,6
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	11.260	1,0	0,8	13.244	1,0	1,0	24.504	1,0	0,9
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	11.689	1,1	0,9	8.286	0,6	0,6	19.975	0,8	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2.187	0,2	0,2	2.384	0,2	0,2	4.571	0,2	0,2
XXII. Códigos para propósitos especiais	92	0,0	0,0	67	0,0	0,0	159	0,0	0,0
Total	1.078.046	100,0	79,9	1.378.411	100,0	101,9	2.456.457	100,0	90,9
População exclusiva SUS estimada**	13.487.541			13.523.453			27.010.994		

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023. População: SEADE. Cobertura de saúde suplementar: ANS.

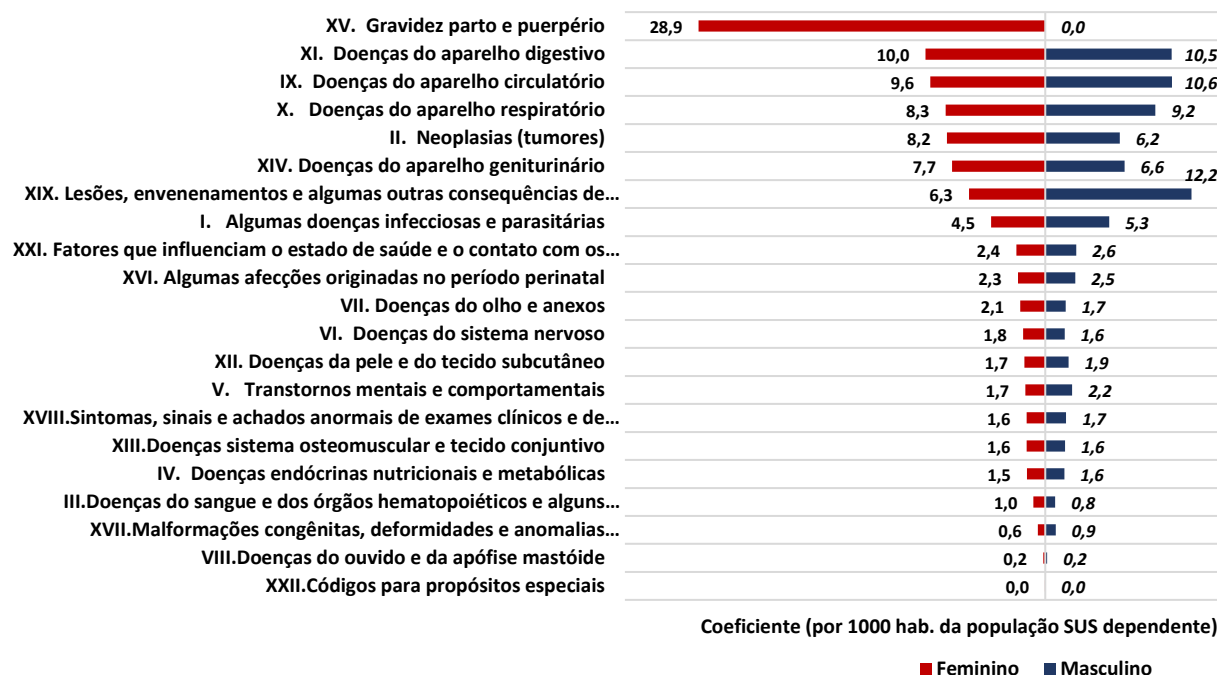
** Coeficiente de internação: número de internações por 1.000/habitantes (população dependente do SUS)

* Não consideradas as AIHs de longa permanência.

** População exclusiva SUS estimada por sexo com base nos dados do SEADE 2021 e Beneficiários ANS de dezembro de 2021.

No gráfico a seguir, ficam mais evidentes as principais causas de internações hospitalares e variações entre os sexos por meio dos coeficientes de internação. Destaque-se a importância das causas externas, principal causa de internação no sexo masculino em 2022 e representando quase o dobro das ocorridas no sexo feminino.

Gráfico 13 – Coeficientes de internação* segundo capítulos da CID-10 e sexo, Estado de São Paulo, 2022



Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

* Por 1.000 hab. da população dependente do SUS

Observações: Não considerado as AIHs de Longa Permanência. Para cálculo da população exclusiva SUS estimada por sexo foi usado a base de população SEADE 2021 e Beneficiários ANS Dez/2021.

Nos demais grupos de doenças, ainda que haja diferenças em alguns, as discrepâncias tendem a ser menores tanto em coeficientes como em números absolutos. Em conjunto, os seis grupos de agravos mais frequentes apresentados no Gráfico 13 respondem por 68,9% do total de internações e, quando estratificadas por sexo, representam 79,1% no sexo masculino e 68,6% no sexo feminino. Ressalte-se que as doenças infecciosas e parasitárias representam a 7ª causa de internação nesta estratificação, similar ao período pré-pandêmico.

Internações segundo faixas etárias

A distribuição das internações segundo agrupamento de agravos e faixas etárias deve ser contextualizada quanto ao tamanho da população em cada ciclo de vida, o percentual da população que é dependente do SUS e as causas de internação mais frequentes em cada ciclo. O total de internações em 2022, bem como as proporções de internação segundo faixa etária, população total e população dependente do SUS são apresentados na Tabela 10.

Tabela 9 – Distribuição de internações hospitalares na população total e na dependente do SUS segundo faixas etárias, Estado de São Paulo, 2022

Ciclos de vida	População total		População SUS*		Internações		Coeficiente de internação**	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	População geral	População SUS*
0 a 19 anos	11.289.401	25,1	7.057.347	25,9	416.487	16,6	36,9	59,0
20 a 59 anos	26.534.730	59,1	15.669.247	57,6	1.294.951	51,5	48,8	82,6
> 60 anos	7.068.781	15,7	4.471.863	16,4	804.090	32,0	113,8	179,8

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

Não consideradas as AIHs de longa permanência.

* População SUS estimada com base nos dados do SEADE 2021 e Beneficiários ANS de dezembro de 2021.

** Número de internações por 1.000 hab.

Observa-se que cerca de 60% da população do estado é dependente do SUS, do que decorre aumento correspondente nos coeficientes de internação deste segmento em relação à população total. Em relação à composição etária, a proporcionalidade entre os três subgrupos da população dependente do SUS é similar à da população total. No entanto, enquanto nos menores de 19 anos de idade, compreendendo 25% da população o percentual de internação é de 15,5%, os maiores de 60 anos perfazem 16% da população, mas ocasionam 30,8% das internações hospitalares. Em relação aos coeficientes de internação hospitalar, verifica-se que este aumenta 1,5 vezes do subgrupo mais jovem para o intermediário e mais de duas vezes quando se compara o intermediário com os idosos.

A distribuição das internações segundo causas principais demonstra, como esperado, diferentes proporções de cada conjunto de agravos nos diferentes grupos etários (Tabela 10). A escala de cores destaca as causas respiratórias e as afecções perinatais dentre os menores de 20 anos; dos 20 aos 59 anos estão representadas todas as internações relacionadas a causas obstétricas, seguidas das causas externas, doenças do aparelho digestório e circulatório; no grupo etário a partir de 60 anos destacam-se as causas circulatórias, as do aparelho digestório, as neoplasias e as causas respiratórias.

Tabela 10 – Distribuição percentual e coeficientes de internações hospitalares segundo capítulos da CID-10 e faixas etárias na população dependente do SUS*, Estado de São Paulo, 2022

Capítulo CID-10	A- 0-19 anos		B- 20-59 anos		C- 60 e mais		Total	
	%	CI	%	CI	%	CI	%	CI
XV. Gravidez parto e puerpério	11,2	6,6	26,6	21,9	0,0	0,0	15,5	87,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	7,8	4,6	11,5	9,5	11,9	21,5	11,0	62,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,9	0,5	8,0	6,6	20,6	37,1	10,9	61,1
XIX. Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	7,8	4,6	11,8	9,7	8,2	14,8	10,0	56,1
X. Doenças do aparelho respiratório	24,6	14,5	3,5	2,9	11,0	19,8	9,4	52,9
II. Neoplasias (tumores)	2,9	1,7	6,7	5,6	11,8	21,3	7,7	43,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7,2	4,3	6,9	5,7	9,2	16,6	7,7	43,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias*	5,1	3,0	3,5	2,9	8,5	15,3	5,4	30,2

V. Transtornos mentais e comportamentais	1,2	0,7	5,1	4,2	1,4	2,4	3,3	18,3
VI. Doenças do sistema nervoso	2,6	1,5	3,2	2,7	2,1	3,7	2,7	15,4
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,4	0,8	4,2	3,5	0,9	1,6	2,7	15,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	15,2	9,0	0,1	0,1	0,0	0,0	2,6	14,4
VII. Doenças do olho e anexos	0,5	0,3	1,0	0,8	4,4	8,0	2,0	11,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,2	1,3	1,9	1,6	2,0	3,6	2,0	11,2
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	1,7	1,0	1,5	1,2	2,3	4,1	1,8	10,0
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,9	0,5	1,9	1,6	1,8	3,2	1,7	9,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,3	0,8	1,3	1,1	2,4	4,3	1,7	9,4
III. Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários	1,1	0,6	0,8	0,6	1,2	2,2	1,0	5,5
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3,8	2,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,8	4,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	1,0
XXII. Códigos para propósitos especiais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	59,0	100,0	82,6	100,0	179,8	100,0	92,5

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

* População SUS estimada com base nos dados do SEADE 2021 e Beneficiários ANS de dezembro de 2021

Fica evidente a importância das doenças crônicas como causa de internação neste grupo etário, bem como sua importância como causa de mortalidade, a ser discutida adiante. Quanto aos dois grupos etários mais jovens, no grupo intermediário destacam-se as causas externas, predominante no sexo masculino conforme destacado na Tabela 10; as causas obstétricas no grupo adulto jovem do sexo feminino e a ocorrência concomitante das afecções perinatais apontam para a importância de ações direcionadas à saúde materno-infantis e de saúde reprodutiva. Ao analisarmos as principais causas de internação segundo tipo de procedimento e sexo, apresentadas abaixo, observa-se com mais detalhes a magnitude de tais eventos.

Tabela 11 – Internações segundo 40 principais procedimentos no sexo feminino, Estado de São Paulo, 2022

ORDEM	LISTA MORBIDADE CID-10	Nº	%*
1	243 Parto único espontâneo	154.309	11,19
2	242 Outras complicações da gravidez e do parto	123.202	8,93
3	169 Pneumonia	52.352	3,80
4	195 Colelitíase e colecistite	52.203	3,78

5	<i>239 Out assis mãe rel c fet e amni,e prob parto</i>	45.587	3,30
6	274 Fratura de outros ossos dos membros	30.175	2,19
7	217 Outras doenças do aparelho urinário	26.450	1,92
8	151 Insuficiência cardíaca	19.815	1,44
9	233 Outros transt do aparelho geniturinário	19.145	1,39
10	073 Neoplasia maligna da mama	18.744	1,36
11	041 Outras doenças virais	18.732	1,36
12	<i>237 Edema,proteinúria,hip na grav,parto e puerp</i>	18.091	1,31
13	162 Veias varicosas das extremidades inferiores	17.784	1,29
14	<i>236 Outras gravidezes que terminam em aborto</i>	17.552	1,27
15	133 Catarata e outros transtornos do cristalino	17.532	1,27
16	017 Septicemia	17.418	1,26
17	197 Outras doenças do aparelho digestivo	17.205	1,25
18	199 Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	17.060	1,24
19	155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	16.636	1,21
20	293 Anticoncepção	16.589	1,20
21	179 Outras doenças do aparelho respiratório	15.998	1,16
22	092 Leiomioma do útero	15.941	1,16
23	188 Outras hérnias	15.727	1,14
24	147 Infarto agudo do miocárdio	15.677	1,14
25	273 Fratura do fêmur	15.327	1,11
26	270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	15.151	1,10
27	<i>253 Out afec originadas no período perinatal</i>	14.354	1,04
28	215 Urolitíase	13.252	0,96
29	192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	12.807	0,93
30	096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	12.329	0,89
31	214 Insuficiência renal	12.119	0,88
32	<i>234 Aborto espontâneo</i>	10.960	0,79
33	<i>244 Compl pred rel a puerp e out afec obst ne</i>	10.683	0,77
34	018 Outras doenças bacterianas	10.534	0,76
35	175 Bronquite,enfisema e doen pulmon obstr cron	10.472	0,76
36	148 Outras doenças isquêmicas do coração	10.236	0,74
37	170 Bronquite aguda e bronquiolite aguda	10.042	0,73
38	288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	9.726	0,71
39	186 Doenças do apêndice	9.382	0,68
40	104 Diabetes mellitus	9.356	0,68
SUBTOTAL		966.654	70,08
TOTAL		1.379.338	100,00

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023. População: SEADE. Cobertura de saúde suplementar: ANS.

As internações por causas obstétricas estão destacadas em itálico.

* Percentual de acordo com o total de internações no sexo feminino.

No sexo feminino, este conjunto de causas selecionadas representa mais de dois terços do total de internações. Dentre elas, 12 são de natureza obstétrica ou perinatal, as quais ocupam as duas primeiras posições e representam 34,2% do total de internações.

Tabela 12 – Internações segundo 40 principais procedimentos no sexo masculino, Estado de São Paulo, 2022

ORDEM	LISTA MORBIDADE CID-10	Nº	%
1	274 Fratura de outros ossos dos membros	62.656	5,81
2	169 Pneumonia	57.095	5,29
3	187 Hérnia inguinal	31.320	2,90
4	147 Infarto agudo do miocárdio	27.657	2,56
5	281 Out traum de reg espec e ne de reg múltipl	21.443	1,99
6	041 Outras doenças virais	20.747	1,92
7	151 Insuficiência cardíaca	20.708	1,92
8	179 Outras doenças do aparelho respiratório	19.586	1,82
9	155 AVC ne como hemorrágico ou isquêmico	19.292	1,79
10	221 Prepúcio redundante, fimose e paraquimose	19.174	1,78
11	197 Outras doenças do aparelho digestivo	19.083	1,77
12	017 Septicemia	18.999	1,76
13	217 Outras doenças do aparelho urinário	18.919	1,75
14	270 Out sint,sin e ach anorm de ex cl e lab ne	18.121	1,68
15	214 Insuficiência renal	18.044	1,67
16	293 Anticoncepção	17.807	1,65
17	188 Outras hérnias	17.604	1,63
18	148 Outras doenças isquêmicas do coração	17.213	1,60
19	199 Outras doen da pele e do tecido subcutâneo	16.908	1,57
20	278 Traumatismo intracraniano	16.866	1,56
21	195 Colelitíase e colecistite	16.691	1,55
22	253 Out afec originadas no período perinatal	14.735	1,37
23	192 Outras doenças dos intestinos e peritônio	14.684	1,36
24	273 Fratura do fêmur	13.951	1,29
25	018 Outras doenças bacterianas	13.510	1,25
26	170 Bronquite aguda e bronquiolite aguda	13.143	1,22
27	186 Doenças do apêndice	12.888	1,19
28	133 Catarata e outros transtornos do cristalino	12.734	1,18
29	288 Compl precoc de traum e compl, e ass med nc	12.684	1,18
30	104 Diabetes mellitus	12.384	1,15
31	215 Urolitíase	11.926	1,11
32	297 Pessoas cont c srv saúde p cuid e proc esp	10.556	0,98
33	175 Bronquite,enfisema e doen pulmon obstr cron	9.675	0,90
34	198 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	9.381	0,87

35	115 Esquizofrenia,trans esquizotip e delirantes	9.211	0,85
36	150 Transt de condução e arritmias cardíacas	9.118	0,85
37	114 Trans ment e comp dev uso out subst psicoat	8.658	0,80
38	096 Out neop,neop ben,neop comp incerto ou desc	8.584	0,80
39	176 Asma	8.284	0,77
40	249 Out trans respirat origin no per perinatal	8.190	0,76
SUBTOTAL		710.229	65,84
TOTAL		1.078.740	100,00

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023. População: SEADE. Cobertura de saúde suplementar: ANS.

As internações por causas externas estão destacadas em itálico.

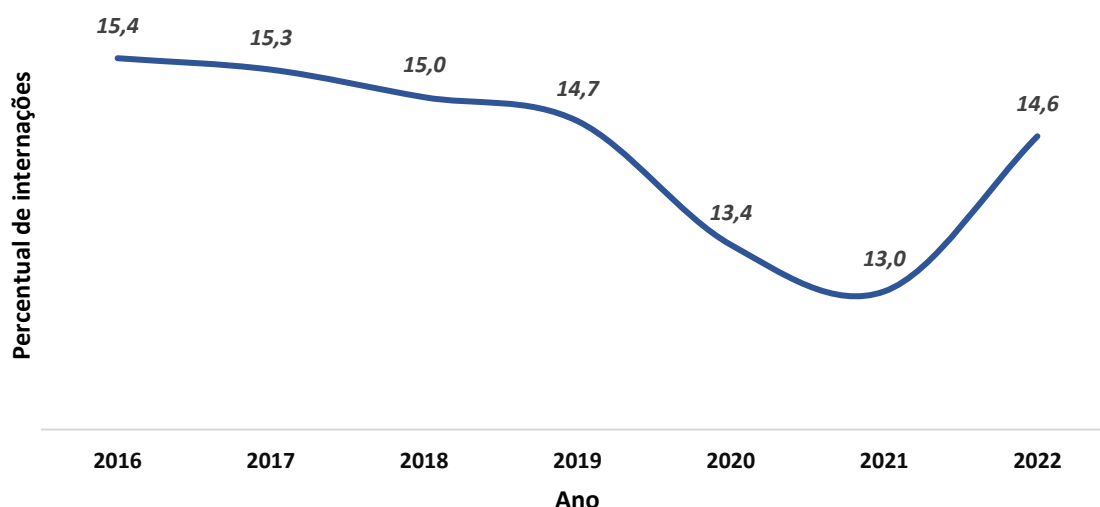
* Percentual de acordo com o total de internações.

Observa-se que as principais causas de internação no sexo masculino se relacionam às causas externas, em particular as traumáticas totalizando 11,8%, seguidas das respiratórias (10,0%) e cardiovasculares (8,71%), seguidas das infecciosas, urinárias e neoplasias, todas com menos de 5% do total. Ressalte-se novamente a importância das causas perinatais neste subgrupo, conforme apontado anteriormente.

Internações por condições sensíveis à atenção básica

A Portaria nº 211 de 17 de abril de 2008 define um conjunto de causas de internação como sendo sensíveis à atenção básica (CSAB), ou seja, por sua natureza são condições passíveis de resolução em nível ambulatorial e mesmo sem a necessidade de especialista. Desta forma, a ocorrência de internações por este conjunto de causas indica o desempenho das ações desenvolvidas por parte das equipes de atenção básica em determinado local e período. No gráfico a seguir se observa o percentual de internações por CSAB em relação ao total de internações segundo ano.

Gráfico 14 – Distribuição do percentual de internações por CSAB segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023.

Observa-se que entre 2016-2018 os percentuais são praticamente os mesmos, com queda durante os dois primeiros anos da pandemia, possivelmente devido à demanda que COVID-19 impôs às unidades de internação, com retomada da tendência anterior em 2022. Por outro lado, quando comparamos a proporção entre as internações por CSAB agrupadas por Capítulo da CID-10 com o total de internações por capítulo (Tabela 13) observa-se que tais condições são abrangidas em doze grupos. Dentre estes, seis grupos - quais sejam as doenças nutricionais e metabólicas, as do aparelho circulatório, do respiratório, da pele e tecido celular subcutâneo, do aparelho genitourinário e do sistema nervoso - são responsáveis por mais de 25% do total de internações e se mantêm em patamares relativamente constantes no período. Quanto às doenças infecciosas e parasitárias, observa-se uma tendência estável, ainda que elevada, até 2019, com oscilação negativa nos anos pandêmicos e tendência crescente a partir de 2022. Tais achados representam áreas onde se pode avançar na qualificação das ações de atenção primária visando maior resolubilidade local e melhor utilização dos recursos hospitalares.

Tabela 13 – Distribuição do percentual de internações por CSAB segundo Capítulo CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	72,6	71,8	71,0	69,1	73,9	73,3	66,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	44,0	44,0	42,3	42,0	44,5	43,9	41,6
X. Doenças do aparelho respiratório	32,3	33,8	34,6	34,9	30,0	36,5	37,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	28,0	28,5	29,1	28,4	30,8	31,4	28,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	29,1	29,0	28,5	28,5	29,1	27,9	25,5
VI. Doenças do sistema nervoso	23,3	22,7	23,4	23,8	24,9	25,3	25,2
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31,0	30,8	30,3	27,2	10,3	5,8	16,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	17,1	17,0	15,3	16,8	13,9	14,0	16,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11,7	12,0	11,6	10,3	13,3	14,7	13,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,0	5,2	5,3	5,4	6,5	6,9	5,4
XV. Gravidez parto e puerpério	1,6	1,4	1,4	1,4	1,1	1,1	1,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Total	21,1	20,9	20,7	20,6	18,3	17,4	20,3

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023.

COVID-19

O impacto da entrada da COVID-19 no Brasil e em São Paulo no início de 2020 foi imediato, havendo rápido aumento de atendimentos ambulatoriais, de urgência/emergência, internações em enfermaria e UTIs e ocorrência de óbitos. O comportamento da pandemia ao longo do tempo apresentou oscilações em relação ao número de casos, oscilações estas decorrentes inicialmente pelo aparecimento de variantes virais com maior transmissibilidade e, a partir do início da vacinação específica, diminuição progressiva do volume de internações e da mortalidade a medida que a cobertura vacinal progredia.

O volume de internações, custos totais, e internações em UTIs são apresentados a seguir, comparados com as principais causas de internação hospitalar no mesmo período (2020 a 2022).

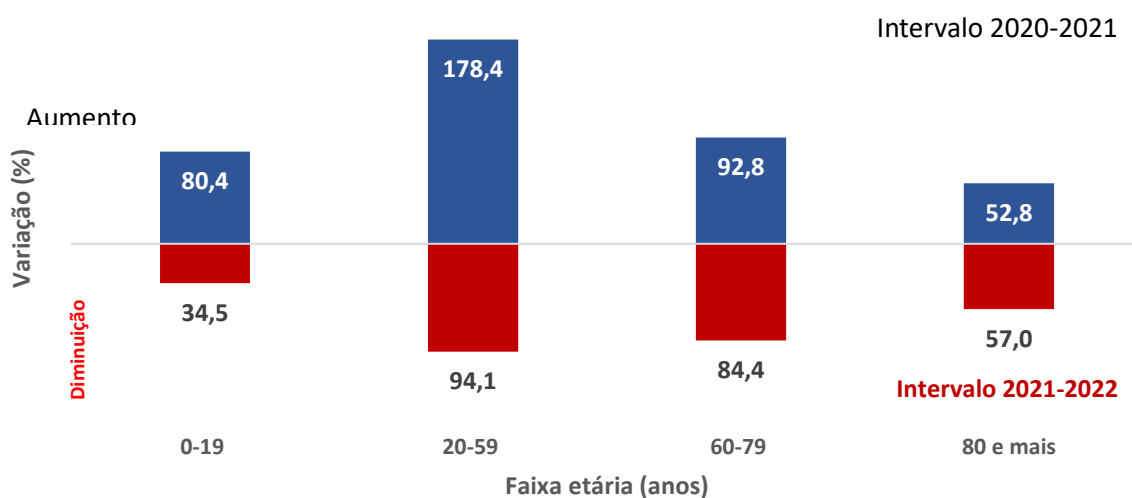
Tabela 14 – Número de Internações por COVID-19 como causa primária segundo ano e faixa etária em residentes no Estado de São Paulo, 2020 a 2022

Faixa Etária (anos)	2020	2021	2022
0-19	2.367	4.269	2.797
20-59	50.950	141.853	8.308
60-79	47.185	90.956	14.182
80 e mais	13.572	20.738	8.915
Total	114.074	257.816	34.202

Fonte: SIH-SUS/ SES-SP. Atualizada até junho/2023.

Tais valores representam 5,1% das internações por todas as causas em 2020, atingiu 10,9% em 2021 e decresceu a 1,4% em 2022. No entanto, ao estratificarmos a análise segundo faixa etária, verifica-se que no período entre 2020 e 2021 houve aumento percentual de internações de 52% a 178% (Gráfico 15), seguida de queda no período seguinte. Não obstante, percebe-se que os percentuais de queda nos subgrupos dos mais jovens (0 a 19 anos) e no dos mais idosos (80 anos a mais), indicando que a vulnerabilidade às formas graves da doença nestes é maior do que nos indivíduos entre 20 e 79 anos.

Gráfico 15 – Variação temporal do percentual de internações por COVID-19 segundo faixas etárias, Estado de São Paulo, 2020 a 2022



Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023

Os recursos relacionados à assistência hospitalar frente à pandemia segundo grupos etários são apresentados abaixo.

Tabela 15 - Valores das internações hospitalares (em reais) decorrentes de COVID-19 segundo ano e faixa etária, Estado de São Paulo, 2020 a 2022

Faixa Etária (anos)	2020	2021	2022
0-19	6.483.991,08	14.659.925,03	7.047.067,75
20-59	237.412.553,42	937.355.080,69	47.128.957,23
60-79	292.658.609,70	686.087.674,50	81.329.079,59
80 e mais	66.305.218,09	114.340.860,68	36.400.131,54
Total	602.860.372,29	1.752.443.540,90	171.905.236,11

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023

Tais valores representaram, no ano de 2020, 16,2% do custo do total de internações hospitalares por todas as causas, 35,2% em 2021 e 4,2% em 2022. Em relação às demais causas de internação hospitalar, a COVID-19 ficou na segunda posição quanto ao total de gastos em 2020, na primeira em 2021 e na décima posição em 2022.

Observa-se que o custo das hospitalares cresceu 33% entre 2020 e 2021, seguido de queda de 17% entre 2021 e 2022, enquanto os custos decorrentes de COVID-19 subiram 190% seguido de queda de 90% nos mesmos intervalos. No período todo, a COVID-19 representou 19,5% do total.

Da mesma forma que para as demais causas de internação, a proporção de recursos utilizados no enfrentamento à pandemia aumenta com a idade (Tabela 16).

Tabela 16 – Percentual dos recursos despendidos nas internações hospitalares por COVID-19 em relação às demais causas de internação segundo faixa etária, Estado de São Paulo, 2020 a 2022

Faixa Etária (anos)	2020	2021	2022
0-19	1,16	2,44	1,02
20-59	14,34	39,28	2,75
60-79	23,55	41,05	5,92
80 e mais	24,44	35,67	11,55
Total	16,17	35,19	4,20

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023

As características clínicas da doença e da suscetibilidade da população também demandaram internações em unidades de terapia intensiva (UTI), de forma variada de acordo com a idade e com a evolução da pandemia. Ainda que tenha havido queda substancial da necessidade de UTI em todas as faixas etárias em 2022, mantém-se a evidência da gravidade da doença a partir dos 60 anos de idade.

Tabela 17 – Percentual de diárias em UTI devidas à COVID-19 em relação ao total de diárias por todas as causas segundo ano e faixa etária, Estado de São Paulo, 2020 a 2022

Faixa Etária (anos)	2020	2021	2022	Total
0-19	0,9	1,6	0,9	1,1
20-59	23,6	54,4	5,0	32,6
60-79	22,5	38,4	5,7	23,0
80 e mais	24,7	35,8	11,2	23,4
Total	18,9	38,9	5,2	22,5

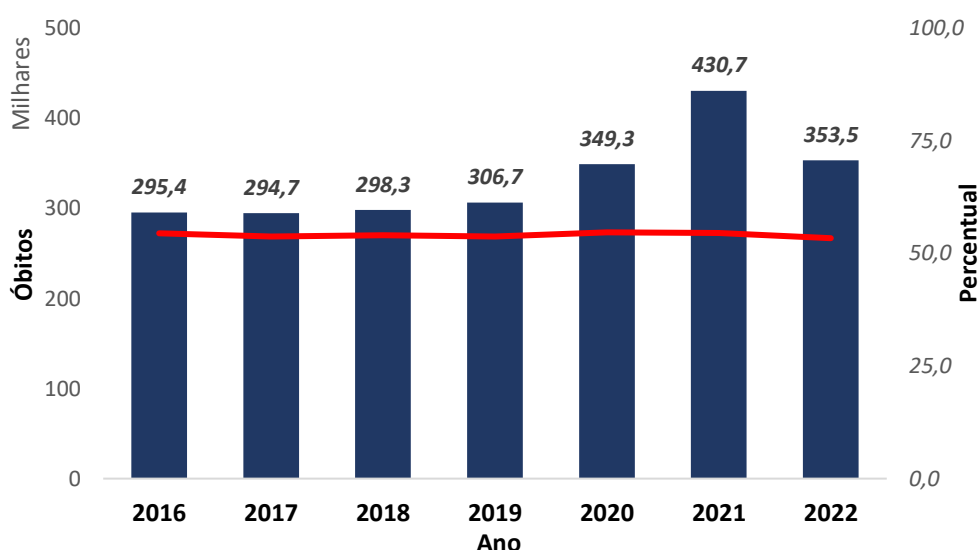
Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023.

Embora as internações hospitalares relacionadas à COVID-19 tenham apresentado queda após 2021, destaque-se que em 2022 elas se mantêm como a oitava causa de internação, passando à quarta colocação a partir dos 60 anos de idade. Estes dados, associados ao conhecimento atual sobre o comportamento viral na população, tendendo a se tornar endêmico, indicam que este agravo continuará a demandar ações de saúde visando minimizar o tanto quanto possível sua morbidade e mortalidade.

Mortalidade

Os dados de mortalidade foram obtidos da base estadual do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS). Por características inerentes ao sistema de vigilância de óbitos, incluindo a investigação da causa do óbito e eventual reclassificação da mesma, a consolidação de dados ocorre em período mais longo do que os de morbidade. Tal período é de 18 meses após o ano avaliado. Desta forma, há que se ter em conta que os dados de 2021 e 2022 ainda são considerados preliminares. Ainda assim, captam o excesso de óbitos ocasionados pela COVID-19. No Gráfico 16 observa-se o número de óbitos no período e o percentual segundo sexo.

Gráfico 16 – Distribuição do número de óbitos segundo ano e percentual no sexo masculino, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

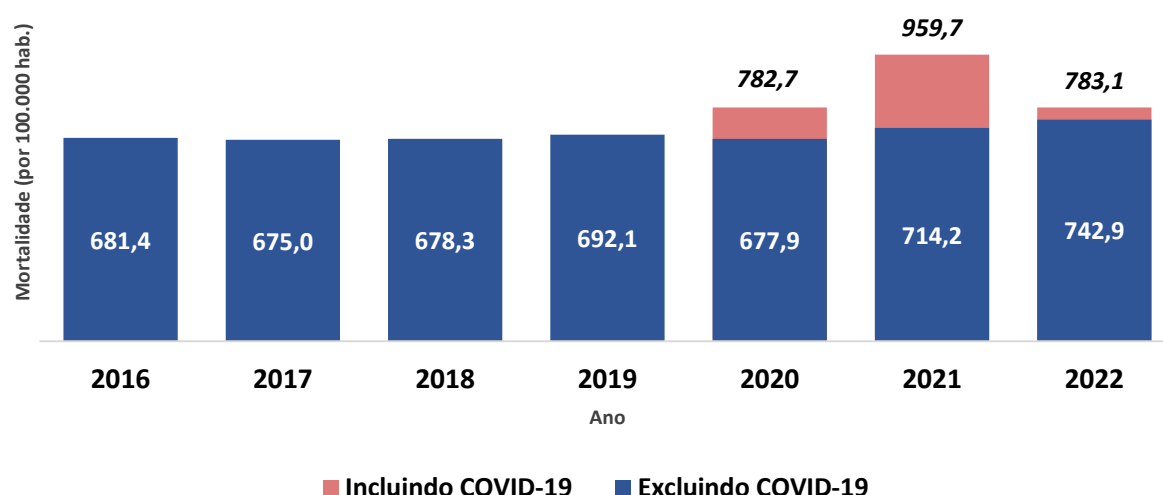


Fonte: SIM/SES-SP. Atualizada até junho/2023.

A mediana de óbitos em todo o período ficou em 306 mil. Nos anos epidêmicos, houve aumento de 15% em relação à mediana no primeiro ano, 40,5% no segundo ano (2021) e 15% em 2022 (dados preliminares). Quanto à distribuição por sexo, se manteve constante, em torno de 54% no sexo masculino em todo o período.

Da mesma forma que ocorreu no perfil de morbidade, o impacto da pandemia na mortalidade foi substancial e, portanto, o recorte temporal a ser apresentado compreenderá o período de 2016 a 2022. O Gráfico 17 apresenta a mortalidade geral, destacando-se o aumento ocasionado pela pandemia.

Gráfico 17 – Mortalidade geral e acréscimo de óbitos por COVID-19 segundo ano do óbito, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

A estratificação dos óbitos segundo capítulo da CID-10 demonstra, como esperado, as doenças cardiovasculares como causa principal, seguida das neoplasias e causas respiratória. Tal situação só se alterou em 2021, quando a COVID-19 foi a principal causa de óbito, deslocando as demais para as posições subsequentes, mantendo a mesma ordem. A Tabela 18 apresenta a taxa de mortalidade de cada grupo de agravos no período.

Tabela 18 – Taxa de mortalidade específica segundo capítulo da CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Causa(Cap. CID-10)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
IX. Doenças do aparelho circulatório	204,63	202,01	201,24	203,79	189,60	207,55	220,01
II. Neoplasias (tumores)	124,11	126,90	128,42	133,56	124,78	129,62	131,56
X. Doenças do aparelho respiratório	95,42	90,89	90,19	89,49	69,80	74,91	94,02
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24,60	24,39	23,50	23,64	128,57	272,51	70,28
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	53,18	52,99	52,28	51,20	49,84	50,77	53,41

XI. Doenças do aparelho digestivo	38,69	38,98	39,20	39,07	36,06	40,08	41,74
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32,14	31,90	33,32	34,78	40,19	43,11	39,90
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	24,09	25,53	27,15	29,25	26,98	31,15	33,96
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	32,05	28,69	28,67	29,43	39,03	42,42	33,47
VI. Doenças do sistema nervoso	22,42	22,93	23,79	26,08	25,65	27,75	30,84
V. Transtornos mentais e comportamentais	5,79	5,48	5,94	6,36	7,47	8,10	8,25
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	8,81	8,96	8,66	8,75	7,28	7,09	7,40
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3,17	3,40	3,44	4,03	3,70	4,66	4,92
XVII. Malformações congênitas e deformidades e anomalias cromossômicas	5,10	4,94	5,08	4,90	4,05	4,11	4,30
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3,27	3,22	3,56	3,82	3,27	3,28	3,63
III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários	3,02	2,80	2,90	3,04	2,80	3,36	3,42
XV. Gravidez, parto e puerpério	0,70	0,83	0,70	0,63	0,76	1,09	0,47
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,10	0,08	0,09	0,11	0,08	0,08	0,14
XIX. Lesões envenenamento e outras consequências de causas externas	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,04	0,04
VII. Doenças do olho e anexos	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XXII. Códigos para propósitos especiais	0,00	0,01	0,01	0,03	22,65	7,78	0,87
Não preenchido	0,11	0,05	0,12	0,13	0,15	0,25	0,42
Total	681,42	674,99	678,29	692,12	782,72	959,69	783,06

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023

No entanto, ao estratificarmos as causas de óbitos por sexo, diferem sobretudo quanto à importância das causas externas, a qual ocupa a quarta posição no sexo masculino (exceto nos anos de 2020 e 2021) e, no sexo feminino, ficam na nona posição. A tabela a seguir apresenta as taxas de mortalidade segundo sexo no ano de 2022, evidenciando outras diferenças quanto a ordem de importância: na quinta posição, aparecem as doenças do

aparelho digestório no sexo masculino, enquanto no sexo feminino ocorrem as causas endócrinas e metabólicas. No sexo feminino, a sexta causa de óbito se deve às doenças do aparelho genitourinário, em contraponto ao sexo masculino, onde este grupo ocupa a nona posição.

Ressalte-se, no entanto, que as doenças infecciosas e parasitárias ainda aparecem ocupando a quinta e quarta posições nos sexos masculino e feminino, respectivamente, em 2022, ainda como reflexo da COVID-19; no período pré epidêmico, tal grupo de doenças ocupava a oitava colocação no sexo masculino e a décima no sexo feminino. Desta forma, se mantém a importância da COVID-19 como causa de mortalidade, sobretudo no sexo feminino, ainda que a percepção geral seja de que a epidemia terminou.

Tabela 19 – Taxa de mortalidade por capítulo CID-10 segundo sexo, Estado de São Paulo, 2022

Capítulo CID-10	Masculino	Feminino
IX. Doenças do aparelho circulatório	115,81	104,18
II. Neoplasias (tumores)	67,65	63,91
X. Doenças do aparelho respiratório	48,23	45,79
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	39,42	13,95
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	38,29	31,97
XI. Doenças do aparelho digestivo	25,01	16,73
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	19,72	13,69
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18,90	21,00
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	14,80	19,15
VI. Doenças do sistema nervoso	13,27	17,57
V. Transtornos mentais e comportamentais	4,61	3,63
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4,13	3,25
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,28	1,99
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,09	2,83
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,61	1,81
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1,50	2,13
XXII. Códigos para propósitos especiais	0,46	0,42
XV. Gravidez parto e puerpério	0,00	0,47
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,08	0,06
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,02	0,02
VII. Doenças do olho e anexos	0,01	0,00
Total	418,11	364,77

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Atualizada até junho/2023

A estratificação da mortalidade segundo faixa etária, apresenta perfil distinto nos menores de 20 anos e pequenas variações a partir de então. A Tabela 20 apresenta as cinco principais causas de mortalidade por grupo etário.

Tabela 20 – Taxa de mortalidade específica das cinco principais causas (Capítulo CID-10) segundo faixa etária e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Faixa etária (anos)	Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0 a 19	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	32,47	33,46	32,89	33,87	28,61	27,96	29,38
	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	15,81	15,88	16,49	15,98	13,58	13,46	14,16
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	19,38	19,30	18,10	16,12	15,05	13,55	13,90
	X. Doenças do aparelho respiratório	6,35	6,09	5,69	5,53	2,89	3,72	5,66
	VI. Doenças do sistema nervoso	4,62	4,51	4,27	4,45	2,99	3,36	4,36
20 a 59	IX. Doenças do aparelho circulatório	72,83	68,82	68,35	68,18	62,38	67,10	72,02
	II. Neoplasias (tumores)	59,91	60,03	58,68	59,65	54,95	55,72	55,88
	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	53,49	52,52	51,02	50,24	49,75	49,90	51,41
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17,44	16,00	15,46	14,25	53,62	170,76	24,05
	X. Doenças do aparelho respiratório	25,39	20,08	21,55	20,09	17,49	19,60	20,75
60 a 79	IX. Doenças do aparelho circulatório	776,90	747,98	727,87	709,32	632,72	683,97	708,59
	II. Neoplasias (tumores)	523,70	521,60	521,64	526,09	477,96	488,47	486,42
	X. Doenças do aparelho respiratório	306,20	282,56	273,12	262,76	209,64	219,69	261,65
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	67,76	68,33	61,89	62,76	452,55	880,77	191,60
	XI. Doenças do aparelho digestivo	131,96	131,97	132,61	129,85	115,29	127,66	131,95
80 e mais	IX. Doenças do aparelho circulatório	3947,52	3908,60	3799,64	3864,89	3631,98	3759,16	3798,79
	X. Doenças do aparelho respiratório	2441,51	2427,77	2316,61	2308,72	1657,57	1653,13	2152,45
	II. Neoplasias (tumores)	1460,82	1495,20	1485,71	1568,04	1466,23	1458,58	1423,81
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	301,23	317,56	316,81	342,80	1902,80	2523,23	1385,49
	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	696,58	748,77	802,17	858,70	782,60	839,35	919,36

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

Nos mais jovens, as afecções perinatais se mantêm como as mais frequentes em todo o período. As causas externas representaram o segundo grupo em importância até 2021; em 2022 as malformações congênitas aparecem na segunda posição.

A partir dos 20 anos de idade as doenças cardiovasculares passam a representar a principal causa de óbito, exceto em 2021, como já apontado. As neoplasias constituem o segundo grande grupo de causas de óbito. Nos adultos jovens (20 a 59 anos), a terceira causa de óbitos é representado pelas causas externas, às custas predominantemente pelo sexo masculino (descrito acima), enquanto nos idosos (60 a 79 anos) as causas respiratórias ganham importância (terceira causa), seguida das infecciosas. Por fim, nos muito idosos (80 anos e mais), as doenças respiratórias constituem a segunda maior causa de óbito, seguida das neoplasias.

Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um importante indicador de saúde e das condições socioeconômicas da população, dado que reflete o risco de morte antes de completar um ano de vida. Desta forma, é influenciada diretamente pelas condições de habitação, saneamento, nutrição, educação e de assistência à saúde, tanto no pré-natal como no período perinatal. A Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS da Organização das Nações Unidas – ONU21 definiu em seu terceiro objetivo “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, em particular a meta 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”.

Cumpre salientar que há subcomponentes neste indicador: a taxa de mortalidade neonatal (TMNN), definida como aquela que ocorre até o 27º dia de vida, e a pós neonatal (TMPNN), quando se dá entre o 28º e o 364º dia de vida. No estado de São Paulo, a TMNN representa aproximadamente 70% da taxa de mortalidade infantil. Por sua vez, a mortalidade neonatal também apresenta dois subcomponentes: a mortalidade neonatal precoce, definida para a mortalidade ocorrida até o 6º dia de vida, e a neonatal tardia, do 7º ao 27º dia. A taxa de mortalidade neonatal precoce responde por 70% da mortalidade neonatal. O gráfico a seguir apresenta a série histórica da TMI e subcomponentes no período entre 2000 e 2021 segundo a Fundação SEADE.

Gráfico 18 – Taxa de mortalidade infantil e subcomponentes segundo ano, Estado de São Paulo, 2000 a 2021



Fonte: Fundação SEADE.

A tabela a seguir apresenta os dados estaduais comparados aos nacionais.

Tabela 21 - Taxa de mortalidade infantil e subcomponentes segundo ano, Estado de São Paulo e Brasil, 2016 a 2021

Mortalidade	2016		2019		2021	
	SP	Brasil	SP	Brasil	SP	Brasil
Infantil	11,08	12,72	11,07	12,39	10,34	11,90
Neonatal	7,66	8,79	7,79	8,60	7,25	8,39
<i>Neonatal precoce</i>	5,49	6,66	5,45	6,46	5,22	6,26
<i>Neonatal tardia</i>	2,17	2,14	2,34	2,14	2,04	2,13
Pós-neonatal	3,42	3,92	3,28	3,79	3,09	3,51

Fontes: SIM/SES-SP e SIM/DATASUS. Dados atualizados até junho/2023

Nota-se que as taxas no estado se mantêm consistentemente menores do que as nacionais e que, ainda que em menor proporção do que vinha ocorrendo desde o início dos anos 2000; em particular, observa-se que a diminuição em São Paulo é mais pronunciada no subgrupo pós-neonatal, ainda que os dados referentes a 2021 sejam preliminares.

Em relação às suas causas, agrupadas por capítulo da CID-10, observa-se que as frequências se mantêm relativamente constantes bem como são mantidas suas posições relativas no período avaliado. As afecções no período perinatal (57,0%) e as malformações e deformidades congênitas (23,2%) respondem por mais de 80 % dos óbitos. Em frequência bem menor estão as doenças respiratórias (4,2%), causas externas (3,9%) e as doenças infecciosas e parasitárias (3,7%). As demais causas específicas representam menos de 1,5% cada. A tabela a seguir apresenta os números absolutos dos óbitos em menores de um ano.

Tabela 22 – Número de óbitos em menores de 1 ano de idade segundo capítulo da CID-10 e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Capítulo CID-10	2016	2019	2022
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3793	3860	3289
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1628	1553	1339
X. Doenças do aparelho respiratório	322	261	240
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	218	193	226
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	200	160	215
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	153	104	151
VI. Doenças do sistema nervoso	86	75	68
XI. Doenças do aparelho digestivo	55	63	62
IX. Doenças do aparelho circulatório	77	66	60
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	39	34	33
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	32	35	31
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	23	20	27
II. Neoplasias (tumores)	23	25	21
XXII.Códigos para propósitos especiais	0	0	5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	2	3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	2
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	2
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0

Total	6653	6451	5774
--------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: SIM/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Razão de Mortalidade Materna

A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde, desde 1994 como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. Desta forma, representam um subconjunto daquelas ocorridas no sexo feminino, utilizando como referência o número de nascidos vivos ocorridos no mesmo local e período. Ainda que as internações hospitalares relacionadas às causas obstétricas e no puerpério (Tabela 12) sejam as duas mais frequentes, tal grupo de agravos representa a 18ª causa de mortalidade (Tabela 19). Por outro lado, sua ocorrência aponta para a qualidade e o acesso à atenção à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. A implantação dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil no estado a partir de meados da década de 1990 resultou em melhora significativa da detecção e investigação de suas causas, visando subsidiar ações e políticas públicas específicas. Na tabela abaixo se observam o número de óbitos maternos no estado e respectivas proporções em relação ao Brasil.

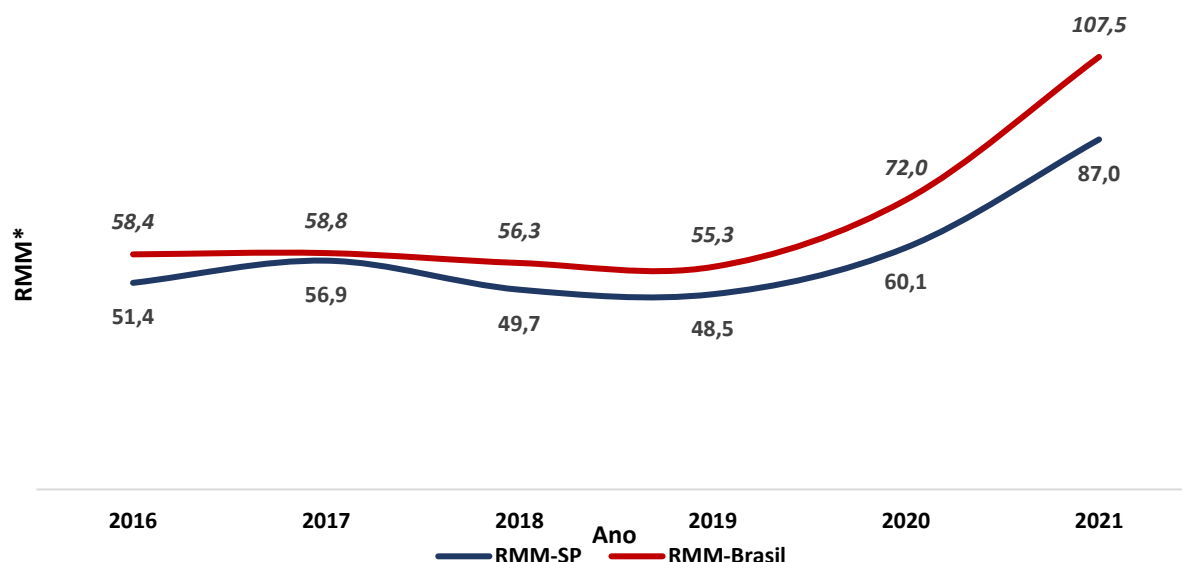
Tabela 23 – Distribuição do número de óbitos maternos no Estado de São Paulo e respectivas proporções em relação aos do país, 2016 a 2021

Ano	Nº óbitos maternos	Proporção (SP/BR)
2016	308	18,4
2017	348	20,3
2018	301	18,2
2019	283	18,0
2020	332	16,9
2021	457	16,3

Fonte: SIM/SES-SP; SIM/MS. Dados atualizados até junho/2023

Em relação à razão de mortalidade materna (RMM), apresentada no gráfico seguinte, em todo o período avaliado a magnitude foi menor no estado do que no país. Na série histórica, enquanto no país houve pequena variação até 2017 com queda discreta até 2019, em nosso estado houve um aumento entre 2016 e 2017, seguido de queda consistente até 2019. Com a entrada da COVID-19 em 2020 houve aumento significativo da RMM, em magnitude maior no país do que no estado.

Gráfico 19 – Número de óbitos maternos e RMM segundo local e ano, Estado de São Paulo e Brasil, 2016 a 2021



Fonte: SIM e SINASC/SES-SP e SIM/MS. Dados atualizados até junho/2023

Causas de óbitos maternos

Em relação às causas específicas de óbitos maternos, em números absolutos observa-se se mantém relativamente constantes em todo o período e se concentram em um grupo pequeno de causas. Importante ressaltar que a doença pelo vírus da imunodeficiência humana deixou de representar uma causa relevante, como se observa na tabela a seguir.

Tabela 24 – Distribuição das causas de óbito materno segundo capítulo CID-10, causa básica e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021

Capítulo CID-10/Causa básica do óbito	2016	2019	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	0	0
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	6	0	0
XV. Gravidez parto e puerpério	302	283	457
Gravidez que termina em aborto	23	16	18
Edema proteinúria e transtorno hipertensivo na gravidez, parto e puerpério	50	53	35
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez	11	11	11
Assistência à mãe por motivos relacionados ao feto, cavidade amniótica e problemas relacionados ao parto	18	14	19
Complicações do trabalho de parto e do parto	40	33	34
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	50	38	29
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	110	118	311

Total	308	283	457
-------	-----	-----	-----

Fonte: SIM/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Variabilidade regional

Cumpre ressaltar que há variações regionais relevantes em relação aos indicadores de morbidade e mortalidade apresentados. A análise pormenorizada de situação de saúde nas diferentes regiões do estado será apresentada adiante.

Em abril do ano corrente foram iniciadas oficinas regionais voltadas para o diagnóstico de situação de saúde, organização das redes de atenção à saúde e consolidação da governança regional, já direcionadas para elaboração futura do Planejamento Regional Integrado, o qual compõe uma das ações estratégicas do presente plano.

A distribuição geográfica das RRAS está apresentada abaixo.

Mapa 1 – Divisões regionais do Estado de São Paulo segundo RRAS



A tabela a seguir apresenta a comparação de alguns indicadores de morbidade, mortalidade e financiamento em saúde no final de 2022. Novamente utilizamos a codificação em cores escalonada por coluna (ou seja, por indicador), com cenários menos favoráveis em vermelho, em amarelo os valores intermediários e em verde os demais. Percebe-se que, neste conjunto selecionado, as RRAS 11 e RRAS 12 apresentam o maior número de indicadores desfavoráveis. Não obstante, também fica evidente que em determinadas regiões um indicador se destaca do conjunto, tal como a taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na RRAS 01 e o percentual de internação na população geral na RRAS 08. Uma outra forma de se avaliar o cenário é comparar o valor do indicador de uma dada região com o valor do mesmo para o estado; neste olhar, em apenas seis regiões de saúde a taxa de internação por AVC bem como a mortalidade por causas externas é menor do que no estado como um todo e em apenas três regiões o percentual de internações é menor do que o valor global. Quanto ao percentual de internações por CSAB, além da variabilidade ser menor em magnitude, os percentuais são mais elevados do que os do estado em cinco regiões. Em relação à mortalidade infantil, oito regiões têm valores abaixo da taxa para o estado.

Além disso, quando analisamos indicadores segundo RRAS e ano, visualiza-se a variação e a tendência temporal, o que será demonstrado adiante na apresentação dos dados referentes às Redes de Atenção nos territórios.

Tabela 25 – Comparação de indicadores de saúde selecionados segundo regional de residência, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Percentual de internações ¹	Internações por CSAB (%)	Taxa de internação por AVC em maiores de 40 anos ²	Mortalidade geral ³	Mortalidade por causas externas ⁴	Mortalidade por doenças do aparelho circulatório ⁵	Mortalidade infantil ⁶	RMM ⁷	Despesa em saúde (R\$)
RRAS 01	5,2	14,3	18,7	727,0	46,3	231,3	10,9	87,4	1462,7
RRAS 02	4,5	13,8	23,1	679,8	49,8	202,7	12,7	87,8	928,7
RRAS 03	5,5	13,4	28,6	631,8	48,7	222,7	13,6	108,7	994,4
RRAS 04	5,9	14,6	20,8	653,3	54,7	237,5	12,3	39,4	929,9
RRAS 05	6,1	13,7	24,5	677,5	47,0	226,3	13,2	85,8	1652,5
RRAS 06	4,6	14,1	17,0	724,3	43,9	218,8	10,8	60,7	1513,0
RRAS 07	4,8	12,6	23,0	906,8	53,9	262,8	13,0	129,7	1466,3
RRAS 08	5,3	14,3	24,2	816,1	55,5	200,9	10,9	148,3	1277,4
RRAS 09	7,1	15,4	28,6	907,5	58,3	229,2	10,5	71,4	1186,6
RRAS 10	7,2	16,9	30,7	969,3	57,9	244,1	12,4	91,6	1394,9
RRAS 11	8,4	17,2	34,5	958,9	60,7	252,5	13,1	175,7	1264,5
RRAS 12	6,9	17,0	24,0	938,0	70,5	233,0	10,7	83,1	1378,6
RRAS 13	6,3	15,5	23,6	834,7	58,9	213,4	10,2	67,5	1280,7
RRAS 14	5,1	12,5	18,8	840,5	54,4	202,0	11,8	132,9	1232,1
RRAS 15	5,1	14,3	19,4	772,0	51,5	202,2	10,3	96,2	1429,4
RRAS 16	5,9	14,4	23,9	808,4	55,6	252,8	10,8	129,1	1482,2
RRAS 17	6,0	14,5	21,6	773,6	64,1	184,8	10,7	76,9	1478,2
Estado	5,4	14,6	21,5	780,8	53,2	219,4	11,3	87,0	1373,5

¹População dependente do SUS

²Por 100.000 habitantes

³Por 10.000 habitantes na população maior de 40 anos

⁴Por 100.000 habitantes

⁵Por 1.000 nascidos vivos

⁶Por 100.000 nascidos vivos; dados do ano 2021

⁷Por 100.000 nascidos vivos

Fonte: SIH-SUS e SIM/SES-SP. Dados sujeitos à revisão, atualizados até junho/2023.

Regiões de Saúde

A Regionalização no Estado de São Paulo configura-se em regiões de saúde definidas em 2007, à luz do Pacto pela Saúde, Portarias MS/GM 399 e 699/2006, sofrendo pequenos ajustes, sendo atualmente 63 regiões às quais correspondem às Comissões Intergestores Regionais – CIR – que são as instâncias de pactuação e deliberação entre os gestores do território. A configuração atual da regionalização está definida na Deliberação CIB nº 11 de 2016.

Redes Regionais de Atenção à Saúde

Foram definidas também as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS (Deliberação CIB SP nº 36 de 2011) que correspondem a um arranjo com vistas a maior complexidade assistencial, cuja governança seriam os Comitês Gestores da Rede - CG Redes, constituídos por representação dos gestores municipais indicados nas CIR e representantes da gestão estadual. Na prática, os CG – Redes não se efetivaram como espaços de governança na maioria das RRAS do estado de São Paulo.

Este arranjo territorial foi ratificado pela Deliberação CIB nº 63, de 25 de junho de 2018, em atendimento ao artigo 4º da resolução CIT nº 37 que estabeleceu o prazo de 90 dias a partir de sua publicação para definição dos territórios que comporiam as macrorregiões bem como do cronograma de trabalho para a constituição do Planejamento Regional Integrado (PRI). O processo do PRI ficou sobrestado durante a pandemia de COVID-19, com retomada a partir de 2023.

Deve-se considerar, ainda, que a SES-SP possui estruturas descentralizadas sendo elas 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), cuja abrangência difere das Macrorregiões, 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica, 28 de Vigilância Sanitária, e 12 Laboratórios Regionais (CLR IAL).

Governança macrorregional

A Deliberação CIB nº 101/2019, de 20/12/2019 que atualizou a Nota Técnica CIB – Diretrizes para o Planejamento Regional Integrado – PRI Plano Regional, (Deliberação CIB 117, publicada em 21/12/2018), ajustou a configuração da governança macrorregional, propondo o Colegiado de Gestão Macrorregional cujas atribuições são: articular no âmbito da macrorregião/RRAS as ações pactuadas nas CIR relacionadas à Vigilância e Assistência em Saúde; articular o acesso na macrorregião à rede de atenção à saúde de parte da média complexidade e da alta complexidade e monitorar o Planejamento Regional Integrado nas questões que competem a este Colegiado.

Colegiados de Gestão Regional

O Colegiado de Gestão Macrorregional (CGM) tem a seguinte composição: representantes dos gestores municipais, representantes de todos os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que compõem a MACRO/RRAS, representantes da Vigilância em Saúde e representantes da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) e Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) onde houver serviços próprios estaduais. Tem caráter consultivo considerando que a Lei Federal nº 12.466/2011 reconhece CIT, CIB e CIR como as instâncias de pactuação formais. Quando não houver consenso no âmbito do Colegiado de Gestão Macrorregional, a discussão retorna às CIR.

Evidencia-se imperativo, o esforço na efetivação do processo de organização da rede de atenção à saúde nos territórios, ratificando o papel da Atenção Primária a Saúde

(APS) como principal centro de comunicação, responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das ações e serviços nas RRAS, dentro dos espaços territorialmente estabelecidos, cabendo à CIB a definição das diretrizes estratégicas para subsidiar a sua construção, ascendente, de forma a responder às principais necessidades em saúde da população nos âmbitos locais, municipais, regionais e macrorregionais, definindo os resultados esperados, os objetivos e metas a serem alcançadas e à SES, a instituição e coordenação desse processo, em articulação com os municípios e participação da União.

Composição das regiões de saúde/macrorregiões (RRAS)

A seguir, apresentam-se dados gerais sobre a composição populacional dos municípios, das regiões de saúde e das macrorregiões (RRAS).

Tabela 26 – Distribuição do número e percentual de municípios segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022

Faixa populacional	Municípios		Cumulativo (%)
	Nº	%	
< 5 mil	144	22,3	22,3
5 < 10 mil	127	19,7	42
10 < 20 mil	116	18	60
20 < 50 mil	124	19,2	79,2
50 < 100 mil	53	8,2	87,4
100 < 200 mil	40	6,2	93,6
200 < 500 mil	32	5	98,6
500 < 1 milhão	6	0,9	99,5
1 < 2 milhões	2	0,3	99,8
> 10 milhões	1	0,2	100
Total	645	100	100

Fonte: SEADE, 2022.

Tabela 27 – Distribuição do número de regiões de saúde e respectivos municípios de abrangência segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022

Faixa populacional	Nº de Regiões de Saúde	Nº Municípios
< 100 mil	5	36
100 < 500 mil	41	425
500 < 1 milhão	8	94
1 < 3 milhões	8	89
> 10 milhões	1	1
Total	63	645

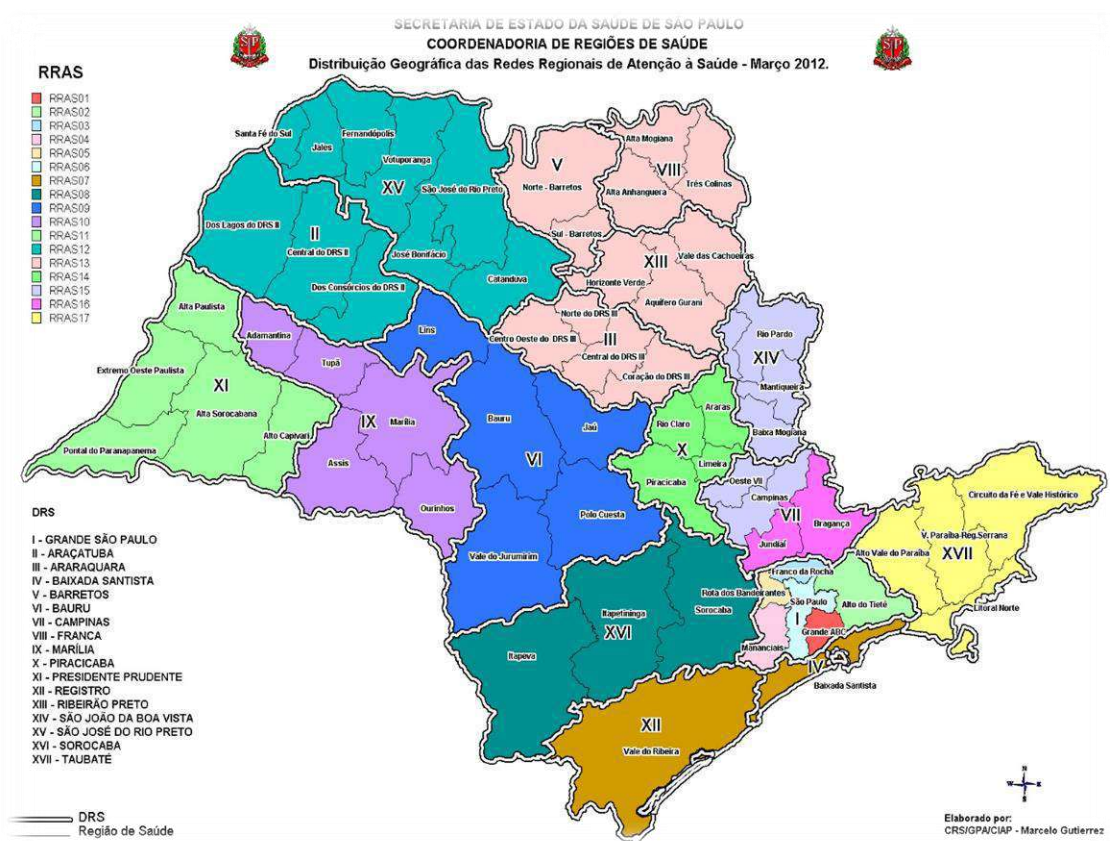
Fonte: SEADE, 2022.

Tabela 28 – Distribuição do número de RRAS e respectivos municípios de abrangência segundo porte populacional, Estado de São Paulo, 2022

Faixas populacionais	Nº de RRAS	Nº Municípios
500 < 1 milhão	3	50
1 < 2 milhões	6	189
2 < 3 milhões	5	260
3 < 4 milhões	2	145
> 10 milhões	1	1
Total	17	645

Fonte: SEADE, 2022

Mapa 2 – Mapa com a distribuição geográfica das Regiões de Saúde e Macrorregiões (RRAS)



Fonte: CRS/SES-SP.2012

Regiões com população menor de 100 mil habitantes

Observa-se que 5 regiões de saúde têm população menor do que 100 mil habitantes, considerando que há fatores culturais, históricos, socioeconômicos, geográficos que justificam. Entretanto, este desenho pode sofrer ajustes no desenvolvimento do planejamento regional integrado (PRI), entre os entes federados em curso no estado.

As Macrorregiões

Com relação às macrorregiões, temos a maioria (65%) concentrada entre 1 a 3 milhões de habitantes.

Situação da Atenção Primária à Saúde

Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)

A cobertura da APS no estado de São Paulo é de 58,6% de sua população (posição em outubro de 2022), com base no número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe de saúde. Note-se que a maior parte dos municípios nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) 10, 11 e 12 apresentam 100% de cobertura de APS, e nas RRAS de 1 a 6, que correspondem à Região Metropolitana de São Paulo, apenas um único município alcançou 100% de cobertura.

Considerando somente as equipes de Saúde da Família, o estado de São Paulo possui 6.618 equipes, com uma cobertura potencial de 48,0% da população do estado. Nesta perspectiva, destaca-se a RRAS 12, com a maior parte dos municípios com 100% de cobertura.

Tabela 29 - Número de municípios, distribuídos por RRAS, segundo faixa de cobertura da APS*, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Cobertura			Total
	100%	>= 75%	< 75%	
RRAS 01	0	3	4	7
RRAS 02	0	1	10	11
RRAS 03	0	1	4	5
RRAS 04	1	3	4	8
RRAS 05	0	1	6	7
RRAS 06	0	0	1	1
RRAS 07	8	7	9	24
RRAS 08	15	7	26	48
RRAS 09	32	15	21	68
RRAS 10	38	10	14	62

RRAS 11	27	16	2	45
RRAS 12	98	31	13	142
RRAS 13	25	34	31	90
RRAS 14	6	10	10	26
RRAS 15	5	15	24	44
RRAS 16	2	7	9	18
RRAS 17	13	15	11	39
Total do Estado	270	176	199	645

* Com base na população cadastrada e vinculada a equipe de APS.

Fonte: e-Gestor AB, competência de outubro/2022

Dos 384 municípios com população menor do que 20 mil habitantes, 239 (62,2%) possuem 100% de cobertura de APS. Já entre os municípios com população com 100 mil ou mais habitantes predomina cobertura mais baixa, com 63 municípios (77,8%) com cobertura menor do que 75%.

Tabela 30 - Número de municípios, distribuídos por porte populacional e faixa de cobertura da APS, Estado de São Paulo, 2022

Porte populacional	Cobertura			Total
	100%	>= 75%	< 75%	
Menos de 20 mil	239	87	58	384
20 a 50 mil	24	50	44	118
50 a 100 mil	5	23	34	62
100 mil e mais	2	16	63	81
Total Estado	270	176	199	645

* Com base na população cadastrada e vinculada a equipe de APS.

Fonte: e-Gestor AB, competência de outubro/2022

Tabela 31 - Cobertura da APS e cobertura potencial das equipes de Saúde da Família segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Nº de Municípios	População	Nº total de cadastros	Cobertura APS (%)	Cobertura potencial eSF* (%)
RRAS 01	7	2.825.048	1.798.113	63,6	51,7
RRAS 02	11	3.092.717	1.362.466	44,1	26,4
RRAS 03	5	624.533	436.751	69,9	48,1
RRAS 04	8	1.186.936	721.501	60,8	33,4
RRAS 05	7	1.922.898	931.696	48,5	20,1
RRAS 06	1	12.396.372	5.650.268	45,6	44,6
RRAS 07	24	2.182.882	1.342.840	61,5	60,2
RRAS 08	48	2.581.508	1.198.990	46,4	38,4
RRAS 09	68	1.828.044	1.241.090	67,9	47,7
RRAS 10	62	1.159.999	887.948	76,5	69,6
RRAS 11	45	782.748	676.921	86,5	87,3

RRAS 12	142	2.455.734	2.108.051	85,8	79,5
RRAS 13	90	3.772.951	2.631.825	69,8	43,0
RRAS 14	26	1.614.475	1.060.769	65,7	42,3
RRAS 15	44	4.302.371	2.627.942	61,1	44,5
RRAS 16	18	1.320.698	844.421	63,9	31,6
RRAS 17	39	2.599.218	1.803.692	69,4	50,3
Total Estado	645	46.649.132	27.325.284	58,6	46,0

* Limitado pela população IBGE

**Uma equipe de saúde da família em regime de 40 horas para cada 3.450 residentes

Fonte: e-Gestor AB, competência de outubro/2022

Cobertura de Saúde Bucal

A cobertura de Saúde Bucal, estimada a partir do número de equipes pagas pelo MS no estado de São Paulo pode ser considerada muito baixa, em comparação às coberturas das demais unidades da federação. Algumas regiões apresentam cobertura muito abaixo do conjunto do estado, como são os casos das RRAS 2, 4 e 5, da Região Metropolitana de São Paulo e da RRAS 8.

Tabela 32 - Cobertura de equipes de Saúde Bucal segundo RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022.

RRAS de residência	Cobertura potencial (%)
RRAS 01	27,5
RRAS 02	9,6
RRAS 03	14,5
RRAS 04	4,7
RRAS 05	1,8
RRAS 06	13,3
RRAS 07	14,8
RRAS 08	7,4
RRAS 09	22,7
RRAS 10	45,3
RRAS 11	51,0
RRAS 12	40,9
RRAS 13	20,3
RRAS 14	18,8
RRAS 15	16,5
RRAS 16	15,7
RRAS 17	26,2
Total Estado	18,1

*Uma equipe de saúde da família em regime de 40 horas para 3450 pessoas

Fonte: e-Gestor AB, competência de outubro/2022

Cobertura assistencial de APS e da Saúde Suplementar

Acrescentando-se à cobertura de APS de cada município os percentuais de cobertura de Saúde Suplementar, com a finalidade de verificar a existência de populações que terão dificuldades de acesso a serviços de saúde, os dados mostram que 149 municípios apresentam coberturas abaixo de 90% e outros 58 municípios ainda não alcançam 100% de cobertura.

Tabela 33 - Número de municípios por porte de população e cobertura assistencial somadas de APS e Saúde Suplementar.

Porte populacional	Cobertura assistencial			Total Geral
	< 90%	90 a 99%	100% e mais	
Até 20 mil	57,0	22	305	384
20 a 50 mil	38,0	14	66	118
50 a 100 mil	20,0	9	33	62
100 mil e mais	34,0	13	34	81
Total Estado	149,0	58	438	645

Fontes: e-Gestor AB; SES-SP/Matriz de Indicadores/TabNet

Recursos financeiros do município

A massa total de receita de impostos e transferências constitucionais foi de R\$ 157.705.851.573,20, para 2021 o que resulta em valor per capita de R\$3.434,43. As despesas com recursos próprios totalizadas para o estado de São Paulo alcançaram 24,0% da receita.

Considerando as médias de receita de impostos e transferências municipais constitucionais, dos municípios de cada RRAS, nos diferentes portes populacionais dos municípios, observa-se que os municípios menores apresentam situação mais favorável, com média para o estado de São Paulo de R\$4.451,29 per capita, enquanto os municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes apresentam a menor média (R\$2.759,62 *per capita*).

Tabela 34 - Distribuição de valores de receitas e despesas *per capita* em saúde* segundo fonte de recursos e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Receita de impostos e transferências constitucionais	Despesas com recursos próprios	Despesa total em saúde
RRAS 01	2882,89	806,55	1354,74
RRAS 02	2208,11	534,22	809,21
RRAS 03	2414,21	563,19	892,37
RRAS 04	2414,70	552,16	781,64
RRAS 05	4219,24	1153,18	1453,61
RRAS 06	4563,44	938,23	1279,13
RRAS 07	3567,60	861,28	1364,10
RRAS 08	2682,63	757,48	1070,17
RRAS 09	2734,02	705,09	1021,59
RRAS 10	2866,02	713,54	1195,14

RRAS 11	2876,88	682,08	1038,81
RRAS 12	3025,52	774,98	1150,07
RRAS 13	2723,11	723,04	1122,72
RRAS 14	2975,60	717,06	1138,19
RRAS 15	3566,32	907,23	1282,98
RRAS 16	3841,17	948,77	1262,42
RRAS 17	3034,66	829,38	1223,95
Total do Estado	3434,43	822,82	1190,92

Valores em reais.

Fonte: SIOPS 2021

Tabela 35 - Distribuição de valores de receitas *per capita* em saúde* segundo porte populacional e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Porte populacional				Total Geral
	< 20 mil	20 a 50 mil	de 50 a < 100 mil	100 mil e mais	
RRAS 01			1378,05	3214,03	2951,75
RRAS 02	2207,91	2877,27	2691,75	1893,75	2246,22
RRAS 03			7493,45	1801,09	2939,56
RRAS 04	2107,41	1907,64	2420,21	2413,15	2313,51
RRAS 05	2378,06			4677,09	4348,66
RRAS 06				4563,44	4563,44
RRAS 07	2990,52	2708,16	3408,88	3854,93	3252,82
RRAS 08	3455,28	2523,87	2688,02	2616,22	2986,25
RRAS 09	4293,23	2867,53	2648,76	2237,26	3794,52
RRAS 10	4931,22	2847,49	2358,77	2303,74	4426,50
RRAS 11	4972,69	2549,70		2170,10	4318,13
RRAS 12	5124,75	2976,99	2500,80	2294,47	4740,88
RRAS 13	4092,36	2612,79	2564,81	2623,54	3446,60
RRAS 14	4464,59	3564,47	2633,74	2774,68	3756,43
RRAS 15	2989,18	2534,90	3379,11	4278,37	3295,60
RRAS 16	2603,06	4487,06	3983,93	3242,36	3526,56
RRAS 17	3419,83	2258,26	3096,59	3121,72	3145,53
Total Estado	4443,80	2819,17	2971,87	3062,04	3835,66

* Valores em reais

Fonte: SIOPS 2021

Desempenho da Atenção Básica

Criança

A proposição assistencial para a criança nascidas com peso ≥ 2.500 gramas no primeiro ano de vida é de três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem, conforme preconizado na Portaria MS nº 1.631/2015. No entanto, para o estado de São Paulo, foi alcançado um valor global que corresponde apenas a 50,9% da meta para consultas médicas e 20,1% para as consultas de enfermeiro, no ano de 2022

Tabela 36 – Distribuição do alcance de meta* para consultas de enfermagem e de médicos no primeiro ano de vida da criança segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Enfermagem (%)	Médica (%)
RRAS 01	17,6	47,4
RRAS 02	10,1	39,5
RRAS 03	23,2	35,5
RRAS 04	16,1	19,3
RRAS 05	1,9	19,4
RRAS 06	33,4	57
RRAS 07	27,9	43,5
RRAS 08	17,7	30,4
RRAS 09	20,1	73,4
RRAS 10	28	63,5
RRAS 11	21,3	105,1
RRAS 12	20,6	66,1
RRAS 13	14,8	59,9
RRAS 14	15,1	45,6
RRAS 15	11,3	68,2
RRAS 16	6,2	40,8
RRAS 17	15,8	40,9
Total Estado	20,1	50,9

* Comparado ao parâmetro assistencial da Portaria MS nº1.631/2015
Fonte: e-Gestor AB

Gestante

No atendimento às gestantes na Atenção Primária, a cobertura de pré-natal é de quase 70%, com variações entre as diferentes Redes Regionais. Destas, 67,5% realizaram a primeira consulta até a 12ª semana de gestação. O percentual de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana ficou muito abaixo do esperado (10,9% das que iniciaram o pré-natal), considerando que cerca de 2/3 delas realizam o primeiro atendimento nos três primeiros meses da gestação. Esses indicadores apontam para a fragilidade na atenção pré-natal.

Tabela 37 - Indicadores de atenção pré-natal na APS segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Cobertura Pré-Natal*	Primeira consulta até 12ª semana*	Exames avaliados até 20ª semana*	6 ou mais consultas*
RRAS 01	59,4	72,2	9,1	39,5
RRAS 02	67,9	59	5,7	28,5
RRAS 03	75	70	5,3	15,3
RRAS 04	75,5	62,9	8	23,4
RRAS 05	60,2	60,5	6,2	22,8
RRAS 06	63,3	61,6	3,4	35,8

RRAS 07	70,1	63,1	15,8	31,7
RRAS 08	81,3	70,3	14,2	28,3
RRAS 09	81,2	73,3	13,4	42,7
RRAS 10	83,6	76,4	16,2	29,5
RRAS 11	77,5	78,1	30,4	42,3
RRAS 12	63	75,9	17	46,3
RRAS 13	67,7	71,9	17,1	39,3
RRAS 14	65,7	70,6	20,9	40,4
RRAS 15	60,8	72,5	13,7	28,1
RRAS 16	59,4	74,5	19,5	33,9
RRAS 17	68,3	71,3	15,4	28,4
ESP	66,9	67,5	11,0	33,3

* Valores percentuais.

Fonte: e-Gestor AB

Hipertensão e diabetes

A frequência de comparecimentos de portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus varia conforme a estratificação de risco e de necessidades de controle clínico. No entanto, há uma recomendação do Ministério da Saúde de que esses indivíduos compareçam à unidade de saúde pelo menos duas vezes ao ano.

A tabela abaixo apresenta a média de número de consultas anuais de enfermeiro e de médico realizadas para diabéticos e para hipertensos para o ano de 2022. Os dados relativos às consultas médicas e de enfermagem para estes agravos revelam a descontinuidade no seguimento ambulatorial da APS, uma vez que os parâmetros mínimos necessários para verificação da pressão arterial e do nível glicêmico não são atingidos. Em relação aos diabéticos, a meta não foi atingida em nenhuma macrorregião nas consultas de enfermagem e em duas macrorregiões para as consultas médicas. Nos pacientes hipertensos, a meta não é atingida em nenhuma região. Tal situação é consistente com o volume de internações relacionados a estas condições sensíveis à atenção básica, já discutido anteriormente e indica a necessidade de aprimorar a rede de cuidados para estas condições em todas as regiões.

Tabela 38 - Concentração anual de consultas de enfermagem e consultas médicas na atenção ao diabético e ao hipertenso na Atenção Primária, segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	Diabéticos		Hipertensos	
	Enfermagem	Médicas	Enfermagem	Médicas
RRAS 01	0,27	0,84	0,16	0,55
RRAS 02	0,13	0,56	0,05	0,36
RRAS 03	0,25	0,62	0,14	0,43
RRAS 04	0,36	0,61	0,12	0,43
RRAS 05	0,16	0,92	0,06	0,54
RRAS 06	0,16	0,6	0,09	0,4
RRAS 07	0,41	0,79	0,2	0,52
RRAS 08	0,21	0,7	0,12	0,43

RRAS 09	0,53	1,22	0,28	0,81
RRAS 10	0,69	1,47	0,4	1
RRAS 11	1,51	2,73	0,9	1,78
RRAS 12	0,84	1,99	0,41	1,27
RRAS 13	0,39	1,22	0,2	0,77
RRAS 14	0,33	1,01	0,17	0,66
RRAS 15	0,29	0,92	0,13	0,57
RRAS 16	0,21	1,12	0,1	0,68
RRAS 17	0,17	1,15	0,1	0,74
Média do ESP	0,41	1,09	0,21	0,70

Fonte: e-Gestor AB

Vacinação

A cobertura vacinal nos municípios paulistas ainda é baixa, aquém das metas preconizadas de cobertura para o primeiro ano de vida, mesmo quando se refazem os cálculos de cobertura utilizando o número de nascidos vivos do mesmo ano da aplicação das doses. Observe-se que os dados apresentados a seguir são um pouco inferiores à cobertura real em virtude do Programa Nacional de Imunização utilizar como denominador os números de nascidos vivos de anos anteriores.

Tabela 39 - Cobertura vacinal* das vacinas prioritárias no primeiro ano de vida segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	BCG	Pentavalente	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral (1ª dose)
RRAS 01	88,2	85,2	87,5	85,4	86,6
RRAS 02	94,4	86,7	89,8	87	90,6
RRAS 03	109,4	85,1	90	86	86,7
RRAS 04	72,7	81,4	84,9	81,4	79,2
RRAS 05	82,6	78	79,1	78,6	71,5
RRAS 06	71,2	75,6	76,3	75,8	75,9
RRAS 07	73,5	78,7	82,7	79,4	83,5
RRAS 08	92,7	79,3	83,9	81,6	81,5
RRAS 09	88	85,3	88,4	85,5	87,5
RRAS 10	102,9	89	93,3	89	95,9
RRAS 11	93,8	93,3	94,1	94,2	97,4
RRAS 12	107,9	92,8	93,9	93,4	94,4
RRAS 13	94,2	87,6	89,6	87,7	91,1
RRAS 14	98,8	89,1	90,7	89,3	91,5
RRAS 15	94,6	86,6	90,8	86,6	90,3
RRAS 16	114,7	88,6	93,1	88,9	91,2
RRAS 17	103	82,3	85,5	82,8	87,6
Total do Estado	87,9	82,7	85,1	83,1	84,5

* Valor percentual, calculado com base nas doses aplicadas em 2022 e nascidos vivos no mesmo ano.

Fonte: SI-PNI – TabNet DATASUS.

Financiamento da APS no Estado de São Paulo

A Tabela abaixo apresenta os recursos federais transferidos aos municípios para ações e serviços na APS, comparando os anos de 2019, último ano antes da mudança nas regras de financiamento, e 2022, já na vigência integral das regras do Programa Previne Brasil. Observa-se um aumento de cerca de 26% em relação a 2019.

Tabela 40 - Distribuição comparada de recursos federais* para financiamento da APS, Estado de São Paulo, 2019 e 2022

Financiamento - componentes	2019	2022
Ações Estratégicas		484.057.712,04
ACS	291.994.710,00	564.366.212,00
Bucal	72.428.541,37	
Capitação Ponderada		1.693.458.686,61
Desempenho		234247774,1
Informatização	5.258.300,00	65.202.000,00
PAB Fixo	1.068.788.721,48	
PAB Variável	967.395.889,95	
Total Estado	2.405.866.162,80	3.041.332.384,78

* Valores em reais.

Fonte: Ministério da Saúde - Saúde com Transparência - SUS

(<http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>)

Abaixo, são apresentados os recursos financeiros estaduais transferidos aos municípios para ações e serviços na APS, comparando os anos de 2019 e 2022. Ocorre, também, um incremento de 26% entre os dois anos considerados.

Tabela 41 - Distribuição comparada de recursos estaduais* para financiamento da APS, Estado de São Paulo, 2019 e 2022

Financiamento - componentes	2019	2022
PAB - estadual	136616808	186.596.528,00
Qualis Mais	40.818.669,38	40.818.669,38
Sorria São Paulo	14.796.000,00	14796000
Total Estado	192.231.477,38	242.211.197,38

* Em reais.

Fonte: Resoluções SES-SP

Vulnerabilidade da população e cobertura assistencial

A tabela abaixo apresenta os municípios segundo o tamanho de suas populações segundo a vulnerabilidade de suas populações, estimada a partir do percentual de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza apontado no Cadastro Único do Governo Federal. Apresenta, ainda, a somatória da cobertura oferecida pela APS (estimada pela população cadastrada e vinculada às equipes de saúde) e a cobertura da Saúde Suplementar (SS). Os municípios considerados como vulneráveis são aqueles com mais de 20% de sua população em situação de pobreza ou de extrema pobreza. Note que a

somatória da cobertura da APS e da SS não alcança 100%, revelando a existência de déficit assistencial.

Tabela 42 - Distribuição de municípios por porte populacional, segundo vulnerabilidade e percentual de cobertura assistencial, Estado de São Paulo, 2022

Porte de população	% de Municípios Município vulnerável *		Média de Cob APS + SS** Município vulnerável*	
	Não	Sim	Não	Sim
<20 mil	37	21	73	68
020 a < 50 mil	31	13	78	74
50 a < 100 mil	22	12	83	76
100 mil e mais	50	13	90	73
Total Estado	140	59	82	72

Fonte: Cadastro Único - <https://cecad.cidadania.gov.br/>

* Em percentual

** SS – Saúde Suplementar

Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade

Considerando a produção de média e alta complexidade ambulatorial, do total de 99.531.249 procedimentos ambulatoriais realizados em 2022, 69.630.677 correspondem à média e alta complexidade (MAC), ou seja, 70%, com 23% dos procedimentos relacionados à atenção primária de saúde.

Tabela 43 - Produção ambulatorial segundo nível de complexidade e RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Atenção Primária	Média complexidade	Alta complexidade	Média + Alta complexidades	Não se aplica	Total
RRAS 01	1.376.851	5.671.674	566.271	6.237.945	171.868	7.786.664
RRAS 02	604.184	4.498.970	500.323	4.999.293	235.007	5.838.484
RRAS 03	264.619	1.017.854	120.361	1.138.215	23.107	1.425.941
RRAS 04	261.559	1.252.735	228.943	1.481.678	78.024	1.821.261
RRAS 05	430.927	2.315.585	401.134	2.716.719	139.474	3.287.120
RRAS 06	8.404.441	11.923.249	2.552.861	14.476.110	847.521	23.728.072
RRAS 07	881.818	2.882.966	347.788	3.230.754	350.552	4.463.124
RRAS 08	1.095.915	4.050.666	418.979	4.469.645	396.145	5.961.705
RRAS 09	910.138	1.994.573	375.530	2.370.103	408.496	3.688.737
RRAS 10	517.974	1.706.789	234.485	1.941.274	435.404	2.894.652
RRAS 11	330.232	1.150.115	134.634	1.284.749	419.868	2.034.849
RRAS 12	1.790.218	3.125.039	624.830	3.749.869	1.833.601	7.373.688
RRAS 13	2.086.760	5.670.324	794.470	6.464.794	529.446	9.081.000
RRAS 14	751.950	2.203.586	280.716	2.484.302	321.490	3.557.742
RRAS 15	1.461.174	5.296.258	755.135	6.051.393	268.845	7.781.412

RRAS 16	466.668	1.495.751	263.538	1.759.289	126.650	2.352.607
RRAS 17	813.327	4.230.600	535.599	4.766.199	866.265	6.445.791
Município ignorado	11	4.578	3.768	8.346	43	8.400
Total ESP	22.448.766	60.491.312	9.139.365	69.630.677	7.451.806	99.531.249

* Excluído: Grupo 06-Medicamentos.

Fonte:SIA SUS, dados atualizados em junho de 2023.

Observa-se que as RRAS 6 (município de São Paulo), RRAS 13 (Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos e Franca), RRAS 15 (RM Campinas), RRAS 2 (Alto Tietê), RRAS 17 (Taubaté/ São José dos Campos) e RRAS 8 (Sorocaba) concentram a produção ambulatorial de média e alta complexidade.

Com relação à produção ambulatorial por tipo de gestão (municipal ou estadual) observa-se que há um predomínio da gestão municipal na média complexidade e equilíbrio na alta complexidade, com 48% da participação da gestão estadual.

Tabela 44 - Número de procedimentos ambulatoriais* realizados no SUS segundo RRAS de residência, nível de complexidade e tipo de gestão, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	MÉDIA COMPLEXIDADE			ALTA COMPLEXIDADE			MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		
	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total
RRAS 01	420.964	5.250.710	5.671.674	201.347	364.924	566.271	622.311	5.615.634	6.237.945
RRAS 02	701.004	3.797.966	4.498.970	257.242	243.081	500.323	958.246	4.041.047	4.999.293
RRAS 03	132.006	885.848	1.017.854	53.122	67.239	120.361	185.128	953.087	1.138.215
RRAS 04	450.317	802.418	1.252.735	160.643	68.300	228.943	610.960	870.718	1.481.678
RRAS 05	515.140	1.800.445	2.315.585	202.343	198.791	401.134	717.483	1.999.236	2.716.719
RRAS 06	2.937.884	8.985.365	11.923.249	806.374	1.746.487	2.552.861	3.744.258	10.731.852	14.476.110
RRAS 07	587.450	2.295.516	2.882.966	132.591	215.197	347.788	720.041	2.510.713	3.230.754
RRAS 08	540.967	3.509.699	4.050.666	287.515	131.464	418.979	828.482	3.641.163	4.469.645
RRAS 09	700.521	1.294.052	1.994.573	281.864	93.666	375.530	982.385	1.387.718	2.370.103
RRAS 10	311.976	1.394.813	1.706.789	112.081	122.404	234.485	424.057	1.517.217	1.941.274
RRAS 11	416.813	733.302	1.150.115	113.417	21.217	134.634	530.230	754.519	1.284.749
RRAS 12	1.267.674	1.857.365	3.125.039	516.089	108.741	624.830	1.783.763	1.966.106	3.749.869
RRAS 13	1.148.556	4.521.768	5.670.324	370.170	424.300	794.470	1.518.726	4.946.068	6.464.794
RRAS 14	139.089	2.064.497	2.203.586	45.659	235.057	280.716	184.748	2.299.554	2.484.302
RRAS 15	898.151	4.398.107	5.296.258	350.640	404.495	755.135	1.248.791	4.802.602	6.051.393
RRAS 16	436.978	1.058.773	1.495.751	137.628	125.910	263.538	574.606	1.184.683	1.759.289
RRAS 17	479.505	3.751.095	4.230.600	261.055	274.544	535.599	740.560	4.025.639	4.766.199
Município ignorado	40	4.538	4.578	6	3.762	3.768	46	8.300	8.346
Total	12.085.035	48.406.277	60.491.312	4.289.786	4.849.579	9.139.365	16.374.821	53.255.856	69.630.677

*Excluídos os do Grupo 06-Medicamentos.

Fonte:SIA SUS, 2022

As RRAS 6 (município de São Paulo), 13 (Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto), 15 (RM Campinas) e 12 (Araçatuba e São José do Rio Preto) concentram procedimentos de alta complexidade.

Internações Hospitalares

No ano de 2022 foram realizadas em todo o estado 2.458.715 internações hospitalares, sendo 9% deste total internações de alta complexidade. Estas se concentram nas RRAS 6 (município de São Paulo), RRAS 13 (Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos e Franca), RRAS 15 (RM Campinas), RRAS 12 (São José do Rio Preto/ Araçatuba), RRAS 17 (Taubaté/ São José dos Campos), RRAS 1 (ABC) e RRAS 2 (Alto Tietê). Com relação ao total de internações por 10.000 habitantes, considerando população total da RRAS, observa-se que as RRAS 11, 10, 9 e 12 apresentam concentração muito acima da média do estado, entretanto, é preciso considerar que estas RRAS concentram parte dos leitos de psiquiatria em hospitais especializados e de cuidados prolongados.

Tabela 45 - Número e coeficiente de internações de média e alta complexidade segundo RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Média	Alta	Total	População Total	População SUS*	CI* (pop. total)	CI* (pop. SUS)
RRAS 01	128.811	11.566	140.377	2.708.432	1.261.193	518,3	1113,05
RRAS 02	125.680	10.863	136.543	3.031.313	1.955.569	450,44	698,23
RRAS 03	31.264	2.479	33.743	618.258	445.751	545,78	756,99
RRAS 04	63.196	5.946	69.142	1.164.467	836.787	593,77	826,28
RRAS 05	105.864	8.505	114.369	1.884.698	1.073.751	606,83	1065,14
RRAS 06	507.515	45.832	553.347	11.960.216	5.929.553	462,66	933,2
RRAS 07	96.467	6.143	102.610	2.140.549	1.397.723	479,36	734,12
RRAS 08	122.209	8.851	131.060	2.496.877	1.705.705	524,9	768,36
RRAS 09	112.395	12.387	124.782	1.758.322	1.314.822	709,67	949,04
RRAS 10	73.934	6.584	80.518	1.115.301	864.623	721,94	931,25
RRAS 11	56.201	7.431	63.632	756.525	571.298	841,11	1113,81
RRAS 12	144.421	17.093	161.514	2.351.851	1.633.145	686,75	988,98
RRAS 13	200.588	26.397	226.985	3.628.762	2.270.338	625,52	999,79
RRAS 14	70.987	8.267	79.254	1.557.688	875.137	508,79	905,62
RRAS 15	196.231	16.960	213.191	4.172.645	2.436.805	510,93	874,88
RRAS 16	70.338	5.366	75.704	1.279.136	683.556	591,84	1107,5
RRAS 17	137.471	14.473	151.944	2.522.851	1.737.101	602,27	874,7
Total	2.243.572	215.143	2.458.715	45.147.891	26.990.526	544,59	910,95

*Estimada com base nos dados de saúde suplementar ANS.

**Coeficiente de internações por 10.000 habitantes.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIHSUS/DATASUS/MS apurado em junho/2023

A rede própria estadual e os hospitais universitários estaduais responderam por 35%, sendo que os privados sem fins lucrativos responderam por 41% e os municípios por 24% das internações, com perfil muito diferente da produção ambulatorial. A maior concentração de serviços próprios da SES, seja por administração direta ou por OSS, ocorre na RRAS 6.

Tabela 46- Número de internações do SUS segundo a RRAS de residência e natureza do hospital, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Estaduais						Filantrópicos	Municipais	Privados	Total
	AME	OSS	OSS CONVÊNIO	OSS LUCY	PRÓPRIO	UNIVERSITÁRIOS				
RRAS 01	4.972	24.744	7	16	2.603	2.282	3.698	101.968	87	140.377
RRAS 02	1.790	47.584	22	34	16.694	4.416	39.071	26.868	64	136.543
RRAS 03	702	15.261	2	10	4.293	1.031	8.903	3.528	13	33.743
RRAS 04	444	44.078	6	63	2.628	4.425	2.852	14.621	25	69.142
RRAS 05	669	36.825	7	70	5.976	6.598	3.986	60.190	48	114.369
RRAS 06	5.988	93.352	37	354	96.563	41.431	113.706	201.407	509	553.347
RRAS 07	1548	16.127	9050	7	8.626	1.398	32.490	33.341	23	102.610
RRAS 08	21	26.133	11	3	652	1.957	80.326	21.532	425	131.060
RRAS 09	3	34.417	3	4	4.094	25.393	59.276	1.580	12	124.782
RRAS 10	741	429	3	4	3.808	14.551	60.903	21	58	80.518
RRAS 11	3	30.087	1	2	3.996	373	28.449	715	6	63.632
RRAS 12	1	6.547	2	1	3.714	40.625	109.289	1.278	57	161.514
RRAS 13	2950	20.445	2	2	1.267	36.949	153.550	8.861	2959	226.985
RRAS 14	1.833	7.339	3	6	90	1.080	67.751	813	339	79.254
RRAS 15	5872	15.852	12	6	627	19.586	115.724	54.802	710	213.191
RRAS 16	3.617	7.984	1	1	197	1.504	46.804	15.551	45	75.704
RRAS 17	3117	13.845	11571	5	418	1.215	75.667	45.480	626	151.944
Total	34.271	441.049	20.740	588	156.246	204.814	1.002.445	592.556	6.006	2.458.715

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIHSUS/DATASUS/MS apurado em junho/2023

Considerando a participação por tipo de gestão nas internações, temos 45% sob gestão estadual e 55% sob gestão municipal, caracterizando equilíbrio na distribuição. A RRAS 1 e 15 apresentam a maior proporção de internações sob gestão municipal. As RRAS 12 e 04 apresentam a maior concentração de internações sob gestão estadual.

Tabela 47 - Número de internações do SUS segundo RRAS de residência e tipo de gestão, Estado de São Paulo, 2022.

RRAS	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total
RRAS 01	36.614	103.763	140.377
RRAS 02	77.667	58.876	136.543
RRAS 03	23.079	10.664	33.743
RRAS 04	53.592	15.550	69.142
RRAS 05	52.846	61.523	114.369
RRAS 06	294.438	258.909	553.347
RRAS 07	41.131	61.479	102.610
RRAS 08	33.318	97.742	131.060
RRAS 09	71.831	52.951	124.782
RRAS 10	31.340	49.178	80.518
RRAS 11	45.684	17.948	63.632

RRAS 12	113.128	48.386	161.514
RRAS 13	96.388	130.597	226.985
RRAS 14	12.036	67.218	79.254
RRAS 15	51.915	161.276	213.191
RRAS 16	23.133	52.571	75.704
RRAS 17	40.756	111.188	151.944
Total	1.098.896	1.359.819	2.458.715

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIHSUS/DATASUS/MS apurado em junho/2023

Indicadores de morbidade e mortalidade selecionados por macrorregião

Como apontado anteriormente, o perfil de morbimortalidade nas macrorregiões apresenta diferenças consideráveis, relacionadas a diversos fatores demográficos, estruturais, econômicos e culturais. Tais cenários representam desafios específicos no planejamento e implemento de ações em saúde adequados a cada região, as quais deverão ser abordadas sob a perspectiva das RRAS ao longo do próximo quadriênio. Como forma de visualização, a coloração de cada coluna nas tabelas apresentadas a seguir representa a estratificação dos valores em cada macrorregião naquele ano. A ordem das linhas utiliza os valores decrescentes em 2022.

As tabelas 48 a 54 apresentam indicadores selecionados ordenados de acordo com os valores do ano de 2022 em ordem decrescente, exceto para a razão de mortalidade materna, quando o último ano disponível é 2021. Ainda que os dados apresentados não compreendam todos os indicadores da matriz de saúde utilizada pela SES-SP, já possibilitam priorizar ações de saúde de acordo com a magnitude e a transcendência do indicador.

Quando observamos os dados de percentual de internações hospitalares em relação ao total da população constante na tabela abaixo, bem como os dados do percentual de internações por CSAB, verifica-se que as cinco RRAS com maior percentual de internações se repetem no ano de 2022, com uma pequena variabilidade entre elas.

Tabela 48 – Distribuição do percentual de internações hospitalares em relação ao total da população segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

RRAS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RRAS 11	8,9	8,9	8,7	8,6	7,3	6,8	8,4
RRAS 10	6,9	7,1	7,4	7,5	6,3	6,7	7,2
RRAS 09	7,0	6,9	7,0	7,3	6,3	6,4	7,1
RRAS 12	7,4	7,2	7,1	7,3	6,0	6,2	6,9
RRAS 13	6,3	6,4	6,5	6,6	5,7	5,8	6,3
RRAS 05	5,7	5,7	5,9	6,0	5,2	5,7	6,1
RRAS 17	5,0	5,3	5,6	5,9	5,1	5,6	6,0
RRAS 04	6,4	6,5	6,5	6,3	5,6	5,7	5,9
RRAS 16	5,2	5,4	5,7	6,1	5,4	5,7	5,9
RRAS 03	4,9	5,0	5,1	5,0	4,4	5,1	5,5
RRAS 08	4,5	4,6	4,9	5,2	4,6	5,1	5,3
RRAS 01	4,9	4,9	4,8	5,1	4,5	4,8	5,2
RRAS 15	5,2	5,1	5,1	5,2	4,5	4,8	5,1

RRAS 14	4,6	4,7	4,8	4,9	4,3	4,5	5,1
RRAS 07	4,3	4,3	4,6	4,7	4,3	4,6	4,8
RRAS 06	5,2	5,1	5,1	5,1	4,4	4,5	4,6
RRAS 02	4,8	4,9	5,0	5,0	4,3	4,4	4,5
Total	5,5	5,5	5,6	5,7	4,9	5,1	5,4

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

Internações por condições sensíveis à atenção básica (CSAB)

As internações por condições sensíveis à atenção primária vinham apresentando melhora gradual em quase todas as macrorregiões entre 2016 e 2020, seguida de queda em 2021, como consequência do impacto pandemia; em 2022, houve novo aumento em todas as regiões, sendo que na maioria delas o percentual observado foi maior do que em 2020 (Tabela 56). Novamente se evidencia a necessidade de se aprimorar tanto as ações de prevenção e controle no âmbito da APS.

Tabela 49 – Distribuição do percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021

RRAS de residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RRAS 11	20,61	20,61	20,69	20,03	17,65	15,84	17,19
RRAS 12	19,57	19,92	19,27	18,61	16,43	14,43	17,00
RRAS 10	19,85	19,78	18,44	17,93	17,04	13,98	16,86
RRAS 13	16,83	17,07	16,77	16,55	15,83	13,84	15,49
RRAS 09	17,49	16,57	15,72	15,55	15,11	14,14	15,37
RRAS 04	14,20	14,29	14,73	13,77	12,62	13,62	14,63
RRAS 17	14,95	15,37	14,38	14,41	13,10	12,25	14,50
RRAS 16	15,71	15,21	14,22	14,11	14,02	15,61	14,38
RRAS 08	15,06	14,76	14,99	14,43	13,65	12,02	14,34
RRAS 01	14,01	14,14	14,54	14,70	12,59	12,38	14,27
RRAS 15	15,09	15,08	14,76	13,87	13,06	12,69	14,25
RRAS 06	13,79	13,75	13,76	13,83	12,13	12,48	14,11
RRAS 02	14,56	14,33	14,51	14,43	12,94	12,96	13,75
RRAS 05	13,91	13,08	12,19	11,72	10,77	12,19	13,69
RRAS 03	13,44	12,64	11,62	11,90	10,30	11,71	13,37
RRAS 07	13,92	12,99	12,93	12,45	11,20	11,36	12,62
RRAS 14	13,65	13,05	12,45	12,62	12,08	10,93	12,45
Total	15,40	15,28	14,99	14,74	13,44	12,95	14,58

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023.

A taxa de internações decorrentes de acidente vascular cerebral em maiores de 40 anos, apresentada a seguir, representa o mesmo cenário das CSAB até 2019, quando então houve comportamento bastante variado nas regiões, com aumento discreto no estado, seguido de aumento significativo em todas as regiões em 2022, a ser investigado em maior profundidade, no sentido de se avaliar o quanto está relacionado ao impacto da pandemia no seguimento ambulatorial dos indivíduos suscetíveis, aos eventuais eventos

relacionados ao pós-COVID ou a outros fatores.

Tabela 50 – Distribuição da taxa de internação hospitalar por acidente vascular cerebral* em maiores de 40 anos segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

RRAS de residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RRAS 11	30,37	30,06	31,02	26,17	27,35	28,82	34,48
RRAS 10	29,29	32,01	30,51	29,56	28,92	26,44	30,74
RRAS 03	18,81	16,69	17,31	17,27	16,26	24,17	28,61
RRAS 09	27,10	26,92	25,95	26,04	26,74	26,74	28,57
RRAS 05	22,16	19,20	19,70	19,74	18,44	21,43	24,54
RRAS 08	18,69	21,42	21,96	21,26	23,95	22,86	24,19
RRAS 12	28,25	27,87	28,98	28,86	24,30	22,90	23,99
RRAS 16	21,5	21,27	22,93	20,02	19,97	24,21	23,92
RRAS 13	23,60	22,93	25,13	24,45	22,74	22,65	23,60
RRAS 02	21,03	21,61	22,16	22,31	20,78	22,02	23,13
RRAS 07	21,38	18,15	19,95	18,09	18,93	21,31	23,00
RRAS 17	22,08	21,37	22,67	21,74	22,18	20,55	21,55
RRAS 04	17,94	17,95	20,35	19,25	20,46	20,67	20,76
RRAS 15	22,69	21,63	20,12	19,64	17,74	18,98	19,42
RRAS 14	15,96	15,27	15,76	16,14	16,05	14,25	18,77
RRAS 01	17,91	17,61	16,48	18,12	14,88	16,50	18,71
RRAS 06	18,45	18,25	18,10	17,77	16,24	15,47	17,02
Total	21,3	20,93	21,22	20,75	19,66	19,85	21,47

* Número de internações em maiores de 40 anos por 10.000 habitantes maiores de 40 anos

Fonte: SIH-SUS/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Mortalidade

A taxa de mortalidade geral é de interpretação mais difícil, dada a ausência de uma tendência clara na série histórica tanto no estado quanto em cada uma das macrorregiões entre 2016 e 2019. A partir do início da pandemia, houve aumento das taxas em todas as regiões, com ápice em 2021; em 2022, houve nova diminuição em todas as regiões, mas com valores ainda superiores aos de 2019. Reitere-se que os dados de 2022 ainda são preliminares.

Tabela 51 – Distribuição da mortalidade geral segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

RRAS de residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RRAS 10	820,2	800,3	801,1	820,8	874,9	1208,5	969,3
RRAS 11	834,8	801,2	793,6	820,7	863,0	1122,4	958,9
RRAS 12	778,2	789,2	808,3	831,7	948,2	1181,1	938,0
RRAS 09	773,5	759,5	780,6	787,1	826,1	1071,8	907,5
RRAS 07	785,8	772,6	800,3	801,8	934,8	1103,1	906,8
RRAS 14	688,1	700,9	703,8	725,7	780,7	1000,1	840,5
RRAS 13	710,2	713,5	709,1	731,7	798,6	1007,5	834,7
RRAS 08	706,6	685,6	707,2	695,2	760,3	1042,1	816,1
RRAS 16	679,1	674,0	686,6	698,5	760,2	988,0	808,4
RRAS 17	659,2	647,6	674,8	683,5	723,3	921,9	773,6
RRAS 15	642,8	651,8	657,9	657,3	737,9	948,4	772,0

RRAS 01	639,8	647,0	658,2	650,2	773,8	910,5	727,0
RRAS 06	664,4	652,2	672,7	666,3	777,7	888,2	724,3
RRAS 02	601,5	590,9	618,6	606,4	706,8	865,9	679,8
RRAS 05	591,4	587,2	602,1	599,0	718,8	840,3	677,5
RRAS 04	581,6	571,8	593,4	592,6	681,0	818,2	653,3
RRAS 03	560,7	552,8	544,9	553,9	646,6	765,2	631,8
Total	680,1	673,9	689,3	691,4	781,8	959,3	780,8

Fonte: SIM/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

Ao analisarmos a mortalidade específica por doenças circulatórias, nota-se que apresenta consistência com o já observado na taxa de internação por AVC em maiores de 40 anos.

Tabela 52 – Distribuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021

RRAS de residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RRAS 07	267,61	257,18	257,49	250,42	222,21	258,29	262,78
RRAS 16	224,14	222,17	221,34	231,90	208,84	244,42	252,83
RRAS 11	221,01	217,34	219,71	215,93	211,63	219,78	252,47
RRAS 10	231,27	224,14	214,06	227,12	243,59	237,85	244,06
RRAS 04	219,85	211,25	219,08	221,05	193,76	230,50	237,45
RRAS 12	202,95	208,40	204,95	215,43	217,31	223,08	233,01
RRAS 01	208,55	213,63	211,75	213,31	192,49	210,52	231,31
RRAS 09	204,06	207,21	196,34	202,01	201,17	219,29	229,20
RRAS 05	209,60	202,54	207,81	211,79	185,34	213,42	226,30
RRAS 03	202,19	192,86	191,43	195,39	184,43	207,43	222,72
RRAS 06	216,24	209,64	210,55	209,40	179,46	200,56	218,82
RRAS 13	203,00	203,52	192,28	201,87	200,06	207,65	213,41
RRAS 02	184,76	182,49	184,70	186,82	169,72	188,79	202,68
RRAS 15	177,47	183,24	187,31	186,86	183,32	195,85	202,22
RRAS 14	168,90	171,82	165,77	182,21	172,32	177,45	201,97
RRAS 08	185,08	176,77	182,53	176,07	182,39	197,04	200,93
RRAS 17	165,29	162,50	159,12	167,30	170,07	188,53	184,79
Total	204,63	202,01	201,24	203,79	189,55	207,47	219,37

Fonte: SIM/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

A taxa de mortalidade infantil, por sua vez, não apresenta uma tendência clara nas regiões nem no estado entre 2016 e 2020; a partir de então, houve novo aumento em quase todas as regiões. Tais oscilações são consistentes com o número de internações hospitalares relacionadas às causas perinatais, pediátricas, da gravidez, parto e puerpério, bem como as ações relacionadas ao pré-natal apontadas anteriormente.

Tabela 53 – Distribuição da mortalidade infantil segundo ano e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

RRAS de residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RRAS 03	10,19	11,37	10,93	10,33	9,12	8,34	13,56
RRAS 05	11,25	10,48	10,43	12,05	9,42	9,88	13,23
RRAS 11	12,14	11,71	11,38	9,79	10,81	12,56	13,06
RRAS 07	13,82	14,14	13,51	14,59	11,28	12,17	12,95
RRAS 02	12,88	11,69	12,72	11,92	10,93	11,70	12,66
RRAS 10	12,00	11,88	10,99	10,76	10,65	11,08	12,39
RRAS 04	11,60	10,13	9,54	10,91	9,80	9,52	12,31
RRAS 14	9,46	9,69	9,15	9,98	10,43	10,05	11,78
RRAS 08	12,19	11,72	12,56	12,47	9,85	11,74	10,94
RRAS 01	9,73	9,17	10,07	9,66	8,90	10,07	10,86
RRAS 06	11,31	11,18	11,05	11,23	10,23	10,35	10,78
RRAS 16	9,37	11,35	7,79	10,51	8,95	9,66	10,78
RRAS 17	10,38	11,50	9,74	11,02	9,78	10,39	10,71
RRAS 12	9,91	9,62	10,50	9,45	8,70	9,54	10,65
RRAS 09	10,70	11,12	11,83	11,61	10,61	11,63	10,48
RRAS 15	9,35	9,31	8,71	9,71	8,60	9,06	10,26
RRAS 13	10,89	10,19	10,47	10,37	9,54	9,02	10,24
Total	11,08	10,9	10,77	11,07	9,88	10,34	11,25

Fonte: SIM/SES-SP. Dados atualizados até junho/2023

No tocante à razão de mortalidade materna, novamente não se evidencia com clareza uma tendência ascendente ou descendente até 2019, com grandes variações regionais, seguida de um perfil ascendente a partir de 2020, com poucas exceções macrorregionais, seguida de aumento importante em 2021, ano em que a pandemia teve seu maior impacto. Neste particular, os dados de 2022 ainda não estão disponíveis, como já apontado.

Tabela 54 – Distribuição da razão de mortalidade materna* segundo ano e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2021

RRAS de residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RRAS 11	53,77	63,87	54,21	22,76	106,90	175,72
RRAS 08	60,04	58,60	67,50	48,41	43,52	148,32
RRAS 14	85,54	84,28	51,13	53,60	82,80	132,85
RRAS 07	93,09	109,87	56,91	64,55	85,00	129,70
RRAS 16	46,29	22,70	22,24	34,43	24,03	129,12
RRAS 03	67,38	66,22	67,58	34,41	109,50	108,72
RRAS 15	35,44	39,97	36,44	37,62	29,51	96,22
RRAS 10	52,89	94,14	87,99	38,13	70,97	91,60
RRAS 02	63,91	67,85	67,75	58,58	59,53	87,84
RRAS 01	71,24	70,52	40,65	36,43	71,46	87,42
RRAS 05	44,97	28,66	70,64	26,63	78,82	85,76
RRAS 12	48,83	36,04	32,24	43,94	72,48	83,10
RRAS 17	24,55	65,54	35,85	21,81	19,42	76,92
RRAS 09	60,98	60,26	55,01	61,86	44,44	71,36

RRAS 13	51,48	51,28	49,12	46,48	50,45	67,54
RRAS 06	41,80	51,98	47,17	63,06	71,36	60,70
RRAS 04	44,75	54,17	33,65	40,83	43,99	39,41
Total	51,36	56,88	49,66	48,53	60,11	87,01

* Óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

Fonte: SIM/SES-SP e SINASC/SES-SP. Dados de 2022 não disponíveis.

Dados atualizados até junho/2023.

Leitos Hospitalares

Com relação à disponibilidade de leitos, observa-se que a média do estado é de 1,21 leitos por mil habitantes. Conforme consta na tabela abaixo, 10 RRAS apresentam taxa de leitos abaixo da média do estado, sendo que as RRAS que apresentam maior taxa de leitos por mil habitantes é a RRAS 10 (Marília), RRAS 09 (Bauru), RRAS 11 (Presidente Prudente) e RRAS 12 (São José do Rio Preto/ Araçatuba). O número de leitos disponíveis segundo RRAS de residência e especialidades são apresentados abaixo.

Tabela 55 - Leitos cadastrados por especialidades e leitos por mil habitantes segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS de residência	1-Cirúrgico	2-Clínico	3-Complementar	4-Obstétrico	5-Pediátrico	6-Outras Especialidades	7-Hospital dia	Total	Total (excluídos os complementares)	Leitos SUS por 1.000 hab. (excluídos os complementares)	Leitos SUS por 1.000 hab. na pop. SUS (excluídos os complementares)
RRAS 01	541	1.027	625	206	296	292	148	3.135	2.510	0,93	1,99
RRAS 02	600	733	443	313	287	785	18	3.179	2.736	0,9	1,4
RRAS 03	139	152	96	98	41	262	9	797	701	1,13	1,57
RRAS 04	197	283	157	148	73	12	28	898	741	0,64	0,89
RRAS 05	327	736	276	243	214	65	32	1893	1617	0,86	1,51
RRAS 06	4469	4875	3078	1273	1302	2750	749	18.496	15.418	1,29	2,6
RRAS 07	532	850	425	323	225	94	76	2525	2100	0,98	1,5
RRAS 08	579	932	396	310	232	332	96	2.877	2.481	0,99	1,45
RRAS 09	811	1301	357	287	327	650	132	3865	3508	2	2,67
RRAS 10	423	776	288	216	179	726	14	2.622	2.334	2,09	2,7
RRAS 11	316	632	159	140	162	220	6	1635	1476	1,95	2,58
RRAS 12	903	1451	566	265	267	617	36	4.105	3.539	1,5	2,17
RRAS 13	1033	2060	704	517	405	993	189	5901	5197	1,43	2,29
RRAS 14	319	487	253	173	150	220	63	1.665	1.412	0,91	1,61
RRAS 15	927	1641	725	450	380	1781	102	6006	5281	1,27	2,17
RRAS 16	328	359	196	132	109	39	40	1.203	1.007	0,79	1,47
RRAS 17	724	1013	544	369	250	270	69	3239	2695	1,07	1,55
Total	13.168	19.308	9.288	5.463	4.899	10.108	1.807	64.041	54.753	1,21	2,03

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES - Base Dezembro de 2022

Complementarmente, o Estado de São Paulo conta atualmente com 7078 leitos de UTI, considerando agregação de 1.425 leitos habilitados pela PORTARIA GM/MS nº 220/2022 pelo legado da COVID 19.

Tabela 56 - Distribuição de leitos de UTI segundo grupo etário e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Adulto	Pediátrica	Neonatal	Total
RRAS 01	321	45	98	464
RRAS 02	181	63	72	316
RRAS 03	30	8	17	55
RRAS 04	70	9	26	105
RRAS 05	102	40	52	194
RRAS 06	1506	376	355	2237
RRAS 07	278	45	46	369
RRAS 08	236	22	46	304
RRAS 09	202	28	45	275
RRAS 10	188	15	39	242
RRAS 11	104	-	14	118
RRAS 12	355	34	62	451
RRAS 13	403	49	84	536
RRAS 14	143	18	31	192
RRAS 15	446	57	86	589
RRAS 16	134	12	17	163
RRAS 17	339	55	74	468
Total	5.038	876	1.164	7.078

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES - Base Dezembro de 2022

Macrorregiões de saúde (RRAS) segundo grau de resolução interna

Segundo estudos realizados pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2022, Laboratório de Políticas de Saúde, temos os padrões abaixo descritos por macrorregiões de saúde/RRAS, segundo grau de resolução interna, ou seja, o que a RRAS resolve em sua área de abrangência.

Observa-se que as RRAS que tem maior percentual de atendimentos fora de sua área de abrangência estão concentradas na Grande São Paulo, onde há convergência para o município de São Paulo.

A RRAS 04 tem o maior percentual de atendimentos fora da área de abrangência em ambulatorio e internações, sendo respectivamente, 41% e 29%.

A única RRAS do interior com grau de dependência maior é a RRAS 16, em procedimentos ambulatoriais.

A seguir, apresentam-se os dados e análise apresentados pelo IEPS que ilustram os fluxos entre as RRAS no estado de São Paulo.

Tabela 57 – Distribuição percentual de atendimentos de especialidade e internações hospitalares ocorridas fora da RRAS de residência, Estado de São Paulo. Ano de 2022

RRAS	Assistência ambulatorial especializada	Internações
RRAS 04	41,2	29,5
RRAS 16	24,1	7,6
RRAS 05	15,1	21,1
RRAS 03	13,5	25,2
RRAS 02	12,9	21,6
RRAS 01	5,2	10,5
RRAS 15	4,2	4,7
RRAS 07	3,8	5,7
RRAS 08	2,9	6,4
RRAS 10	2,6	4,2
RRAS 12	2,5	2,7
RRAS 14	2,1	4,7
RRAS 17	2,1	3,4
RRAS 11	1,9	2,4
RRAS 06	1,5	4,4
RRAS 09	1,1	1,6
RRAS 13	0,8	1,8

Fonte: IEPS, com dados obtidos do SIH SUS e APAC

Avaliação da intensidade de procedimentos realizados fora das regiões de saúde de cada RRAS de São Paulo

A seguir, são apresentados mapas de calor para as 17 RRAS do estado de São Paulo, produzidos pelo IEPS, cujas fontes são o SIA e APAC/DATASUS. O objetivo dos mapas é determinar a intensidade com a qual os usuários do SUS saem de sua região de residência (origem) e recorrem a outras localidades para realizar procedimentos ambulatoriais especializados.

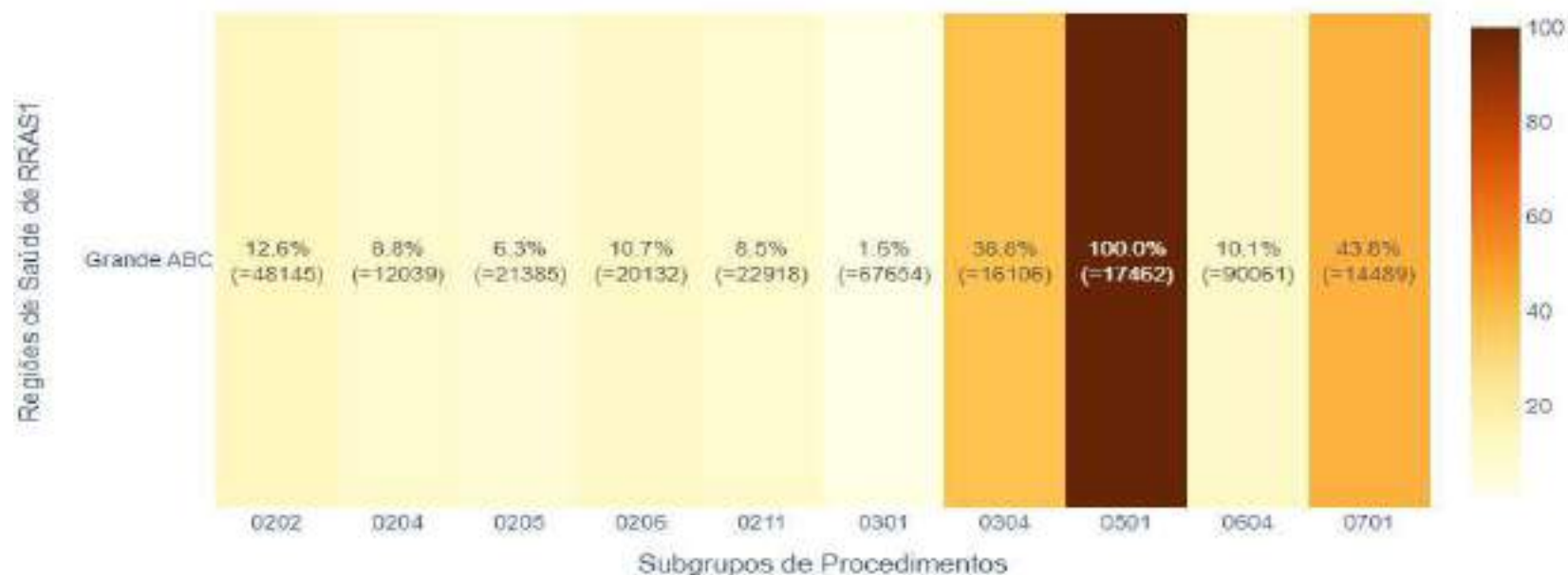
Em outras palavras, os mapas expressam o “grau de dependência” ou a “não autonomia” de uma região em termos de oferta de serviços ambulatoriais especializados, independentemente do nível de complexidade do procedimento.

Além do grau de dependência em percentual, os mapas apresentam, para cada região de saúde, dados em números absolutos, ou seja, informam o número real de pessoas que saíram da região para realizar o procedimento no ano avaliado. Em todos os mapas, os números e percentuais se referem ao acumulado dos procedimentos realizados no ano de 2022.

A fim de permitir uma melhor visualização dos dados, os procedimentos estão apresentados em subgrupos, conforme apresenta o Sistema de Gerenciamento da SIGTAP (Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS). Foram selecionados para a análise, em cada RRAS, os 10 subgrupos de procedimentos com maior volume de pessoas saindo da região de residência/origem e recorrendo a outras microrregiões ou outras RRAS. O volume de procedimentos realizados na própria região de residência do usuário não foi considerado para esta análise, uma vez que o objetivo é avaliar o quanto uma região de

saúde depende de outras para garantir o serviço ambulatorial especializado. Usuários que saem do estado para obter o serviço ambulatorial especializado não estão considerados nesta análise.

RRAS 1



Legenda:

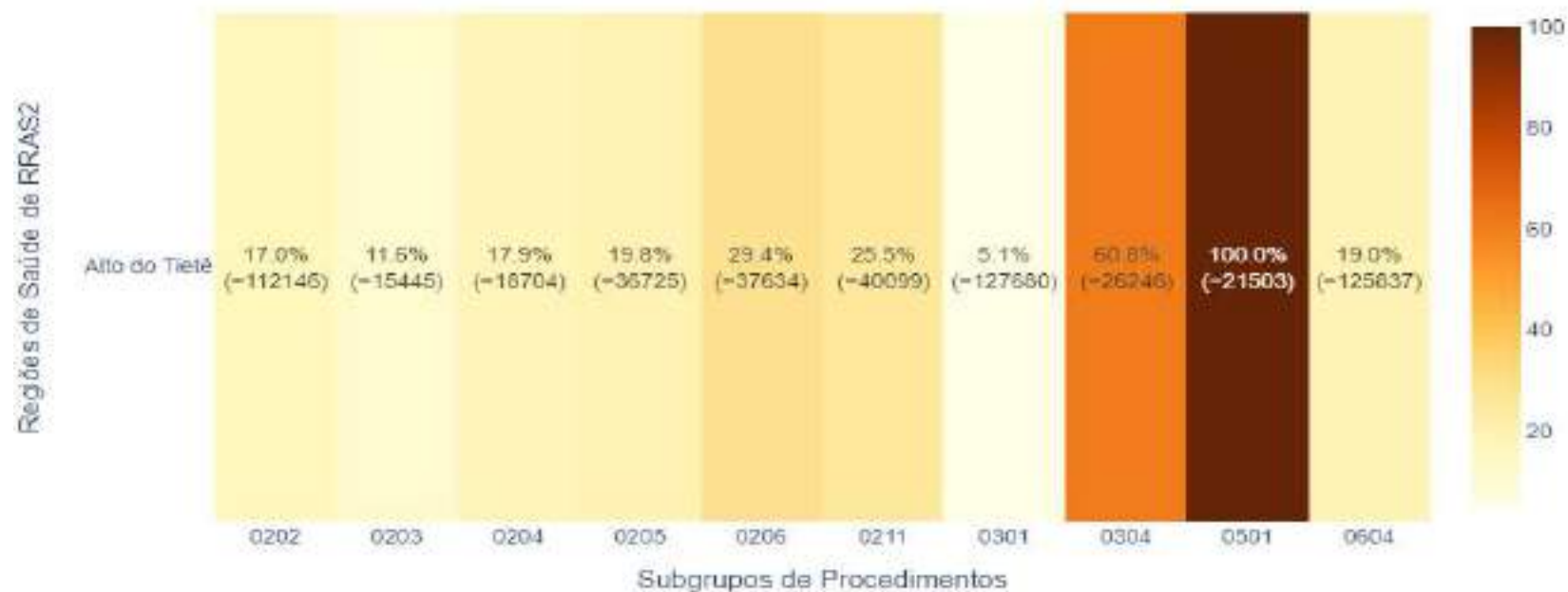
0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
 0204 - Diagnóstico por radiologia
 0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
 0206 - Diagnóstico por tomografia
 0211 - Métodos diagnósticos em

especialidades

0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
 0304 - Tratamento em oncologia
 0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante

0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica
 0701 - Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico

RRAS 2



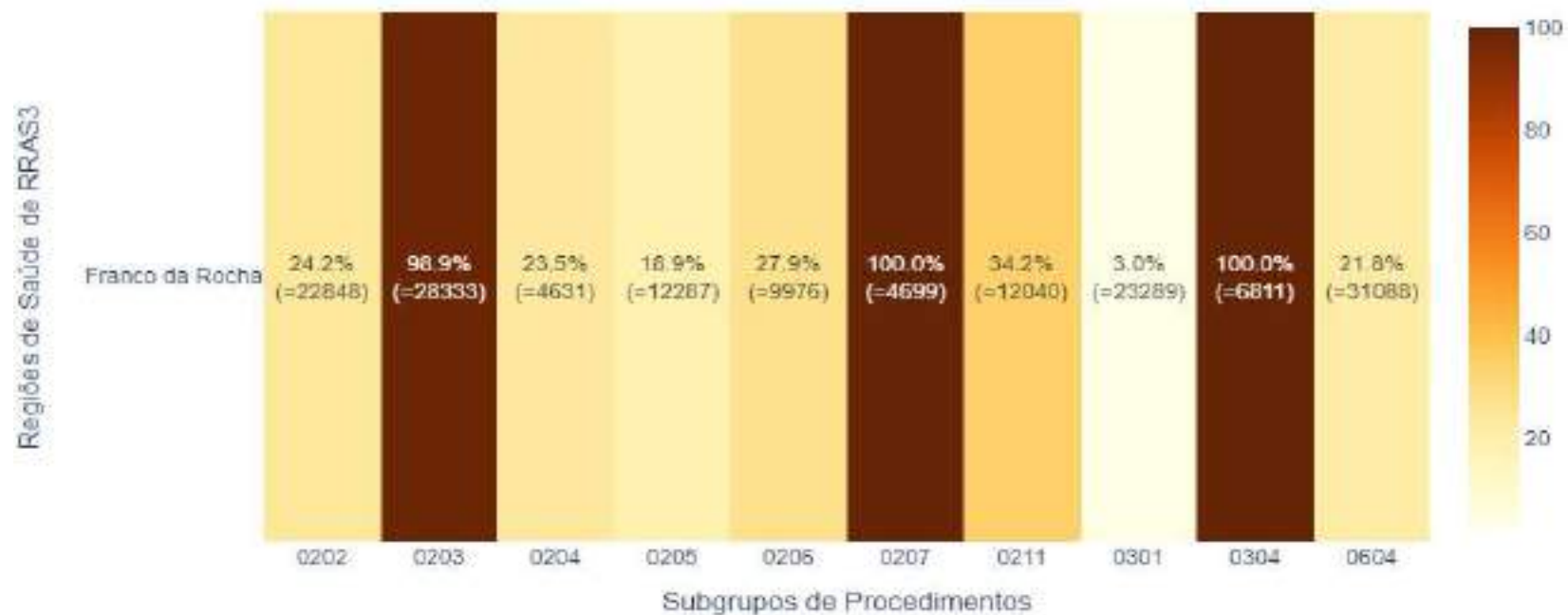
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
 0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
 0204 - Diagnóstico por radiologia
 0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
 0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
 0301 - Consultas / Atendimento / Acompanhamentos
 0304 - Tratamento em oncologia

0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
 0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 3



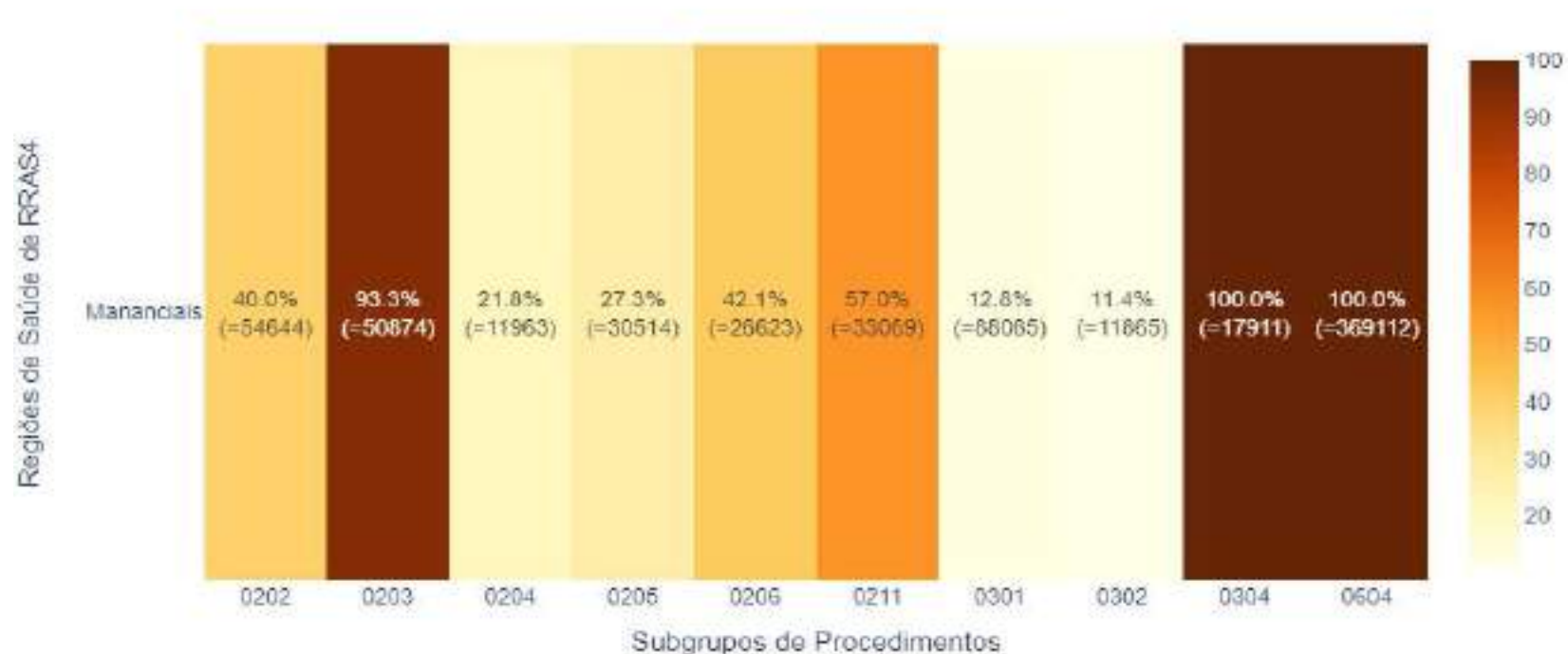
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
 0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
 0204 - Diagnóstico por radiologia
 0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
 0207 - Diagnóstico por ressonância magnética
 0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
 0301 - Consultas / Atendimentos /

Acompanhamentos
 0304 - Tratamento em oncologia
 0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 4



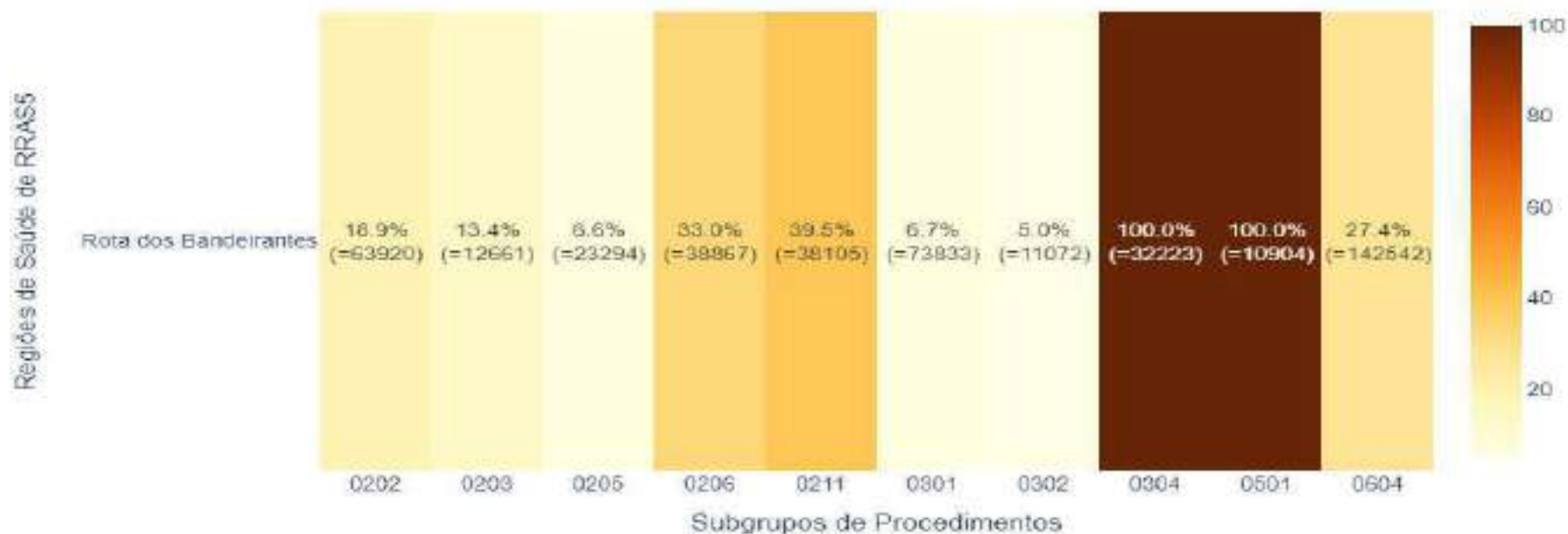
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia

0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos /

Acompanhamentos
0302 - Fisioterapia
0304 - Tratamento em oncologia
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 5



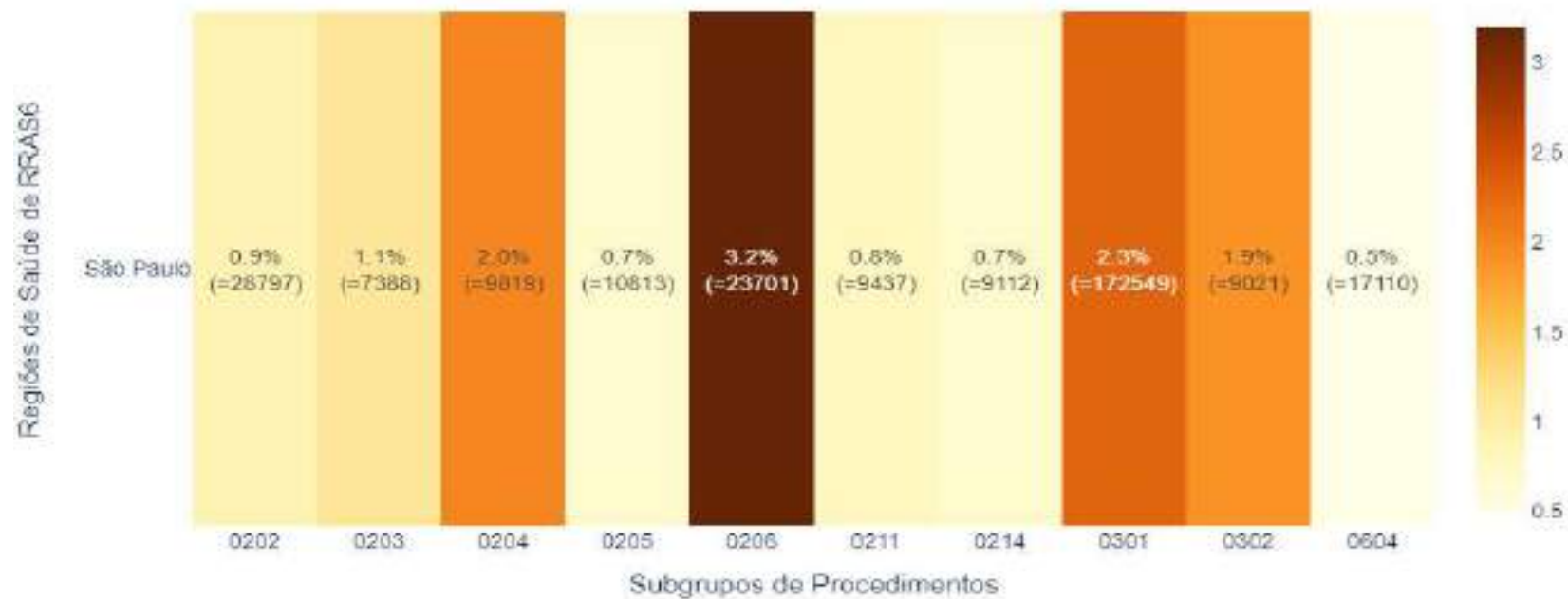
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
0206 - Diagnóstico por tomografia

0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0302 - Fisioterapia
0304 - Tratamento em oncologia

0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 6



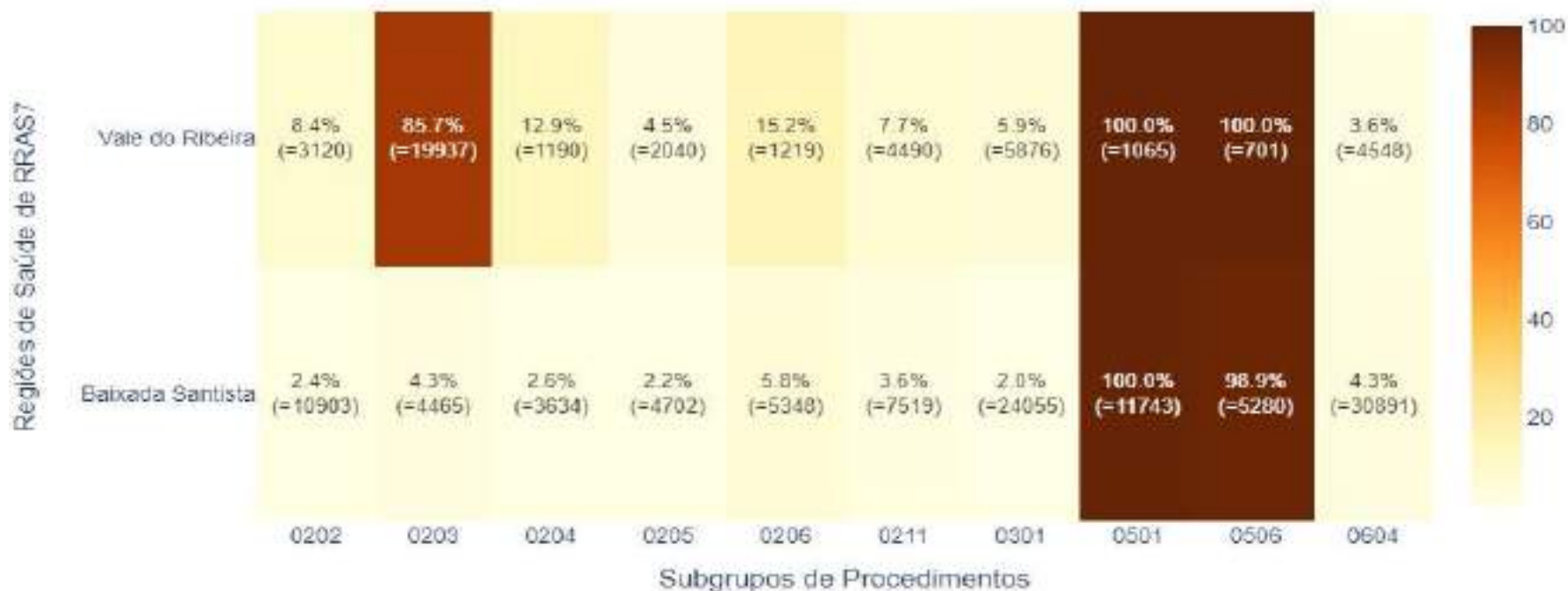
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia

0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0214 - Diagnóstico por teste rápido

0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0302 - Fisioterapia
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 7



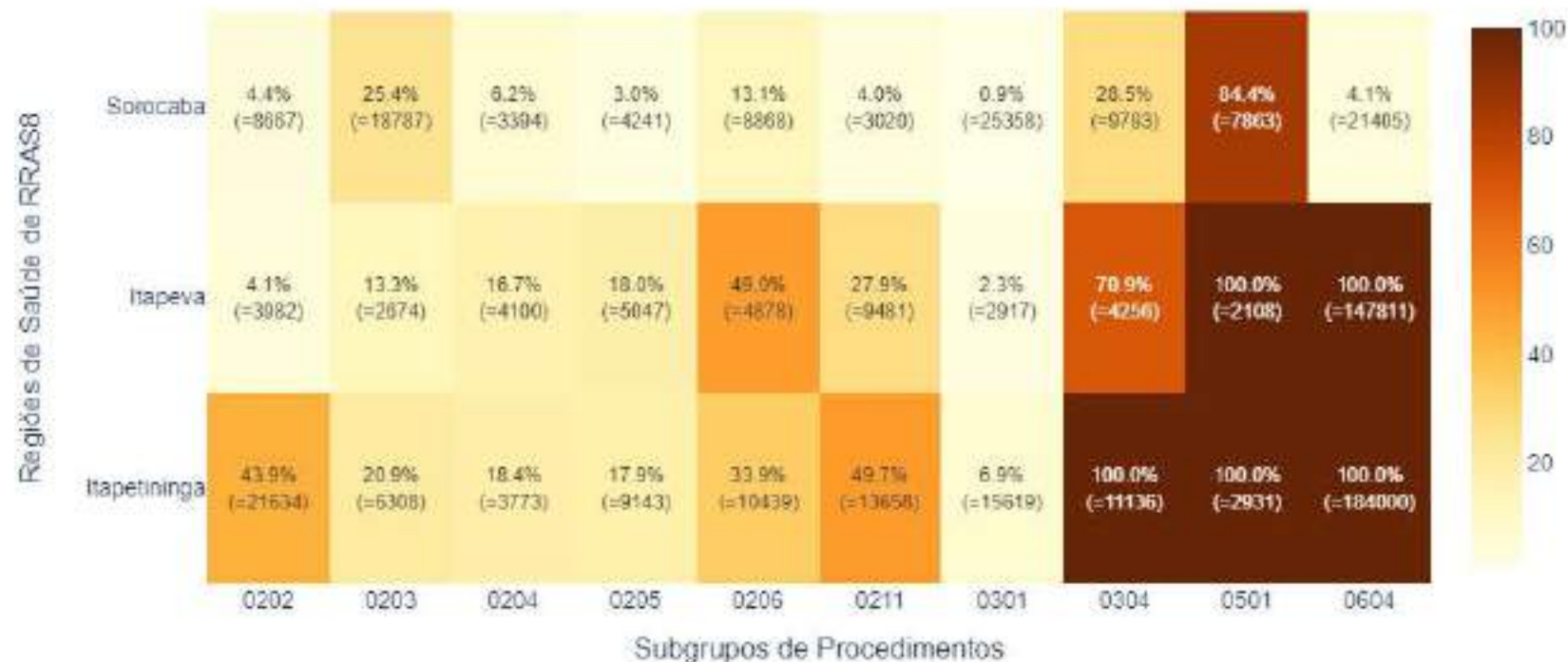
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0501 - Coleta e exames para fins de doação

de órgãos, tecidos e células e de transplante
0506 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 8



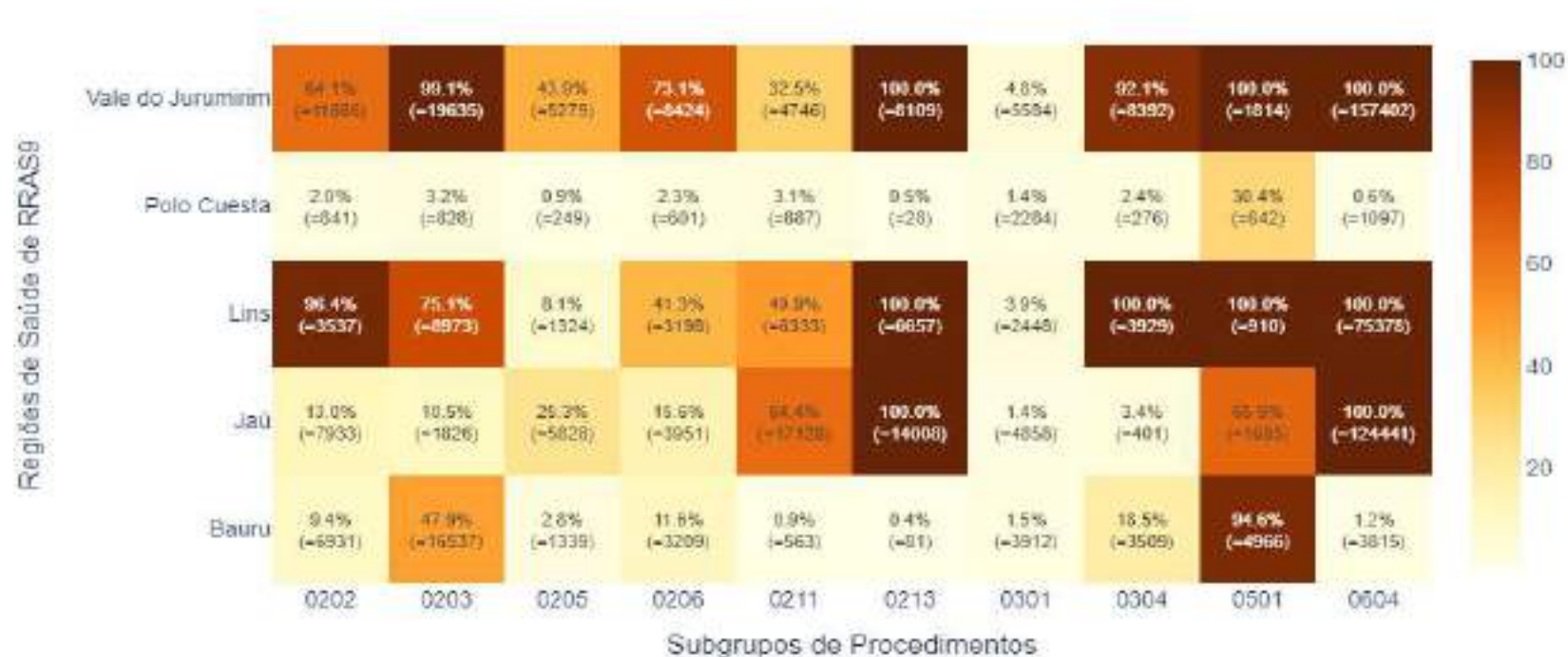
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0304 - Tratamento em oncologia

0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 9



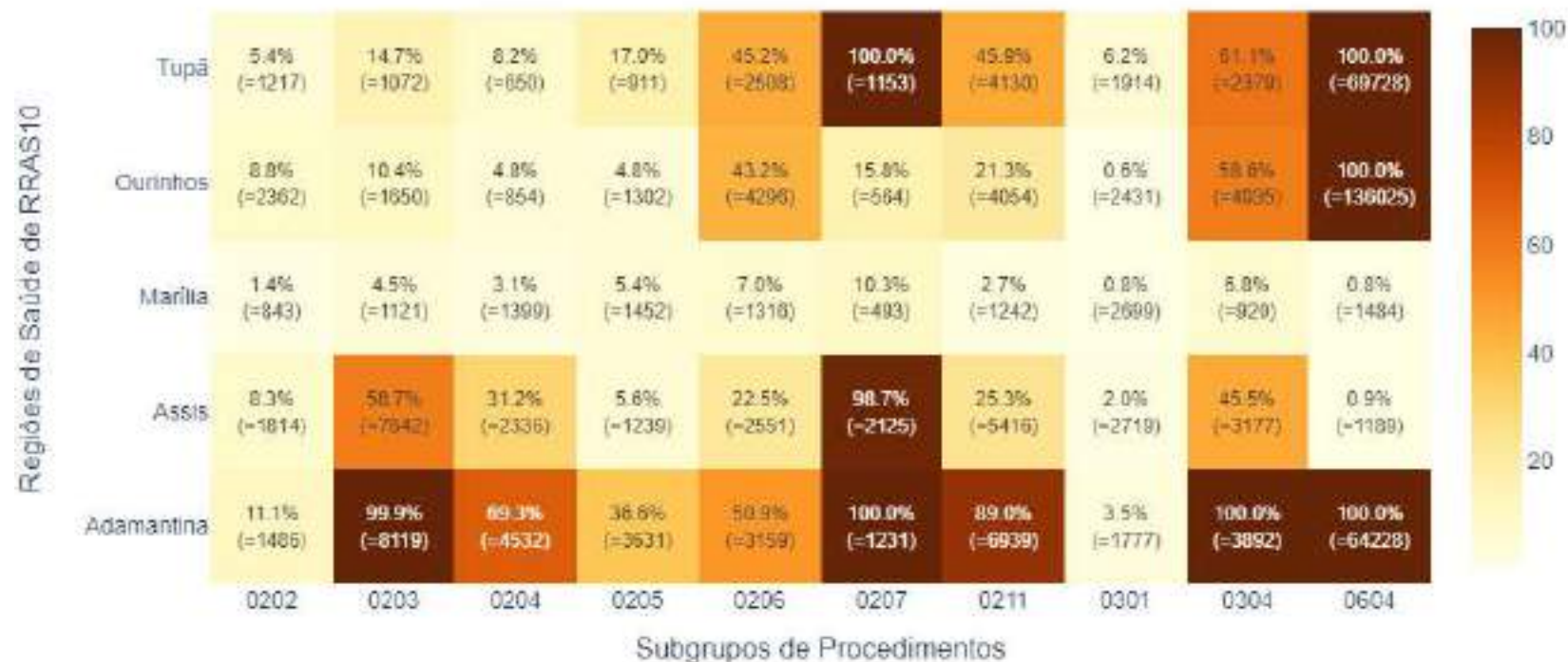
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
0206 - Diagnóstico por tomografia

0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0213 - Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
0301 - Consultas / Atendimento / Acompanhamentos

0304 - Tratamento em oncologia
0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 10



Legenda:

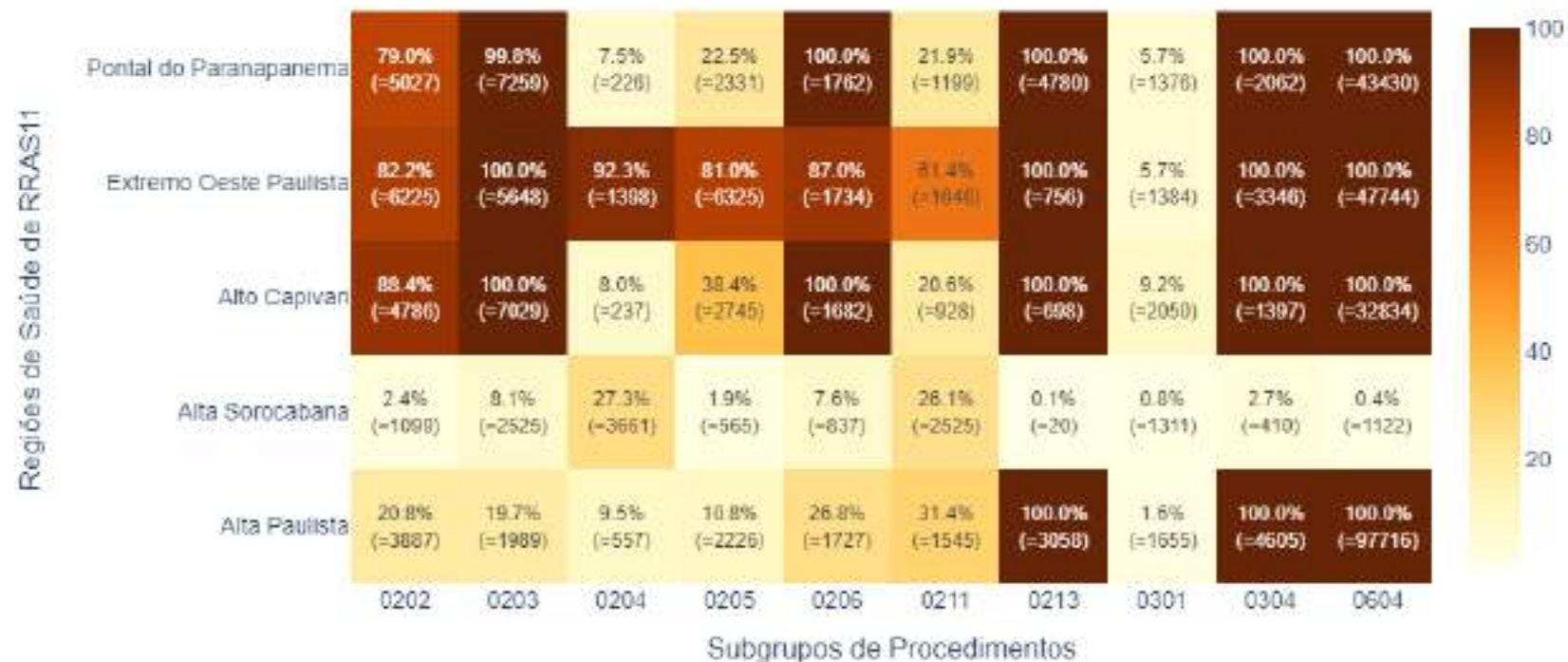
0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
0207 - Diagnóstico por ressonância magnética
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos /

Acompanhamentos

0304 - Tratamento em oncologia
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 11



Legenda:

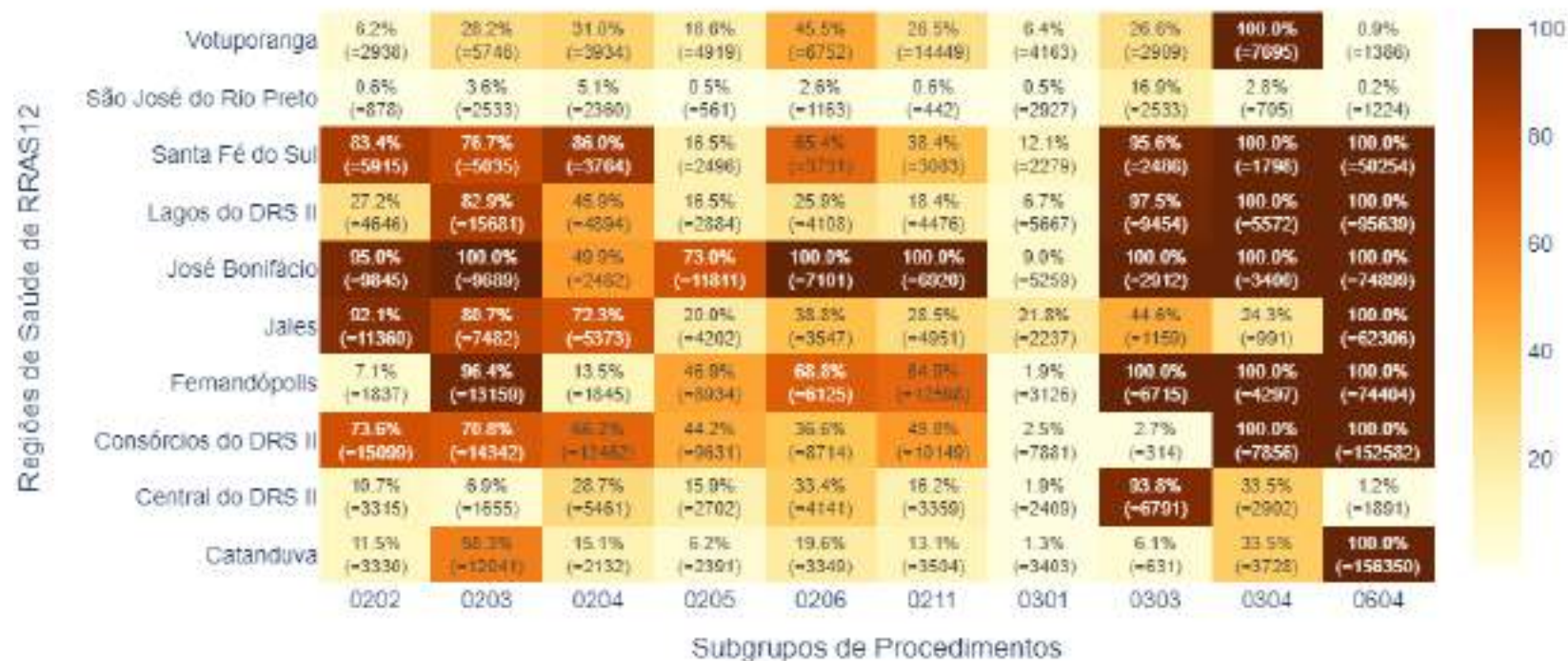
0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0213 - Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
0301 - Consultas / Atendimentos /

Acompanhamentos

0304 - Tratamento em oncologia
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 12



Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia

0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em

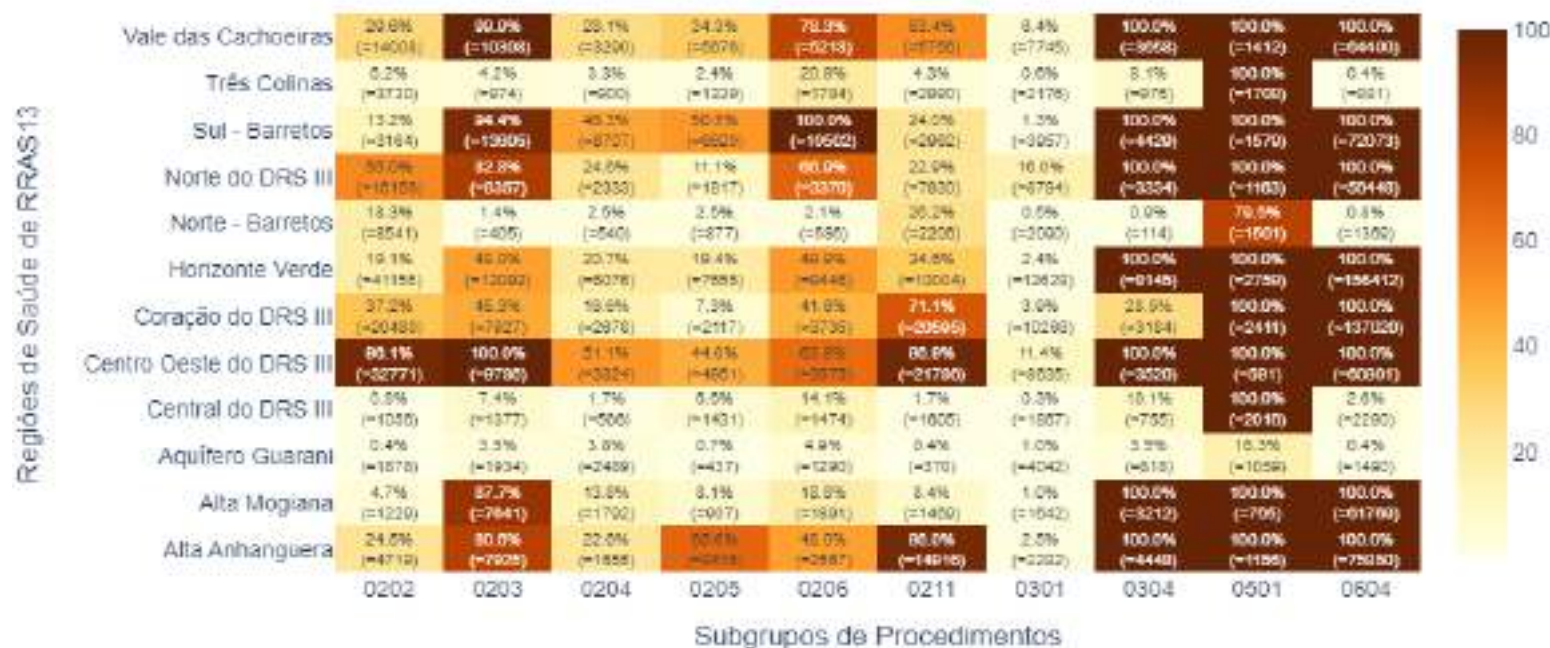
especialidades

0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0303 - Tratamentos clínicos (outras

especialidades)
0304 - Tratamento em oncologia

0604 - Componente especializado da
assistência farmacêutica

RRAS 13



Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica
e citopatologia

0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em

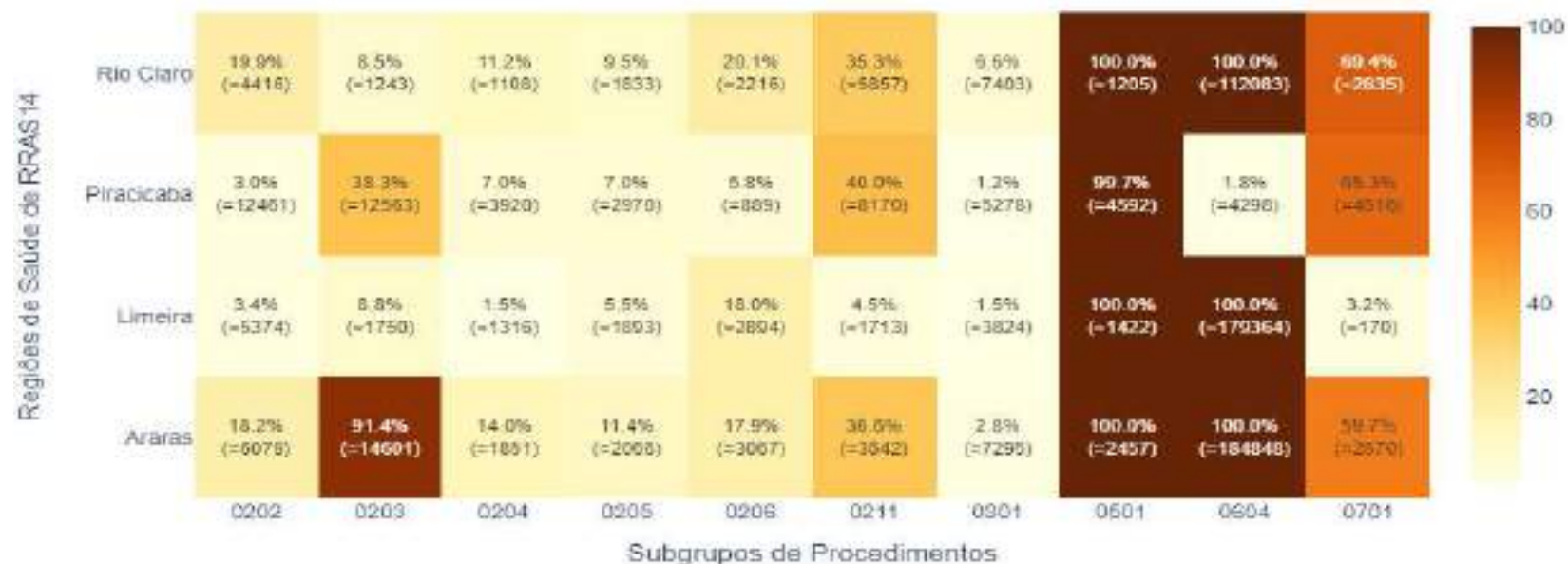
especialidades

0301 - Consultas / Atendimentos /
Acompanhamentos
0304 - Tratamento em oncologia

0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante

0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 14



Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia

0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

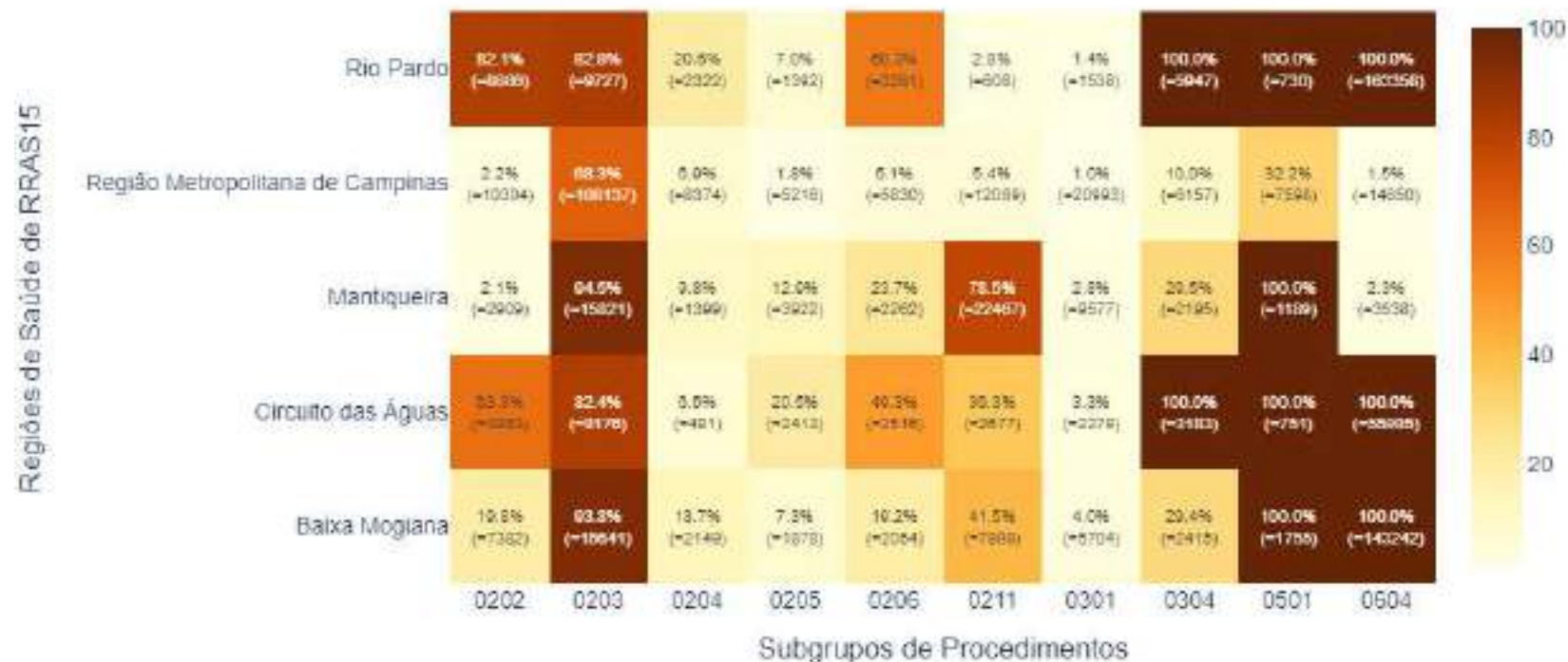
0501 - Coleta e exames para fins de doação

de órgãos, tecidos e células e de transplante

0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

0701 - Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico

RRAS 15



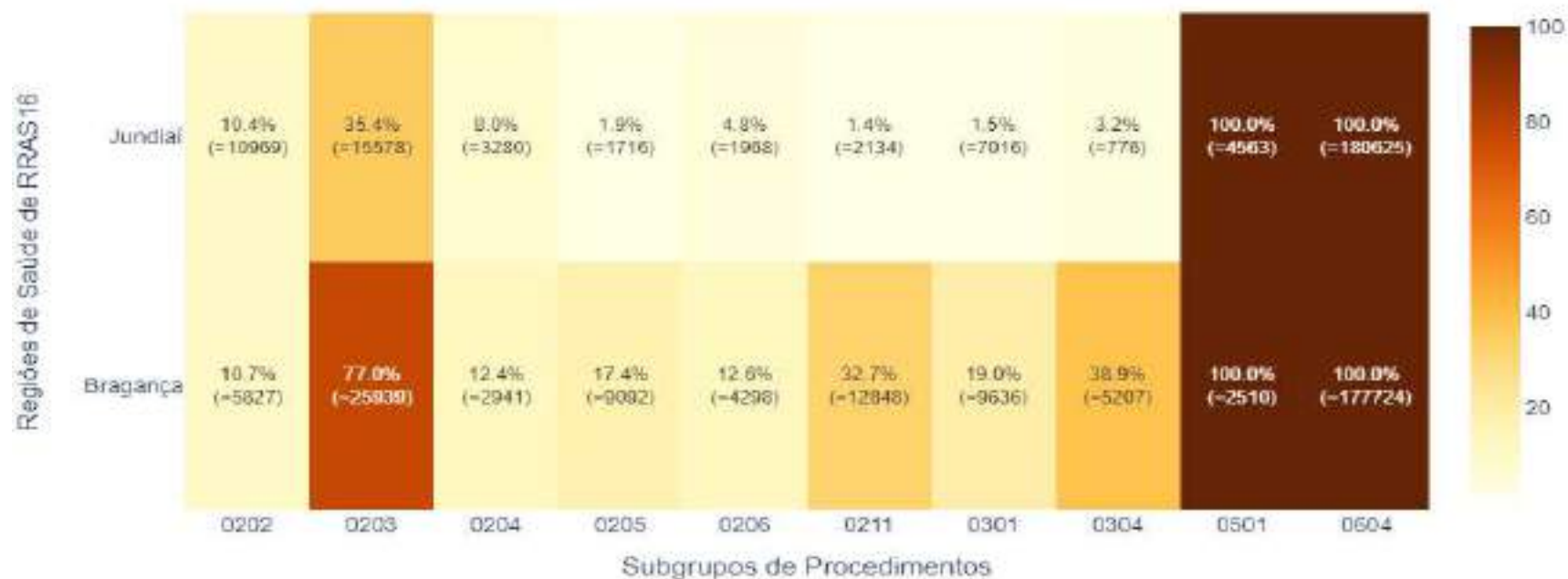
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
0204 - Diagnóstico por radiologia
0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

0304 - Tratamento em oncologia
0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 16



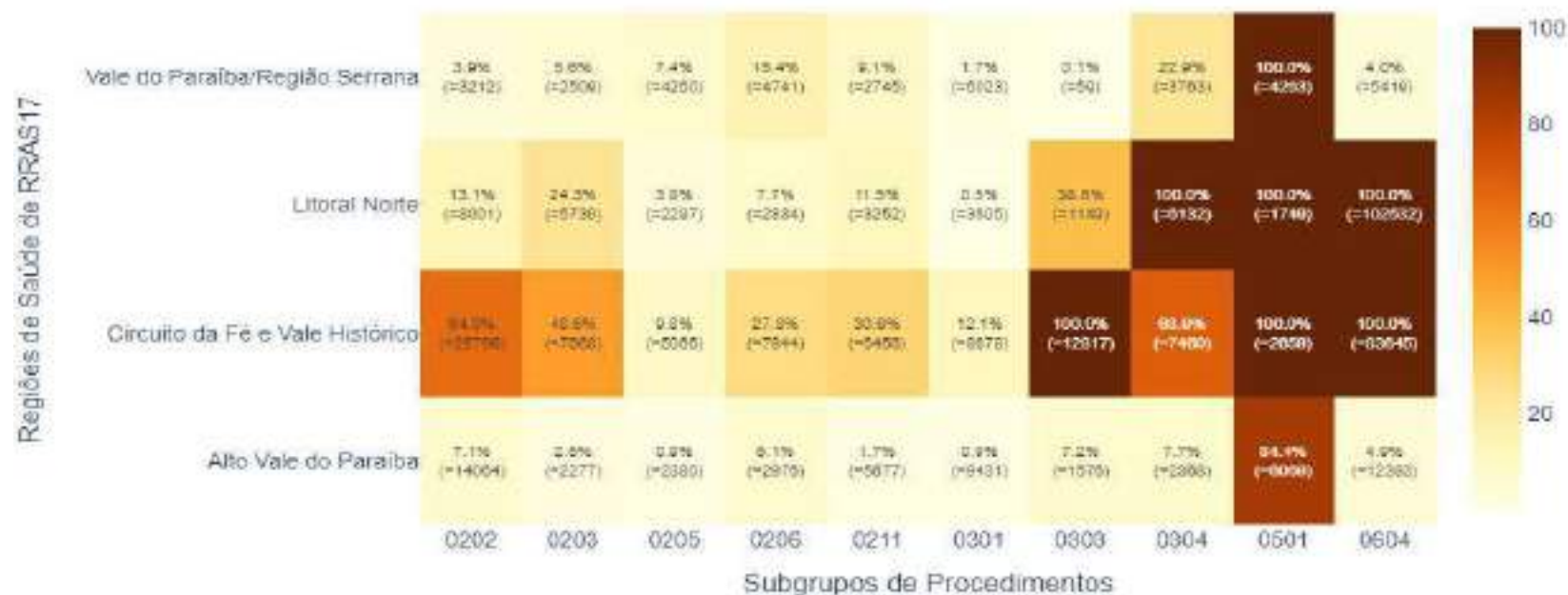
Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
 0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
 0204 - Diagnóstico por radiologia
 0205 - Diagnóstico por ultrassonografia

0206 - Diagnóstico por tomografia
 0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
 0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
 0304 - Tratamento em oncologia

0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
 0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

RRAS 17



Legenda:

0202 - Diagnóstico em laboratório clínico
 0203 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
 0205 - Diagnóstico por ultrassonografia
 0206 - Diagnóstico por tomografia
 0211 - Métodos diagnósticos em especialidades
 0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
 0303 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)

0304 - Tratamento em oncologia
 0501 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
 0604 - Componente especializado da assistência farmacêutica

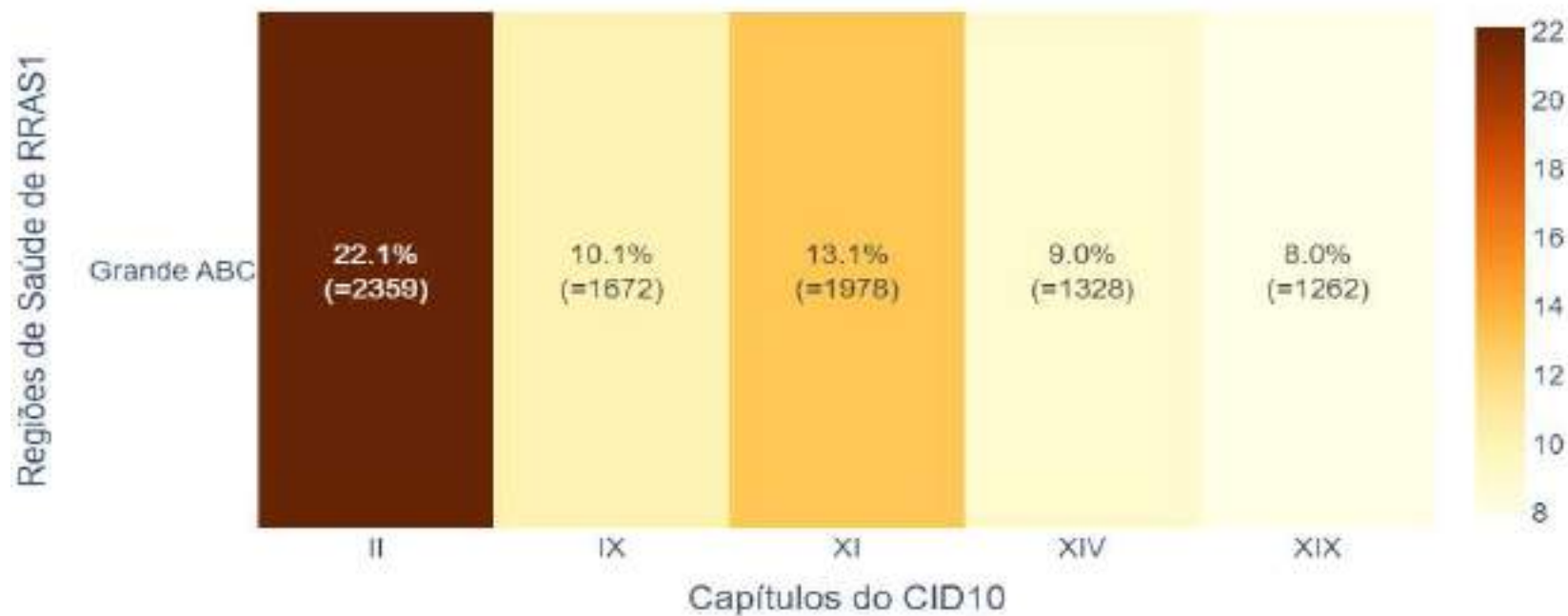
Avaliação da intensidade de internações realizadas fora das regiões de saúde de cada RRAS

Neste tópico, apresentam-se mais uma vez os mapas de calor para cada RRAS de São Paulo. No entanto, o objetivo é avaliar quais são as razões que mais levam usuários a serem internados em outras microrregiões ou RRAS diferentes da sua microrregião de origem. Em outras palavras, os mapas expressam o “grau de dependência” ou a “não autonomia” de uma região em termos de internação.

Além do grau de dependência em percentual, os mapas apresentam, para cada microrregião, dados em números absolutos, ou seja, informam o número real de pessoas que saíram da região para serem internadas no ano avaliado. Em todos os mapas, os números e percentuais se referem ao acumulado de internações realizadas no ano de 2022, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do DATASUS.

A fim de permitir uma melhor visualização dos dados, as causas de internação estão apresentadas em capítulos da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Foram selecionados para a análise, em cada RRAS, os 5 capítulos da CID-10 com maior volume de pessoas saindo da região de residência/origem e recorrendo a outras microrregiões ou outras RRAS. O volume de internações realizadas na própria região de residência do usuário não foi considerado para esta análise, uma vez que o objetivo é avaliar o quanto uma microrregião depende de outras para garantir o serviço hospitalar. Usuários que saem do estado para serem internados não estão considerados nesta análise.

RRAS 1



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

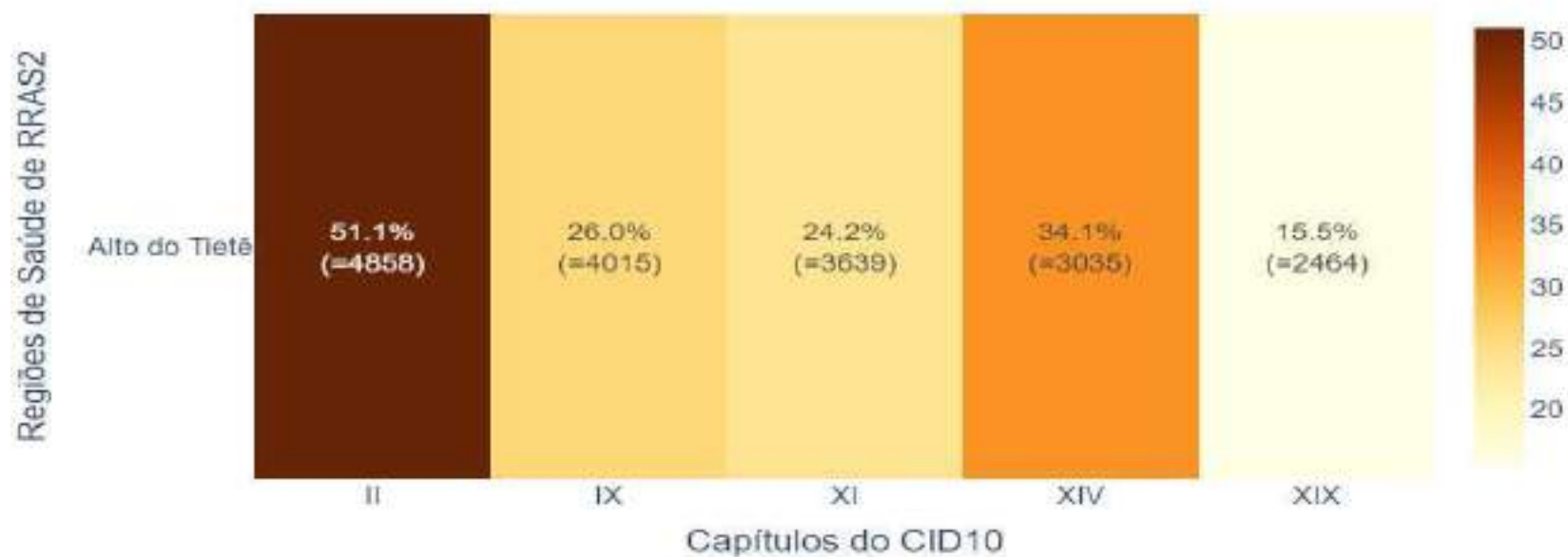
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 2



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

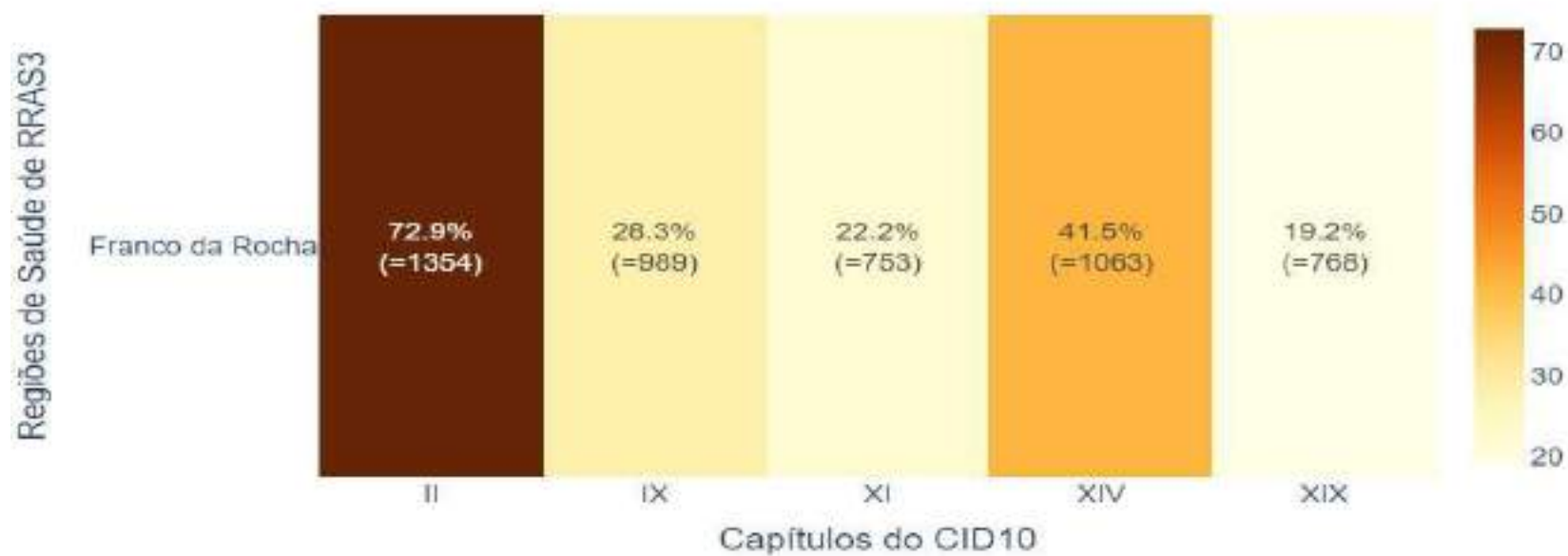
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 3



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

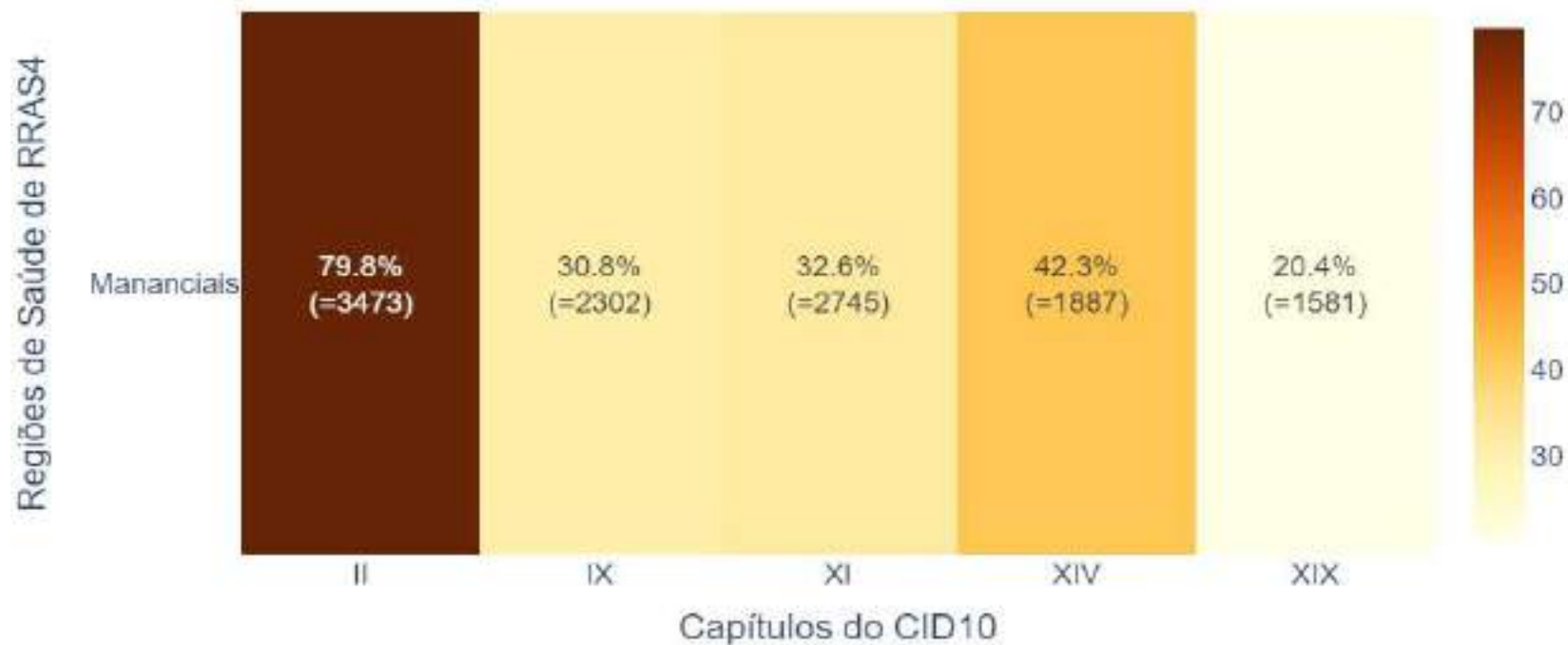
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 4



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

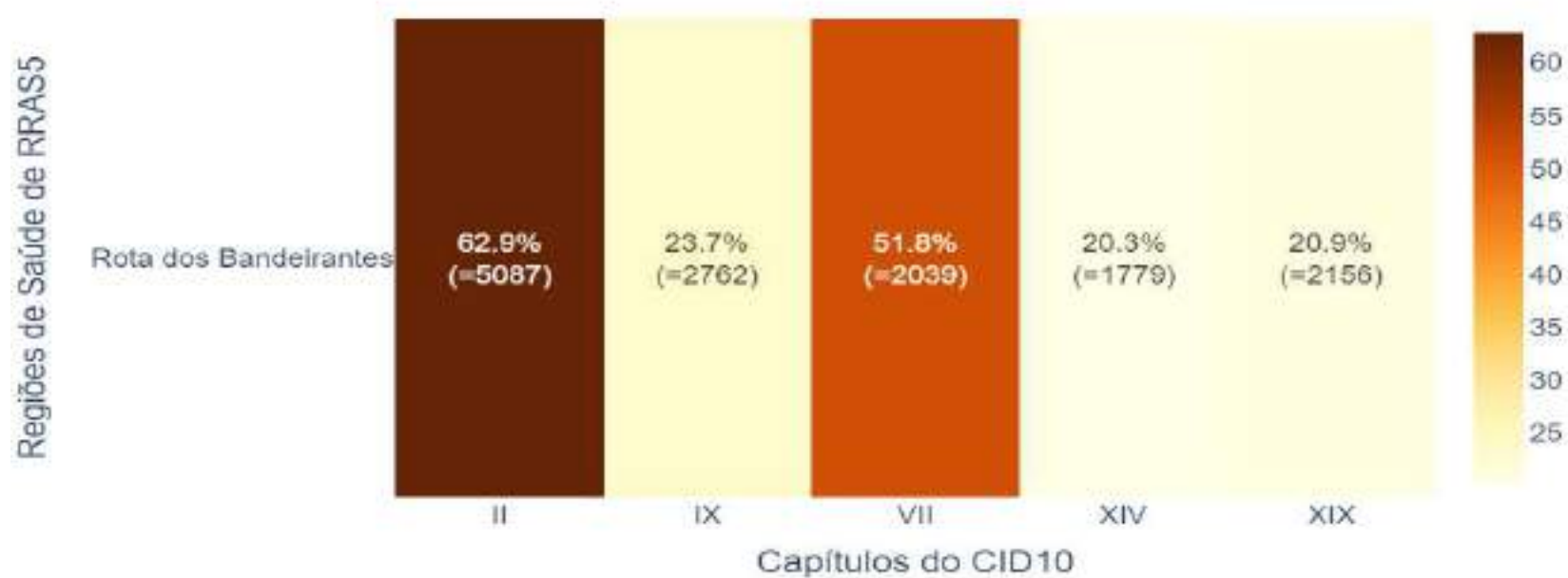
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 5



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

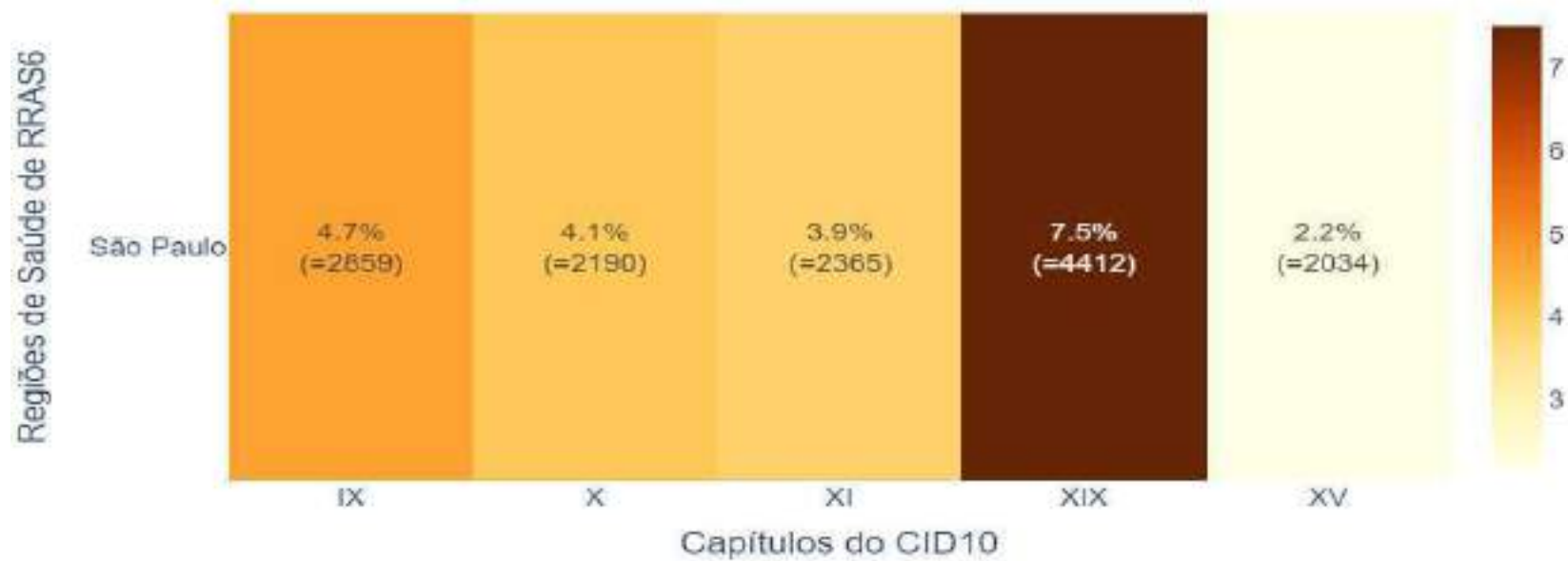
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 6



Legenda:

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

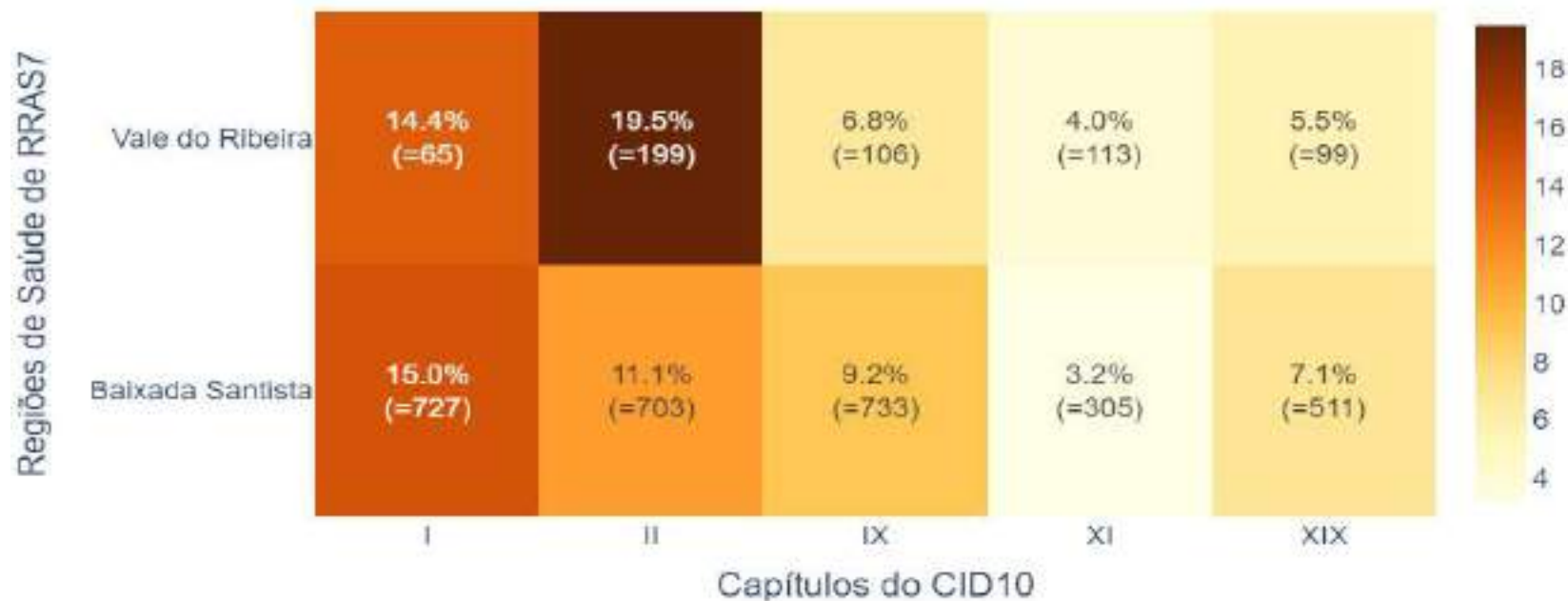
Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério

RRAS 7



Legenda:

Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias

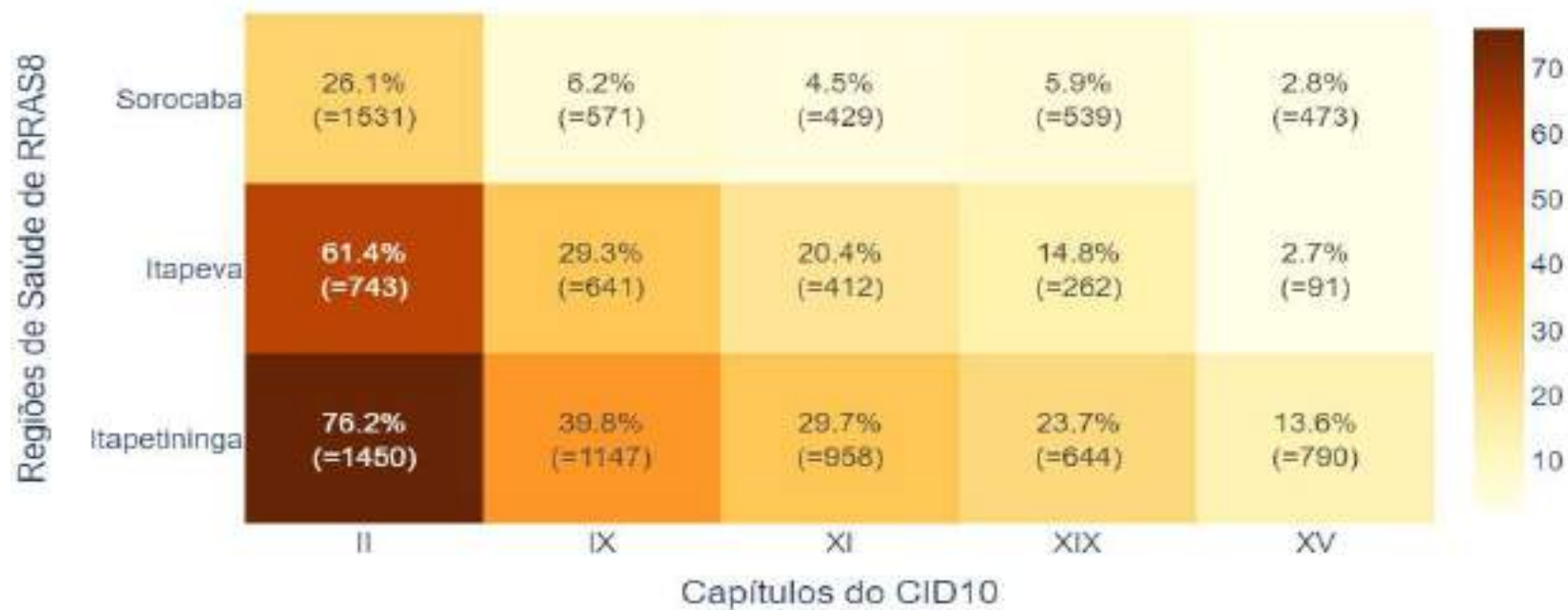
Capítulo II: Neoplasias [tumores]

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 8



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

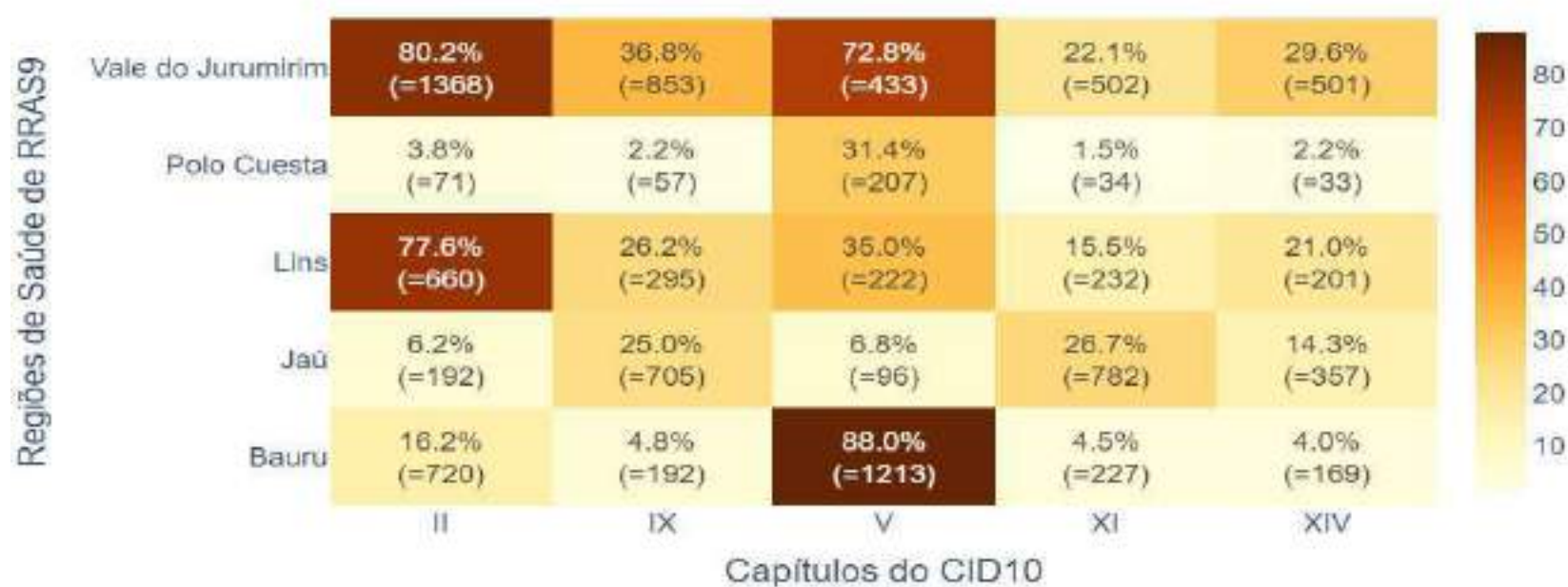
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério

RRAS 9



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

RRAS 10



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

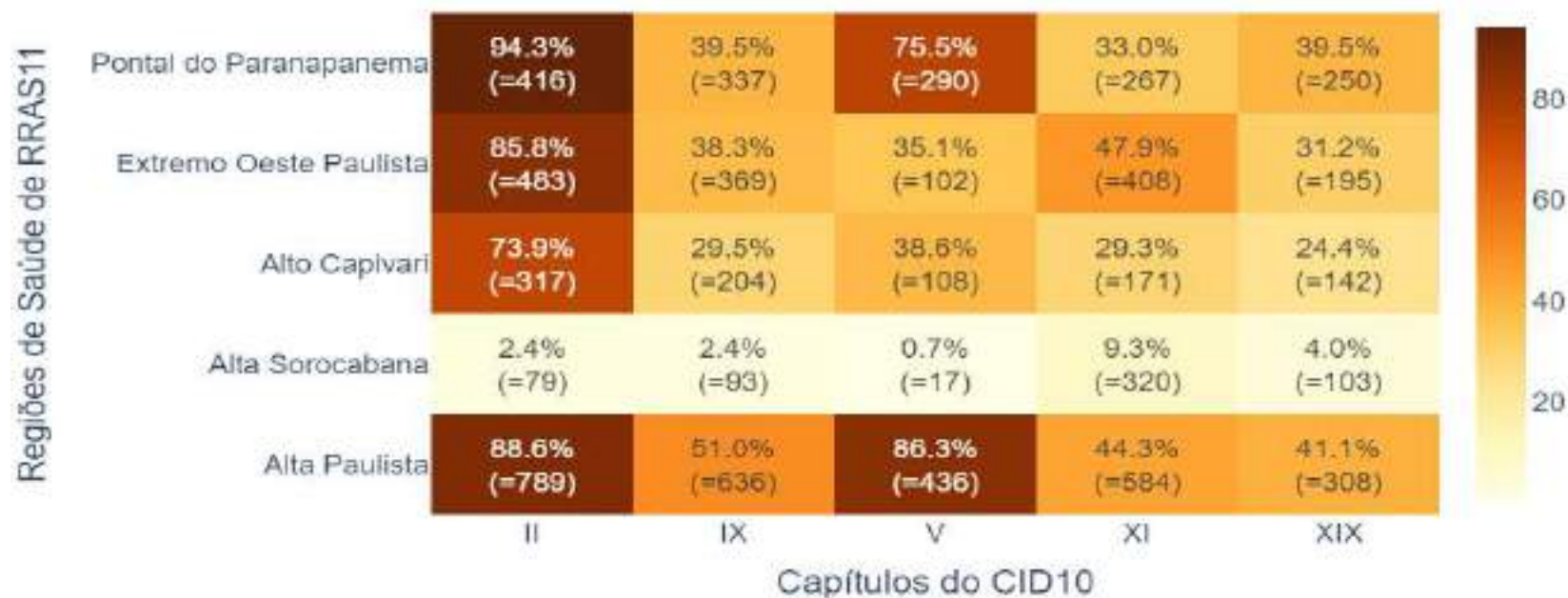
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

RRAS 11



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

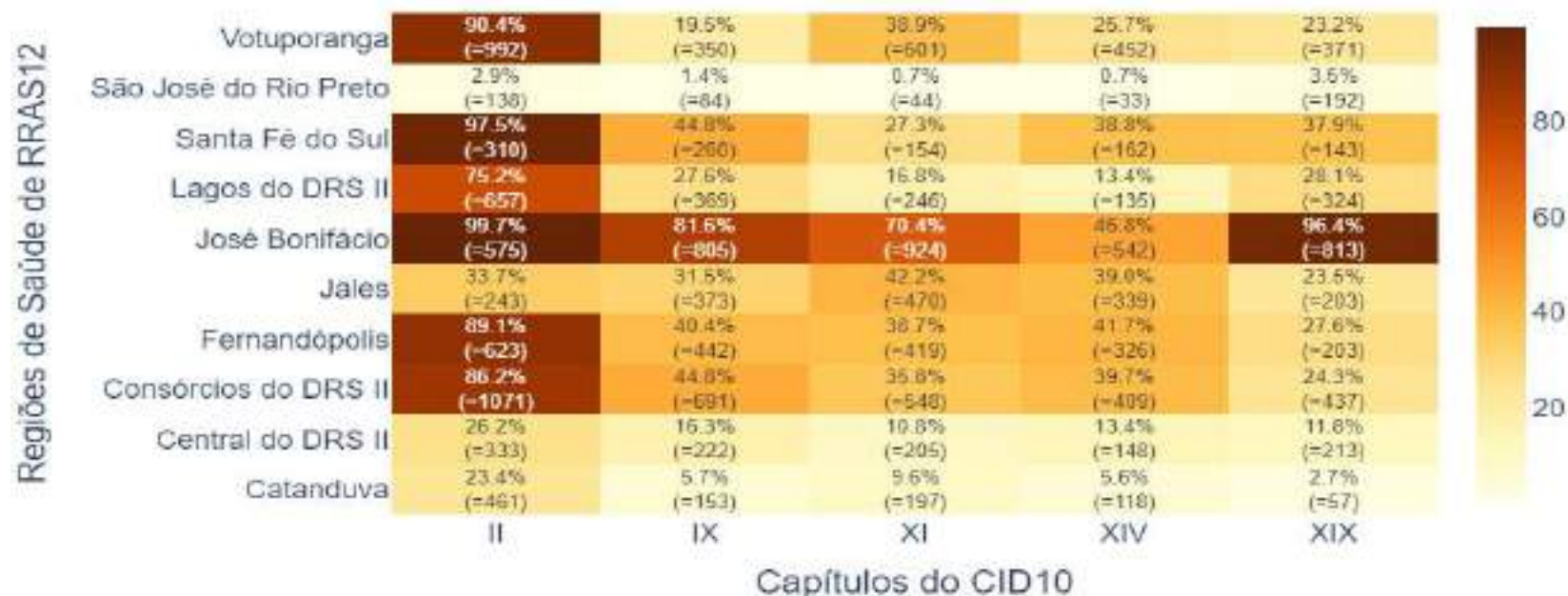
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 12



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

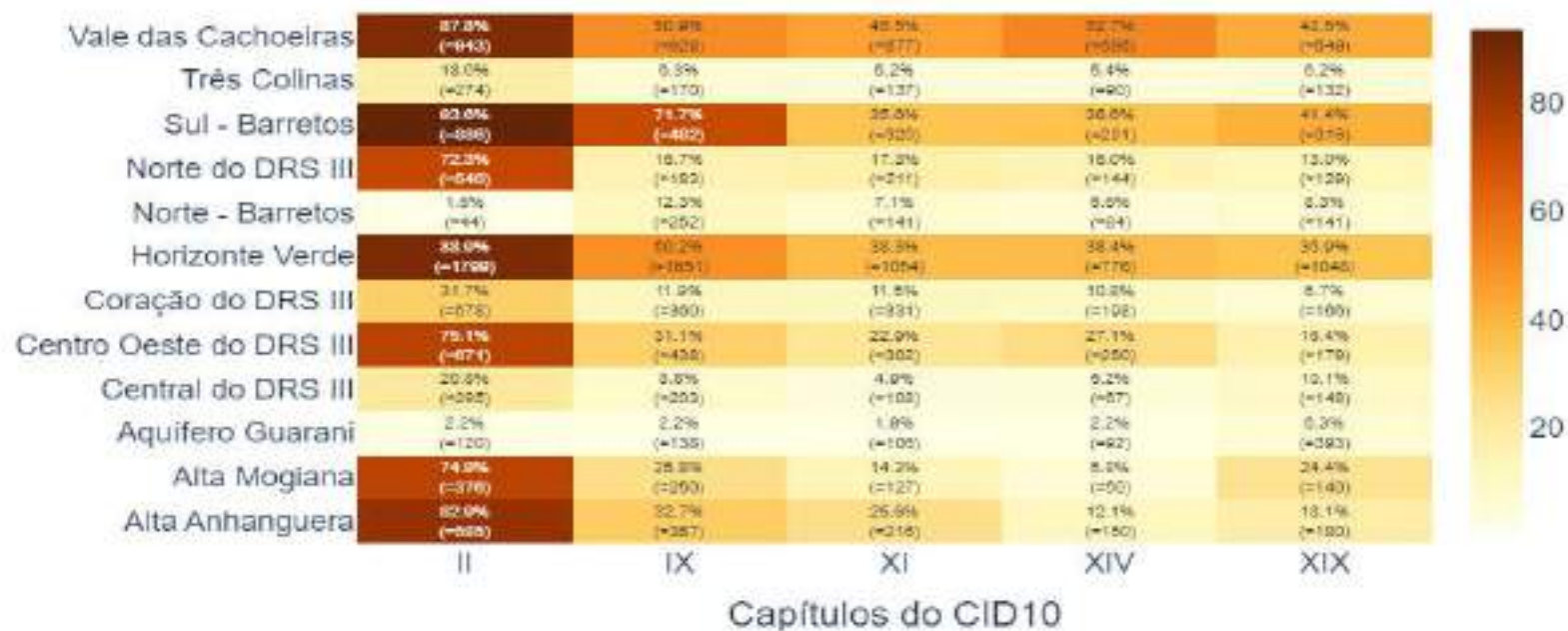
Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 13

Regiões de Saúde de RRAS13



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

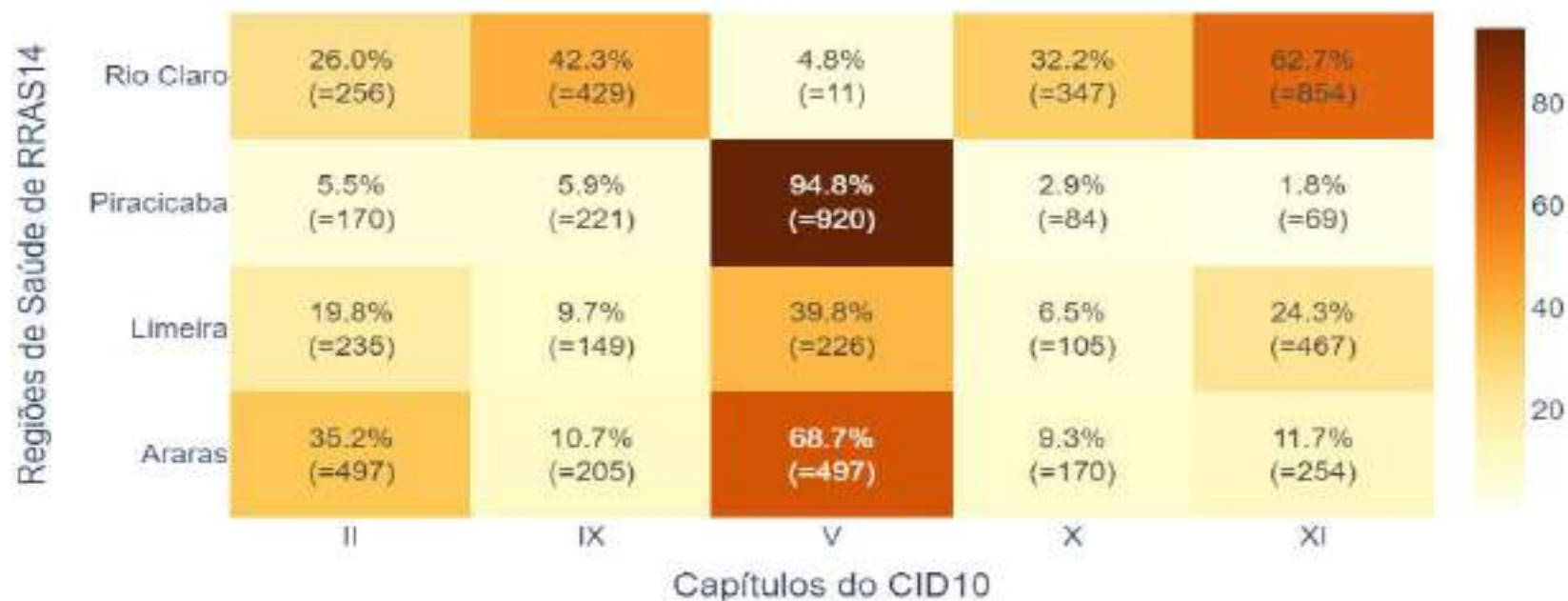
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 14



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

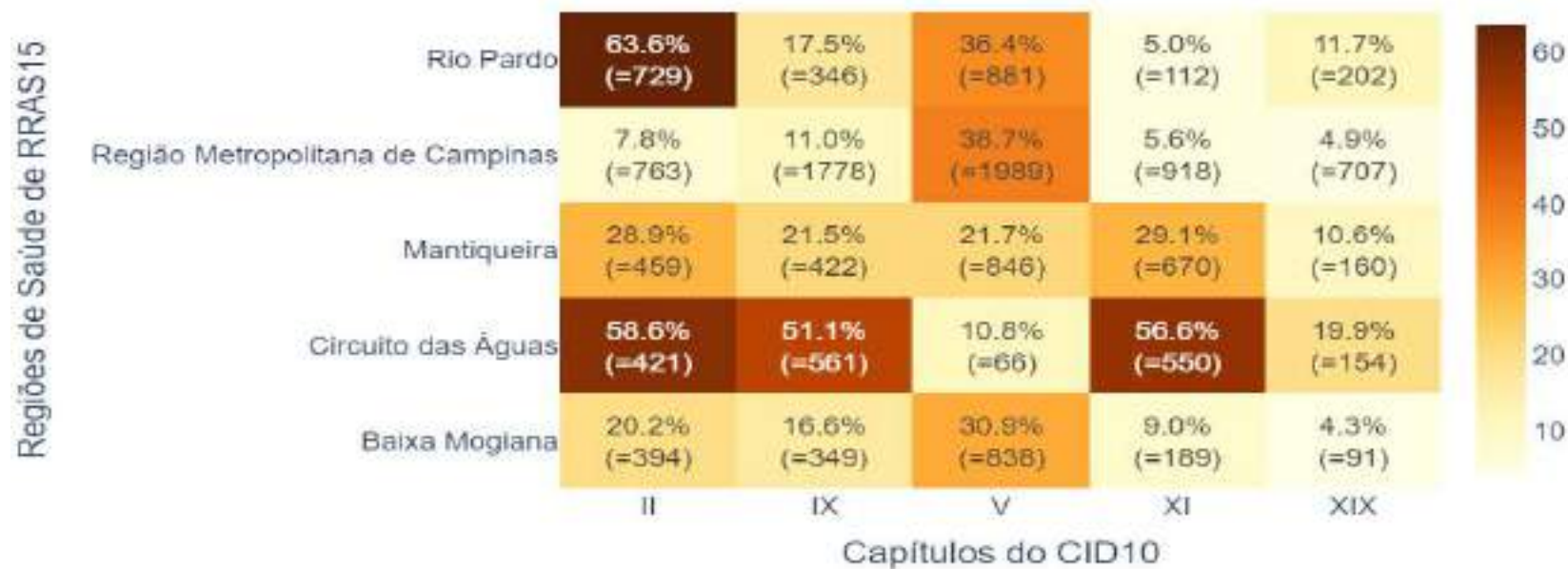
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

RRAS 15



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

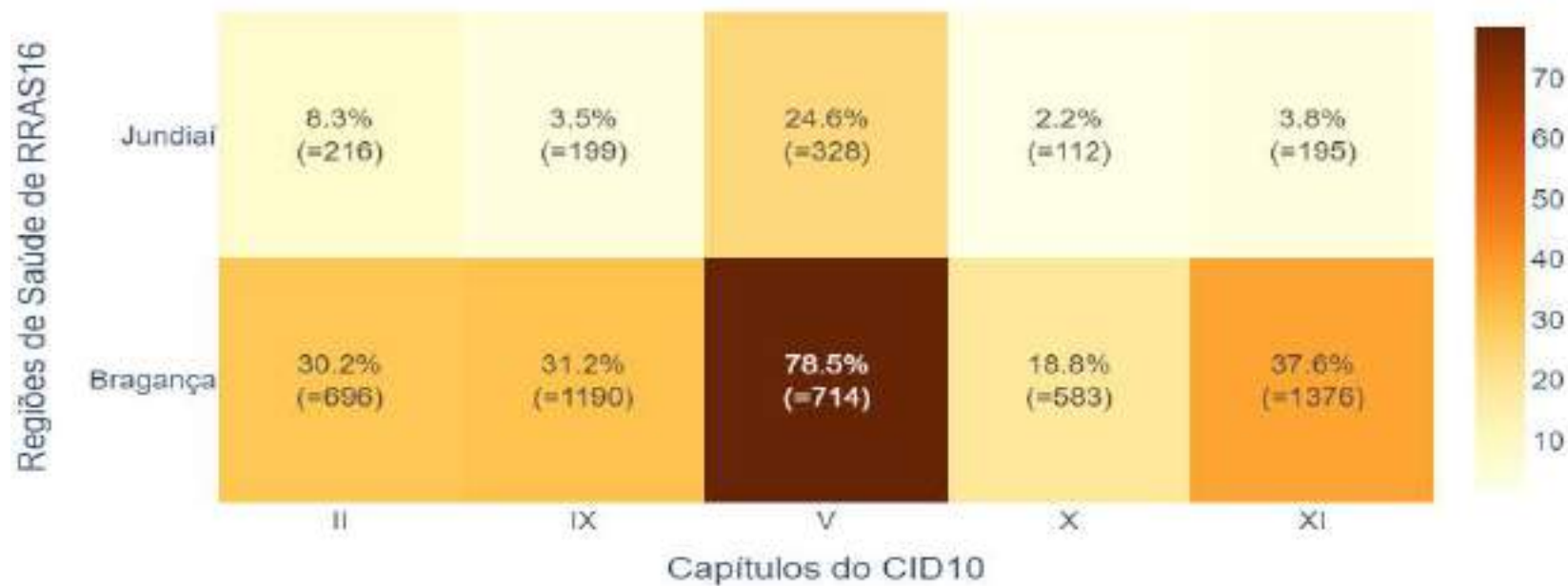
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

RRAS 16



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

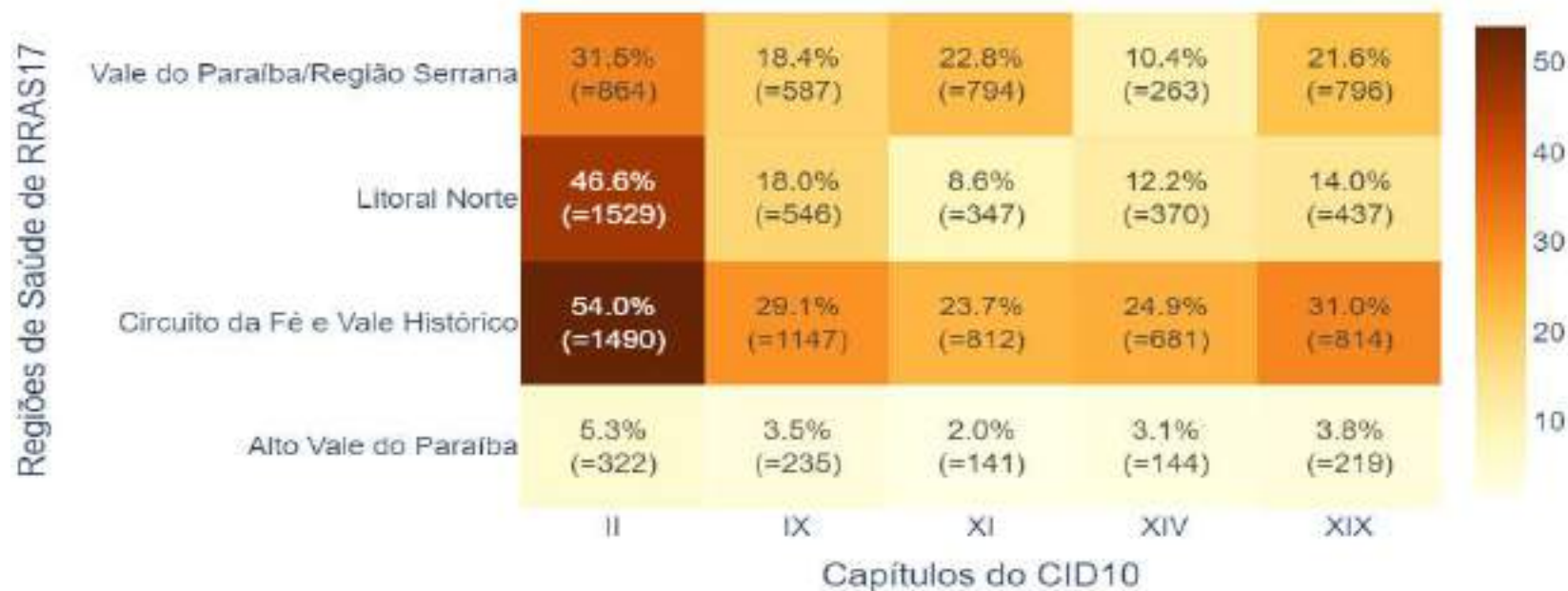
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

RRAS 17



Legenda:

Capítulo II: Neoplasias [tumores]

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório

Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Anexo – Mapas IEPS.CRS

Os procedimentos são classificados em grupos, de acordo com a sua natureza e complexidade. Pela tabela de procedimentos, medicamentos e OPM* do SUS (SIGTAP), temos:

01- Ações de promoção e prevenção em saúde

Subgrupos: 01 - Ações coletivas/individuais em saúde; 02 - Vigilância em saúde

02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica

Subgrupos: 01 - Coleta de material; 02 - Diagnóstico em laboratório clínico; 03 -

Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia; 04 - Diagnóstico por radiologia; 05 -

Diagnóstico por ultrassonografia; 06 - Diagnóstico por tomografia; 07 - Diagnóstico por

ressonância magnética; 08 - Diagnóstico por medicina nuclear in vivo; 09 - Diagnóstico

por endoscopia; 10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista; 11 - Métodos

diagnósticos em especialidades; 12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em

hemoterapia; 13 - Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental; 14 - Diagnóstico por teste rápido

03 - Procedimentos clínicos

Subgrupos: 01 - Consultas / Atendimento / Acompanhamentos; 02 - Fisioterapia; 03 -

Tratamentos clínicos (outras especialidades); 04 - Tratamento em oncologia; 05 -

Tratamento em nefrologia; 06 - Hemoterapia; 07 - Tratamentos odontológicos; 08 -

Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas; 09 -

Terapias especializadas; 10 - Parto e nascimento

04 - Procedimentos cirúrgicos

Subgrupos: 01 - Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa; 02 -

Cirurgia de glândulas endócrinas; 03 - Cirurgia do sistema nervoso central e periférico; 04 -

Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço; 05 - Cirurgia do

aparelho da visão; 06 - Cirurgia do aparelho circulatório; 07 - Cirurgia do aparelho

digestivo, órgãos anexos e parede abdominal; 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular; 09 -

Cirurgia do aparelho geniturinário; 10 - Cirurgia de mama; 11 - Cirurgia obstétrica; 12 -

Cirurgia torácica; 13 - Cirurgia reparadora; 14 - Bucomaxilofacial; 15 - Outras cirurgias;

16 - Cirurgia em oncologia

17 - Anestesiologia; 18 - Cirurgia em nefrologia

05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células

Subgrupos: 01 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de

transplante; 02 - Avaliação de morte encefálica; 03 - Ações relacionadas à doação de

órgãos e tecidos para transplante; 04 - Processamento de tecidos para transplante; 05 -

Transplante de órgãos, tecidos e células; 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante

06 - Medicamentos

Subgrupos: 01 - Medicamentos de dispensação excepcional; 02 - Medicamentos

estratégicos; 03 - Medicamentos de âmbito hospitalar e urgência; 04 - Componente

Especializado da Assistência Farmacêutica

07 - Órteses, próteses e materiais especiais

Subgrupos: 01 - Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato

cirúrgico; 02 - Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico

08 - Ações complementares de atenção à saúde

Subgrupos: 01 - Ações relacionadas ao estabelecimento; 02 - Ações relacionadas ao

atendimento; 03 - Autorização/Regulação

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

*Órteses, próteses e materiais especiais

A CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) são categorizadas em 22 capítulos, divididos da seguinte forma:

Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Capítulo II: Neoplasias

Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais
Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso
Capítulo VII: Doenças do olho e anexos
Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório
Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório
Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo
Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo
Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário
Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério
Capítulo XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal
Capítulo XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
Capítulo XIX: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade
Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
Capítulo XXII: Códigos para fins especiais

Fonte: DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10lm.htm>

Os dados apresentados pelo IEPS contribuem para que se observem as diferenças com relação ao acesso e oferta de serviços que contribuem para o desenvolvimento do processo de planejamento regional integrado e regionalização no estado de São Paulo, que constituem prioridade da atual gestão sendo objetivos do PES.

Comentários finais

Ao longo das décadas de 90 a 2000 houve um movimento de descentralização da gestão de serviços para os municípios, em especial, aqueles de menor complexidade e abrangência territorial mais localizada e menos regional. Em 2007, com a adesão ao Pacto pela Saúde, a CIB SP aprovou a transferência para gestão municipal de cerca de 470 serviços, em geral de menor complexidade.

A prioridade atual de organização da rede de atenção à saúde, articulada entre os três entes federados, mediante o planejamento regional integrado, busca a melhoria de acesso e integração dos pontos de atenção das RRAS, a partir da APS. As diretrizes 1, 2, 3 e 4 do presente PES, em especial, propõe objetivos e metas que dialogam com a superação da fragmentação e melhor articulação da RRAS.

Nesse contexto e considerando a complexidade do desafio imposto, em 2023, retomou-se o Planejamento Regional Integrado - PRI com a realização de oficinas com o objetivo de aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde a partir das 63 regiões de saúde, a ser consolidado em 17 Planos Regionais de Saúde para as 17 Macrorregiões do estado. As etapas do PRI são as seguintes: ajuste ou confirmação da configuração das regiões e macrorregiões de saúde,

Cabe observar que teremos ajustes na composição das regiões de saúde e das macrorregiões, diagnóstico e a priorização de problemas de saúde e de acesso aos serviços, plano de ação para enfrentamento dos problemas, organização/ adequação da rede de atenção à saúde, programação de saúde e alocação de recursos.

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, é a atual proposta da Política de Saúde Mental que passou por relevantes mudanças em seu modelo de atenção. No passado, essa política centrava-se na internação como principal alternativa de tratamento (no modelo asilar, o isolamento era considerado terapêutico) o que desencadeou, em sua história, falta de regulação e monitoramento dos hospitais psiquiátricos e a ocorrência de prática excessiva de internações de longo prazo, gerando número elevado de pessoas que passaram a ser moradoras desses estabelecimentos, vivendo numa condição de violação dos direitos humanos. Um problema ainda hoje enfrentado, apesar dos grandes avanços nos últimos anos, dos processos de desinstitucionalização principalmente para serviços residenciais terapêuticos (SRTs).

Esse atual modelo se orienta pelas diretrizes do SUS que compreende que a oferta de serviços e tratamentos deve seguir a lógica da regionalização, num fluxo de trabalho em rede que considere diferentes níveis de complexidade assistencial (da atenção básica à média e alta complexidade).

A Atenção Básica se destaca nessa estrutura, por ser a principal porta de entrada e de acesso ao SUS, visto que ela está presente em todos os municípios, independentemente de seu porte populacional.

O Estado de São Paulo apresenta um alto adensamento populacional (cerca de 22% da população do país ou aproximadamente 45 milhões) em comparação aos demais estados, concentrado principalmente na Região Metropolitana de São Paulo.

Os territórios e regiões de saúde são heterogêneos e, tal como o país, também enfrentam os problemas das desigualdades e vulnerabilidades sociais. O que de certa maneira, reflete no SUS, em termos dos serviços ofertados, no modo como ficam distribuídos e nas suas possibilidades de expansão. Em dadas regiões há carência de recursos humanos e vazios assistenciais.

Do ponto de vista da RAPS, apesar dos avanços na implantação e da diversidade de serviços, há lacunas e recuos em seu processo de expansão. O desnivelamento na oferta de serviços e ações e as desigualdades territoriais podem gerar impactos na assistência à saúde mental. A estrutura territorial do estado com pouco mais da metade das cidades de pequeno porte (com menos de 15.000 habitantes) traz desafios e reforça a necessidade de ações de investimento e fortalecimento da atenção básica. Soma-se ao histórico, o subfinanciamento do SUS e às perdas de arrecadação o que tem sobrecarregado sobretudo os municípios e os levado a reivindicar maior apoio estadual com contrapartida de recursos, para sua manutenção e ampliação.

Cabe ressaltar que as mudanças previstas para o modelo da atenção psicossocial foram gradativas, intermitentes e continuam em andamento. Como a maior parte dos serviços de gestão estadual estão relacionados à média e alta complexidade, em particular a atenção hospitalar, observa-se que ocorreu o fechamento de milhares de leitos e de muitos dos hospitais psiquiátricos (decorrentes da desinstitucionalização, leitos de natureza crônica, sem giro), contudo ainda predominam leitos concentrados em estabelecimentos dessa natureza, que costumam ter tempos maiores de permanência / taxa de ocupação elevada e o risco de se constituir novos moradores nesses estabelecimentos (visto que a internação em outras regiões afasta o cidadão de seu município e, conseqüentemente da sua comunidade e/ou família, além de trazer dificuldades no seu retorno principalmente nos casos associados com vulnerabilidades sociais). Essa situação traz o desafio de manter o princípio do fluxo regional em algumas das regiões.

Em contrapartida, foi tímida a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, algo urgente a ser investido, visto que se tratam de leitos com maior capacidade de se capilarizar nas regiões de saúde (número menor de leitos em maior número de hospitais, ao contrário do que acontece com hospitais especializados), costumam ter um giro de leito maior (algo mais aculturado em hospitais gerais que carecem dessa

rotatividade para atender as demandas de internação em geral) e tem a possibilidade de tratar outras condições clínicas / comorbidades.

Em virtude do que foi apontado há a prioridade da política estadual no fortalecimento da RAPS, no sentido de Implementar Programas Estratégicos de Saúde Mental nas Regiões de Saúde, com foco na ampliação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais; na continuidade dos processos de desinstitucionalização; e no incentivo de ações prioritárias de cuidado à população que faz uso prejudicial de álcool e/ou drogas, com Transtornos do Espectro Autista, infanto-juvenil, provenientes dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) entre outros, somado a qualificação da RAPS com cursos de capacitação / educação permanente. Na intenção de direcionar ações de suporte enquanto ainda se almeja a futura possibilidade de cofinanciamento estadual em apoio aos municípios, principal demanda apresentada por eles.

População Vulnerável

A atenção à saúde de segmentos de maior vulnerabilidade como Pessoa com Deficiência, População Indígena, População Negra e da População dos Privados de Liberdade contempla as especificidades de cada um desses grupos populacionais. A Atenção Básica tem papel fundamental na organização dos fluxos de acesso referenciados aos serviços de saúde de maior complexidade conforme necessidades de saúde identificadas.

Saúde da Pessoa com Deficiência

No Estado de São Paulo, segundo o Censo 2010 temos 3.008.617 pessoas com deficiência. Segundo informações extraídas da Base de Dados dos Direitos da Pessoa a estimativa em 2021 é de 3.401.403 pessoas com deficiência, a saber:

- 1.360.455 (40%) pessoas com deficiência visual;
- 979.375 (28,79%) pessoas com deficiência física;
- 568.591 (16,72%) pessoas com deficiência mental/Intelectual;
- 492.983 (14,49%) pessoas com deficiência auditiva.

O Estado de São Paulo conta com uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência-RCPD sendo que a Atenção Especializada é composta por 53 Serviços habilitados pelo Ministério da Saúde como CER-Centro Especializado em Reabilitação (11 CER -IV, 14 CER -III e 28 -CER II), 6 Oficinas Ortopédicas, Serviços habilitados pelo MS em apenas uma deficiência (19 em Deficiência Auditiva, 28 em Deficiência Física e 3 em Deficiência visual), 20 Unidades fixas da Rede Lucy Montoro e 216 CEO -Centro Especializado em Odontologia.

No processo de organização e implantação da RCPD no âmbito do SUS/SP todas as 17 RRAS elaboraram seus Planos de Ação que foram aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhados ao Ministério da Saúde, assim como o Plano Estadual de Saúde. No momento temos 49 serviços de reabilitação em funcionamento aguardando habilitação de custeio pelo Ministério da Saúde. (em que ano foram elaborados os Planos? Há quanto tempo se pede habilitação e custeio ao MS?)

Passados 11 anos da publicação das Portarias GM/MS nº 793 de 24/04/2012 e 835 de 25/04/2012 e, com a descontinuidade dos recursos financeiros destinados à efetiva organização da RCPD, o Grupo Condutor Estadual volta seus esforços no sentido de promover a organização de uma rede de cuidado não mais centrada unicamente na implantação de CER mas na identificação de todos os recursos disponíveis no sistema de forma a garantir o acesso dos pacientes à oferta de consultas ambulatoriais reguladas pela Central de Regulação – Reabilitação CROSS em especial com a regulação de 100% das vagas ambulatoriais das unidades da Rede de Reabilitação Lucy Montoro.

Saúde da População Indígena

A população Indígena residente no Estado de São Paulo totaliza, segundo Censo do IBGE de 2010 é 41.794 habitantes.

Em 2020, de acordo com o a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (MS/ SESAI), existem no Estado 5.488 indígenas (13,1% do total) que residem em aldeias que estão nos territórios de oito DRS - Departamento Regional de Saúde, a saber, DRS1-Grande São Paulo (município de São Paulo e São Bernardo do Campo), DRS2 – Araçatuba (município de Braúna), DRS 4-Baixada Santista (municípios de Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe e São Vicente), DRS6-Bauru (municípios de Avaí, Itaporanga e Barão de Antonina), DRS 9 Marília (município de Arco-Íris), DRS12-Registro (municípios de Cananéia, Iguape, Itariri, Miracatu, Pariquera-Açu, Sete Barras) DRS 16-Sorocaba(Tapiraí) e DRS 17- Taubaté (municípios de São Sebastião e Ubatuba).

Em todos os municípios que contam com Aldeias, a Atenção Primária à Saúde Indígena, com exceção do município de São Paulo e São Bernardo, é prestada pelas equipes de saúde dos Polos Base de Saúde Indígena, sob responsabilidade direta da SESAI/MS, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional.

As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Polos-Base são direcionadas para a rede SUS realizar o atendimento, seja em serviço especializado na sede do próprio município ou no mais próximo, hospital de pequeno porte ou hospitais de médio e grande porte, a depender da complexidade do caso.

A atenção à saúde indígena é prestada através da articulação dos 03 entes da Federação de forma complementar. Entretanto, ocorrem vários problemas desde a falta de conhecimento sobre aspectos étnicos/ culturais/ religiosos da população indígena pelas equipes de saúde seja a ausência de pactos de saúde passando pelas dificuldades com as equipes de saúde indígena ou o não acesso ao sistema de informação de saúde da SESAI que não “conversa” com os sistemas de informação do SUS. Pelas dificuldades citadas acima a Área Técnica propõe para o PES aprimorar a articulação entre os entes federados com o objetivo de melhorar a Atenção a Saúde Indígena no Estado.

Saúde da População Negra

A Saúde da População Negra é regida pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde.

Apesar de se tratar de uma política transversal do SUS que permeia diversas áreas tais como a Atenção Básica (Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde), Saúde da Mulher e da Criança (ações de combate à mortalidade especialmente no que se refere à mortalidade infantil e à mortalidade materna), TNN - Triagem Neonatal (desde 2001 o estado de São Paulo é aderente ao PNTN e está habilitado para Fase IV do PNTN), Hemorrede (em 2010 foi instituída a Política Estadual de Atenção as Hemoglobinopatias através da Resolução SS 82 de 23/06/2010), Doenças crônicas não transmissíveis(Hipertensão Arterial e Diabetes), menos de 15% dos municípios paulistas aderiram a ela.

As iniquidades em saúde relacionadas à população negra demonstradas pelos indicadores de saúde principalmente os de mortalidade materna e infantil, comprovam que há muito o que se fazer em relação à saúde da população negra no SUS SP. Neste sentido identificar e mapear regionalmente as iniquidades em saúde dessa população e apoiar ações para sua melhoria é a principal meta do PES 2024-2027.

População Privada de Liberdade - PPL

A Secretaria de Estado da Saúde tem como princípio, a Integralidade da Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade, no conjunto das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, nos diferentes níveis de atenção. Sendo a articulação intersetorial uma das principais diretrizes da PNAISP, por intermédio das Secretarias Estadual de Segurança, Justiça e Cidadania, da Administração Penitenciária, em parceria com os municípios, compete à Secretaria de Estado da Saúde:

- apoiar, técnica e financeiramente o desenvolvimento das ações de atenção primária de saúde intramuros,
- garantir a aquisição de equipamentos,
- implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional de acordo com os princípios do SUS.

É de responsabilidade da Coordenação Estadual da Política de Atenção à Saúde da PPL:

- A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP e
- da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação/ PNAISARI, no âmbito do Estado de São Paulo.

Compreender o papel da intersetorialidade neste cenário é ter como pressuposto que tanto: a privação da liberdade, como a dificuldade de acesso à saúde por parte dessas pessoas, configura um cenário perverso com fatores multicausais e dinâmicos, que se relacionam com outros problemas requerendo uma abordagem menos tradicional e mais interativa.

A construção dessa Política reforça a necessidade de soluções que envolvam uma estratégia coletiva e não apenas de um setor, por meio de permanente articulação dos espaços de discussão tais como Grupo Condutores Bipartite, Conselhos e Comitês e outros de representação específica dessa população.

O Grupo Técnico Condutor da Política Estadual de Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade - de apoio técnico político para a discussão construção e implementação da política, sob coordenação do GTAS III, realiza encontros sistemáticos, com reuniões mensais ordinárias e pautas construídas conjuntamente SES/SAP/SSP/Fundação Casa e COSEMS/SP.

O Grupo de Interlocutores Regionais - indicados pelo Diretor dos 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS, oficializado pela publicação em Resolução Bipartite, enquanto Grupo de Representação e Interlocação Regional, junto a CPS/GTAS, são responsáveis pela implementação das Políticas de Saúde da População Privada de Liberdade na região de abrangência do DRS, mantendo reuniões ordinárias mensais com agenda fixa.

Aos Interlocutores cabe coordenar, articular e organizar o sistema de saúde loco-regional; definir estratégias, fomentar ações, coordenar, acompanhar, orientar, fiscalizar e avaliar o cumprimento das metas constantes da pactuação da CIB 62; avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde municipais promovendo a articulação das Unidades Prisionais no território e Centros de Atendimento Socioeducativos.

Ainda que as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) sejam consideradas munícipes de onde cumprem pena, a gestão orçamentária e administrativa da PNAISP no sistema prisional junto ao Ministério da Saúde, no contexto local, historicamente é atribuída ao Estado de São Paulo de acordo com as normativas vigentes.

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 319ª reunião ordinária realizada em 17/02/2022 aprovou a atualização do CNES das Unidades Prisionais, a partir da alteração da gestão Municipal para Estadual, publicada na DELIBERAÇÃO CIB Nº 24, 16-03-2022 - A partir da alteração da gestão Municipal para Estadual no CNES, caberá aos respectivos Departamentos Regionais de Saúde –

DRS manterem atualizadas todas as informações relacionadas as equipes (CNES) e produção no e-SUS AB, das Unidades de sua abrangência.

Dos 100 municípios que possuem unidades prisionais, 90% decidiu pela da gestão do CNES para o estado. Com a implantação da estratégia do e-SUS Atenção Primária em cada uma das unidades prisionais, será possível reestruturar as informações das ações de saúde que são desenvolvidas intramuros em todas as unidades sob gestão estadual, possibilitando demonstrar o cuidado dedicado a população PPL no Sistema de Informação do Ministério da Saúde, sendo esse o elo que faltava para a implantação da PANAISSP no Estado de São Paulo.

Na Política Estadual, a DELIBERAÇÃO CIB 62 de 16 de março de 2012, estabelece a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. A Deliberação CIB 62, se apresenta como uma experiência exitosa, quando, considera a dificuldade da Secretaria da Administração Penitenciária em estabelecer vínculo com os profissionais de saúde e propõe a pactuação com os municípios sede de unidades prisionais, para o desenvolvimento de ações de atenção primária em saúde, intramuros, por equipes mínimas à saber: 1(um) médico 20h, 1(um) dentista 20h, 1 (um) enfermeiro 30h e 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem 30h por semana. A Descrição da Meta no PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - PES 2024-2027 definiu 100% de cobertura das unidades prisionais com equipes mínimas até o final do período, com acompanhamento dos Programas, Produtos e Metas. Imprescindível o monitoramento do desempenho, da qualificação das ações desenvolvidas com base nos principais indicadores definidos nos Termos da Deliberação CIB 62 em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica. Do total de 100 municípios sede de Unidade Prisional, 48% possuem adesão a Deliberação 62, com 44% das 179 Unidades Prisionais com cobertura de equipes mínimas atuando intramuros.

Existem 194.705 pessoas privadas de liberdade distribuídos nas 181 Unidades Prisionais, nos territórios dos 17 DRS, mostrado a seguir.

Tabela 58 – Unidades prisionais da Secretaria de Administração Penitenciária e número de privados de liberdade segundo DRS, Estado de São Paulo, 2022

DRS	DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE UNIDADES PRISIONAIS DA SAP	Nº DE PRIVADOS DE LIBERDADE EM CUMPRIMENTO DE SENTENÇA
1	GRANDE SÃO PAULO	10	34.338
2	ARAÇATUBA	13	16.812
3	ARARAQUARA	3	2.264
4	BAVADIA SANTISTA	6	8.257
5	BARRETOS	1	1.343
6	BALBUÍ	25	25.282
7	CAMPINAS	12	12.258
8	FRANCA	1	1.293
9	MARÍLIA	19	20.921
10	PIRACICABA	9	6.861
11	PRESIDENTE PRUDENTE	15	13.605
12	REGISTRO	1	1.181
13	RIBEIRÃO PRETO	9	9.319
14	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	4	2.452
15	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	7	7.672
16	SOROCABA	14	18.853
17	Taubaté	12	12.169
TOTAL		181	194.705

UNIDADES PRISIONAIS SAP

➤ Fonte – Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional da Secretaria da Administração Penitenciária 05/07/2023

Unidades da Fundação Casa e número de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas

Diferentemente da PNAISP, a PNAISARI, não pressupõe implantação de equipes mínimas de saúde no interior da Unidade CASA, mas sim, a garantia do acesso universal e a integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional, com reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território.

Nas 143 Unidades da Fundação CASA, residem 4.978 Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas. A tabela abaixo apresenta o número de unidades por DRS.

Tabela 59 – Unidades da Fundação Casa e número de adolescentes em medidas socioeducativas segundo DRS, Estado de São Paulo, 2022



DRS	DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE	UNIDADES DA FUNDAÇÃO CASA	Nº DE ADOLESCENTES EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA
1	GRANDE SÃO PAULO	79	2.142
2	ARAÇATUBA	2	97
3	ARARAQUARA	3	163
4	BAKADA SANTISTÁ	6	316
5	SARRETO	0	0
6	SAGBU	11	480
7	CAMPINAS	6	213
8	FRANCA	2	73
9	MARILIA	5	122
10	PIRACICABA	4	169
11	PRESIDENTE PRUDENTE	3	105
12	REGISTRO	0	0
13	RIBIRÃO PRETO	5	331
14	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	2	104
15	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	3	88
16	SOROCABA	5	257
17	Taubaté	0	330
	TOTAL	143	4.978

➤ Fonte: Superintendência da Fundação CASA, da Secretaria Estadual de Justiça e Cidadania, 05/09/2023.

Sempre, buscando a inserção desses adolescentes no seu território, com uma atenção humanizada e de qualidade e na organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços a partir das necessidades da população adolescente com permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social. No Estado de São Paulo, os Municípios de Araçatuba, Campinas, Iaras, Irapuru, Limeira, Marília e Mogi Mirim elaboraram os Planos Municipais e pactuaram adesão a PNAISARI. Além desses, outros municípios estão em processo de discussão dos seus Planos, inclusive a Capital São Paulo, para futura adesão.

Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

O Grupo de Técnico de Ações de Saúde tem como finalidade coordenar o Programa Nacional de Triagem Neonatal e o Programa de Atenção Integral à Pessoa com Doença Rara do Estado de São Paulo

Em 2014 o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprovando as Diretrizes para a Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS e instituindo incentivos financeiros de custeio para o credenciamento de serviços de Referência Especializados em DR junto ao MS, e deverão ser capazes de realizarem assistência integral multidisciplinar aos pacientes e sua família, assim como, realizar avaliação clínica e os procedimentos para o diagnósticos de doenças raras (Portaria MS/GM 199 (30/01/2014) e 981(05/2014). Os

Serviços habilitados no estado de SP são: Ambulatório de Especialidades da Fundação ABC – FUABC (2016), o Hospital das Clínicas da UNICAMP (dezembro 2019), Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (dezembro de 2019) e Hospital de Base de São José do Rio Preto (dezembro 2020). Compete a essa área técnica as seguintes atribuições:

- Implementar a Rede Integrada de Assistência aos Pacientes com Doenças Raras no Estado de São Paulo. Os Serviços de Referência Especializados em DR deverão ser capazes de oferecer assistência integral multidisciplinar aos pacientes e sua família, assim como, realizar avaliação clínica e o diagnóstico os procedimentos diagnósticos para doenças raras;
- Pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras;
 - Definir estratégias de articulação com os Diretórios Regionais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à organização e regulação na rede de saúde na atenção básica e especializada (média e alta complexidade) visando garantir o acesso das pessoas com doenças raras;
- Definir estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde e apoiar os municípios na promoção da qualificação dos profissionais relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras;
- Assessorar os gestores dos Serviços de Referência e de Atenção Especializada na elaboração do processo de credenciamento e habilitação de Centros de Referência em Doenças Raras, junto ao Ministério de Saúde;
- Identificar e avaliar as qualidades técnicas dos serviços necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto da rede assistencial;
- Orientação normativa para procedimentos protocolares junto ao Núcleo de Contrato SUS de acordo com critérios técnicos estabelecidos em Portarias específicas do Ministério da Saúde e acompanhamento da proposta na plataforma SAIPS;
- Implantar os Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para doenças raras elaborados pela Conitec /SAES/MS e incorporados ao SUS;
- Monitorar as solicitações e autorizações para a distribuição dos medicamentos/tratamentos de alto custo junto a Coordenação da Assistência Farmacêutica - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), assim como organizar o fluxo de acesso dos pacientes aos Serviços Especializados habilitados pelo MS;
- Planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual;
- Elaborar contribuições técnico-científicas, sugestões e comentários sobre a recomendação inicial proferida pela CONITEC para a incorporação de medicamentos e tecnologias;
- Assessorar a Procuradoria Geral do Estado de São Paulo na avaliação técnico-científica referente aos processos judiciais que demandam tecnologias (medicamento, produto, procedimento ou equipamento em saúde), *não disponíveis no SUS* para tratamento de pacientes com doenças raras;
- Monitorar e analisar os dados epidemiológicos estaduais relacionados às doenças raras disponíveis nos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras;
- Organizar e/ou participar de Grupos Técnicos-científicos de especialista que contribuam para a elaboração de documentos técnico-científico com o propósito de aprimorar as ações de atenção aos pacientes com Doenças raras;
- Elaboração de projetos e fluxos assistenciais da linha de cuidado das Doenças raras de acordo com a prevalência do problema, dificuldade de acesso e carência de cuidados, assim como, auxiliar os gestores e áreas técnicas na

implantação no aprimoramento das políticas públicas para as pessoas com Doenças raras;

- O programa de triagem neonatal vinculado ao Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN (Portaria nº 822/GM/MS, de 06/06/2001 e Portaria nº 2.829, de 14/12/2012) realiza a Fase IV para o rastreamento de doenças genéticas e/ou congênitas e o tratamento em tempo oportuno dos recém-nascidos diagnosticados com seis doenças: Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Hiperplasia Adrenal Congênita, Deficiência de Biotinidase e Fibrose Cística, assim como, o encaminhamento dos pacientes para acompanhamento em serviços especializados de referência na rede estadual de saúde.

- No Estado de São Paulo três Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) e laboratório do teste do pezinho: Instituto Jô Clemente (APAE SP), CIPOI – UNICAMP e FAEPA - Ribeirão Preto, são habilitados junto ao MS e disponibilizam 1.738 postos de coleta para a realização da triagem biológica - Teste do Pezinho, vinculados aos SRTN e distribuídos na rede regional de saúde de forma a permitir o acesso fácil da população, assim como a capacitação dos profissionais com a finalidade de garantir a qualidade das coletas e as metas de resultados dos exames.

Compete a essa área técnica as seguintes atribuições relacionadas ao Programa Nacional de Triagem Neonatal no Estado de SP:

- Elaborar o relatório anual de dados do PNTN, consolidados os dados dos três SRTN – SP e monitorados 20 indicadores relacionados a cobertura estadual, tempo de diagnóstico, incidência das doenças triadas e acompanhamento do tratamento do paciente e disponibiliza aos gestores informações necessárias à tomada de decisão e formulação de políticas públicas de saúde. Os dados da triagem neonatal compõem a série histórica dos Indicadores monitorados anualmente, a partir de 2014.

- Monitorar as informações necessárias para elaboração do indicador mensal de coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, referente ao Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2024, junto aos SRTN-SP e encaminhamento mensal ao MS.

- Programa de Triagem Neonatal Ocular - Resolução SS nº 19, de 1-3-2016 - Protocolo de Diagnóstico, Tratamento e Seguimento da Triagem Ocular -Teste do Olhinho - Teste do Reflexo Vermelho no Estado de São Paulo e Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância - Ministério da Saúde, 2013.

- Monitorar e orientar a busca ativa para a resolução dos casos notificados de absenteísmo da triagem ocular referente a consulta oftalmológica para reteste e/ou avaliação com especialistas nos Centros de referência

- Ampliação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (Lei nº 14.154, de 26 de maio de 2021)

- Implantar e monitorar os indicadores da Etapa I do PNTN e rastreamento da toxoplasmose congênita;

- Implantar nos próximos 4 anos, as 5 Etapas do PNTN totalizando 51 doenças a serem rastreadas no “teste do pezinho”

- Referente a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005) e as Diretrizes básicas da linha de cuidado da Doença falciforme – 2015 e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme - Portaria conjunta nº 05, de 19 de fevereiro de 2018, as seguintes ações são monitoradas:

- Monitorar a incidência da DF na Triagem Neonatal - casos novos de DF diagnosticados no PNTN;

- Monitorar o indicador Ecodoppler transcraniano (DTC) com finalidade diagnóstica em pacientes com Doença falciforme na faixa etária de 2 a 16 anos segundo, a recomendação estabelecida no Protocolo do DTC para a prevenção

primária do Acidente Vascular Encefálico (AVE) em pessoas com DF (PCDT - Doença Falciforme).

- Monitorar a ocorrência de eventos adversos, dados de farmacovigilância ativa da hidroxiuréia (SVE – SES SP);
- Monitorar a distribuição estimativa de consumo e adequação de quantitativo da fenoximetilpenicilina junto a Coordenação da Assistência Farmacêutica e Sistema de distribuição do Ministério da Saúde, com base no número de pacientes na faixa etária de 0 a 5 anos.
- Monitorar os dados do Sistema Hemoglobinopatias web - Doença Falciforme / MS: Atualmente, entre os 14 Centros de referência em Doença falciforme no Estado, nove aderiram ao Sistema HP-WEB.

Principais desafios para a implementação da Triage neonatal e Doenças raras:

- 1- Implantação de um sistema digital informação para monitoramento dos dados e indicadores;
- 2- Disponibilidade de recurso de telemedicina para interconsultas;
- 3- Acesso dos pacientes ao diagnóstico genético e tratamento dos pacientes;
- 4- Recursos para atualização e capacitação dos profissionais da rede de referência;
- 5- Dificuldades de adesão ao sistema de informação em triagem neonatal – SISNEO web Centralizador, considerando os diferentes o Sistema operacional e ferramentas utilizados pelos três SRTN no Estado de SP.

Política de Humanização e de Segurança do Paciente

Considerando o cenário de fragilidade encontrado nas unidades de saúde da Secretaria de Estado da Saúde, relacionado aos processos de trabalho da qualidade e segurança dos pacientes, faz-se necessário a implementação de indicadores para análise de processos, que possam inclusive servir como eixos balizadores para estruturação de estratégias, apropriação, disseminação e referência na defesa da *humanização e segurança do paciente* nos serviços de saúde. Buscando fortalecer e qualificar:

- A gestão de riscos para preservação e promoção da qualidade e segurança do paciente que engloba princípios e diretrizes como a promoção de cultura de segurança;
- A pertinente integração e indissociabilidade dos processos de cuidado e de assistência com valorização da articulação com os métodos, procedimentos e instrumentos organizacionais dos serviços de saúde;
- A comunicação ativa, coerente e corresponsável diante da transição do cuidado/assistência;
- O monitoramento, análise dos processos de trabalho relacionados à produção do cuidado e intervenção na gestão do cuidado;
- A necessidade de promover a mitigação da ocorrência de incidentes e eventos adversos na atenção à saúde;
- A relevância da atuação e envolvimento da equipe multiprofissional capacitada para elaboração, implantação, implementação, avaliação e atualização do Plano de Segurança do Paciente e do Plano Institucional de Humanização;
- A sistematização de medidas preventivas, corretivas e centradas no paciente;
- Promoção de ações que favoreçam a integração, comunicação e cooperação entre todos os envolvidos na humanização e segurança do paciente;
- O Reconhecimento das mudanças alcançadas oriundas da implementação dos planos de ações, assim como, a sustentabilidade e disseminação da cultura de segurança.

Os eixos balizadores do NGHSP objetivam estruturar as estratégias, apropriação, disseminação e referência na defesa da *humanização e segurança do paciente* nos serviços de saúde.

- a. Estimular e apoiar os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) e os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) como espaços de análise dos processos de trabalho cotidiano, favorecendo o trabalho em equipe e compartilhado nos processos de cuidado e segurança.
- b. Apoiar e acompanhar Indicadores de Humanização e Segurança do Paciente como os indicadores-analisadores: Planos Institucionais de Humanização (PIH), Grupos de Trabalho de Humanização, os Núcleos de Segurança do Paciente e os Planos de Segurança do Paciente constituídos e organizados a partir das necessidades identificadas.
- c. Favorecer a função apoio pelo NGHSP e Rede de Articuladores de Humanização junto às unidades de saúde da SES.
- d. Promover ações de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Segurança do Paciente, incluindo a diretriz Transição Segura do Cuidado e a Produção do Cuidado Ampliado. Mecanismos de desospitalização e continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral à saúde.
- e. Estimular e apoiar a integração e Produção de Redes de Cooperação entre as unidades de saúde, considerando que a perspectiva de rede cria múltiplas respostas ao enfrentamento dos processos saúde-doença.
- f. Promover serviços de saúde como referência em Política de Humanização e Segurança do Paciente.
- g. Integração com arranjos de Educação Permanente em Saúde.
- h. Produção de relatos de experiências e narrativas sobre os processos de cuidado das equipes de saúde. Registros escritos como ferramentas de intervenção na medida em que a escrita convoca para a análise coletiva das práticas vivenciadas na saúde.

Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação Em Saúde E Gestão

O Estado de São Paulo possui um relevante aparato científico e tecnológico formado por instituições de pesquisa, universidades, hospitais que fazem pesquisa clínica e as empresas, que também possuem centros de Pesquisa e desenvolvimento, como nascentes intensivas em tecnologia.

Nos últimos anos, diversas iniciativas têm sido tomadas para incentivar o desenvolvimento de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I). Esse esforço inclui a revisão de leis, o financiamento à pesquisa inovadora, a capacitação de profissionais, entre outros exemplos. Há uma percepção clara sobre a necessidade de uma nova agenda que exige ações indutoras, congregando diferentes atores para apoiar a inovação e incentivar o desenvolvimento integral da ciência.

Não obstante os esforços que vêm sendo realizados, significativos gargalos limitam o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação no Estado. Na saúde, muito há que se trilhar para fortalecer a convergência entre o conhecimento e o SUS, o que reforça a necessidade de implantação de uma Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde da SES-SP efetiva e que venha atender as necessidades do estado.

As ações de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde desenvolvidas pela SES, estão amparadas na política nacional de gestão e tecnologias em saúde e na política estadual de ciência, tecnologia e inovação que rege as atividades de ciência, tecnologia e inovação (Decreto nº 62.817, de 02/09/2017) que dispõe sobre a atuação dos Núcleos de Inovação Tecnológica – NITs que integram a SES e que seguem as diretrizes de gestão da política de inovação estabelecidas pela ICTESP, conforme descrito no Artigo 8º: Para apoiar a gestão, a Instituição Científica e

Tecnológica do Estado de São Paulo (ICTESP) deverá dispor de Núcleo de Inovação Tecnológica - NIT próprio ou em associação com outras ICTESPs. (....). Os NITs atualmente existentes em cada uma das ICTESPs da SES são:

- a) no Instituto Adolfo Lutz;
- b) no Instituto Butantan;
- c) no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia;
- d) no Instituto "Lauro de Souza Lima";
- e) no Instituto Pasteur;
- f) no Instituto de Saúde;

O Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT) tem como função, o apoio às Instituições Científicas e Tecnológicas (ICTs), seus colaboradores e pesquisadores, na proteção de conhecimentos e resultados de suas pesquisas ou atividades, em especial conhecimento ou resultados com possibilidade de transferência de tecnologia e exploração para a geração de inovação, zelando pelo cumprimento das políticas de propriedade intelectual e de inovação tecnológica da instituição e de legislação conexa, facilitando a interação com os setores público e privado para o desenvolvimento de projetos de parceria e estabelecimento de acordos de transferência de tecnologia.

Cabe aos institutos que operam no âmbito da SES, orientar a sua capacidade intelectual para a execução de pesquisas que respondam as necessidades do SUS e atendam, especialmente, as lacunas identificadas.

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS no SUS por sua vez, tem como objetivo, maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade e sendo custo efetivas para a gestão.

Neste sentido, as demandas da área de ATS são destinadas ao Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS/SES/SP) - que pode gerenciar editais de pesquisa para atender das Coordenadorias de Regiões de Saúde, da assistência farmacêutica, das demandas judiciais, entre outras. As respostas judiciais por sua vez, podem ser apoiadas pelas Notas Técnicas elaboradas a partir das melhores evidências científicas, podendo resultar em significativa economia financeira para a SES/SUS.

O estado brasileiro que conta com maior número de NATS é São Paulo, o que facilita a viabilidade de um projeto contínuo para a área de ATS em que os resultados embasem as decisões gerenciais. Atualmente o Estado conta com 29 NATS sendo que a maioria está instalado nas Universidades Públicas e Institutos de Pesquisa sendo que muitos foram constituídos com incentivo técnico da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos da SES/SP.

O objetivo desta área, é avaliar tecnologias em saúde visando a eficácia, efetividade, eficiência e segurança nas ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e cuidados paliativos de saúde, baseados nas diretrizes terapêuticas e na incorporação de estudos e evidências científicas para o sistema de saúde.

Os serviços realizados pelos Núcleos (NATS) compreendem: estudos, produção de Pareceres Técnico Científicos - PTC, Avaliações Econômicas - AE e Avaliações de Impacto Orçamentário; Revisão Sistemática; Meta análise; Notas Técnicas e Avaliação de Equipamentos Médico Assistenciais.

Outra importante iniciativa se refere à Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REPATS, idealizada em 2012, foi composta pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde – NATS existentes no Estado de SP e ofertou cursos de formação na área de ATS, incentivou e, apoiou tecnicamente a constituição de vários NATS no estado de São Paulo em parceria com o NATS HCFMUSP e InCor, sendo suspenso temporariamente com a Pandemia de COVID.

A participação nos cursos, congressos e grupos da REBRATS tem sido contínua, bem como a organização de reuniões por EAD com temas e projetos de pesquisa relevantes para os serviços de oncologia - câncer de mama - câncer de próstata; metodologia para avaliação de tecnologias, entre outros. Essas reuniões são

destinadas aos profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e comunidade acadêmica.

Esta é uma importante área de inovação para o SUS e demanda a conjugação de esforços para a constante atualização do aporte, do financiamento na agenda de prioridades em pesquisas para a saúde.

Hemorrede Estadual

A Hemorrede pública do Estado de São Paulo é composta pelo conjunto de Serviços de Hemoterapia e Hematologia, organizados de forma hierarquizada e regionalizada, de acordo com o nível de complexidade e das funções que desempenham e a área de abrangência para assistência à rede de saúde.

Serviços de Hemoterapia

O funcionamento dos serviços de hemoterapia públicos está previsto na Resolução RDC/ANVISA nº 151 de 21 de agosto de 2001 e define o Regulamento Técnico sobre os Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia para prover o atendimento hemoterápico prestada ao município conforme a demanda e a complexidade da assistência.

Essa modelo objetiva viabilizar técnica e financeiramente a prestação da assistência hemoterápica (transfusões) pelo SUS com os recursos disponíveis, considerando a utilização plena, a partir da capacidade das unidades já instaladas nas regiões. O grupo de unidades é formado por: hemocentro; hemocentro-núcleo; unidades sorológicas; unidades transfusionais e postos de coleta de sangue, tendo cada um, um serviço específico que integra a rede.

Hemocentro: Âmbito macrorregional (CRS), referência em atendimento a pacientes hematológicos, de integração das estruturas públicas e filantrópicas. Prestador de serviços de ensino, pesquisa, suporte técnico e formador de recursos humanos.

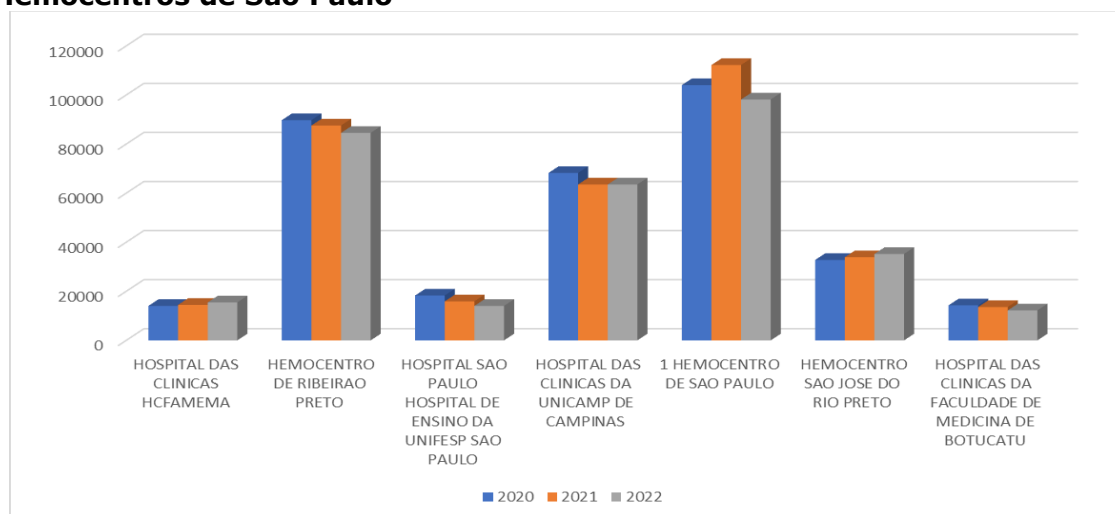
Hemonúcleo/Núcleo: Complexidade intermediária, tem apoio do Hemocentro regional para atendimento de casos graves e intercorrências de resolução complexa. Deverão coletar, fracionar e distribuir sangue e derivados.

Unidades Sorológicas: laboratórios públicos, universitários ou filantrópicos. Desenvolvem o controle sorológico do sangue a ser transfundido e prestam assistência às entidades que necessitam de diagnóstico sorológico.

Agências Transfusionais: atendimento transfusional, localizada em hospitais ou pequenos municípios onde a demanda não justifica estrutura complexa. O suprimento de sangue é realizado por intermédio dos Núcleos ou Hemocentros Regionais.

Postos de coleta de sangue: realizam a coleta do sangue, podendo conter fracionamento, armazenamento e a distribuição.

Gráfico 20 – Abastecimento da rede nos anos de 2020, 2021 e 2022 nos Hemocentros de São Paulo



*Banco SIA - Dados referentes ao ano de 2020, 2021 e 2022.

A Hemorrede do estado de São Paulo mantém a proposta de ofertar os serviços do sistema hemoterápico do estado, com excelência, qualidade e de forma estratégica para que a coleta seja adequada a necessidade de cada região.

Serviços tratadores de Hemofilias e outras coagulopatias hereditárias.

O tratamento das hemofilias e outras coagulopatias hereditárias tem como principal pilar, a reposição do fator da coagulação deficiente, os hemoderivados. Outros agentes hemostáticos também podem ser utilizados.

O Ministério da Saúde – MS, tem a responsabilidade de garantir o acesso aos hemoderivados para os portadores de coagulopatias conforme disposto no Decreto 3990 de outubro de 2001.

No âmbito federal, o planejamento e a distribuição aos Estados, é realizados de acordo com as informações que constam no cadastro dos pacientes diagnosticados nos estados e os hemoderivados por eles consumidos, disponíveis no sistema e plataforma de informações do MS - [Coagulopatias - coagulopatiasweb.datasus.gov.br](https://coagulopatiasweb.datasus.gov.br) - [Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados](https://coagulopatiasweb.datasus.gov.br).

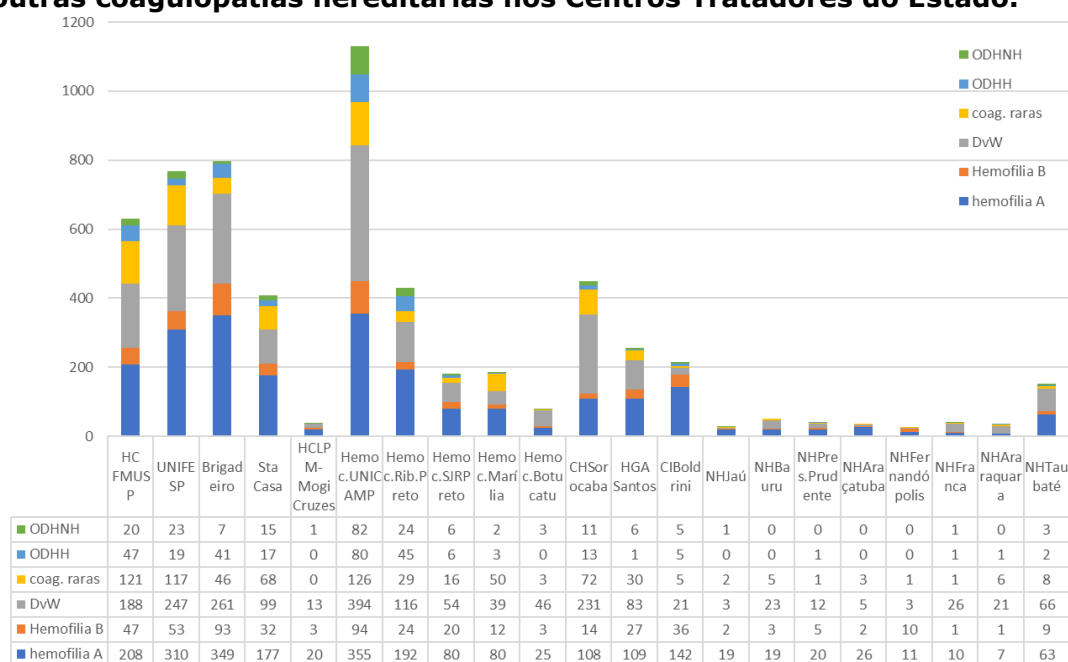
No âmbito do Estadual, em 2022 São Paulo movimentou R\$ 350.567.093,96 (Trezentos e cinquenta milhões, quinhentos e sessenta e sete mil, noventa e três reais e noventa e seis centavos) em medicamentos e insumos provenientes do MS. Dados extraídos do sistema GSNET em 24/05/2023).

As instituições de saúde que integram a rede de Centros tratadores de Hemofilia e outras coagulopatias hereditárias no estado de São Paulo são:

1. Hospital Brigadeiro,
2. Hospital de Clínicas da FMUSP,
3. Santa Casa de São Paulo,
4. UNIFESP,
5. HCLPM/Mogi das Cruzes,
6. Hemocentro da UNICAMP,
7. Centro Infantil Boldrini,
8. Hemocentro de São José do Rio Preto,
9. Núcleo de Hematologia e Hemoterapia de Fernandópolis,
10. Núcleo de Hematologia de Araçatuba,
11. Hemonúcleo da Unesp de Araraquara,
12. Hospital Guilherme Álvaro,
13. Hemonúcleo de Bauru,
14. Núcleo de Hematologia de Franca,

15. Hemocentro de Marília-FAMEMA,
16. Hemonúcleo de Piracicaba,
17. Hemonúcleo de Presidente Prudente,
18. Hemocentro de Ribeirão Preto,
19. Conjunto Hospitalar de Sorocaba
20. Hemonúcleo de Taubaté.

Gráfico 21 - Distribuição do atendimento dos pacientes Hemofílicos e com outras coagulopatias hereditárias nos Centros Tratadores do Estado.



*ODHNNH= outros distúrbios hemorrágicos não hereditários (inibidor de fator VIII adquirido, inibidor de fator vW adquirido, outros inibidores adquiridos) ; ODHH= outros distúrbios hemorrágicos hereditários (Síndrome Bernard Soulier, Tromboastenia de Glanzmann, portadora hemofilia A, portadora de hemofilia B, outras deficiências hereditárias combinadas, outras condições hemorrágicas hereditárias sem diagnóstico, outras trombopatias hereditárias); coag.raras = Coagulopatias raras; DvW = Doença de von Willebrand; Hemofilia B = deficiência congênita do Fator IX; Hemofilia A= deficiência congênita do Fator VIII. Dados extraídos do sistema hemovida web coagulopatias em 17/02/2023).

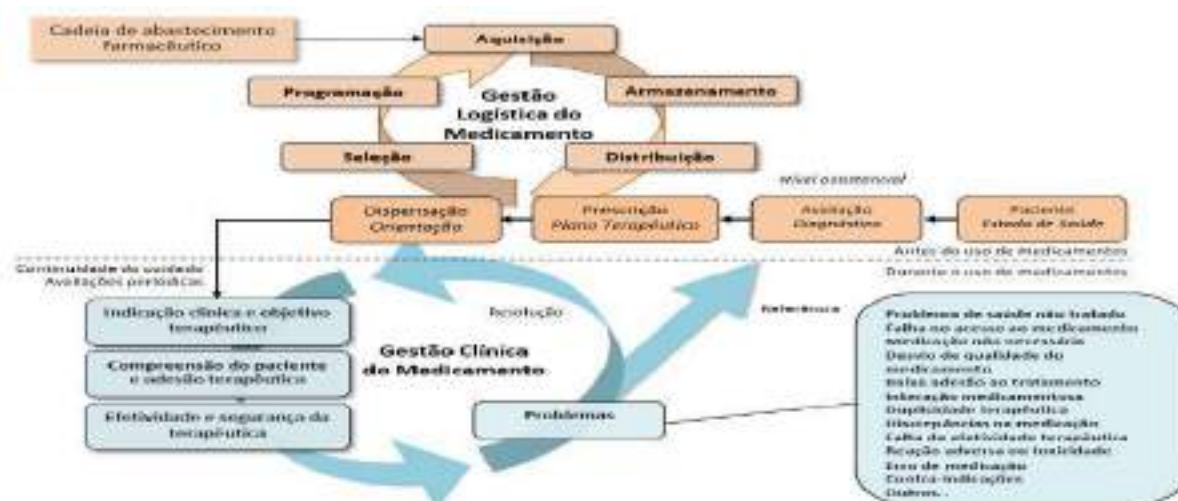
Fluxo de acesso de casos novos para diagnóstico ou suspeita de coagulopatias hereditárias

A gestão da Hemorrede tem ainda como propósito para os próximos anos, a implantação do Fluxo de regulação para atendimento de novos casos de pacientes com diagnóstico ou suspeita de coagulopatias hereditárias, possibilitando o acesso em tempo oportuno a rede de atendimento, e se necessário, aos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Assistência Farmacêutica Estadual

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).

Figura 2. Ciclo da Assistência Farmacêutica: representação esquemática das atividades de Assistência Farmacêutica.



Fonte: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. SOLER O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saude 2011; 2(3):41-49.

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 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).

Adicionalmente, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), resultado da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e estabelecida pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 338, de 6 de maio de 2004, corrobora a "utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica" (RENAME, 2022).

A partir de 2011, novos atos normativos regulamentaram o princípio da integralidade, estabelecendo critérios para seleção de tecnologias em saúde no SUS. Nesse ano, a Lei n.º 12.401, de 28 de abril, estabeleceu que o acesso aos medicamentos se dá "com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta lei", sendo a responsabilidade pelo fornecimento pactuada na Comissão Intergestores Tripartite

(CIT). Dessa forma, a RENAME cumpre papel estratégico nas políticas de saúde, ao relacionar os medicamentos utilizados no âmbito do SUS. O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que “a RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” e também que “a cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME e do respectivo FTN” (Formulário Terapêutico Nacional). Ainda, a RENAME cumpre a Resolução de Consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021, que apresenta a composição dessa Relação de acordo com as responsabilidades de financiamento da Assistência Farmacêutica entre os entes (União, estados e municípios), além de apresentar os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos do SUS. (RENAME, 2022.).

No âmbito do SUS, de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, as ações e os serviços de saúde estão alocados na forma de blocos de financiamento específicos, de acordo com seus objetivos e características. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes constantes dos Anexos da RENAME, 2022:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF);
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF);
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Em nível nacional, somando-se aos Componentes da Assistência Farmacêutica, são distribuídos os medicamentos da Política Nacional de Atenção Oncológica.

O Estado de São Paulo 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, de 28 de junho de 2011, Resolução CIT nº 01, de 17 de janeiro de 2012).

No Estado de São Paulo a ampliação do acesso à Assistência Farmacêutica ambulatorial se dá pelos Protocolos e Normas Técnicas Estaduais, e em caráter extraordinário, pelas Demandas Administrativas e Judiciais.

Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF) foi instituída pelo Governo do Estado de São Paulo, por meio do Decreto n.º 62.255, de 08 de novembro de 2016, com a finalidade principal de realizar a gestão técnica da Assistência Farmacêutica consolidando as Políticas de Medicamento e Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.

Os processos de Gestão da Assistência Farmacêutica na Secretaria de Estado da Saúde, são compartilhados com outras coordenadorias da Pasta:

1. Processos de Gestão Técnica:
 - Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde (CCTIES): gestão técnica dos medicamentos para coagulopatias;
 - Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD): gestão técnica dos medicamentos para DST/Aids, hormônio terapia para transsexualização, prevenção de deficiências nutricionais e vacinas;
 - Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS): gestão técnica dos medicamentos para uso ambulatorial e hospitalar no âmbito dos serviços de saúde de gestão direta;
 - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS): gestão técnica dos medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar no âmbito dos serviços de saúde de gestão indireta.

2. Processo de Gestão Administrativa:

- Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS): gestão administrativas dos contratos das Farmácias de Medicamentos Especializados (FME).
- Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS): gestão administrativa dos Núcleos de Assistência Farmacêutica, Unidades de Dispensação para atendimento das Demandas Extraordinárias (Judiciais e Administrativas), convênios de gestão das FME, aquisição de medicamentos, materiais e nutrição para atendimento das Demandas Extraordinárias.

Financiamento da Assistência Farmacêutica

A disponibilidade ambulatorial de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, sendo: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado, que possuem características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso e a disponibilização dos fármacos.

Em termos econômicos, o medicamento tem participação elevada e crescente como componente de custo dos cuidados de saúde, representando um importante item de despesa.

Conforme dados do Fundo Nacional de Saúde, do total do repasse estadual investido pelo Ministério da Saúde no bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO) 4,24% são aplicados no grupo de Assistência Farmacêutica, deste montante em média 37% é repassado fundo-a-fundo para o Estado de São Paulo, conforme representado no Quadro 1.

Quadro 10 - Repasses de recursos financeiros bloco custeio, valor bruto (em reais) por grupo, grupo - Assistência Farmacêutica

Forma de repasse	2019	2020	2021	2022	2023*
Transferência fundo a fundo para o ESP	292.228.044,32	234.511.972,92	173.283.613,06	230.166.151,89	163.887.161,22
Financiamento Nacional (AF)	728.932.666,96	619.798.304,00	496.396.161,61	644.685.688,56	434.423.180,97
Proporção ESP/Federal	40,09%	37,84%	34,91%	35,70%	37,73%

Fonte: Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. Disponível em <https://consultafns.saude.gov.br>. Acessado em 13.06.2023.

A Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS) está prevista no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), neste componente estão incluídos os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde. O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pelo artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017. De acordo com tal normativa, o governo federal deve realizar o repasse de recursos financeiros com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos: IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano; IDHM baixo: R\$ 6,00 por habitante/ano; IDHM médio: R\$ 5,95 por habitante/ano; IDHM alto: R\$ 5,90 por habitante/ano; e IDHM muito alto: R\$ 5,85 por habitante/ano.

As contrapartidas estadual e municipal devem ser de, no mínimo, R\$ 2,36 por habitante/ano, cada. Esse recurso pode ser utilizado somente para aquisição de itens

desse Componente (Anexos I e IV da RENAME). A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal.

Além do repasse de recursos para aquisição dos medicamentos, o Ministério da Saúde, por meio do CBAF, é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos clindamicina 300 mg exclusivamente para tratamento de hidradenite supurativa moderada, insulina humana NPH, insulina humana regular e dos itens que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, misoprostol, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma (RENAME, 2022).

A estimativa populacional considerada para cálculos do montante total a ser repassado aos municípios tem como base o Artigo 1º da Portaria de nº 3.193, de 09/12/2019 - "§ 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que teriam diminuição na alocação dos recursos nos termos do IBGE 2019 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a população estimada de maior quantitativo populacional, nos termos do IBGE 2016, 2011 ou 2009 (Deliberação CIB nº 93, de 23 de setembro de 2022).

Em 1995, no âmbito da Atenção Básica do Estado de São Paulo, foi implantado o Programa Dose Certa (PDC), que é um Programa de Assistência Farmacêutica do Governo do Estado de São Paulo 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 (aquisição e distribuição) para municípios.

Os diferenciais do PDC são: aquisição centralizada de medicamentos para municípios de menor porte populacional pela SES/SP, trazendo economia considerando a compra em maior escala; recebimento de incentivo financeiro por critério de vulnerabilidade; possibilidade de recebimento de 2 medicamentos para saúde mental, que não estão contemplados na RENAME, mas que são importantes no processo de cuidado de pacientes na atenção básica. Para atender essa estratégia, a SES/SP disponibiliza incentivo financeiro específico, além da contrapartida pactuada tripartite.

O elenco do PDC foi atualizado em 2022 para execução em 2023 passando para 81 medicamentos (Anexo II), sendo 79 constantes nos Anexos I da RENAME vigente no SUS e 2 medicamentos não listados na RENAME, que não podem ser adquiridos com as contrapartidas interfederativas obrigatórias, mas são medicamentos essenciais e prioritários na Atenção Básica (Deliberação CIB nº 93, de 23 de setembro de 2022).

A RENAME 2022 contempla 186 fármacos com 378 medicamentos (apresentações), os itens contemplados no PDC correspondem a 21% deste elenco. Ao aderir ao PDC, o município recebe a contrapartida financeira em medicamentos, conforme descrito abaixo:

Contrapartida da União

Recebe em medicamentos: R\$ 2,05/habitante/ano da faixa de valores definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que pode variar de R\$ 5,85 à R\$ 6,05 por habitante/ano. O recurso financeiro de R\$ 2,05/habitante/ano será repassado no Fundo Estadual de Saúde, e a SES/SP providenciará aquisição de medicamentos do PDC para repasse aos municípios;

Recebe repasse de recurso financeiro ao município no Fundo Municipal de Saúde, destinados à aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS: a) IDHM muito baixo: R\$ 4,00 (quatro reais) por habitante/ano; b) IDHM baixo: R\$ 3,95 (três reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano; c) IDHM médio: R\$ 3,90 (três reais e noventa centavos) por habitante/ano; d) IDHM alto: R\$ 3,85 (três reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano; e) IDHM muito alto: R\$ 3,80 (três reais e oitenta centavos) por habitante/ano.

Contrapartida do Estado de São Paulo

Recebe em medicamentos:

- a) R\$ 1,86/habitante/ano destinados à programação de 66 medicamentos (que constam na RENAME) conforme Anexo II desta Deliberação;
- b) R\$ 0,67/habitante/ano destinados à programação de medicamentos não constantes na RENAME vigente no SUS, atualmente, pactuado em 2 medicamentos conforme Anexo II;
- c) Incentivo financeiro, acrescidos de per capita por critério de vulnerabilidade variável, conforme descrito no item 2.3 deste anexo. O valor financeiro que será acrescido poderá ser variável a cada pactuação, dependendo do número de municípios aderentes ao PDC.

Recebe repasse de recurso financeiro no Fundo Municipal de Saúde, R\$ 0,50/habitante/ano destinados à aquisição de insumos para insulínodépendente IV, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS, conforme cronograma de repasse apresentado no Quadro 02.

Quadro 11 - Pactuação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo (Adaptado de Deliberações CIB nº 93/2022).

Porto populacional	Adesão ao Programa Dose Certa	Nº municípios	Transferência de recursos financeiros aos municípios Fundo-a-Fundo (Janeiro a Dezembro/2022) ¹		Distribuição de medicamentos pelo Programa Dose Certa
			Aquisição de insumos para diabetes*	Aquisição de medicamentos*	
> 270 mil hab.	Não elegível	28	R\$ 16,7 milhões	R\$ 43,1 milhões	—
< 270 mil hab.	Não	44			—
	Sim	573		—	R\$ 83,1 milhões
Total	—	645	R\$ 143,1 milhões		

*R\$ 0,50/hab/ano para insumos de diabetes e R\$ 1,86/hab/ano para a aquisição de medicamentos

(¹)Valores de transferência fundo-a-fundo. Disponível em: <http://www.portalfinanciadogestor.saude.sp.gov.br/login>

Relatório extraído em: 15 de fevereiro de 2023

Programa Dose Certa - elenco de 81 medicamentos

Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Departamento de Assistência Farmacêutica (CGAFB/DAF/SCTIE), realiza anualmente o repasse financeiro referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

A transferência desse recurso foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014, e hoje o texto integra o Título V, Capítulo VI, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

O CBAF/PNAISP é diferenciado e corresponde a um repasse anual de R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa privada de liberdade no Sistema Prisional. Para fins de cálculo do recurso, é utilizado o número de privados de liberdade disponibilizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) ao Ministério da Saúde. O recurso do CBAF/PNAISP deve ser executado pela Secretaria de Saúde e ser utilizado para aquisição dos medicamentos e insumos constantes nos Anexos I e IV da RENAME.

Conforme Deliberação CIB n.º 13/2023, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP, em sua 331ª reunião, realizada em 23/03/2023, aprova que o recurso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito da PNAISP, será executado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (transferido do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde), através da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica em atendimento a solicitação da Secretaria de Administração Penitenciária, que define o elenco, planejamento de compras, e local de entrega.

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. Os medicamentos e insumos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica estão relacionados nos anexos II e IV da RENAME. O anexo II contém com 163 fármacos e 231 apresentações; já o anexo IV com 15 insumos e 26 apresentações.

As responsabilidades do CESAF também são compartilhadas pelo governo federal, estadual e municipal, sendo a União o principal responsável pelo financiamento dos medicamentos. A dispensação pode ser realizada ambulatorialmente e nos hospitais. À SES/SP cabe a gestão logística dos medicamentos do CESAF até os serviços de saúde, sendo a maioria deles de gestão municipal. Atualmente o CESAF é gerenciado por diversas coordenadorias:

Coord. de Controle de Doenças: HIV (CRT-AIDS), hormônio terapia para transsexualização, e vacinas

Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde: Hemoderivados;

CAF: Outros medicamentos para as demais doenças abrangidas no CESAF, cujo relatório de atividades e produção são apresentados no Quadro 03.

Das 231 apresentações contidas no Anexo II, a CAF realiza a gestão logística das 82 apresentações para tratamento das patologias endêmicas como: brucelose, cólera, coqueluche, doença de chagas, doença falciforme, esquistossomose, febre maculosa, hanseníase, hepatites virais, influenza, leishmaniose, lúpus eritematoso sistêmico, malária, meningite, prevenção do vírus sincicial respiratório, toxoplasmose, tracoma e tuberculose são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos aos Estados, a quem cabe o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios.

Para o gerenciamento do CESAF, a CAF presta apoio técnico aos 23 Núcleos de Assistência Farmacêutica (NAF) dos DRS, os quais prestam apoio técnico aos estabelecimentos de saúde envolvidos na execução deste componente. Os NAF também fazem gerenciamento de almoxarifados regionais de medicamentos deste componente, intermediando a logística de medicamentos entre a CAF e serviços de saúde.

Quadro 12 - Principais resultados do CESAF 2020 - 2022 – sob gestão da CAF-SES/SP.

CESAF	2020	2021	2022
Elenco gerenciado	67	87	82
UF distribuídas	32.389.575	14.712.893	14.899.765
Valor dos medicamentos	R\$ 69.828.290,41	R\$ 35.947.684,00	R\$ 46.607.435,75

Assistência Farmacêutica de Média e Alta Complexidade

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, regulamentado pelas Portarias de Consolidação nº 2 e 6, de 28 de setembro de 2017, é uma estratégia de acesso a medicamentos e produtos nutricionais no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, 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:

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;

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.

O CEAf tem por objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, envolvendo medicamentos constantes no CBAf, até medicamentos para tratamentos mais complexos, cujas linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Em junho/2023 a SES/SP dispensa 304 medicamentos do CEAf para atendimento de 93 PCDTs.

O CEAf é o componente mais sensível à PNAf, pois abrange a lista de medicamentos de maior custo agregado, aumento progressivo da demanda, pois, geralmente as doenças tratadas são crônicas e complexas, faz-se necessário o aprimoramento contínuo dos mecanismos de gestão pelas três esferas de governo, referentes à regulação, avaliação e controle do componente, de forma que possibilite prescrição e uso racional de medicamentos.

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).

Em São Paulo, a ampliação de elenco para atendimento da média e alta complexidade, além daqueles disponíveis nos Componentes da Assistência Farmacêutica, acontece por meio de Normas Técnicas e Protocolos Clínicos do Estado de São Paulo (PE). Atualmente existem 29 itens disponíveis para prevenção e tratamento das seguintes condições clínicas:

Alergia a proteína do leite de vaca (APLV) – Resolução SS nº 336, de 27 de novembro de 2007, 03 itens;

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) – Resolução SS nº 35, de 18 de abril de 2019 e a Nota Técnica CAF nº 10, de 22 de junho de 2022 (06 itens);

Fibrose Cística - Lei nº 11.250, de 4 de novembro de 2002, 18 itens;

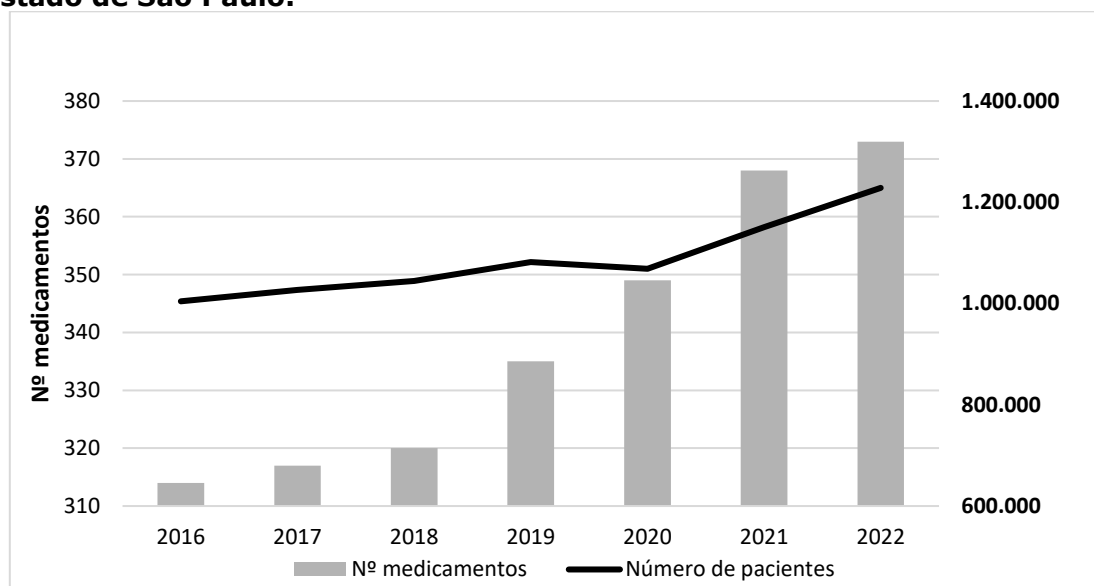
Prevenção da Isoimunização RH em gestantes – Resolução SS nº 199, de 06 de outubro de 2010, 01 item;

Lúpus Eritematoso Sistêmico - Lei nº 10.215, de 19 de janeiro de 1999 - Dispõe sobre a Política Estadual de Conscientização e Orientação sobre o L.E.S. - Lúpus Eritematoso Sistêmico. (Protocolo na íntegra) Deliberação CIB nº 69, de 14 de junho de 2021 - Aprova a Nota Técnica CIB – Orientações e condutas adotadas para o fornecimento de protetor solar para pacientes lúpicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo, 01 item;

Toxoplasmose aguda na gestação – Resolução SS nº 200, de 06 de outubro de 2010, em revisão, 04 itens, já contemplados como Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica.

A figura 2 demonstra um aumento crescente no número de itens incorporado no CEAF e PE durante os anos, e número de pacientes atendidos pelas FME anualmente, demonstrando a necessidade de estratégias de gestão para aprimoramento do sistema de saúde visando o atendimento aos pacientes, viabilizando o acesso aos medicamentos pelos usuários.

Figura 2 - Evolução do elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Protocolos e Normas Técnicas Estaduais no Estado de São Paulo.



Fonte: Sistema Medex- Elenco de medicamentos e pacientes atendidos no período de 2016 a 2022.

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 1,32% (Taubaté) a 3,86% (São José do Rio Preto), sendo a média estadual de 1,97% conforme demonstrado no quadro 4.

Quadro 13 - Abrangência de atendimento de pacientes com medicamentos do CEAF e PE no Estado de São Paulo, por DRS (2022).

Departamento Regional de Saúde	Núcleo de Assistência Farmacêutica	Farmácia de Medicamento Especializado	População atendida por FME com a dispensação de medicamentos do CEAF (Média/Mês 2022)	População atendida por NAF com a dispensação de medicamentos do CEAF (Média/Mês 2022)	População (IBGE, 2021)	Proporção entre a população atendida com a dispensação de medicamentos pelo CEAF e a população abrangida por região (*)
DRS I - Grande São Paulo	I - Capital	FME CRT Aids	978	203.528	12.396.372	1,64%
		FME Dante Pazzanese	7.500			
		FME Dr. Geraldo Bourroul	4.513			
		FME Emilio Ribas	21			
		FME HCFMUSP São Paulo	41.398			
		FME Hospital Heliópolis	583			
		FME IAMSPE	9.789			
		FME Maria Zélia	102.608			
		FME Várzea do Carmo	15.784			
		FME Vila Mariana	20.354			
	II - Santo André	FME Santo André	21.327	41.760	2.825.048	1,48%
		FME São Bernardo do Campo	14.746			
		FME São Caetano do Sul	5.687			
	III - Mogi das Cruzes	FME Guarulhos	12.419	26.178	3.336.848	0,78%
		FME Mogi das Cruzes	13.759			
	IV - Franco da Rocha	FME Franco da Rocha	5.637	5.637	624.533	0,90%
	V - Osasco	FME Osasco	36.561	36.561	2.865.703	1,28%
	TOTAL - DRS I - Grande São Paulo		313.664	313.664	22.048.504	1,42%
DRS IX - Marília	Assis	FME Assis	13.366	13.366	397.689	3,36%
		FME Marília	17.582	17.582	762.310	2,31%
	TOTAL - DRS IX - Marília		30.948	30.948	1.159.999	2,67%
DRS VI - Bauru	Bauru	FME Bauru	26.333	26.333	971.217	2,71%
		FME Botucatu	16.861	16.861	856.827	1,97%
	TOTAL - DRS VI - Bauru		43.194	43.194	1.828.044	2,36%
DRS VII - Campinas	Campinas	FME Campinas	64.803	70.389	4.779.797	1,47%
		FME UNICAMP	5.586			
	TOTAL - DRS VII - Campinas		70.389	70.389	4.779.797	1,47%
DRS XV - São José do Rio Preto	São José do Rio Preto	FME São José do Rio Preto - HB	14.607	56.182	1.653.612	3,40%
		FME São José do Rio Preto - JP II	23.086			
		FME Votuporanga	18.489			
	TOTAL - DRS XV - São José do Rio Preto		56.182	56.182	1.653.612	3,40%
DRS XVII - Taubaté	São Jose dos Campos	FME São José dos Campos	19.951	19.951	1.615.952	1,23%
		FME Taubaté	11.378	11.378	983.266	1,16%
	TOTAL - DRS XVII - Taubaté		31.329	31.329	2.599.218	1,21%
DRS II - Araçatuba	Araçatuba	FME Araçatuba	19.428	19.428	445.216	4,36%
DRS III - Araraquara	Araraquara	FME Araraquara	16.628	16.628	728.675	2,28%
DRS IV - Baixada Santista	Santos	FME Santos	32.876	32.876	1.614.475	2,04%
DRS V - Barretos	Barretos	FME Barretos	12.547	12.547	782.748	1,60%
DRS VIII - Franca	Franca	FME Franca	18.733	18.733	285.331	6,57%
DRS X - Piracicaba	Piracicaba	FME Piracicaba	35.134	35.134	1.556.420	2,26%
DRS XI - Presidente Prudente	Prudente	FME Presidente Prudente	23.475	23.475	843.272	2,78%
DRS XII - Registro	Registro	FME Registro	6.142	6.142	2.581.508	0,24%
DRS XIII - Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	FME Ribeirão Preto	27.311	27.311	802.122	3,40%
DRS XIV - São João da Boa Vista	São João da Boa Vista	FME São João da Boa Vista	25.542	25.542	1.042.640	2,45%
DRS XVI - Sorocaba	Sorocaba	FME Sorocaba	44.465	44.465	1.897.551	2,34%
Total			807.987	807.987	46.649.132	1,73%
(*)Parâmetros Nacionais - Estimativa populacional atualizada e enviada ao Tribunal de Contas da União (2021): 213.317.639; Proporção entre a população atendida pelo CEAF/SP e a população brasileira: 0,4%						

Fonte: Estimativa populacional - <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Fonte: 1 - População atendida com a dispensação de medicamentos do CEAF (Média/Mês 2022 - Medex).

Em 2022 foram apresentados no SIASUS 496.063.103 procedimentos (unidades farmacêuticas) de medicamentos e produtos nutricionais do CEAF, dos quais 495.362.438 (99,86%) tiveram o faturamento aprovado pelo Ministério da Saúde. Dos procedimentos aprovados pelo Ministério da Saúde, 39.084.029 se referiam aos 48 medicamentos do Grupo 1B, financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pela SES/SP, representando o faturamento de R\$ 228.134.240,48.

Em números de procedimentos (unidades farmacêuticas), o faturamento de 2022 aumentou em 22% com relação ao ano de 2018 (408.342.014), entretanto, em

termos financeiros, houve redução (- 23%) no repasse federal para financiamento de medicamentos do Grupo 1B no mesmo período (R\$ 296.160.099,57 em 2018) devido a centralização da aquisição de diversos medicamentos pelo Ministério da Saúde.

A dispensação dos medicamentos e produtos nutricionais contemplados nos PCDT do Ministério da Saúde e dos Protocolos e Normas Técnicas Estaduais, são realizados pelas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME). Atualmente contamos com 40 FME distribuídas pelas DRS, sendo 17 no DRS I e 23 localizadas nos demais DRS.

Atualmente temos 03 (três) modalidades de atendimento, conforme quadro abaixo:

Quadro 14 - Modalidades de atendimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados do Estado de São Paulo

Tipo atendimento	Descrição do atendimento
Presencial	Paciente solicita o medicamento (entrega de documentos na FME). Os documentos são avaliados, conforme PCDT, e se de acordo, segue para autorização (faturamento) e dispensação (emissão de recibo).
Malote	Paciente entrega a documentação na Farmácia Municipal (FM) próximo a sua residência. A FM encaminha a documentação para FME de referência da sua região. A FME faz o processo de triagem de documentos, avaliação, autorização e dispensação dos medicamentos. A FM agenda retirada dos medicamentos na FME. Os funcionários da FM entregam o medicamento ao paciente. Caso não consiga dispensar, o medicamento é devolvido para a FME para realizar o estorno da dispensação.
Entrega em casa	Primeira solicitação é realizada no formato "presencial". Nesta primeira solicitação o paciente opta pelo recebimento dos medicamentos na sua residência, a partir da 2ª dispensação. A entrega do medicamento do paciente na residência do paciente acontece mensalmente, caso ele não esteja no local de entrega são realizadas 02 tentativas posteriores; caso a entrega não tenha sido realizada o paciente precisar ir a FME presencialmente retirar o medicamento. Este fluxo está ativo somente nas FME Maria Zélia e HC-FMUSP – São Paulo.

As FME realizam o atendimento presencial de pacientes de municípios de grande porte da região metropolitana e do interior do Estado (geralmente municípios sede do DRS) e a distribuição dos medicamentos para municípios, que apoiam na dispensação destes medicamentos aos pacientes. Também existe a modalidade de distribuição de medicamentos e produtos nutricionais em domicílio de pacientes (Programa MEDCASA) e em serviços de referência de tratamento dos pacientes, tais como, hemodiálise, espasticidade, glaucoma, palivizumabe, entre outros. Em relação aos modelos de atendimento de pacientes do CEAF e PE tem-se: 10% dos pacientes atendidos no Programa MEDCASA, 40% dos pacientes atendidos presencialmente e 50% dos pacientes atendidos com apoio de municípios paulistas.

Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Oncologia (PNO)

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 874, de 16/05/2013; e tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Como Componentes dos Sistemas de Apoio está previsto prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo através da CAF realiza a logística de distribuição do elenco de aquisição centralizada para os hospitais oncológicos habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS. Estes hospitais oncológicos são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos recebidos da CAF-SES/SP, e também daqueles itens que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes, em ambos os casos codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS, em articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), realiza a aquisição centralizada dos seguintes medicamentos para atendimento da Política Nacional de Atenção Oncológica: dasatinibe 20mg e 100mg, mesilato de imatinibe 100mg e 400mg, nilotinibe 200mg, pertuzumabe 420mg, rituximabe 100mg e 500mg e trastuzumabe 150mg. Ainda, há outros medicamentos de aquisição centralizada pelo MS, que o acesso ocorre pelo CESAF: talidomida e zidovudina.

No Quadro 06 são apresentados os principais dados de produção em relação aos medicamentos oncológicos.

Quadro 15 - Principais resultados de medicamentos oncológicos 2020 – 2022

Oncológicos	2020	2021	2022
Média mensal da distribuição UF	183 mil	145 mil	192.591 mil
Valor (em R\$) de UF distribuídas	14 milhões	16 milhões	19,4 milhões
Média mensal de pacientes contemplados	7.728	8.576	8.255
Nº de CACONS e UNACONS contemplados	71	72	74

Fonte: sistema CLIF

Oncológicos	2020	2021	2022
Média mensal da distribuição UF	183 mil	145 mil	192.591 mil
Valor (em milhões de R\$) de UF distribuídas	14	16	19,4
Média mensal de pacientes contemplados	7.728	8.576	8.255
Nº de CACONS e UNACONS contemplados	71	72	74

Manutenção dos Medicamentos Oncológicos com Aquisição pelo MS – Distribuição média mensal de 201 mil unidades farmacêuticas (equivalente à média de R\$ 19,8 milhões/mês), de 9 medicamentos adquiridos pelo MS, para atendimento médio de 8.255 pacientes por trimestre em hospitais da Rede de Atenção Oncológica de Alta Complexidade. (Relatório Anual de Gestão CAF, 2022)

Fornecimento de medicamentos e produtos nutricionais não padronizados em caráter excepcional – Solicitações Administrativas e Demandas Judiciais

A solicitação de medicamento ou nutrição enteral para SES/SP consiste no requerimento de medicamento ou nutrição enteral não disponibilizado pelo SUS, em caráter de excepcionalidade, esgotadas todas as alternativas terapêuticas disponibilizadas, sendo importante apresentar na literatura científica forte nível de evidência para sua utilização. Regulamentada pela Resolução SS nº 54, de 11 de maio de 2012, as solicitações administrativas são gerenciadas pela CAF, sendo dispensados medicamentos e nutrição enterais adquiridos exclusivamente de fornecedores nacionais.

As avaliações das demandas administrativas são realizadas por técnicos da CAF e serviços de referência em Dermatologia (FMABC), Endocrinologia (HCFMUSP e UNIFESP), Reumatologia (HCFMUSP) e Oftalmologia (atualmente a avaliação dos pacientes é realizada por centros distribuídos no Estado, sob gestão da CGCSS, considerando a incorporação do protocolo de DMRI), nestes serviços também acontecem ações de compartilhamento de dose de medicamentos, visando o uso racional de medicamentos com economia de recursos financeiros estaduais.

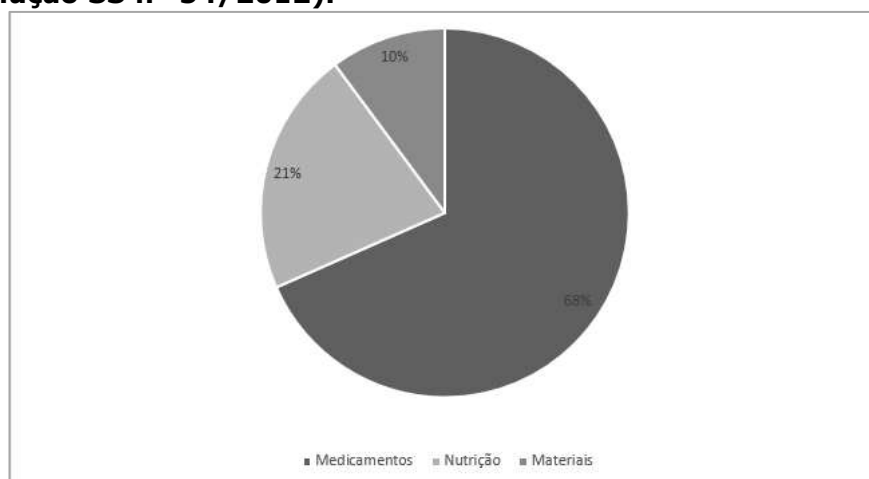
O Grupo de Farmacologia/CAF mantém parceria com Centros de Referência para avaliação presencial de pacientes atendidos por solicitação administrativa, bem como administração de medicamentos e monitoramento do tratamento.

- Dermatologia – Urticária
- Endocrinologia – Diabetes Mellitus
- Reumatologia

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.

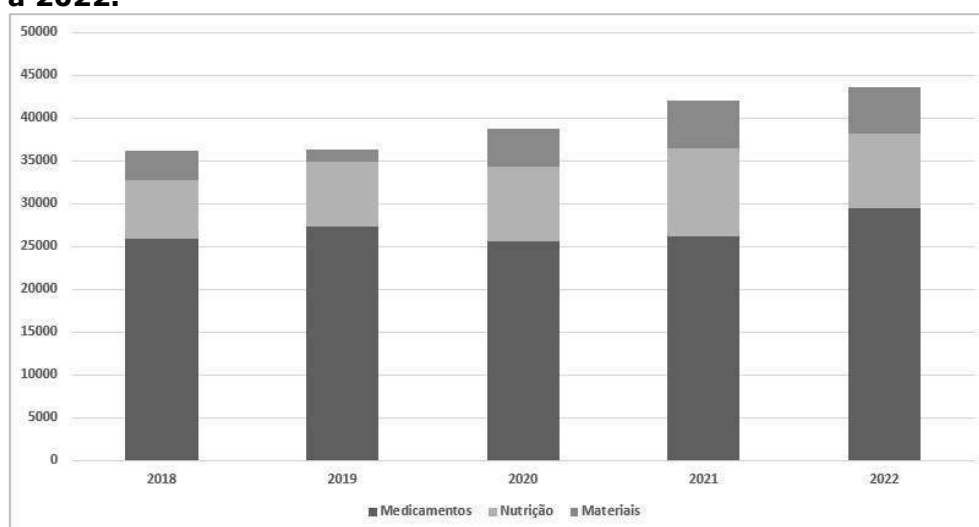
Em 2022, a partir de parcerias previamente estabelecidas com serviços de referência em dermatologia, endocrinologia, reumatologia e oftalmologia foi possível economizar um valor superior a R\$ 10.178.901,12 de reais de janeiro a setembro de 2022. Esse valor foi economizado através de: indeferimento de medicamentos sem indicação para pacientes da dermatologia (R\$ 507.304,80); indeferimento de bombas de insulina para pacientes da endocrinologia sem a devida indicação (R\$ 2.262.871,21 – o equivalente ao primeiro ano de tratamento com a bomba 640G); compartilhamento de doses infundidas em serviços de referência de reumatologia (R\$ 574.674,63); compartilhamento de doses infundidas em 19 serviços de referência de oftalmologia, aplicações intravítreas de bevacizumabe (R\$ 6.470.049,48).

Figura 3 - Caracterização das solicitações administrativas recebidas (Resolução SS nº 54/2012).



Fonte: Sistema S-Codes – período avaliado: 2018 a 2022.

Figura 4 - Número de solicitações administrativas ativas por ano, no período 2018 a 2022.



Fonte: S-Codes

As demandas judiciais impetradas contra a SES/SP são gerenciadas administrativamente pela CAF - Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde (GCODES). Cabe a CAF, a Coordenadoria Geral de Administração (CGA) e a Coordenadoria de Regiões e Saúde (CRS), com intermediação dos DRS, a programação e aquisição de medicamentos e produtos nutricionais.

Quando a demanda administrativa é deferida ou a decisão judicial é formalizada, cabe a CAF:

Programação e aquisição de medicamentos de demandas a serem dispensadas no âmbito do DRS 1 – Grande São Paulo (cadastrados na UD Tenente Pena) e alguns medicamentos padronizados em programas oficiais (outras demandas) os demais DRS;

Programação de aquisição e monitoramento das aquisições de nutrição, materiais de saúde e realizadas pela CGA a serem dispensadas no âmbito do DRS 1 – Grande São Paulo (cadastrados na UD Tenente Pena);

Programação de aquisição, monitoramento das aquisições de produtos importados realizadas pela CGA, e logística de distribuição para abastecimento dos DRS.

Para o gerenciamento das dispensações de demandas judiciais e administrativas a SES/SP conta com 24 Unidades Dispensadoras (UD) dos DRS, que são supervisionados pelos 23 NAF e CAF (GF e GCODES).

No Quadro 06 são apresentados os dados de produção relacionados às demandas judiciais.

Quadro 16 - Principais resultados de Demandas Judiciais 2020 – 2023*.

Demandas Judiciais	2020	2021	2022	2023*
Nº de demanda judiciais ativas (materiais, medicamentos e nutrição)	7.399	8.185	7.227	7.029
Quant. de itens cadastrados de demandas judiciais (materiais, medicamentos e nutrição)	15.799	16.388	14.361	10.333

Fonte: S-Codes. (*) dados até 26-06-2023.

Demandas Judiciais	2020	2021	2022	2023*
Nº de demanda judiciais ativas (materiais, medicamentos e nutrição)	7399	8185	7227	7029
Quant. de itens cadastrados de demandas judiciais (materiais, medicamentos e nutrição)	15799	16388	14361	10333

Gestão clínica do medicamento – Cuidado Farmacêutico

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 (Brasil, 2014).

Com a evolução da atividade clínica do farmacêutico e das políticas públicas de saúde, o conceito de “Cuidado Farmacêutico” foi proposto pelo Ministério da Saúde. O Cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrando sua atenção nos usuários, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenindo agravos. Tem como objetivo promover a utilização adequada dos medicamentos, com foco no alcance de resultados terapêuticos concretos. Na prática, o cuidado farmacêutico ocorre por meio de ações de serviços de clínica farmacêutica.

A clínica farmacêutica, por sua vez, abriga serviços com foco no uso racional de medicamentos, com o objetivo de alcançar resultados concretos de segurança e efetividade do tratamento. Esse objetivo é alcançado através da otimização dos processos de farmacoterapia, seleção da terapêutica e adesão aos medicamentos pelo usuário.

Em 2016 alguns serviços farmacêuticos clínicos foram mapeados pelo CFF, conforme necessidades identificadas na população, esquematizado na figura 5.

Figura 5 - Necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, e os serviços farmacêuticos correspondente



Fonte: CFF, 2016.

Os serviços farmacêuticos clínicos nos estabelecimentos de saúde públicos no Estado de São Paulo, conforme evidenciado no Plano Diretor da Assistência Farmacêutica realizado em 2019-2021, vem apresentando avanços, mesmo que de forma tímida. Estes serviços clínicos acontecem principalmente no âmbito municipal, porém, também são desenvolvidas iniciativas em estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e convênio com universidade, conforme demonstrado abaixo:

Seguimento farmacoterapêutico de pacientes com câncer de próstata pela Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo (FARMUSP). Neste projeto 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 2022, 19 pacientes estavam em atendimento pelo serviço.

O Ambulatório de Farmácia Clínica da Divisão de Farmácia do Instituto Central do HCFMUSP realiza as ações de orientação e cuidado farmacêutico diretamente aos pacientes ambulatoriais, como: Orientação farmacêutica na alta hospitalar; Orientação para início de tratamento de Hepatite C (2.061 consultas de 2015 a novembro de 2022); Participação de equipe multiprofissional no ambulatório de anticoagulação para pacientes pós covid19, em 2020 e 2021 (200 pacientes atendidos); Visitas domiciliares junto com equipe interdisciplinar; Orientação de dispositivos inalatórios para ASMA E DPOC; Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes de diversas especialidades, geriatria, clínica médica, endocrinologia, hepatologia, pneumologia e dermatologia, em 2022 o ambulatório realizou 1933 consultas farmacêuticas de maneira presencial ou por telefarmácia.

"O Cuidado Farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica": Continuidade do 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.

Quadro 17 - Número de consultas farmacêuticas realizadas nas Farmácias de Medicamentos Especializados em continuidade ao Projeto "Cuidado Farmacêutico no CEAF".

Farmácias de Medicamentos Especializados	2020	2021	2022	2023*	Total
UNIDADE MARIA ZÉLIA (AC)	60	122	71	54	307
UNIDADE VÁRZEA DO CARMO	37	5	33	22	97
UNIDADE CAMPINAS	11	27	23	3	64
UNIDADE GUARULHOS	15	0	30	33	78
UNIDADE VILA MARIANA	17	9	27	11	64
UNIDADE MOGI DAS CRUZES	0	13	118	61	192

*Dados até maio de 2023

Farmácias de Medicamentos Especializados	2020	2021	2022	2023*	SOMATÓRIA
UNIDADE MARIA ZÉLIA (AC)	60	122	71	54	307
UNIDADE VÁRZEA DO CARMO	37	5	33	22	97
UNIDADE CAMPINAS	11	27	23	3	64
UNIDADE GUARULHOS	15	0	30	33	78
UNIDADE VILA MARIANA	17	9	27	11	64
UNIDADE MOGI DAS CRUZES	0	13	118	61	192

*Dados até maio de 2023

Dispensação qualificada de medicamentos na Farmácia de Medicamentos Especializados da UNICAMP, com orientação verbal e materiais impressos sobre o uso, armazenamento; checagem de interações medicamentosas; avaliação de adesão ao tratamento; identificação e notificação Reações Adversas aos Medicamentos; identificação e intervenção farmacêutica na resolução de Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM).

Encontros de Atenção à Saúde (Educação em Saúde) realizados pelas Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP. Os encontros de educação em saúde foram retomados em 2022, uma vez que em 2020 e 2021 foram suspensos devido a pandemia.

Quadro 18 - Número de encontros realizado e pacientes impactados com educação em saúde realizadas pelas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) da SES/SP.

Unidade	2022		2023*		TOTAL	
	N.º Encontros	N.º Pacientes	N.º Encontros	N.º Pacientes	N.º Encontros	N.º Pacientes
MARIA ZÉLIA	2	41	0	0	2	41
VÁRZEA DO CARMO	2	52	1	16	3	68
CAMPINAS	1	5	1	9	2	14
GUARULHOS	1	3	0	0	1	3
VILA MARIANA	2	15	0	0	2	15
MOGI DAS CRUZES	2	37	1	6	3	43
TOTAL	10	153	3	31	13	184

É um desafio para os gestores da Assistência Farmacêutica da SES/SP o fortalecimento dos serviços clínicos atualmente em funcionamento, bem como a implementação de estratégias robustas para ampliação do Cuidado Farmacêutico no Estado de São Paulo (em serviços municipais ou estaduais).

Inovação tecnológica nos processos de trabalho da Assistência Farmacêutica

A execução da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo envolve diversos processos de trabalho e gestores, na operação logística e clínica, conforme demonstrado na figura 1, com a distribuição de aproximadamente 872 itens (quadro 1) pela logística centralizada da SES/SP, equivalente a um valor de 3,8 bilhões de reais por ano, para 1.529 unidades de saúde e centro de distribuição estaduais e/ou municipais, distribuídos nos 645 municípios do Estado de São Paulo.

Quadro 19 – Elenco de medicamentos por programa da Assistência Farmacêutica envolvido na logística centralizada de medicamentos da SES/SP

Programas	Quantidade
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	94
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	82
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	304
Medicamentos da Política Nacional da Atenção Oncológica	9
Protocolos Clínicos e Normas Técnicas Estaduais	20
Demandas Extraordinárias – medicamentos	363
Total	872

Fonte: Sistemas Informatizados CAF-SES/SP.

Considerando a complexidade de gestão da Assistência Farmacêutica, bem como o desafio de avançar na gestão clínica do medicamento, fica evidenciado a necessidade de inovações dos processos de trabalho, com recursos tecnológicos avançados, de forma que os farmacêuticos no Estado de São Paulo tenha maior suporte nas atividades voltadas ao abastecimento de medicamentos e possa inovar e atuar com maior intensidade nas demais etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, ampliando acesso e uso racional de medicamentos (URM), bem como trazendo maior qualidade, facilidade, rapidez e rastreabilidade no atendimento aos usuários do SUS.

Vigilância em Saúde

Promoção, Prevenção, Proteção E Controle Em Saúde No Estado De São Paulo

As rápidas mudanças ocorrem e alteram continuamente os cenários demográficos, epidemiológicos, sociais e ambientais, muitas das quais advindas da globalização. E considerando que emergências em saúde pública demandam emprego urgente de medidas de prevenção e de controle e contenção de riscos e de danos, e abordagem de agravos à saúde pública em (surto e epidemias), de desastres, ou situações de desassistência à população, tudo isso exige o aprimoramento dos diferentes processos de planejamento para a tomada de decisão oportuna e com qualidade.

A Vigilância em Saúde, coordenada no Estado de São Paulo pela Coordenadoria de Controle de Doenças, é responsável pelo planejamento das ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes do processo de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos.

São ações de saúde coletiva, que desenvolvem as atividades interligadas de vigilância epidemiológica e sanitária, diagnóstico laboratorial, controle de vetores, imunização, documentação histórica e educação continuada assegurando o pleno desempenho e o alcance dos melhores resultados para a vigilância em saúde, em benefício da população paulista.

Doenças Endêmicas, Epidêmicas E Outros Fatores De Risco Para A Saúde

Doenças Exantemáticas: Sarampo e Rubéola

O Brasil recebeu em 2015, junto aos países das Américas, a certificação da eliminação da rubéola e, em 2016, a certificação da eliminação do vírus do sarampo. Desde então, nenhum caso de rubéola foi registrado no país, porém, em 2018, o sarampo foi reintroduzido no Brasil e, no ano de 2019, após um ano de circulação da mesma cadeia de transmissão do vírus, o Brasil perdeu o *status* de "área livre do sarampo". O estado de São Paulo (ESP) naquele ano apresentou o maior número de casos confirmados de sarampo em duas décadas. Apesar de as ações realizadas no enfrentamento dos surtos de sarampo, ocorridos no País e no ESP, a cadeia de transmissão da doença não foi interrompida, persistindo a transmissão nos anos seguintes. Casos da doença, esporádicos e individuais, caracterizando a transmissão gota a gota, foram confirmados no ESP em 2021 e 2022. O último caso confirmado no estado foi em 25 de maio de 2022.

A Tabela 60 abaixo apresenta o número de casos suspeitos de sarampo segundo sua classificação final e proporção de casos classificados por critério laboratorial, registrados no período de 2016 a 2022 no estado de São Paulo.

Tabela 60. Sarampo: Casos suspeitos, classificação final e proporção de casos classificados por critério laboratorial, estado de São Paulo, 2016 a 2022.

Ano	Suspeitos	Casos confirmados	% de casos confirmados por critério laboratorial	Casos descartados	% de casos descartados por critério laboratorial
2016	97	0	0	97	93%
2017	78	0	0	78	96%
2018	570	6	100%	558	93%
2019	53.898	18045	73%	35650	85%
2020	2.868	875	78%	1990	84%
2021	517	8	100%	507	93%
2022	1.145	8	88%	1137	94%

Fonte: SinanNet, dados em 17 de julho de 2023

As medidas recomendadas de vigilância epidemiológica, de confirmação laboratorial, de prevenção e controle do sarampo devem ser fortalecidas, priorizando as populações de maior risco (trabalhadores da saúde, crianças menores de cinco anos, adolescentes e adultos jovens, comunidades com surtos ativos de sarampo), e municípios com circulação ativa do vírus do sarampo, com vistas à interrupção do surto no ESP.

Ademais, frente à necessidade de obter a reverificação da eliminação do sarampo, foi instituída uma sala de situação estadual (Resolução SS 119 de 06 de setembro de 2022) para elaboração de um plano de eliminação do sarampo no território paulista, disponível no endereço eletrônico do CVE <https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sarampo/planosarampo09nov2022-final.pdf>

O sarampo e a rubéola possuem vigilância integrada, no sentido da detecção oportuna de casos, agregados e surtos de doenças exantemáticas febris, com vistas à efetivação adequada das medidas de controle. A importância epidemiológica da Rubéola está representada pela ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) que atinge o feto ou o recém-nascido cujas mães se infectaram durante a gestação. O último caso confirmado de rubéola no ESP ocorreu em 2008.

A Tabela 61 abaixo apresenta o número de casos suspeitos de rubéola segundo sua classificação final e proporção de casos classificados por critério laboratorial, registrados no período de 2016 a 2022 no estado de São Paulo.

Tabela 61. Rubéola: Casos suspeitos, classificação final e proporção de casos classificados por critério laboratorial, estado de São Paulo, 2016 a 2022.

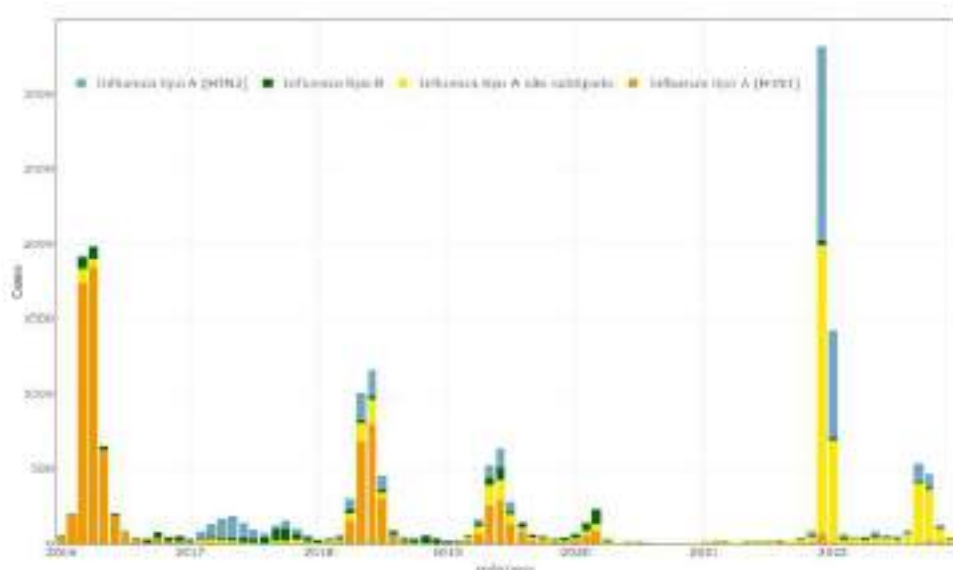
Ano	Suspeitos	Casos confirmados	% de casos confirmados por critério laboratorial	Casos descartados	% de casos descartados por critério laboratorial
2016	358	0	0	358	90%
2017	283	0	0	283	94%
2018	288	0	0	288	92%
2019	486	0	0	486	81%
2020	139	0	0	139	72%
2021	100	0	0	100	86%
2022	171	0	0	171	84%

Fonte: SinanNet, dados em 17 de julho de 2023.

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 2016 e 2018. No ano de 2022, observou-se a maior circulação do vírus influenza A(H3N2) no território paulista.

Figura 6. Distribuição de casos hospitalizados de SRAG confirmados para o vírus influenza, segundo mês e ano de início de sintomas. Estado de São Paulo, 2016-2022.



Fonte:

Sivep-gripe. Dados em 19/07/2023, sujeitos a alterações.

Tabela 62. Distribuição dos casos SRAG por COVID-19, segundo evolução final e ano epidemiológico, Estado de São Paulo, 2020-2022

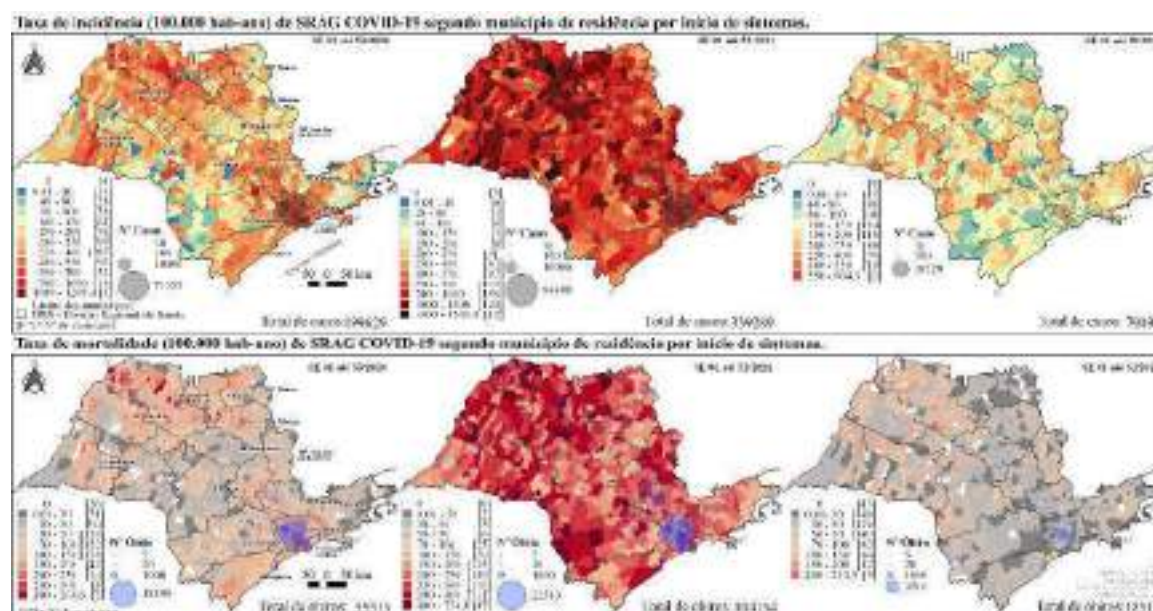
	Total N = 611757	Período		
		2020 N = 197478	2021 N = 342247	2022 N = 72032
Evolução, n (%)				
Óbito	179 205 (29%)	54 939 (28%)	105 136 (31%)	19 130 (27%)
Óbito por outras causas	1 645 (0,3%)	319 (0,2%)	406 (0,1%)	830 (1,2%)
Recuperado	412 750 (67%)	138 264 (70%)	226 654 (66%)	47 832 (66%)
Em aberto	18 157 (3,0%)	3 956 (2,0%)	9 951 (2,9%)	4 240 (5,9%)

Fonte: Sivep-gripe. Dados em 19/07/2023, sujeitos a alteração.

As pessoas idosas (60 anos ou mais) fazem parte do grupo mais acometido pela doença.

Observou-se a maior concentração de óbitos na Região Metropolitana de São Paulo (Figura 3), notadamente no município de São Paulo, e acréscimos de registros também no interior paulista, no decorrer do período observado.

Figura 8. Taxa de incidência e mortalidade de SRAG Covid-19 segundo município de residência e início de sintomas. Estado de São Paulo, 2020-2022.



Fonte: Sivep-gripe. Dados em 19/07/2023, sujeitos a alteração.

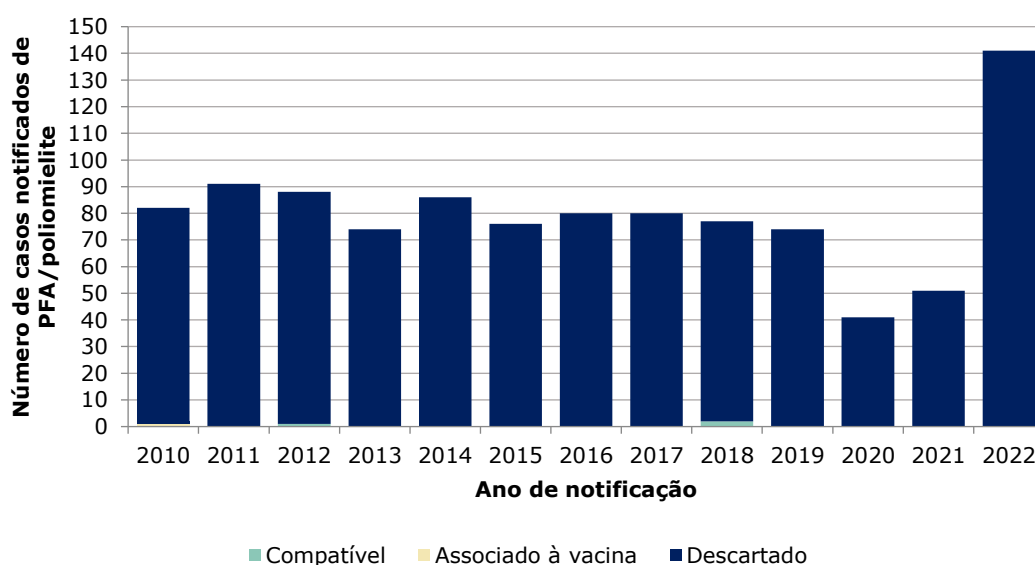
Poliomielite

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, de gravidade extremamente variável que pode ocorrer sob a forma de infecção inaparente ou apresentar manifestações clínicas, com frequência caracterizadas por febre, mal-estar, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e rigidez de nuca, acompanhadas ou não de paralisia, que ocorre em cerca de 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias, acometendo, de modo geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia (ausência de reflexos) no segmento atingido. Assim, a poliomielite pertence a um grupo de doenças e agravos que causam paralisia flácida aguda (PFA).

O registro do último caso de poliomielite confirmado no país ocorreu em 1989 no município de Souza, na Paraíba; em território paulista, o último registro ocorrera no ano anterior, em 1988 na cidade de Teodoro Sampaio. Em 1991, o Peru foi a última nação das Américas a registrar casos da doença. Em 1994, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) certificou a erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem nas Américas, após três anos sem circulação desse vírus no Continente. Desde então, todos os países da região assumiram o compromisso de manter altas e homogêneas as coberturas vacinais, bem como uma vigilância epidemiológica ativa e sensível para identificar, imediatamente, a reintrodução do poliovírus selvagem em cada território nacional, adotando medidas de controle capazes de impedir a sua disseminação.

Quando observada a distribuição de no período, 2022 aparece como o ano com maior número de notificações (141), seguido do ano de 2011 (91). Ressalta-se que ao longo de todo o período avaliado, permanecemos sem a confirmação de casos, o que permite inferir que todos os 1.041 casos não foram confirmados para poliomielite. Houve, no entanto, três casos compatíveis com poliomielite: um em 2012 e dois em 2018, além de um associado à vacina em 2010 (Gráfico 22).

Gráfico 22. Casos notificados de PFA/poliomielite de acordo com o critério de encerramento, ESP, 2010 a 2022*.



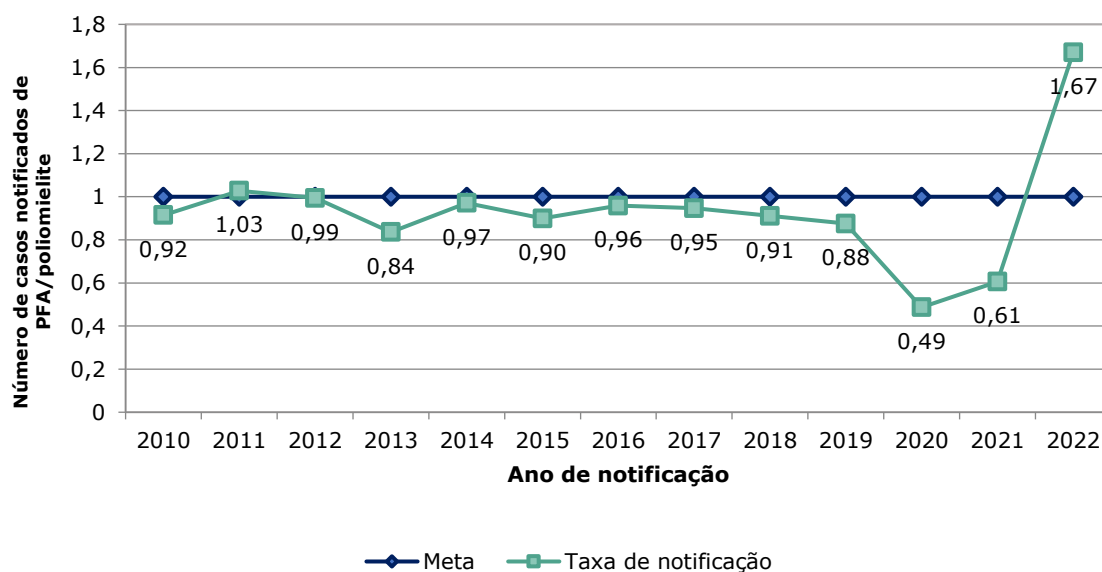
Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 20 de fevereiro de 2023.

Em qualquer das situações acima, o isolamento de poliovírus vacinal nas fezes é condição imprescindível para que o caso seja considerado como associado à vacina. Daí a necessidade de coletar as fezes adequadamente nos primeiros 14 dias após o início do déficit motor. Se a coleta for tardia, entre 15 e 60 dias após o início do déficit motor, e haja isolamento de vírus vacinal, o caso será classificado como associado à vacina. Nesse sentido, cabe informar que o caso de 2010 classificado como associado à vacina tal manifestou déficit motor 22 dias após recebimento da vacina. Dentre os casos compatíveis com poliomielite, apenas no de 2012 foi realizada coleta oportuna de fezes, sendo detectado o P3 Vacinal. Esse e os outros dois casos apresentaram sequelas após os 60 dias do início do déficit motor. Vale ressaltar que, muito embora o resultado da amostra de fezes tenha sido nos dois casos de 2018, eles apresentaram clínica compatível e resultados de ENMG sugestivos para poliomielite.

Quando comparadas as notificações do período em questão, percebe-se uma queda do número de casos a partir de 2016; acredita-se que a implementação de medidas não farmacológicas como estratégia para redução de morbimortalidade da covid-19 tenha influenciado positivamente a não exposição de crianças menores de 15 anos a outros patógenos que podem levar à ocorrência de PFA. E isso se reflete diretamente nas taxas de notificação, bem como na possível ocorrência de subnotificação em 2020 e 2021, visto que nesses anos foi observado o menor volume do período avaliado.

Ademais, considerando os dados da população menor de 15 anos extraídos da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), que entre os anos analisados, apenas em 2022 (1,67/100.000 habitantes) e 2011 (1,03/100.000 habitantes) foi possível alcançar a taxa de notificação adequada, com a piora dos resultados observados a partir de 2016 (0,96/100.000 habitantes), sendo 2020 (0,49/100.000 habitantes) o de pior resultado (Gráfico 23). O resultado de 2022 observado é resultado de todas as ações que foram implementadas pela DDTHA visando o alcance da meta proposta, com foco no fortalecimento das ações realizadas a nível de GVE, e dada a realização do projeto FESIMA intitulado "Reorganização e qualificação da vigilância de paralisias flácidas agudas/poliomielite no estado de São Paulo".

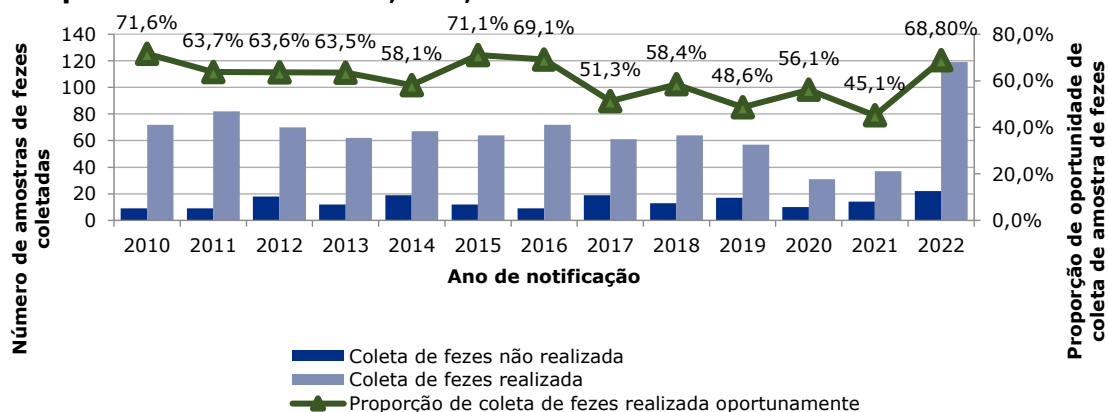
Gráfico 23. Taxa de notificação de casos de PFA, ESP, 2010 a 2022*.



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 20 de fevereiro de 2023.

Com base nos objetivos da vigilância das PFA, para além das taxas de notificação e investigação dos casos, também é necessário observar-se a coleta de fezes de toda e qualquer pessoa menor de 15 anos, ou que atenda aos critérios de notificação, em até 14 dias pós o início do déficit motor. Nesse sentido, infere-se que ainda é necessária a intensificação de ações que visem à coleta de fezes de todo e qualquer paciente notificado, bem como melhorem a oportunidade de realizar tal procedimento. Frise-se que que 2021 foi o ano que apresentou a menor proporção de amostras coletadas oportunamente (até 14 dias do início do déficit motor), o que corresponde a 45,1% dos casos, quando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é de pelo menos 80% (Gráfico 24).

Gráfico 24. Proporção de amostras de fezes coletadas dos casos notificados e de oportunidade de coleta, ESP, 2010 a 2022*.



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. *Dados extraídos em 20 de fevereiro de 2023.

Ressalta-se que para além das coletas realizadas no ano de 2022 dos casos de PFA notificados, também foi realizado o monitoramento dos refugiados e repatriados advindos de países com circulação de poliovírus, seja ele selvagem ou derivado vacinal. Nesse sentido cabe esclarecer que foi coletada amostra de toda e qualquer pessoa, mesmo que assintomática, proveniente dessas localidades, que tivesse adentrado o território paulista nos últimos 60 dias e que fosse menor de 21 anos, o que resultou na pesquisa de poliovírus em 510 refugiados advindos do Afeganistão, e nenhuma detecção de poliovírus.

Fundamentalmente não podemos deixar de mencionar que um dos pilares da vigilância das PFA/poliomielite é o monitoramento ambiental e das coberturas vacinais contra a poliomielite. No que se refere ao monitoramento ambiental, no ESP ele é realizado pela Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (Cetesb), por meio do exame de amostras da composição fecal humana em esgotos, em pontos selecionados como estratégicos no âmbito da Comissão Estadual de Prevenção e Combate à Cólera e demais Doenças Transmitidas por Água e Alimentos, coordenado pelo CVE/CCD/SES-SP.

Em 2014, um dos vírus isolados pela Cetesb, no esgoto sanitário do aeroporto de Viracopos, em Campinas (SP), foi caracterizado como poliovírus do tipo 1 (PV1) selvagem. Esse achado foi confirmado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e, após sequenciamento completo do gene VP1 e pesquisa efetuada no banco de dados do GeneBank, constatou-se que possuía identidade nucleotídica de 95% com um poliovírus selvagem, isolado no Chade (CHA1011675), no ano de 2010, pertencente a um genótipo de poliovírus selvagem do Oeste da África, característico da Nigéria (WEAF-B)³. O laboratório global de referência de poliomielite da Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou esse poliovírus como originário da Guiné Equatorial.

Ainda em 2014, outra amostragem ambiental isolou no Porto de São Sebastião um poliovírus derivado da vacina tipo 2 (VDPV2), mas não foi possível determinar sua origem. Apesar desses poliovírus terem sido encontrados no ambiente, não houve caso de poliomielite registrado no território paulista.

Em decorrência da covid-19, foi preciso suspender temporariamente o serviço de coleta das amostras de água para pesquisa de poliovírus entre o início do ano de 2020 e dezembro de 2021. A atividade foi retomada em 2022, e os pontos de coleta continuam sendo monitorados e reprogramados a depender do cenário epidemiológico.

AIDS

No período de 1980 a 30 de junho de 2022, foram registrados na Base Integrada Paulista de Aids 294.752 casos de aids no estado de São Paulo (ESP).

A taxa de incidência (TI) da aids no ESP teve redução de 37,0% nos últimos dez anos, de 20,0 em 2012 para 12,6 casos por 100 mil habitantes-ano em 2021 (20,2 casos para cada 100 mil homens e 5,3 casos para cada 100 mil mulheres). A queda da incidência de aids de 2012 para 2021 entre mulheres foi maior do que entre os homens, 54,3% e 30,4%, respectivamente

A taxa de incidência de aids para o sexo masculino, no período de 2012 a 2021 segundo faixa etária revelou crescimento somente entre os jovens de 15 a 19 anos e aqueles com 25 a 29 anos. Observou-se aumento da incidência de 1,1 vezes entre os jovens de 25 a 29 anos comparando os anos de 2012 e 2021.

Nestes últimos 10 anos (2012 a 2021) 20.430 jovens de 15 a 29 anos de idade, de ambos os sexos, adoeceram pela aids no ESP, mostrando a gravidade do curso da infecção nesta faixa de idade.

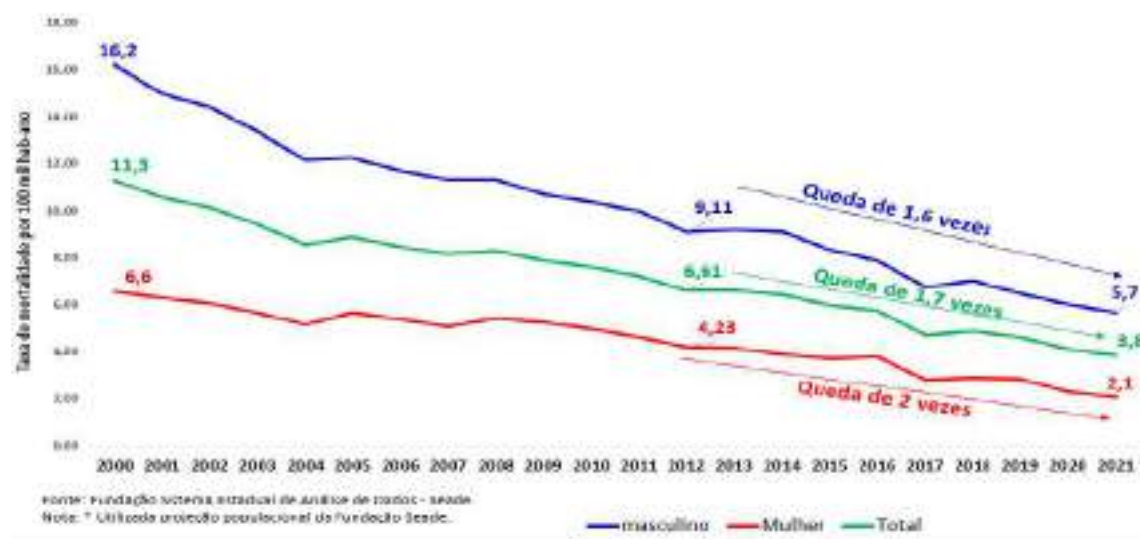
Ressalta-se a necessidade de implementar as ações de prevenção da infecção pelo HIV, particularmente para o público jovem, ainda com mais ênfase entre homens que fazem sexo com homens, travestis, mulheres trans e profissionais do sexo, assim como a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente

Quanto à distribuição geográfica dos casos residentes no estado de São Paulo, entre 2012 e 2021, todas as regiões compreendidas pelas Redes Regionais de Atenção à Saúde - **RRAS** apresentaram redução no número de casos de aids. No ano de 2021 a taxa de incidência (TI) no ESP foi de 12,6 casos de aids por 100 mil habitantes-ano, sendo que as quatro regiões que apresentaram TI acima dessa média foram as regionais da Capital (17,1), Santo André (15,9), Osasco (14,3), Santos (13,5).

Mortalidade por Aids

De 1985 a 2021 ocorreram 123.734 óbitos no Estado de São Paulo. Nos últimos 10 anos, 2012 a 2021 foram a óbito por aids 23.234 indivíduos, neste período a taxa de mortalidade (TM) por 100 mil habitantes, sofreu redução de 30,5% e o número de óbitos por aids diminuiu 37,9%. Em 2012 a TM foi de 6,6 óbitos por 100 mil habitantes e ocorreram 2.771 óbitos, e em 2021 a TM foi de 3,8 e ocorreram 1.719 óbitos por aids, ou seja, uma diferença de 1.052 casos de pessoas que foram a óbito na última década (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Taxa de mortalidade por aids por 100 mil hab./ ano (TI), segundo sexo, estado de São Paulo, 2021.



Aids em Crianças menores de 13 anos de idade.

No período de 1984 a 30/06/2022, foram registrados 6.882 casos de crianças infectadas pelo HIV ou que tiveram diagnóstico de aids com menos de 13 anos de idade. Destes, 6.736 (98%) tiveram a causa investigada e estabelecida como tendo sido por transmissão vertical (TV).

Nos últimos dez anos, o número de casos de aids em menores de 13 anos de idade foi reduzido em 79,8%, de 79 casos em 2012 para 16 casos em 2021; e a taxa de incidência (TI) caiu de 1,1 para 0,2 casos por 100.000 crianças menores de 13 anos de idade no mesmo período. Do total de 6.833 casos, 5.139 (75,2%) tinham menos de cinco anos de idade no diagnóstico de aids; 1.254 (18,4%) entre cinco e nove anos e 440 (6,4%) com 10 a 12 anos de idade.

Sífilis

Sífilis Adquirida

No ESP foram notificados 334.478 casos de Sífilis Adquirida de 2007 até 30 de junho de 2022. Em 2021, a taxa de detecção (TD) de sífilis adquirida (SA) foi igual a 88,3 por 100.000 habitantes. Pode-se observar elevação do número de casos e aumento da TD de SA até 2021, com uma ocorrência de uma redução isolada em 2020, provavelmente em decorrência da pandemia de COVID-19.

Em 2021, dos 39.649 casos notificados com sífilis adquirida (excluindo-se as gestantes com sífilis), a maioria era do sexo masculino (66,2%) correspondendo a uma razão masculino/feminino de 1,8. No entanto, deve-se interpretar essa razão M/F com cautela, pois não leva em consideração o conjunto de mulheres gestantes com sífilis. Ao se adicionar as gestantes com sífilis em 2021, 15.252 gestantes com sífilis notificadas adicionadas aos 13.358 casos do sexo feminino notificados com sífilis adquirida, encontra-se o total de 28.610 mulheres notificadas, que corresponderia a uma razão M/F de 0,96.

Entre 2011 e 2021, chama atenção a elevação de casos notificados abaixo de 25 anos, jovens, passando de 17% para 29,1% dos casos notificados. Em 2021, o maior número de casos notificados foi de indivíduos abaixo de 25 anos, jovens, em ambos os sexos.

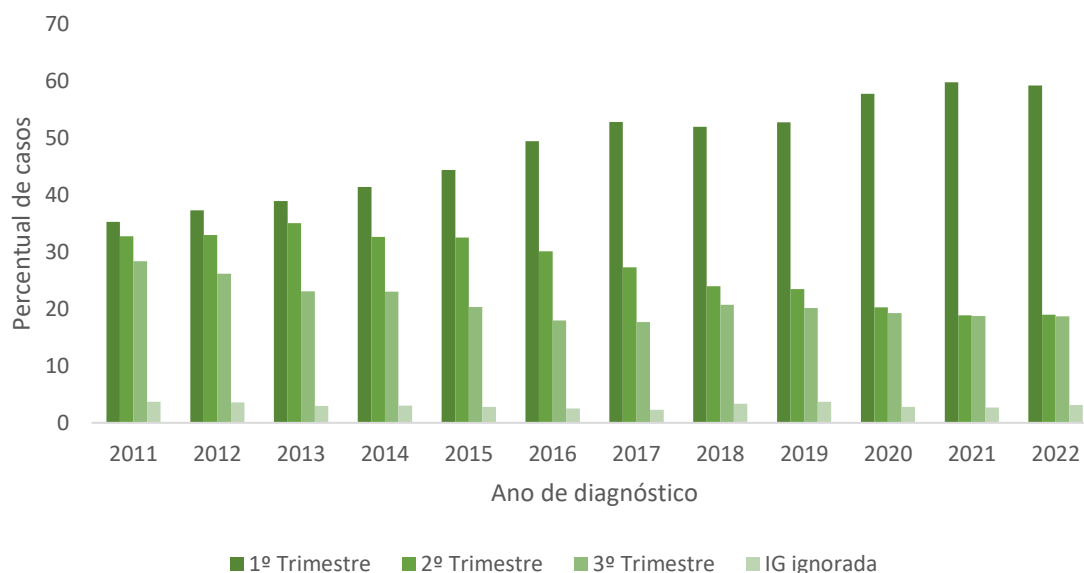
Ao se analisar a distribuição de casos de sífilis adquirida por Região de Saúde (RS) pode-se observar importante heterogeneidade. As TDSA por 100.000 habitantes em 2021 que se apresentaram acima da encontrada no Estado (88,3) foram observadas nas regiões abrangidas pelas Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS: Capital (148,7); Santos (109,9).

Sífilis em Gestante

No período de 2007 a junho de 2022, foram notificados, no estado de São Paulo, 114.352 casos de sífilis em gestantes. Observa-se que o número de casos notificados vem aumentando a cada ano, passando de 1.073 gestantes com sífilis em 2007, para 15.252 em 2021. Nos últimos dez anos a taxa de detecção da sífilis em gestantes sofreu um aumento expressivo de 4,5 vezes, passou de 6,5 casos em 2012, para 29,2 por 1.000 NV em 2021.

Em relação ao momento do diagnóstico de sífilis, observa-se que, em 2021, cerca de 78,6% das mulheres grávidas foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestres de gestação, ou seja, em tempo oportuno para iniciar o tratamento e evitar a transmissão vertical. Ao longo da série histórica, nota-se que o percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre tem aumentado, passou de 35,2% em 2011 para 59,7% em 2021 (Gráficos 26 e 27).

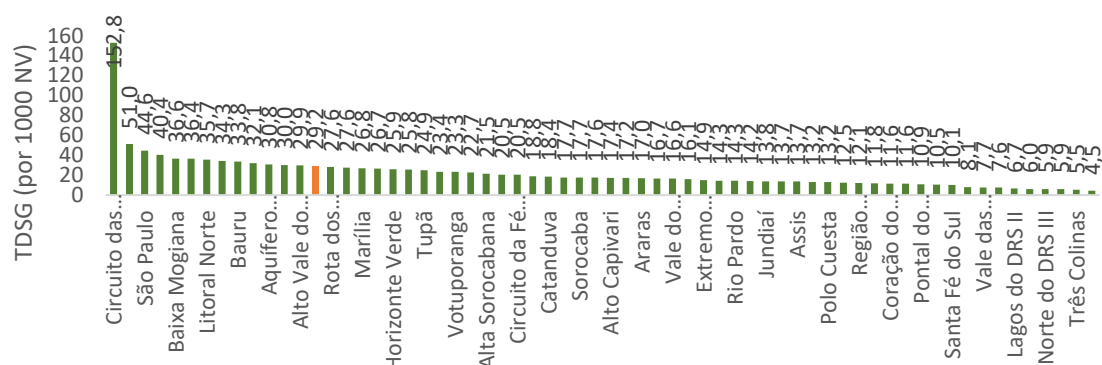
Gráfico 26 - Percentual de casos de sífilis em gestantes, segundo trimestre gestacional de diagnóstico e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2022*.



Fontes –Casos de sífilis - SINAN / Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/AIDS/SP (VE-PEIST/AIDS-SP)

*Dados preliminares até 30/06/2022, sujeitos a revisão.

Gráfico 27 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG), por 1.000 nascidos vivos, segundo Região de Saúde (RS). Estado de São Paulo, 2021*.



Fontes –

Casos de sífilis - SINAN / Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/AIDS/SP (VE-PEIST/AIDS-SP) Nascidos vivos – 2000 a 2021 - Base unificada de nascidos vivos - SESSP / Fundação SEADE *Dados preliminares até 30/06/2022, sujeitos a revisão.

Transmissão Vertical da Sífilis

No período de 2010 a junho de 2022, foram notificados no estado de São Paulo 322.938 casos de sífilis adquirida, 110.088 casos de sífilis em gestantes, 39.045 casos de sífilis congênita e 402 óbitos por sífilis congênita.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes tem mantido tendência crescente, inclusive durante o período de pandemia por covid-19, com aumento médio de 13,0% ao ano, entre 2019 e 2021.

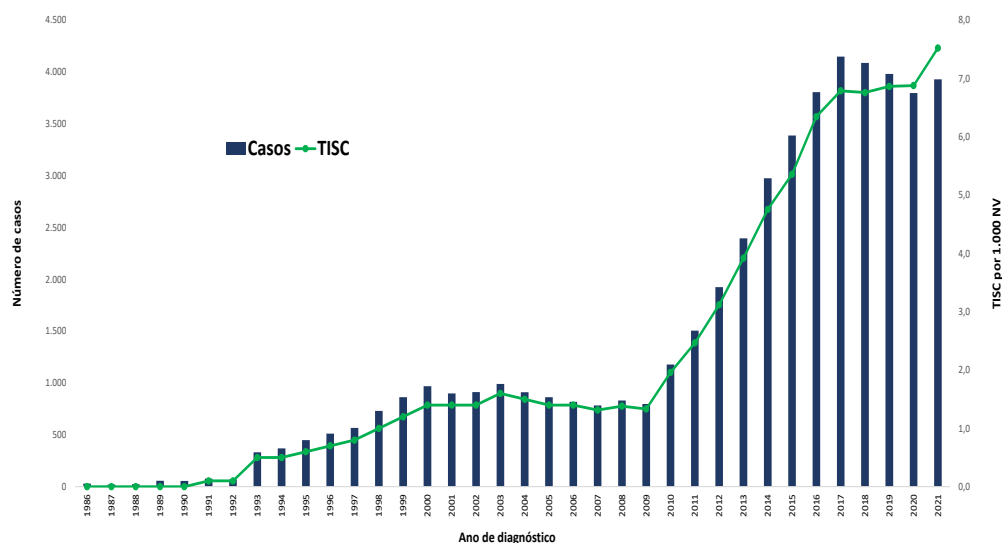
Em 2021, entre 17 RRAS, quatro apresentaram TDSG superior à do Estado (29,2/1000 NV). Merecem destaques as RRAS com as mais elevadas taxas por 1.000 nascidos vivos: Santos (46,2), Capital (44,6), Franco da Rocha (36,4), Osasco (32,1).

A taxa de incidência de sífilis congênita apresentou aumento importante entre 2009 e 2017, seguida de estabilidade até 2020. No entanto, elevou-se em 9,3%, passando de 6,9 para 7,5 casos/1000 NV entre 2020 e 2021. O incremento na taxa de incidência da sífilis congênita pode ter sido influenciado pelo impacto da pandemia por covid-19, decorrente do comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal, diagnóstico tardio de sífilis materna - no momento do parto - e diminuição no número de nascidos vivos (denominador da taxa). No estado e São Paulo, o número de nascido vivos reduziu 10,0% (diminuição de 58.316 NV) entre 2019 e 2021, passando de 583.191 para 524.875 nascidos vivos.

Sífilis Congênita

De 1986 a 2022 foram notificados no Estado de São Paulo 51.986 casos de sífilis congênita e 634 óbitos por sífilis congênita. A TISC apresentou incremento de 9,3%, passou de 6,9 para 7,5 casos por 1000 NV, entre 2020 e 2021, respectivamente, o que pode ser explicado pelo impacto da pandemia de Covid no período (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Número de casos de sífilis congênita (SC) e taxa de incidência por mil nascidos vivos (TISC), Estado de São Paulo, 1986 a 2021*.



Fontes: Casos de sífilis - SINAN / Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/AIDS/SP (VE-PEIST/AIDS-SP). Nascidos vivos - 2000 a 2021 - Base unificada de nascidos vivos - SESSP / Fundação SEADE

*Dados preliminares até 30/06/2022, sujeitos a revisão.

**Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos

***Taxa de mortalidade por sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos

No estado de São Paulo, a taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita elevou-se em 4,3 vezes, quando comparado 2011 a 2015 (de 1,8 para 7,8 óbitos por 100.000 NV), seguida de estabilidade e queda de 17,0% entre 2017 e 2019. Em 2021 atingiu 7,3 óbitos por 100.000 NV, aumento de 14,0% na comparação com 2019.

No período de 2007 a 30/06/2022, os desfechos considerados desfavoráveis da sífilis congênita, óbitos por sífilis, abortos e natimortos, representaram 11,6% (4.794 ocorrências) do total de casos. Comparando os anos de 2011 e 2021, observa-se elevação dos óbitos por sífilis congênita (3,5 vezes), óbitos por outras causas (3,5 vezes), natimortos (3,3 vezes) e abortos (4,4 vezes) por sífilis. Em 2021, os abortos e natimortos por sífilis (435 ocorrências) apresentaram incremento de 2,8% em relação ao ano de 2020. Ressalta-se que, juntos, abortos e natimortos representaram 86,8% dos desfechos desfavoráveis e 11,1% do total de casos diagnosticados de sífilis congênita em 2021.

Em 2021, entre 63 RRAS, 17 apresentaram TISC superior à do Estado (7,5/1000NV). Merecem destaque as RRAS com as mais elevadas taxas por 1.000 NV: Vale do Ribeira (16,3), Bauru (15,7), Franco da Rocha (14,5), Baixada Santista (14,1).

Proposta para o próximo quadriênio, o número de regiões de saúde apoiadas tecnicamente na organização de serviços de atenção à saúde integral da população trans será ampliar de 25 para 63, bem como, implementar a atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/Aids) em 162 municípios habilitados na política de incentivo e ampliar de 90% para 95%, o percentual de tratamento com penicilina, de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal.

Hepatites Virais

Breve histórico

O Programa Estadual de Hepatites Virais está sob a coordenação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria Estadual da Saúde.

O contexto da epidemia de covid-19 e a determinação de quarentena pelo governo do estado de São Paulo em março de 2020, desmobilizaram os municípios e serviços na atenção à saúde das pessoas, o que se refletiu em redução de testagem, diagnóstico e notificação das doenças de notificação obrigatória. Dessa forma, o número de notificações de hepatites virais B e C diminuiu de 8.541 em 2019 para 5.700 em 2021 (queda de 33%), com prejuízo da resposta à prevenção, vigilância e assistência desse agravo. Em 2022, foram registrados 2.710 casos de hepatite B e 3.079 casos de hepatite C no sistema de informação de agravos de notificação – SINAN. Adicionalmente, deve-se considerar a limitação do SINAN em subsidiar a análise epidemiológica das hepatites virais e permitir o monitoramento dos casos, uma vez que as ações programáticas do Programa Estadual de Hepatites Virais não incluem somente a notificação de casos, mas também o diagnóstico, a vinculação do paciente, adesão ao tratamento, seguimento e cura, bem como os desfechos dos casos.

Notificações de Hepatites Virais

Tabela 63 - Número de notificações de hepatites virais por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*

Agravo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hepatite A	170	236	146	90	973	605	191	136	105	211
Hepatite B	3.343	3.053	3.099	3.000	2.920	2.900	2.611	1.561	2.504	2.710
Hepatite B e C	108	92	91	102	97	105	103	72	57	66
Hepatite C	6.011	5.155	6.552	8.380	5.837	7.193	5.827	2.928	3.139	3.079
Total	9.632	8.536	9.888	11.572	9.827	10.803	8.732	4.697	5.805	6.066

*Dados provisórios, sujeitos a revisão.

Fonte: SINAN/CVE

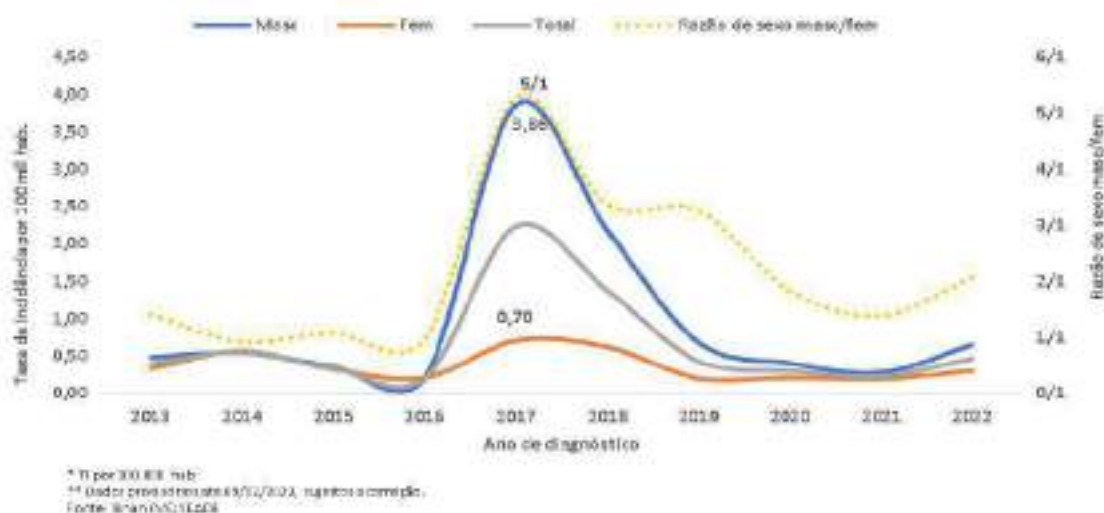
Hepatite A

Entre os anos de 2013 e 2022 foram notificados 2.874 casos de hepatite A no ESP, sendo que 60% (1.735) em residentes no Município de São Paulo (MSP).

Segundo dados da OMS, houve um aumento no número de casos de Hepatite A entre junho de 2016 e meados de maio de 2017, em países com baixa endemicidade da doença na Região Europeia e na Região das Américas (Chile e Estados Unidos), relacionado a práticas homossexuais e bissexuais. No ano de 2017 observa-se aumento dos casos no município de São Paulo, especialmente entre homens e esse aumento se expande também para determinadas regiões do estado. Neste ano, o Coeficiente de Incidência (CI) foi de 2,2 casos por 100 mil habitantes no ESP, 4 vezes maior que 2014 quando o CI havia atingido o pico de 0,5/100.000 hab. O maior CI neste ano foi no MSP (5,8/100 mil hab.), seguido dos GVE Santo André (2,3), Osasco (2,0), Santos (1,7) e Mogi das Cruzes (1,0). A razão de sexo apresenta importante variação em 2017, de 5 casos em homens para 1 caso em mulheres, sendo que em anos anteriores do período essa taxa se mantinha próxima de 1/1. Dos casos

notificados de Hepatite A, entre os anos de 2013 e 2022, 8% foi em pessoas com sorologia positiva para o HIV e em 2017, este porcentual foi de 13% sendo 98% no sexo masculino.

Gráfico 29 - Coeficiente de incidência de hepatite A por sexo e ano de diagnóstico, com razão de sexo, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*

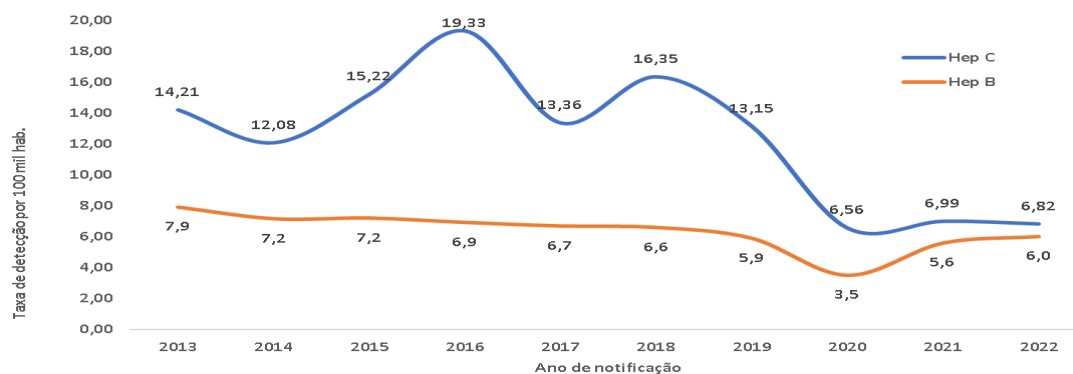


Hepatite B

No período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022 foram notificados 27.701 casos de Hepatite B no estado de São Paulo. As taxas de detecção de hepatite B apresentaram redução de 24%, no período analisado, passando de 7,9 para 6,0 casos a cada 100 mil habitantes.

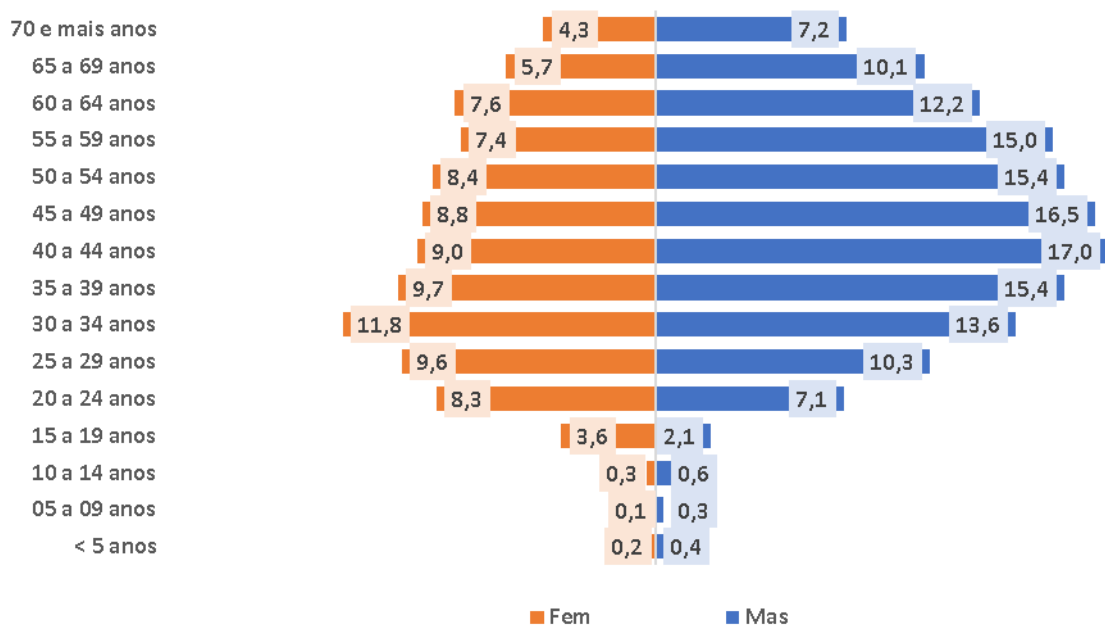
As taxas de detecção, tanto em indivíduos do sexo masculino quanto do sexo feminino, vêm apresentando tendência de queda quando comparamos todos os anos do período analisado. Ressalta-se diminuição importante nas taxas de detecção nas faixas etárias de menores de 30 anos em ambos os sexos, quando comparam-se os anos de 2013 e 2022. Essa tendência já se observava em anos anteriores e se deve, primordialmente, à introdução no calendário do PNI da vacinação de crianças, desde 1998, com uso de vacina altamente eficaz. Ao longo dos anos, outros grupos etários foram sendo contemplados com a vacinação e, desde 2016, a vacina de hepatite B é indicada de forma universal.

Gráfico 30 - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B e C por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.
Fonte: Sinan CVE; SEADE

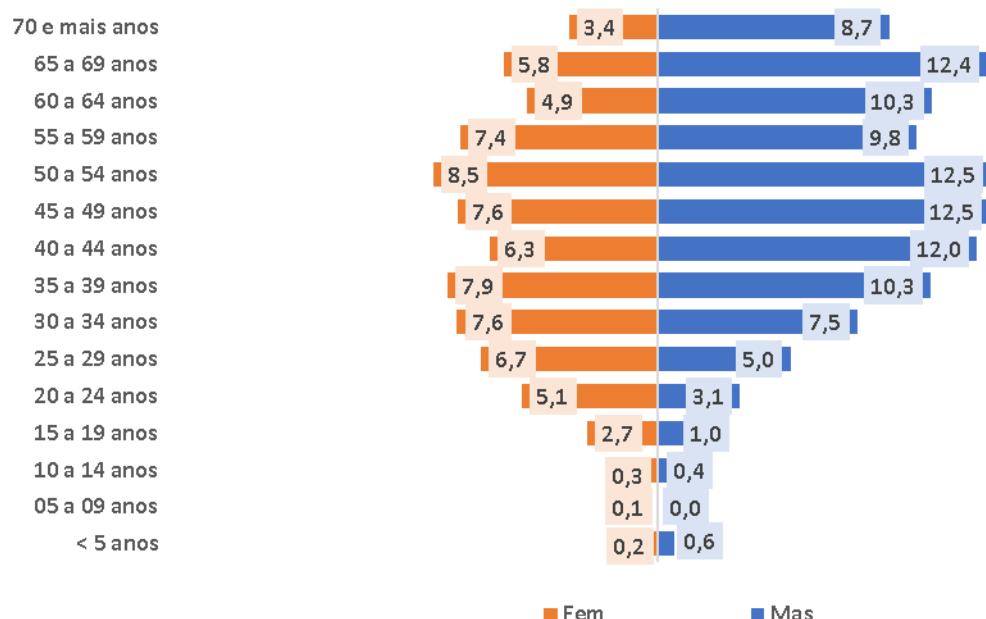
Gráfico 31 - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2013*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.

Fonte: Sinan CVE; SEADE

Gráfico 32 - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2022



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.
Fonte: Sinan CVE; SEADE

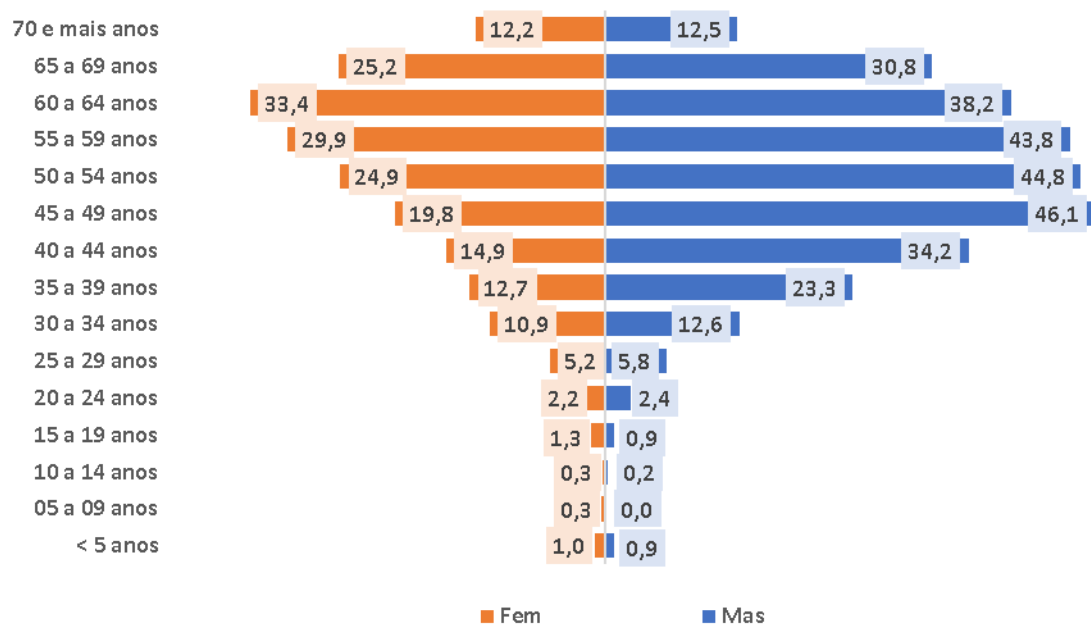
Hepatite C

No período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022 foram notificados 54.101 casos de Hepatite C.

Com base na estimativa do Ministério da Saúde por meio de modelo matemático elaborado em 2017, a prevalência de anti-HCV reagente no país é de 0,71%. Destes, estima-se que 60,7% tenham carga viral detectável o que equivale a 142.678 casos de hepatite C no Estado de São Paulo, na população de 15 a 69 anos (População SEADE- 2022).

As taxas de detecção para ambos os sexos e em todas as faixas etárias, no período analisado, têm aumento nos anos de 2015 e 2016, devido a incorporação no SUS em 2015, do tratamento com os antivirais de ação direta (DAA), e o estímulo para notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), quando da prescrição e da dispensação dos medicamentos para as pessoas com diagnóstico da doença. A diminuição das notificações nos anos mais recentes sugere a baixa atividade dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico e vigilância na pandemia do SARS-CoV-2.

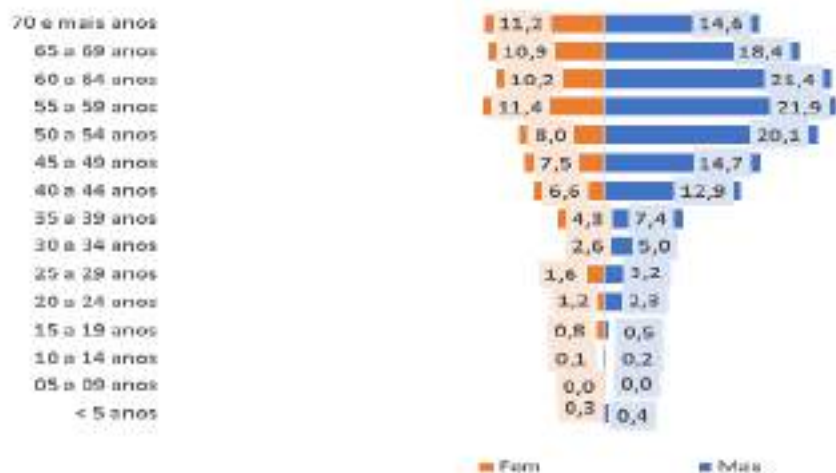
Gráfico 33 - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite C por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2023*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.

Fonte: Sinan CVF - SFADF

Gráfico 34 - Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite C por sexo e faixa etária, Estado de São Paulo, 2022*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.

Fonte: Sinan CVF - SFADF

Mortalidade por Hepatites Virais

O coeficiente de mortalidade geral do ESP em 2022 foi de 583 por 100.000 habitantes sendo o coeficiente de mortalidade específica de 0,7 por 100 mil habitantes.

Tabela 64 - Distribuição de óbitos e mortalidade geral e específica por hepatites virais segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022*

Ano do óbito	Nº de óbitos (ESP)	Nº de óbitos por hepatites virais	Coeficiente de mortalidade geral**	Coeficiente de mortalidade específica**
2016	295.391	852	681,3	2,0
2017	294.726	726	674,8	1,7
2018	298.334	715	678,1	1,6
2019	306.653	578	692,0	1,3
2020	349.322	503	782,5	1,1
2021	430.725	496	959,4	1,1
2022	353.455	306	782,9	0,7

*Dados preliminares até outubro/2022, atualizados até junho/2023.

**Por 100.000 habitantes.

Fonte: SIM CCD/SES; SEADE.

A hepatite C é a principal causa de óbitos entre as hepatites virais. Contudo, a partir de 2016 o número de óbitos por essa etiologia diminui devido a introdução dos antivirais de ação direta. A eficácia do tratamento com regressão do quadro clínico e das complicações da doença hepática, mesmo naqueles indivíduos com outras comorbidades, coinfeções ou doença hepática avançada, com evolução para a cura em cerca de 95% dos casos, se reflete na mudança de perfil da mortalidade por essa doença.

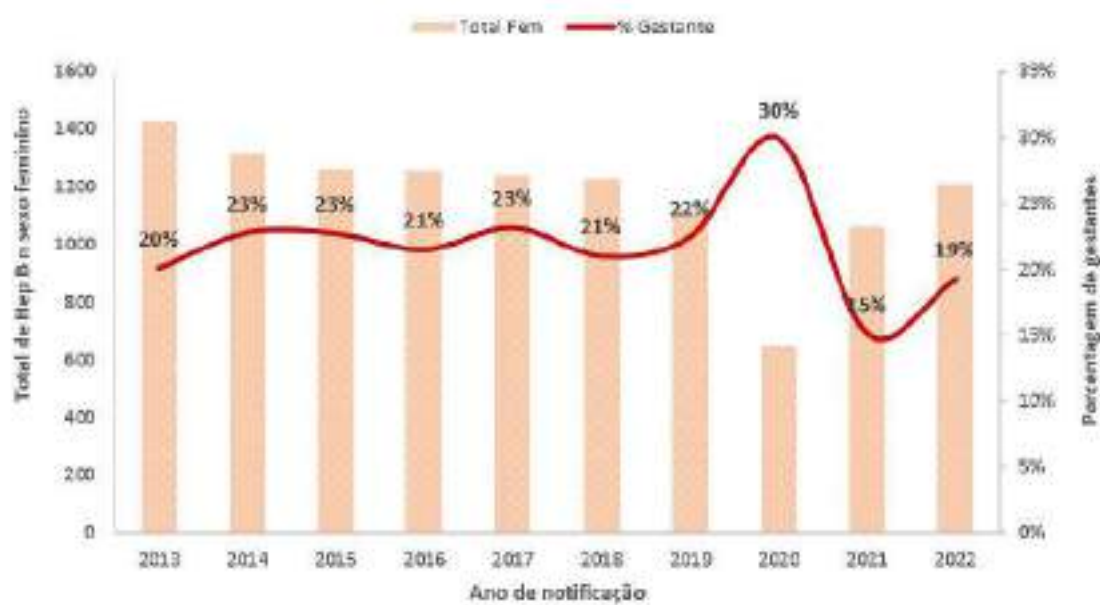
Gráfico 35 - Variação percentual dos óbitos por hepatite viral crônica C de acordo com o ano de ocorrência do óbito, Estado de São Paulo, 2014 a 2022*



Transmissão vertical - *Hepatite B*

Dos casos notificados de Hepatite B em pessoas do sexo feminino no período de 2013 a 2022, 22% foram de gestantes.

Gráfico 36 - Número de notificações de Hepatite B em pessoas do sexo feminino e porcentagem de gestantes por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.

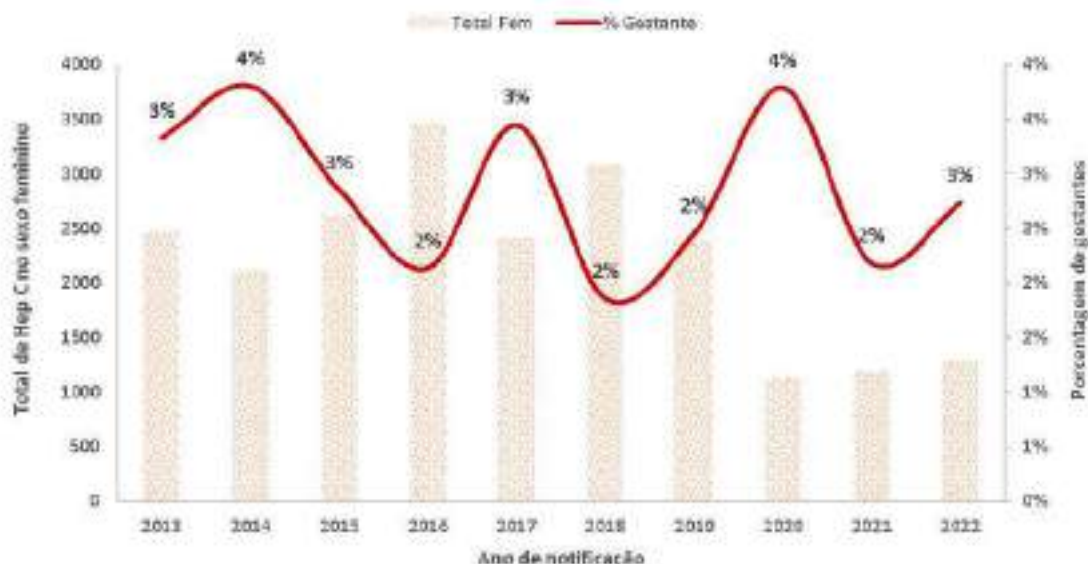
As medidas de prevenção da transmissão vertical do HBV envolvem desde a abordagem da gestante vivendo com hepatite B no pré-natal, até medidas específicas durante o parto/puerpério, bem como com o recém-nascido. Gestantes com HBsAg reagente no exame de triagem deverão complementar a avaliação com solicitação de HBeAg, ALT e CV-HBV para determinar a indicação de tratamento. Recomenda-se a vacinação da gestante ainda não vacinada, independentemente do período da gestação ou faixa etária. Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, é realizada a investigação da infecção pelo HBV com pesquisa de HBsAg em todas as gestantes no 1º trimestre da gestação, ou quando iniciar o pré-natal, caso não haja comprovação de vacinação completa para hepatite B. Gestantes com exame HBsAg reagente são encaminhadas, imediatamente, para realização de exames complementares e avaliação de indicação de tratamento ou profilaxia. Há necessidade de garantir referência, já durante o pré-natal, às unidades obstétricas que assegurem a administração da vacina hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) ao RN. Desde 2005, através da Resolução SS-39, de 22/03/05, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo tornou obrigatória a vacinação de hepatite B de todos os nascidos vivos nas maternidades, preferentemente nas primeiras 12 horas e até 24 horas de vida.

A criança será encaminhada para a UBS de referência e completar a vacinação de hepatite B, conforme calendário preconizado pelo Programa Nacional de Imunização.

Transmissão vertical - *Hepatite C*

Dos casos notificados de Hepatite C em pessoas do sexo feminino no período de 2013 a 2022, 3% foram de gestantes.

Gráfico 37 - Número de notificações de Hepatite C em pessoas do sexo feminino e número e porcentagem de gestantes por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.

Em 19 de agosto de 2020 com a publicação da Portaria SCTIE-MS nº 32, o Ministério da Saúde torna pública a decisão de incorporar a testagem universal para hepatite C em gestantes no pré-natal, no âmbito do SUS. Esta decisão permite a intensificação das ações para ampliação da testagem, a oferta de tratamento e a prevenção da transmissão vertical de hepatite C na perspectiva da eliminação da doença como problema de saúde pública. Apesar de não existir, até o momento, tratamento antiviral que possa ser utilizado em gestantes com hepatite C há possibilidade de referência para serviços especializados para acompanhamento e tratamento após o término da gestação/amamentação, além do acompanhamento das crianças expostas à transmissão vertical do HCV.

Coinfecção com o HIV

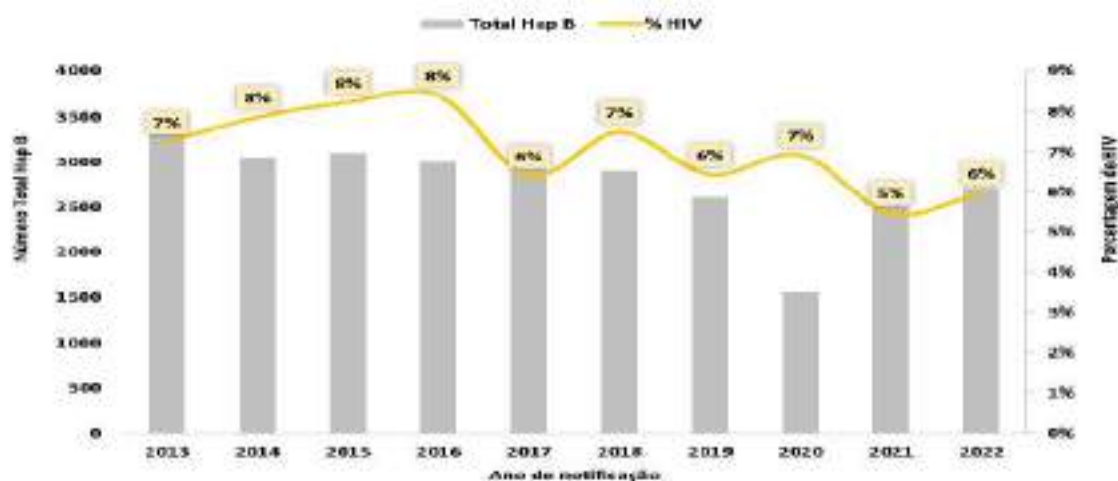
Os vírus das hepatites B e C e o HIV compartilham as principais formas de transmissão, em particular a transmissão sexual, por sangue e a transmissão vertical. Portanto, a prevalência de pacientes coinfectados com esses vírus varia de acordo com as diferentes formas de transmissão.

As infecções por esses vírus apresentam uma interação dinâmica, com amplificação da gravidade e aumento na morbidade e mortalidade nos pacientes com coinfecção. O vírus HIV acelera a evolução de doenças hepáticas relacionadas as hepatites B e C, bem como consequências mais severas, resultando em progressão mais rápida da fibrose hepática e evolução para cirrose, aumento na taxa de transmissão vertical e do risco de transmissão sexual.

Todas as pessoas com diagnóstico de infecção por um desses vírus, devem ser triadas para os demais e vacinadas, se susceptíveis, para hepatite B e hepatite A, com esquemas definidos nos manuais e normas técnicas atualizadas.

Dos casos notificados de hepatite B (27.701) entre 2013 e 2022, 1.968 (7%) apresentaram HIV reagente. A proporção variou de 8% em 2016 a 6% em 2022, com estabilidade no período analisado.

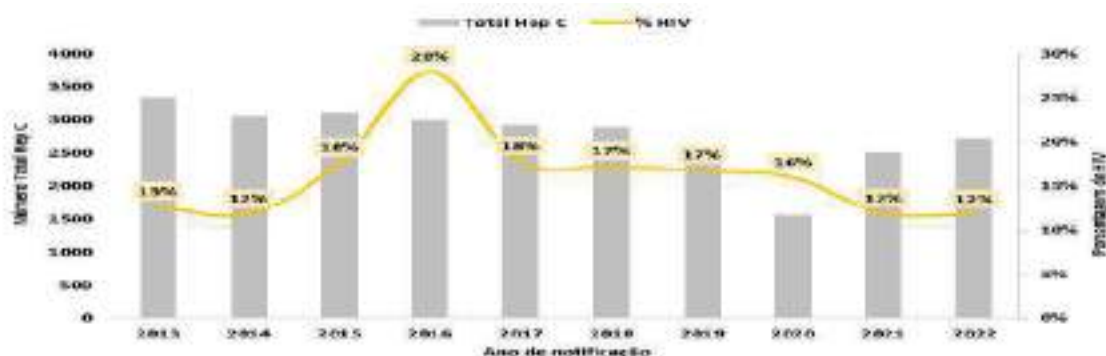
Gráfico 38 - Número de casos notificados de hepatite B e de HIV reagente e porcentagem da coinfeção por sexo por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a revisão.

Do total de 54.101 casos notificados de hepatite C no mesmo período, 4.489 (8%) apresentaram HIV reagente, com uma proporção que variou de 28% em 2016 a 12% em 2022. Essa variação, também se deve a incorporação no SUS em 2015, do tratamento com os antivirais de ação direta (DAA).

Gráfico 39 - Número de casos notificados de hepatite C e de HIV reagente e porcentagem da coinfeção por sexo por ano de notificação, Estado de São Paulo, 2013 a 2022*



* Dados provisórios até 09/02/2023, sujeitos a correção.

Fonte: Sinan CVE

Tratamento das Hepatites Virais

A Portaria Nº 1.537, de 12 de junho de 2020 incluiu os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, definiu-se que o Ministério da Saúde continua responsável pelo financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos aos almoxarifados estaduais; porém, cabe aos Estados e municípios a responsabilidade da organização e logística de programação e distribuição interna, onde os medicamentos são fornecidos aos pacientes não mais de forma centralizada e burocratizada, mas em Unidades Dispensadoras de Medicamentos – UDM dos municípios e dos serviços que realizam o atendimento.

A migração dos medicamentos, para tratamento das Hepatites Virais, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) apresenta vantagens relacionadas à melhoria do acesso aos medicamentos, com a redução de etapas e tempo entre a prescrição médica e o recebimento dos medicamentos pelos pacientes.

A Deliberação CIB-92, de 23 de outubro de 2020, aprovou as diretrizes para o cronograma de migração dos medicamentos no Estado de São Paulo com a definição, dentre outras, que todas as regiões de saúde devem ter, no mínimo, um ponto de referência para dispensação de medicamentos para tratamento de Hepatites Virais, de preferência no local de tratamento do paciente, com pactuação nas Comissões Intergestoras Regionais- CIR. Essas UDM integram a rede de cuidados às Hepatites Virais.

Nessa perspectiva foram implementadas 198 UDM no estado de São Paulo desde 2020. Essas ações foram coordenadas pelo Programa Estadual de Hepatites Virais- CVE-CCD-SES e pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica- CAF-SES-SP.

Imunização

Programa Estadual de Imunização

O Programa Estadual de Imunização (PEI) completou 55 anos, a partir de sua instituição em 1968. Desde então, os desafios percorrem a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais (CV) de forma a manter o controle e a eliminação de doenças imunopreveníveis no estado de São Paulo (ESP). O PEI faz parte de uma política nacional de vacinação de grandes dimensões, tendo como fundamentação a universalidade, a equidade, o enfrentamento de doenças tidas como negligenciadas, a indução do desenvolvimento tecnológico e científico e o direcionamento de recursos públicos.

A ampliação da cobertura vacinal requer uma mobilização tripartite, pelas três esferas de gestão, à medida em que suas atribuições são distintas e complementares. A operacionalização das ações de imunização abrange diversas atividades técnicas e administrativas, desde o processo de logística para distribuição de vacinas e insumos aos 645 municípios a ações de orientação com a realização de capacitações, publicação de diversos documentos técnicos e monitoramento das coberturas vacinais.

Indicadores de imunização

A Vigilância das Coberturas Vacinais (VCV) é um conjunto de ações que compreende o monitoramento, a avaliação, a investigação dos determinantes ou fatores de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis em determinada população-alvo, com o propósito de fornecer subsídios para diagnóstico da situação vacinal e adoção de intervenção oportuna embasada em evidências técnicas e científicas. A VCV se inicia no estabelecimento de saúde, onde são gerados os dados

das doses de vacinas aplicadas, indo até a produção de indicadores, como a Cobertura Vacinal (CV) e Homogeneidade, que direcionam as ações de vacinação nos demais âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se por cobertura vacinal o percentual da população que foi atingida pela vacinação, num determinado espaço (anual, semestral, durante uma Campanha) em uma determinada área geográfica. Ao lado da cobertura vacinal, outro importante indicador de processo da atividade de vacinação é a homogeneidade, representada pela proporção de unidades territoriais avaliadas que atingiram a cobertura preconizada. A homogeneidade pode ser avaliada comparando unidades federadas, municípios, distritos, subdistritos, bairros ou outra unidade territorial.

O processo da VCV deve ser entendido como uma ação sob a responsabilidade de todos os entes federativos envolvidos com o Programa Nacional de Imunizações, para alcance dos objetivos propostos por meio de um conjunto de atividades. A Tabela 65 apresenta a série histórica de cobertura vacinal e homogeneidade considerando as vacinas do calendário vacinal em esquema básico.

Tabela 65 - Série histórica de cobertura vacinal e homogeneidade considerando as vacinas do calendário vacinal em esquema básico, Estado de São Paulo, 2010 a 2022*

VACINAS	Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
BCG	<i>Cobertura</i>	101,6	103,7	104	103,7	103,5	102,2	94,3	100,9	101,3	83,8	71,5	68,7	80,6
	<i>Homog.</i>	56	56	54,4	51,6	52,9	51,5	42,5	51,3	64,8	52,4	27,1	18,3	52,7
Pólio (VOP/VIP)**	<i>Cobertura</i>	96,6	100,3	96,4	99	95,7	99,7	83,8	87,7	92,6	86,6	82,1	74,4	76,7
	<i>Homog.</i>	72,2	77,1	66,2	69,1	64,8	71,2	44	49	56,7	39,1	37,7	25,4	33,5
PENTAVALENTE	<i>Cobertura</i>	-	-	-	97,2	95,5	98,4	88,5	87,2	91,6	72,1	89,8	74,3	76,3
	<i>Homog.</i>	-	-	-	61,7	65,1	69,8	54,1	48,2	55,5	23,6	49,1	22,6	32,8
PNEUMOCOCICA 10 V	<i>Cobertura</i>	-	86,6	89,5	95,8	100,6	99,9	93,6	95,9	96	89,8	84,6	76,6	78,6
	<i>Homog.</i>	-	42,8	47,8	56,3	74,6	71,3	59,2	60,8	60,5	46,5	39,2	26,2	35,9
ROTAVÍRUS	<i>Cobertura</i>	89,2	94	91,6	97,5	93,8	97	90,3	90,8	92,6	87,2	81,8	74,3	76,8
	<i>Homog.</i>	67	77,5	68,4	77,4	76,4	76,7	63,1	64,8	67,9	53,8	46,4	32,4	44,6
MENINGOCOCICA C	<i>Cobertura</i>	-	122,1	98,7	102,2	97,4	98,6	90,4	89,7	88,9	87,9	82,8	74,5	77,7
	<i>Homog.</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCR D1	<i>Cobertura</i>	94,9	100,3	99,5	103,4	105	97,9	93	86,7	91,5	91,8	86,8	77,9	78,1
	<i>Homog.</i>	61,2	66,4	69	76,4	74,9	60,8	61,7	42,5	54,7	55,5	47,1	31,9	35,8
SCR D2	<i>Cobertura</i>	-	-	-	75,7	95,9	92,4	77,7	83,4	81,8	82,5	68,5	64	64,9
	<i>Homog.</i>	-	-	-	33,2	74,1	61,6	34,4	30,1	34	29,8	18,6	11,3	13,7
VACINA	<i>Indicador</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
HEPATITE A	<i>Homog.</i>	-	-	-	-	67,8	102,4	63,4	76,1	83,6	86,3	80,8	72,9	74,3
	<i>Cobertura</i>	-	-	-	-	20,2	77,4	19,1	32,2	35,5	34,7	35,2	20,8	26,9

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

* Dados atualizados em 27/03/2023, sujeitos à revisão.

** Vacina VOP até 2015 e VIP a partir 2016

No quadriênio, 2024-2027, opta-se por indicador de processo que mede a execução das intervenções em relação às atividades programadas, que vem a ser a **homogeneidade das coberturas vacinais**, entre os municípios do estado de São Paulo.

O cálculo da cobertura da vacina poliomielite recai sobre a terceira dose aplicada no menor de 1 (um) ano de idade. Tem como meta 95% de cobertura vacinal e homogeneidade de 70%.

A meta é alcançada até o ano de 2015 e desde 2016 as CV caíram a 83,8% com elevação em 2018 (92,6%) e nova queda desde 2019, distanciando-se da meta por completo nos anos pandêmicos 2020 a 2022 (82,1%, 74,4% e 76,7% respectivamente).

A homogeneidade de cobertura vacinal é alcançada ou muito próxima da meta (70%) nos seis primeiros anos dessa série histórica vindo a cair expressivamente em 2016 (44%) não mais retornando a níveis aceitáveis.

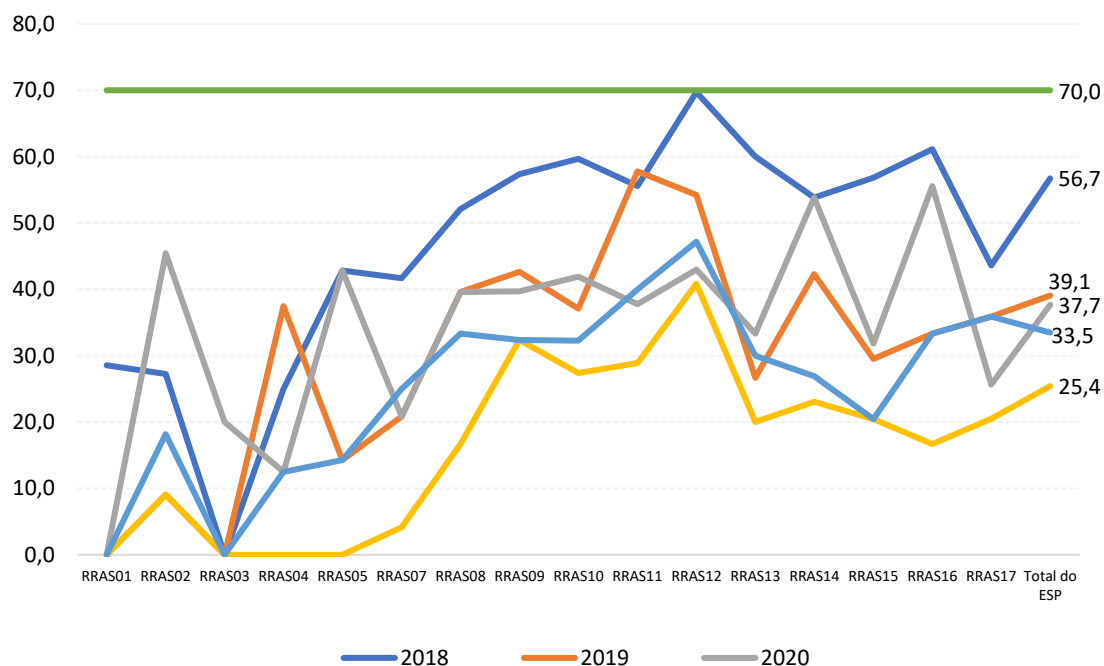
Vale ressaltar a conquista da eliminação do vírus da poliomielite selvagem no Estado de São Paulo (ESP) desde o ano de 1988 com o último caso descrito no município de Teodoro Sampaio e no Brasil em 1989. Essa conquista foi declarada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com a certificação de área livre do poliovírus selvagem, desde 1994, juntamente com os demais países das Américas.

No entanto, como ainda há circulação de poliovírus selvagem e do poliovírus derivado da vacina em alguns países do mundo, mantém-se o risco de importação de casos.

A redução das CV no ESP desde 2016, com acúmulo de suscetíveis desde então, remete a uma urgência na retomada de melhores condições e resultados, pelo risco de reintrodução da poliomielite em nosso meio.

A homogeneidade é um indicador de processo que mede a execução das intervenções em relação às atividades programadas. O Gráfico 40 avalia a homogeneidade de CV de D3 da vacina inativada poliomielite (VIP) numa série histórica de 2016 a 2022 no ESP.

Gráfico 40 - Série histórica de homogeneidade de cobertura vacinal da vacina VIP (D3 no menor de 1 ano), segundo RRAS*, Estado de São Paulo, 2018 a 2022



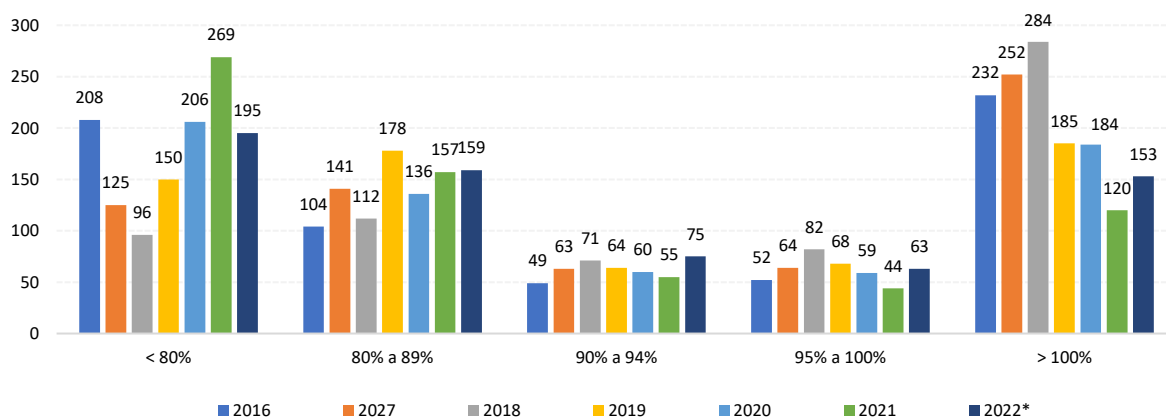
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Dados atualizados em 27/03/2023, sujeitos à revisão.

*Exceto RRAS 6

Para a vacina VIP, a homogeneidade no ano de 2018 representou os melhores resultados por RRAS e total do Estado e o ano pandêmico de 2021 representou o menor alcance para todas as RRAS. As RRAS que agregam a região metropolitana de São Paulo apresentaram resultados inferiores (RRAS 01 a 05) que as demais do interior do Estado. A homogeneidade é igual a “zero” quando nenhum município da área de abrangência da RRAS atingiu a meta de CV, como observado na RRAS 1 (2017, 2019 a 2022), RRAS 3 (2016 a 2022), e RRAS 4 e 5 (2021).

Nessa análise, não se incluiu a RRAS 6 por se tratar unicamente do município de São Paulo, no entanto, apresentou os seguintes resultados de CV nos últimos 7 anos: 76,9%, 78,6%, 92,6%; 85,1%; 75,7%; 67,3% e 67,5%, respectivamente, desde 2016.

Gráfico 41 - Distribuição da proporção de município segundo faixa de coberturas vacinais alcançadas, referente D3 da vacina VIP em menor de 1 ano de idade, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Dados atualizados em 27/03/2023, sujeitos à revisão.

O Gráfico 41 ressalta principalmente o número de municípios com CV inferiores a 80% quanto à terceira dose de VIP em menores de 1 ano de idade em 2016 (208), com queda nos anos de 2017 e 2018, voltando a aumentar nos anos de 2019 a 2021 (150, 206 e 269 respectivamente), seguida nova queda em 2022, indicando uma retomada de melhor resultado das coberturas vacinais de rotina.

No que diz respeito à vacina contra o sarampo, foi introduzida no Brasil na década de 1960 para crianças menores de 5 (cinco) anos de idade, indicada aos 7 meses de idade. Desde então vários calendários vacinais foram alterando a idade e número de doses sempre em suporte ao cenário epidemiológico. Em 1992 a vacina tríplice viral, contra o sarampo, caxumba e rubéola (SCR) foi implantada somente no estado de São Paulo para o reforço aos 15 meses, enquanto o restante do país utilizava a vacina monovalente contra o sarampo. O Brasil implantou gradativamente a vacina SCR, recomendando sua aplicação em 2003 nas crianças com 12 meses de idade em todo o território. Durante a Campanha de Seguimento contra o Sarampo realizada em 2004, o PNI passou a recomendar a segunda dose da vacina SCR aos 4 anos de idade. Desde 2013 a segunda dose passou a ser realizada aos 15 meses, com a implantação da vacina tetraviral.

Além das ações de rotina, ocorreram várias campanhas de vacinação ressaltando-se a de 1987, quando em cenário epidêmico, o estado de São Paulo,

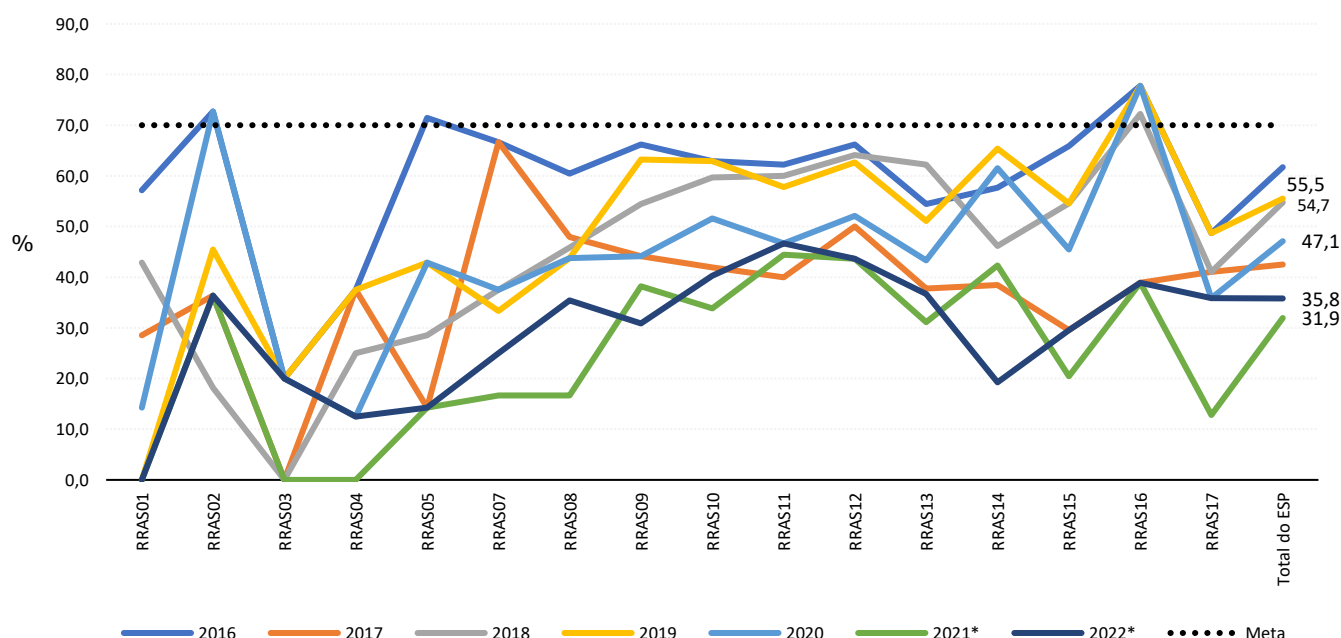
baseado em experiência cubana, foi pioneiro no Brasil na adoção de campanha indiscriminada de vacinação contra o sarampo ("catch up"), recomendando a vacinação para a população de 9 (nove) meses a 14 anos de idade. Tantas foram as campanhas de vacinação contra o sarampo realizadas em 1992, 1997, 2000, 2004, 2011, 2014, 2018 e 2022 (primeiro semestre) com recomendação de estratégia indiscriminada.

A circulação endêmica do vírus do sarampo foi interrompida em 2000 no Brasil e nas Américas em 2002. A partir dessas datas, casos esporádicos e surtos limitados, relacionados à importação, ocorreram em diferentes países das Américas. O continente americano foi considerado livre do sarampo em 2016. No entanto, em 2017, na Venezuela, ocorreu um surto de sarampo que extrapolou as fronteiras, chegou ao Brasil e em outros países latino-americanos em 2018.

Depois de duas décadas sem circulação endêmica do vírus do sarampo, em 2019 a doença foi reintroduzida no estado de São Paulo o que desencadeou diversas estratégias de vacinação. No entanto, em 2020, 2021 e 2022 ainda se manteve a transmissão sustentada do sarampo sendo necessário continuar com estratégias de intensificação (vacinação seletiva) e campanhas (indiscriminadas).

Atualmente a vacinação de rotina corresponde a uma primeira dose da vacina SCR (atenuada) aos 12 meses e segunda dose aos 15 meses. Como estratégia de intensificação, uma dose adicional foi introduzida aos 6 (seis) a 11 meses, embora não seja considerada válida para rotina. Uma campanha de vacinação para crianças de 6 meses a menores de 5 anos (indiscriminada) foi realizada de 04 de abril a 24 de junho de 2022 e, no segundo semestre com ações de busca ativa além da Multivacinação estendida por 3 meses. Atualmente, no ESP, se mantém a recomendação de intensificação da vacinação (seletiva), idealmente com a busca de faltosos.

Gráfico 42 - Série histórica de homogeneidade de cobertura vacinal da vacina SCR (D1 com 1 ano de idade) segundo RRAS*, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



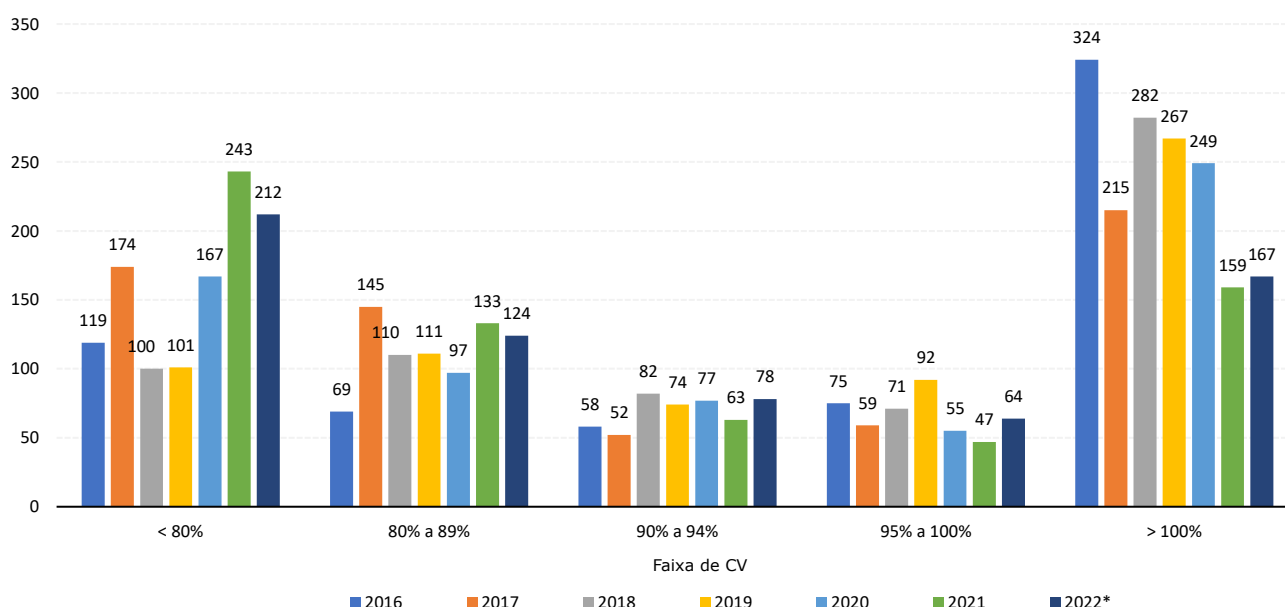
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Dados atualizados em 27/03/2023, sujeitos à revisão.

*Exceto RRAS 6

Para a vacina SCR, os anos 2018 a 2020 obtiveram melhores resultados de homogeneidade e queda expressiva nos anos de 2021 e 2022 para a maioria das RRAS. As RRAS que agregam a região metropolitana de São Paulo apresentaram resultados inferiores que as demais do interior do Estado. A homogeneidade é igual a “zero” quando nenhum município da área de abrangência de uma RRAS atingiu a meta de CV, como observado na RRAS 1 (2019, 2021 e 2022) RRAS 3 (2017, 2018 e 2021) e RRAS 4 (2021).

Nessa análise, não se incluiu a RRAS 6 por se tratar unicamente do município de São Paulo, no entanto, apresentou os seguintes resultados de CV: 79,9%, 82,2%, 92,7%; 89,1%; 77,1%; 71,6% e 67,6%, respectivamente, desde 2016.

Gráfico 43 - Distribuição da proporção de município segundo faixa de coberturas vacinais alcançadas, referente a D1 da vacina SCR em crianças de 1 ano de idade, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

*Dados atualizados em 27/03/2023, sujeitos à revisão.

O gráfico 43 ressalta principalmente o número de municípios com CV inferiores a 80% quanto à D1 da SCR em 2017 (174), 2020 e 2021 (167 e 243 respectivamente) e pequeno decréscimo em 2022, podendo representar discreta retomada das coberturas vacinais de rotina.

Vacinação contra a Covid-19

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com Covid-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Entretanto, uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 desenvolve formas graves da doença. Pessoas idosas e/ou com morbididades, a exemplo de pessoas com problemas cardíacos e pulmonares, diabetes ou câncer, entre outros, têm maior risco de evoluírem para formas graves da doença. É sabido que as medidas não farmacológicas para conter a transmissão do novo coronavírus, apesar de terem sido fundamentais até o presente momento, têm elevado custo social e econômico,

tornando-se imprescindível a vacinação contra a doença.

Com a finalidade de redução da morbimortalidade causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), em 17 de janeiro de 2021, foi iniciada no Estado de São Paulo a maior campanha de vacinação da história do Brasil, a Campanha de Vacinação contra a Covid-19.

Como resultado, São Paulo é o Estado que mais vacina no Brasil e segue avançando à medida que as doses são entregues pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o Vacinômetro registra mais de 139 milhões de doses aplicadas, resultando em 96,85% da população elegível (acima de 6 meses de idade) do ESP com pelo menos uma dose, 89,90% com esquema vacinal completo, 96,23% da população com pelo menos uma dose, e 89,32% da população com esquema vacinal completo (fonte: Vacina Já - vacinaja.sp.gov.br – dados de 03/08/2023).

Inicialmente, considerando a disponibilidade limitada de doses da vacina fez-se necessária a definição de grupos prioritários para a vacinação. Nesse cenário os grupos de maior risco para agravamento e óbito foram priorizados. Além disso, no contexto pandêmico que se viveu, também foi prioridade a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Atualmente, está sendo possível vacinar pessoas conforme faixa etária de acordo com o imunobiológico correspondente, e para além do esquema vacinal primário doses de reforço/adicionais estão sendo administradas de acordo com grupos prioritários, em atenção ao cenário epidemiológico e a necessidade de proteção da população.

Ademais, sabe-se que as vacinas utilizadas para a realização da vacinação contra a Covid-19 foram inicialmente desenvolvidas com a cepa originária da pandemia, sendo denominadas vacinas monovalentes por possuírem apenas uma cepa em sua composição. Contudo, foi observado ao longo do tempo a redução da proteção imunológica, a qual demonstrou-se mais proeminente com a variante Ômicron, sendo implantada a estratégia de realização de doses de reforço. Assim, tendo por base o surgimento de novas variantes e o curso epidemiológico da doença, com a finalidade de impedir uma nova onda de morbimortalidade, no ano de 2023 começam a ser disponibilizadas as vacinas contra a Covid-19 em formulações bivalentes da vacina BNT162b2 (PfizerBioNTech) Covid-19, sendo essas indicadas para a realização de dose de reforço na população com 12 anos ou mais, sendo aplicadas, até o presente momento, 8.194.308 doses (fonte: Vacina Já - vacinaja.sp.gov.br – dados de 03/08/2023).

Doenças Transmitidas Por Vetores E Hospedeiros

Arboviroses

As arboviroses urbanas (dengue, chikungunya e Zika) são um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um grande desafio para os gestores e a população, necessitando de diversas ações para minimizar a transmissão e aprimorar o atendimento dos casos suspeitos ^(3, 4).

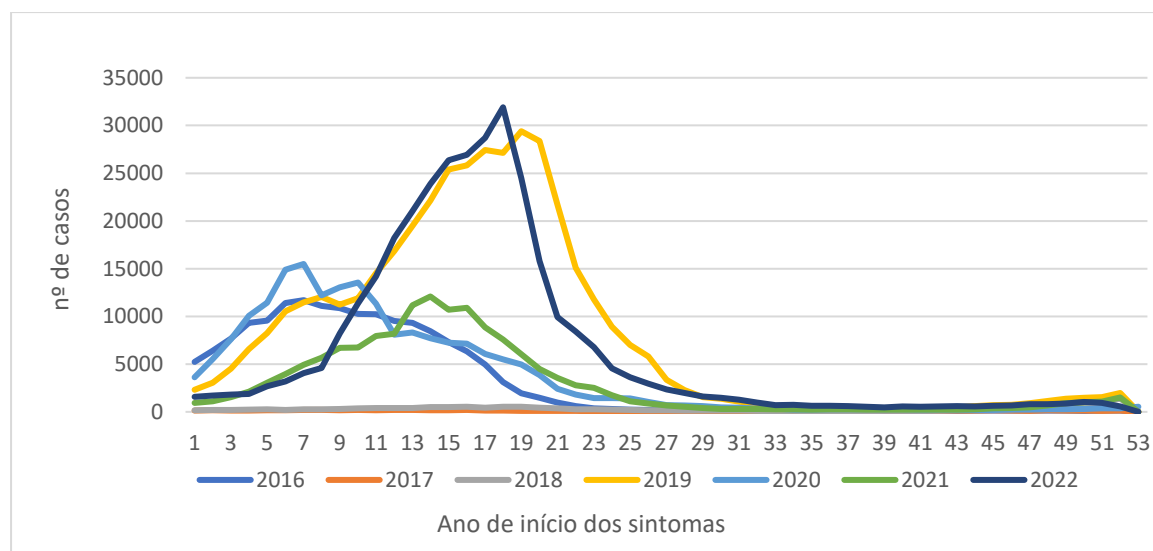
A ocorrência de epidemias de dengue, chikungunya e Zika – aqui denominadas arboviroses urbanas – está intimamente relacionada à dinâmica populacional, envolvendo aspectos socioculturais e econômicos e suas inter-relações com os demais componentes da cadeia de transmissão. Nos últimos anos o Estado de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

Dengue

De acordo com a distribuição dos casos confirmados de dengue, observamos que o padrão epidemiológico entre 2016 e 2022, apresenta uma baixa transmissão intercalados com ocorrência de epidemias. (Gráfico 44)

Gráfico 44 - Distribuição dos casos confirmados de dengue, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

No período de 2016 a 2022 os anos com maior transmissão foram respectivamente 2019 (taxa de incidência 901,74 casos por 100 mil hab./ 414.070 casos) e 2022 (taxa de incidência 363,79 casos por 100 mil hab./ 331.521 casos), que também tiveram o maior número de casos de óbitos, 287 e 294 respectivamente, sendo considerados os anos mais epidêmicos (Tabela 66).

Tabela 66 – Distribuição de casos, incidência, óbitos e letalidade de dengue segundo ano de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	162.797	6.445	15.817	414.070	196.072	148.902	331.521
Incidência*	363,79	14,29	34,73	901,74	423,58	319,2	710,67
Óbitos	107	6	13	287	145	74	294
Letalidade (%)	0,06	0,09	0,08	0,06	0,07	0,04	0,08

* Casos por 100 mil hab.

Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

As Regiões de Saúde (RS) de Votuporanga (2016), Assis (2017 e 2019), Polo Cuesta (2018), Vale do Paraíba- Região Serrana (2020), Itapeva (2021) e Extremo Oeste Paulista (2022), apresentaram as maiores incidências nos últimos 7 anos. Estas regiões chamam a atenção pela persistência de transmissão importante ao longo do período, como se vê abaixo.

Figura 9– Distribuição da taxa de incidência de dengue (casos por 100 mil hab.), segundo RS, ESP, 2016 -2022



Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

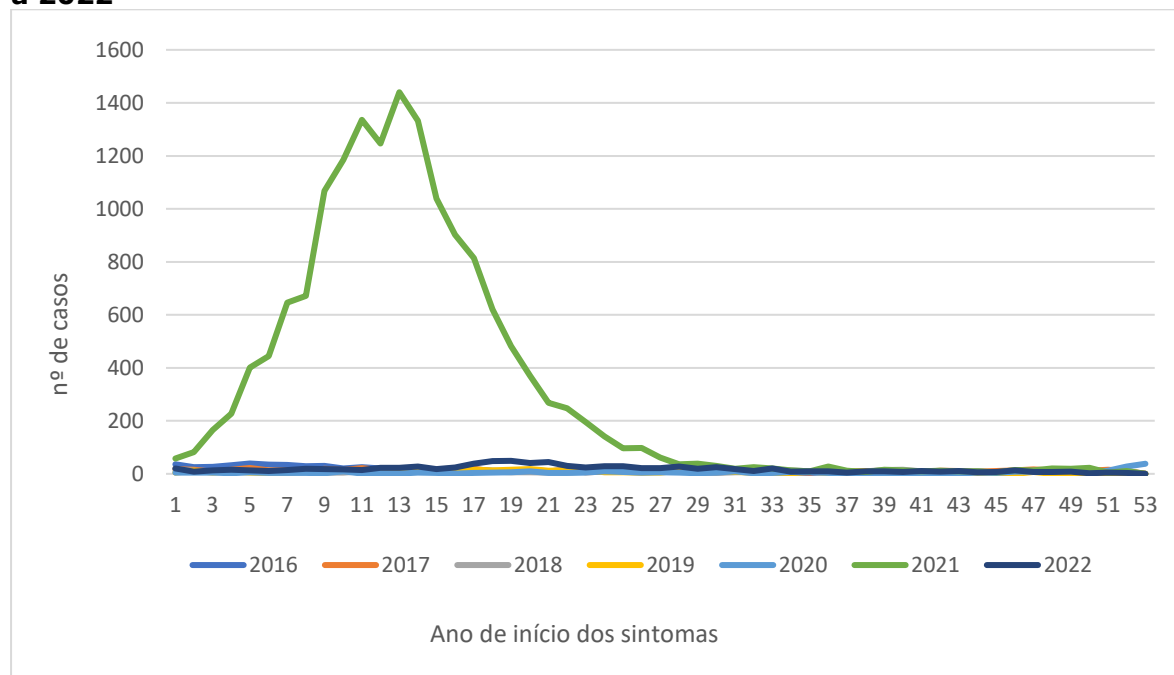
Entre os anos de 2016 a 2022 foram confirmados 926 óbitos por dengue, sendo que a taxa de letalidade variou de 0,04% a 0,08% no ESP nesse período de 7 anos.

Chikungunya

A Chikungunya teve sua introdução no ESP em 2014, com aparecimento dos primeiros casos importados, e a partir de 2015 começou a ser identificada transmissão local de forma esporádica. Desde então, várias regiões registram ocorrências do agravo, com poucos registros, exceto a região da Baixada Santista, em 2021, que teve transmissão mais significativa.

De acordo com a distribuição dos casos confirmados de chikungunya, observamos que o padrão epidemiológico entre 2016 a 2022, apresenta uma baixa transmissão, sendo que em 2021 a Baixada Santista apresentou uma transmissão importante (Gráficos 45).

Gráfico 45 - Distribuição dos casos confirmados de Chikungunya, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

No período 2016 a 2022 a taxa de incidência de casos confirmados no ESP variou entre 0,65 e 34,35 casos por 100 mil habitantes (Tabela 67).

Tabela 67 – Número de casos confirmados e taxa de incidência de Chikungunya segundo ano de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	699	632	402	343	299	16.022	908
Incidência*	1,56	1,4	0,88	0,75	0,65	34,35	1,95

* Casos por 100 mil hab.

Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

Em 2021, tivemos a maior transmissão da série histórica com (16.022 casos confirmados pelo agravo), sendo que a Região de Saúde (RS) que mais registrou casos foi a Baixada Santista com 15.631 casos confirmados pelo agravo, com taxa de incidência de 823,75 casos por 100 mil habitantes.

As RS de Rio Claro (2016), Fernandópolis (2017), Santa Fé do Sul (2018), Sorocaba (2019), Baixada Santista (2020 e 2021) e Alta Mogiana (2022) apresentaram as maiores incidências nos últimos 7 anos (Figura 10).

Figura 10– Distribuição da taxa de incidência* de Chikungunya segundo RS, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



* Casos por 100 mil hab.

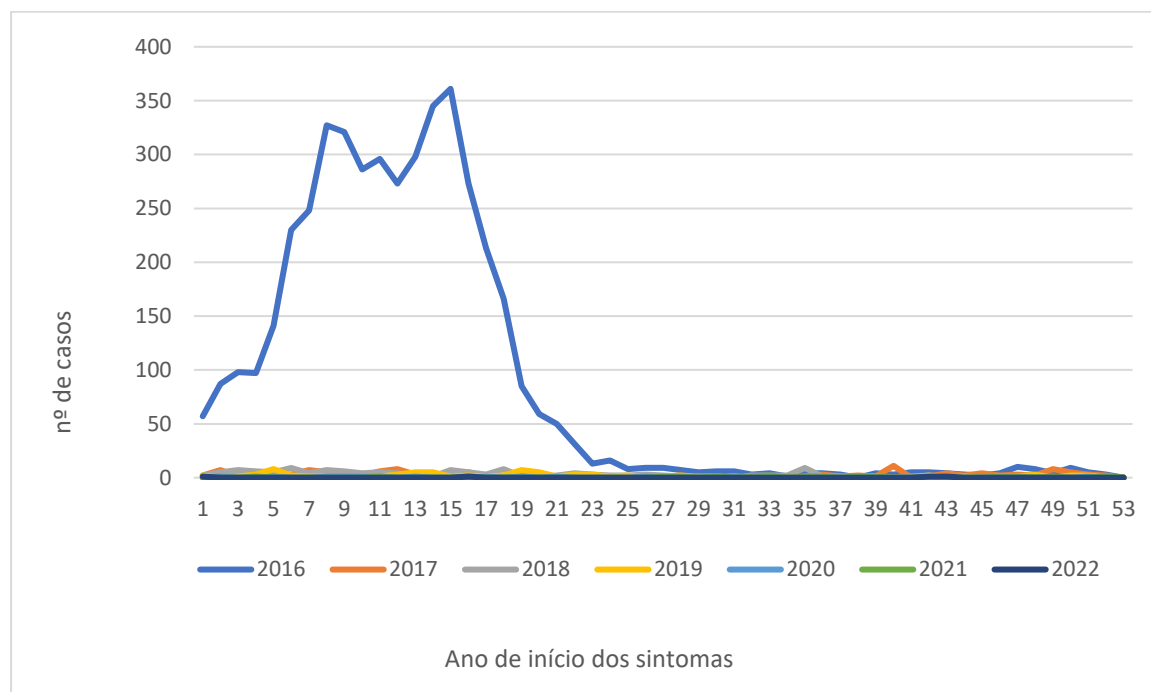
Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

Zika vírus

O Zika vírus surgiu no Estado de São Paulo (ESP) a partir de 2015, por provável transmissão transfusional e a partir deste momento se expandiu para as demais regiões do estado.

De acordo com a distribuição dos casos confirmados do Zika Vírus, observamos que o padrão epidemiológico entre 2017 a 2022, apresenta uma baixa transmissão, sendo que o ano de 2016 apresentou uma transmissão importante (Gráfico 46).

Gráfico 46 - Distribuição dos casos confirmados do Zika Vírus, segundo Semana Epidemiológica (SE) de início de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

Entre o período de 2016 a 2022 as taxas de incidência de casos confirmados variaram entre 0,01 e 10,03 casos por 100 mil habitantes tendo a maior taxa de incidência em 2016 (10,03 casos por 100 mil hab./ 4.488 casos (Tabela 68).

Tabela 68 - Número de casos confirmados e taxa de incidência de Zika, segundo ano de sintomas, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	4.488	131	136	77	13	16	4
Incidência*	10,03	0,29	0,3	0,17	0,03	0,03	0,01

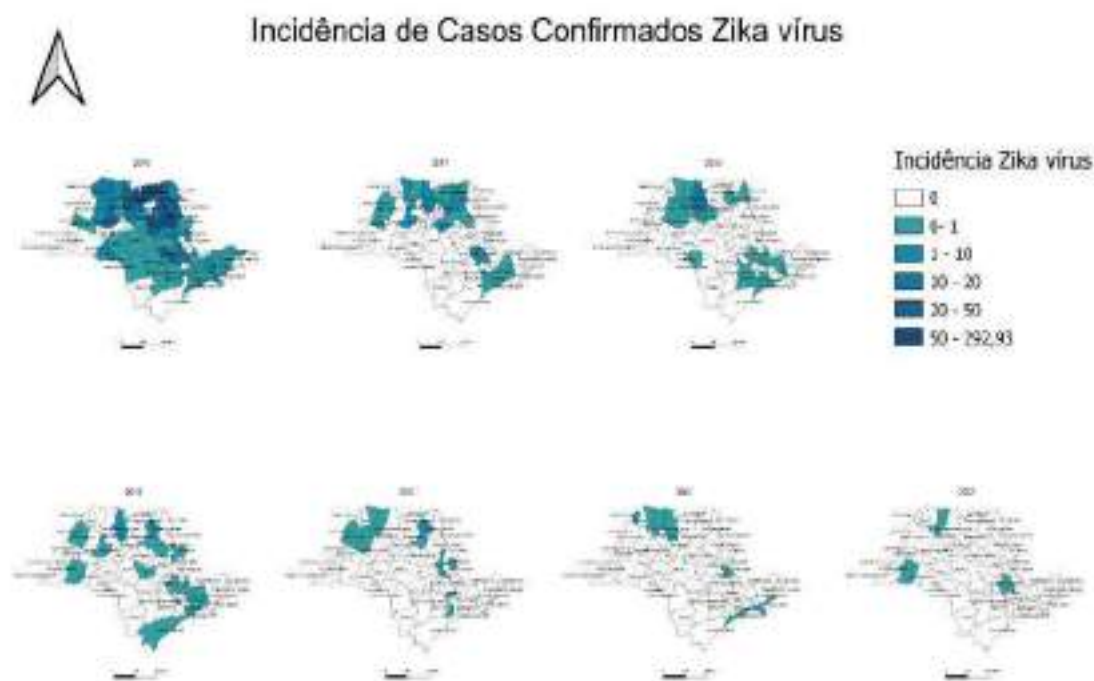
* Casos por 100 mil hab.

Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

Em 2016, tivemos a maior transmissão da série histórica com (4.488 casos confirmados pelo agravo), sendo que as Regiões de Saúde (RS) que mais registraram casos foi o Aquífero Guarani com 1.677 casos confirmados pelo agravo, com taxa de incidência de 186,80 casos por 100 mil habitantes e o Norte de Barretos com 842 casos confirmados e com uma taxa de incidência de 292,93 casos por 100 mil habitantes.

As RS Norte de Barretos (2016), Sul de Barretos (2017), São José do Rio Preto (2018), Alta Anhanguera (2019 e 2020), Litoral Norte (2021), Votuporanga (2022), apresentaram as maiores incidências nos últimos 7 anos (Figura 11).

Figura 11– Distribuição da taxa de incidência do Zika Vírus (casos por 100 mil hab.), segundo RS, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SINAN/ Online. Atualizado em 25.07.23

Febre Amarela

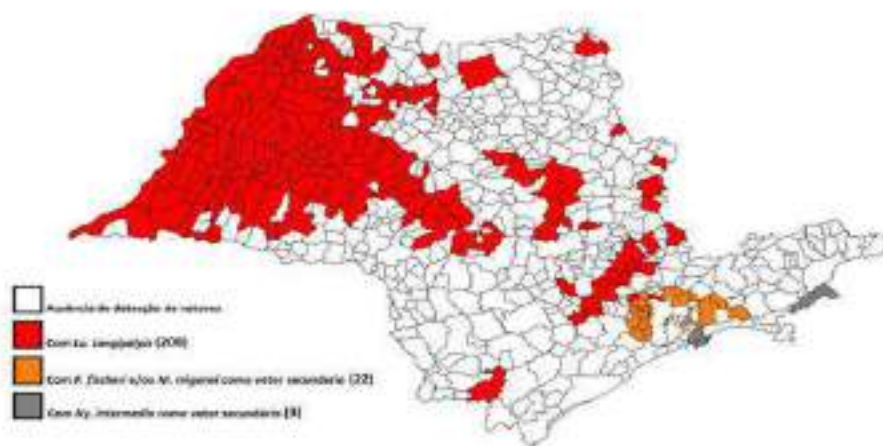
Enfrentamento do surto de Febre Amarela: foram coletados e identificados pela equipe de pesquisadores e áreas técnicas, um total de 15.571 fêmeas de culicídeos, sendo a maioria de ambiente silvestre. Para esta finalidade houve capacitação de equipes de campo para coleta de mosquitos em copas de árvores, para tanto os funcionários foram capacitados para escalar árvores de altura entre 5 e 7 metros e executar a coleta, local de preferência para captura de mosquitos com importância para a febre amarela.

Leishmaniose visceral e tegumentar

O programa de Leishmanioses tem como principal objetivo identificar o local provável de infecção de pacientes humanos, assim como identificar espécies de vetores e confeccionar um mapa de risco. O suporte de campo e laboratório promoveu a coleta e identificação de flebotomíneos coletados no desenvolvimento dos Programas de Vigilância e Controle da leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar, em especial nos municípios da região da baixada Santista, Campinas, Vale do Paraíba, Araçatuba e Grande São Paulo.

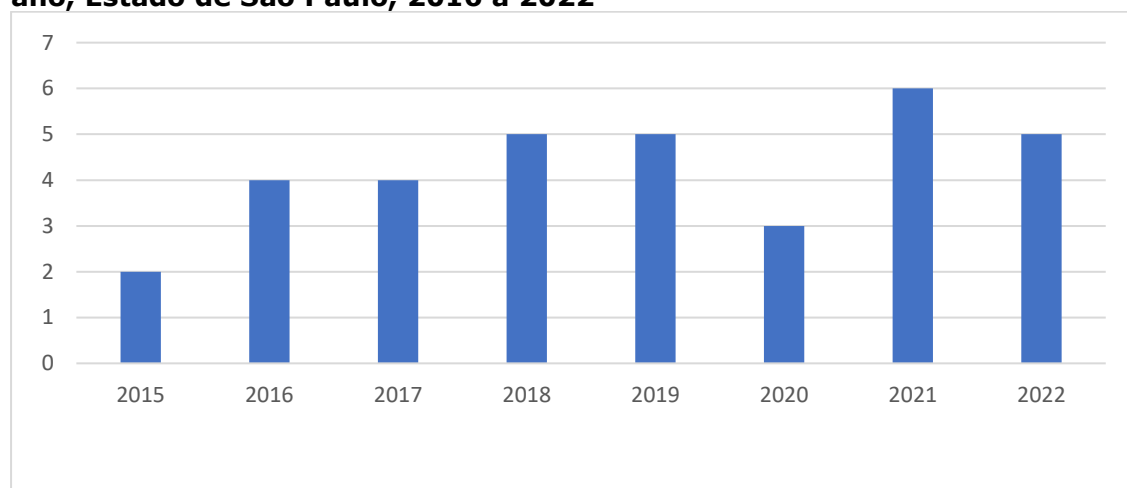
A presença do vetor *Lutzomyia longipalpis* (*Lu. longipalpis*), principal transmissor de Leishmaniose visceral, foi encontrada em 208 municípios paulistas (32,24%) até 2022, através da pesquisa de levantamento entomológico e também registrado os vetores considerados secundários *Pintomyia fischeri* (*P. fischeri*), *Migonemyia migonei* (**M. migonei**) e *Nyssomyia intermedia* (*N. intermedia*) no ESP.

Mapa 4 – Municípios com a presença do vetor *Lutzomyia longipalpis*, Estado de São Paulo. Ano de 2022



Fonte: flebweb CCD/SES-SP

Gráfico 47 - Número de municípios com detecção de *L. longipalpis* segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: flebweb- CCD/SES-SP

A leishmaniose visceral constitui agravo de importância no estado de São Paulo, especialmente nas regiões correspondentes à RRAS 09, 10 e 11 (RRAS 09, 10 E 11, onde observa-se aumento de municípios da região Centro-Oeste com transmissão humana, conforme evidenciado na tabela seguinte:

Tabela 69 – Número de casos e óbitos por leishmaniose visceral por RRAS, Estado de São Paulo, 2017 a 2023

RRAS	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023*	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
RRAS05	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRAS07	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRAS08	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
RRAS09	29	1	13	3	11	2	11	2	7	1	8	2	1	0
RRAS10	35	0	20	3	25	2	16	1	9	1	13	1	1	0
RRAS11	36	3	24	0	22	0	32	4	15	2	18	0	3	0
RRAS12	39	6	49	4	33	6	27	2	34	5	46	5	6	1
RRAS13	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado de São Paulo	141	10	108	11	92	10	86	9	65	9	86	8	11	1

Fonte SinanNet , atualizados em 27/02/2023.

Considerando que o diagnóstico e tratamento oportuno dos casos de leishmaniose visceral significam importante ação de prevenção de letalidade, deverão ser realizadas capacitações em diagnóstico e tratamento do agravo, tendo como público-alvo trabalhadores de saúde que atuam no manejo clínico da doença.

Ixodídeos (febre maculosa)

O programa de Febre Maculosa tem como principal objetivo a investigação de locais prováveis de infecção de casos humanos e construção de um mapa de risco para o estado, o suporte de campo e laboratório promoveu a coleta e identificação de ixodídeos coletados, em especial nas regiões de Sorocaba, Marília, Campinas, Vale do Ribeira e Grande São Paulo.

Doença de chagas

A vigilância entomológica se dá por meio do estímulo da população para encaminhamento de exemplares suspeitos de serem triatomíneos e recebimento desses exemplares bem como 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

Tabela 70 – Exemplares de triatomíneos coletados, examinados e positivos* segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022

Ano	Número de exemplares			%
	Capturados	Examinados	Positivos	
2018	3.157	2.606	29	1,11
2019	2.096	1.706	32	1,88
2020	5.823	5.189	30	0,58
2021	4.284	2.028	34	1,68
2022	4.762	2.004	18	0,90
Total	20.122	13.533	143	1,05

Fonte: Sistema Chagas -CCD

*Detecção de *T. cruzi* na amostra

É possível observar aumento no número de exemplares de triatomíneos coletados, porém 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. No período em questão se a Região Metropolitana de São Paulo

Desde as primeiras ocorrências de triatomíneos no município de Taboão da Serra, a Região Metropolitana de São Paulo estruturou fluxo para recebimento de insetos suspeitos de triatomíneos, criando com isso uma rede de notificação.

As notificações de triatomíneos que inicialmente ocorriam em condomínios se dispersaram para outras áreas com registro do inseto em residências e colonização da espécie em parques urbanos. No período de 2017 a 2022 foram coletados 207 exemplares de triatomíneos da espécie *Panstrongylus megistus* (espécie presente na região) com positividade para *T. cruzi* em 35,2% (Tabela 71). A maior dispersão da espécie *P. megistus* é verificada a partir do mês de setembro indo até abril, com pico em novembro.

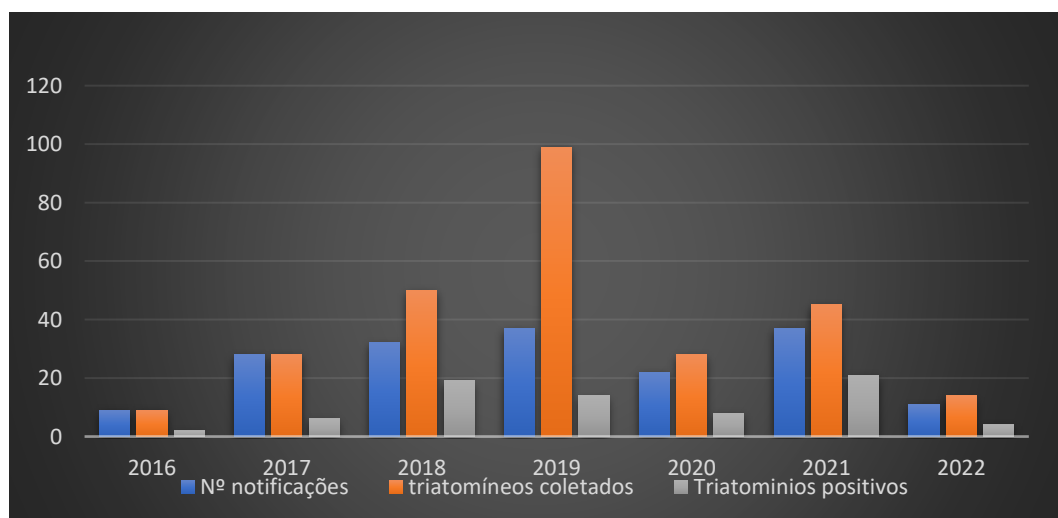
Tabela 71 – Número de triatomíneos examinados e positivos para *Trypanosoma cruzi* segundo ano, Região Metropolitana de São Paulo, 2017 a 2022

Resultados		2017	2018	2019	2020	2021	2022*	Total
Examinados		25	49	61	25	35	12	207
Positivos	Nº	6	19	14	8	21	5	73
	(%)	24	38,8	23	32	60	41,6	35,2

Fonte: Sistema Chagas- CCD/SES-SP

Tem se observado diminuição no número de notificações recebidas, bem como no número de municípios com notificação de triatomíneos (Figura 1). Em contrapartida tem se observado aumento na positividade por *T. cruzi* na Região Metropolitana de São Paulo (Gráfico 48).

Gráfico 48 – Número de municípios com notificações de triatomíneos, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: Sistema Chagas- CCD/SES-SP

Tabela 72 – Percentual de Positividade por *T. cruzi* na Região Metropolitana de São Paulo

Município	Parque/Área pesquisada	Didelphis		
		Coletados	Positivos	
			Nº	%
Campinas	Mata Santa Genebra	5	2	40
Carapicuíba	Chácara Santa Luzia	10	0	0
Cotia	Condomínio Mediterrâneo	22	2	9,1
	Parque Estadual Jequitibá	5	1	20
	Parque Teresa Maia	2	0	0
Diadema	Parque do Paço	4	0	0
Itaquaquecetuba	Parque Ecológico Mário do Canto	35	0	0
Mauá	Parque Ecológico Gruta de Santa Luzia	31	0	0
Santo André	Parque Chácara Baronesa	20	0	0
	Parque Municipal do Pedroso	16	0	0
São Paulo	Horto Florestal	16	0	0
	Parque Instituto Butantan	28	1	3,5
	Parque Água Branca	4	0	0
	Parque Ecológico Guarapiranga	45	1	2,2
	Parque Ecológico Tietê	7	0	0
	Reserva Jardim Herculano	5	0	0
Taboão da Serra	Condomínio Iolanda	12	6	50
	Parque das Hortênsias	36	0	0
Total		310	13	4,1

Esquistossomose

O principal objetivo do programa de esquistossomose é a detecção da presença de caramujos competentes como hospedeiros do parasita, assim como a detecção do próprio parasita. Para esse programa foi desenvolvido o sistema de informação com coleta de dados via aparelho remoto (tablet) que coleta o ponto geográfico do local e constrói um polígono que demarca a coleção hídrica para a caracterização em mapa de risco. Esse programa tem sido desenvolvido especialmente nas regiões da Baixada Santista, Marília e Vale do Ribeira.

Animais sinantrópicos: escorpionismo

Atualizado o Programa de Assessoria aos Municípios para vigilância manejo e controle de escorpião (PAM - Escorpião) estruturado em três eixos, quais sejam; assessoria técnica, capacitação técnica e monitoramento técnico.

Diante da piora do cenário de acidentes por esse aracnídeo no estado de São Paulo foram reorganizados os procedimentos técnicos e capacitado os municípios para que os mesmos, pudessem atender a demanda crescente em seus territórios. Para caracterização de áreas de risco, ou áreas de maior vulnerabilidade, dentro do município foram organizados planos de manejo ambiental e pactuados no conselho

municipal. Atualmente 184 municípios paulistas configuram como prioritários para ações de manejo e controle, quando consideramos índice de infestação domiciliar maior ou igual a 10 ou ocorrência de acidentes em número superior a 50 ou ocorrência de óbitos.

Com a atualização e divulgação das diretrizes em 2018, verifica-se na tabela abaixo, que a partir de 2019 ocorreu um aumento das notificações por comunicação de presença de escorpião pela população bem como por acidentes. Quanto às espécies de maior importância foram identificadas as do gênero *Tityus*, escorpiões da família *Buthidae*. Os *Tityus serrulatus* ("escorpião amarelo") foram os encontrados em maior quantidade, principalmente nas regiões norte, nordeste e sudoeste do estado e possuem um veneno de maior potência, podendo levar à morte, seguido do *Tityus bahiensis* ("escorpião marrom"), encontrado predominantemente na região sudeste do estado de São Paulo.

Tabela 73 – Acompanhamento das notificações recebidas e espécies de escorpião identificadas, Estado de São Paulo, 2018 a 2022

Ano	Nº Notificações	Nº Notificações		Espécies Identificadas					Não Identificado
		Atendidas	não Atendidas	T.serrulatus	T.bahiensis	T.stigmurus	T.obscurus	Outras Espécies	
2018	3002	2009	993	37243	117	0	0	176	1
2019	25429	20905	4524	32210	444	1	0	292	240
2020	38524	34952	3572	37653	589	1	1	86	53
2021	32978	30024	2954	44068	591	2	0	400	34
2022	36122	31672	4450	27425	588	1	0	191	44
Total	136055	119562	16493	178599	2329	5	1	1145	372

Fonte: Sistema de Escorpião - CCD/SES-SP

Na tabela abaixo, ressalta-se o aumento no número de municípios que aderiram ao sistema de informação ao longo do período, o que reverte em monitoramento da situação e os valores elevados em relação ao indicador de infestação domiciliar (superior a 10), indicativo de risco de ocorrência de acidentes.

Tabela 74 – Número de municípios com vigilância de *T. cruzi* e índice de infestação domiciliar segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022

Ano	Nº de Municípios		Índice de	
	que realizaram Pesquisa	Nº Imóveis Pesquisados	Imóveis Positivos	Infestação Domiciliar
2018	88	6164	426	16,6
2019	288	62548	3494	9,03
2020	313	93174	5843	9,12
2021	310	89158	5250	9,05
2022	282	94420	6934	8,1
Total	1281	345464	21947	10,38

Fonte: Sistema de Escorpião - CCD/SES-SP

Os acidentes por animais peçonhentos, especialmente o escorpionismo, apresenta-se nos últimos anos como importante agravo em todo o estado de São Paulo, com aumento observado desde o ano de 2017, conforme apresentado nos gráficos a seguir.

Gráfico 49 - Distribuição dos óbitos, letalidade e coeficiente de incidência de escorpionismo, Estado de São Paulo, 1988 a 2023



Gráfico 50 - Distribuição do escorpionismo segundo ano de ocorrência, Estado de São Paulo, 1988 a 2023

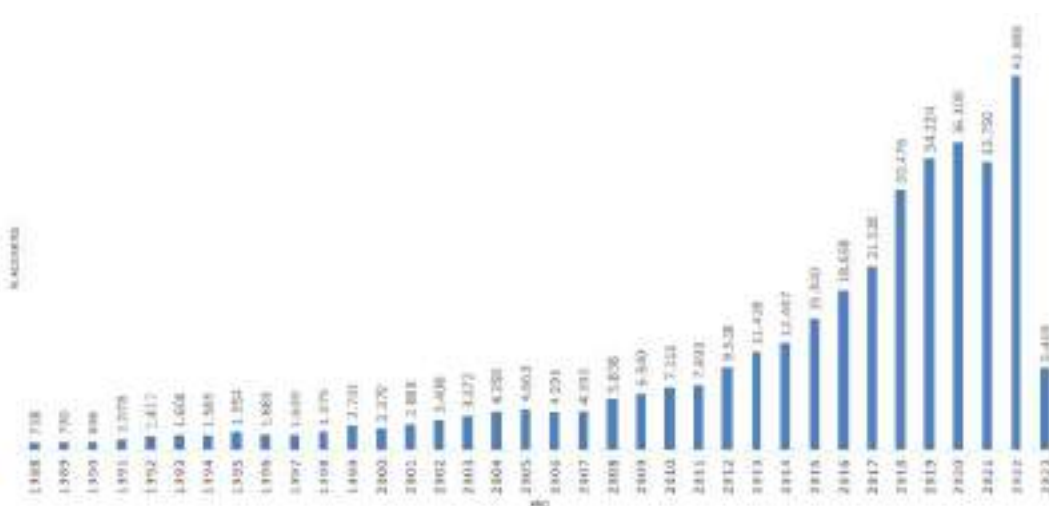


Tabela 75 - Distribuição dos acidentes por escorpião segundo local do acidente e RRAS de residência, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Urbana		Rural		Periurbana		Ignorado/Branco		Total
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
RRAS01	18	94,7	0	0,0	0	0	1	5,3	19
RRAS02	98	83,1	11	9,3	1	0,8	8	6,8	118

RRAS03	248	89,2	23	8,3	3	1,1	4	1,4	278
RRAS05	202	95,3	7	3,3	2	0,9	1	0,5	212
RRAS06	345	95,8	4	1,1	4	1,1	7	1,9	360
RRAS07	16	69,6	7	30,4	0	0	0	0,0	23
RRAS08	789	74,1	234	22,0	10	0,9	32	3,0	1065
RRAS09	2203	68,3	933	28,9	18	0,6	70	2,2	3224
RRAS10	1998	66,6	974	32,5	12	0,4	14	0,5	2998
RRAS11	2525	72,6	920	26,5	13	0,4	19	0,5	3477
RRAS12	10678	72,5	3944	26,8	30	0,2	74	0,5	14726
RRAS13	6555	81,4	1014	12,6	32	0,4	449	5,6	8050
RRAS14	2555	84,5	374	12,4	18	0,6	75	2,5	3022
RRAS15	3880	77,3	960	19,1	41	0,8	138	2,7	5019
RRAS17	1015	78,1	263	20,2	9	0,7	13	1,0	1300
Estado de São Paulo	33.125	75,5	9.668	22,0	193	0,4	905	2,1	43.891

Fonte: Divisão de Zoonoses - CVE - Sinanw e SinanNet . Dados atualizados em 03/04/2023

Considerando que o diagnóstico e intervenção imediata especialmente nos casos que requerem suporte terapêutico com imunobiológico (soro antiescorpiônico) significam importante ação de prevenção de letalidade, deverão ser realizadas capacitações em diagnóstico e tratamento do agravo, tendo como público-alvo trabalhadores de saúde que atuam no manejo clínico da doença.

Doenças Em Eliminação

Hanseníase

A Hanseníase é uma doença crônica, infecto contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*. É considerada um problema de saúde pública ainda em alguns países, inclusive o Brasil, não só pela sua magnitude, mas porque é uma doença que causa incapacidades físicas muito importante (transcendência). O estado de São Paulo atingiu a meta de eliminação como problema de saúde pública com um coeficiente de prevalência de menos de 1 caso/10.000 hab. em 2006.

A Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 traz uma mudança significativa na abordagem ao enfrentamento da hanseníase no mundo. As estratégias anteriores estavam direcionadas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, tendo alcançado avanços significativos na redução da carga global da hanseníase nas últimas décadas. A nova estratégia centra esforços para a interrupção da transmissão e o alcance de zero casos autóctones, trazendo como visão a longo prazo: zero hanseníase, zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação. (OMS,2021)

O Plano de Enfrentamento da Hanseníase no Brasil 2023-2030, traz uma visão do país sem hanseníase. Este plano está alinhado com os compromissos internacionais propostos pela OMS.

Quanto a detecção de casos novos o estado de São Paulo vem apresentando nos últimos anos uma tendência de queda no coeficiente de detecção, considerado de média endemidade (Gráfico 51). Sendo um dos pilares da estratégia a redução de

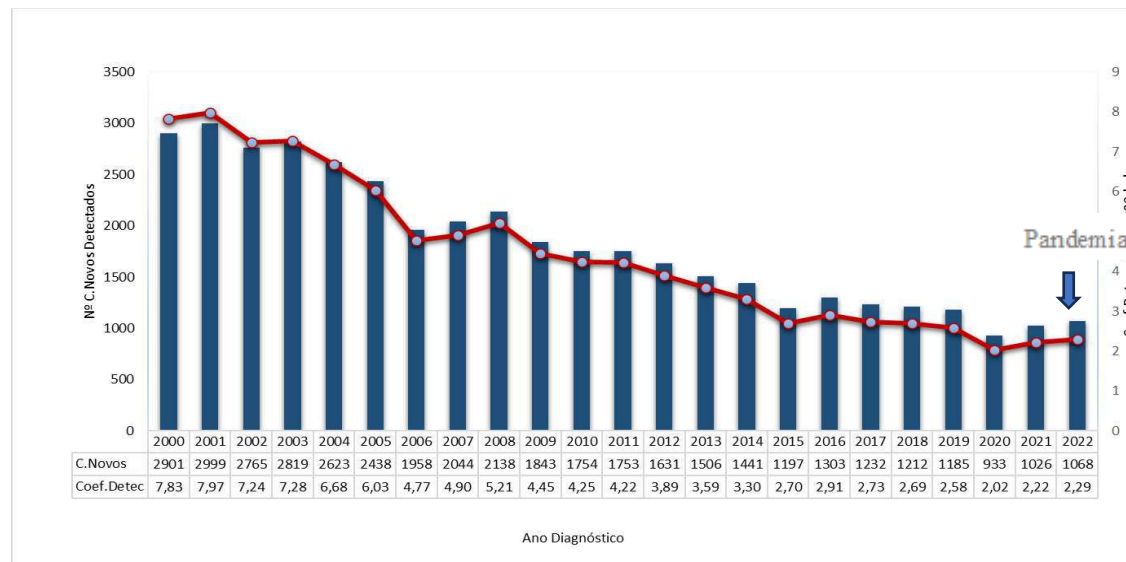
casos novos com grau de incapacidade instalada, é importante que todos os casos sejam avaliados no momento do diagnóstico, porém partir de 2019 tivemos uma queda importante deste percentual principalmente durante o período pandêmico, ficando abaixo de 90% (parâmetro bom), conforme demonstrado no Gráfico 22.

Ressalta-se que a medida mais eficaz para prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é através do diagnóstico precoce e a instituição do tratamento em tempo oportuno. O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se esquemas terapêuticos padronizados recomendados pelo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase-MS.

A avaliação do grau de incapacidade física é um procedimento essencial para o planejamento de ações de prevenção de incapacidades e para obtenção de indicadores epidemiológicos, possibilitando também analisar a efetividade da qualidade da assistência prestada durante o tratamento.

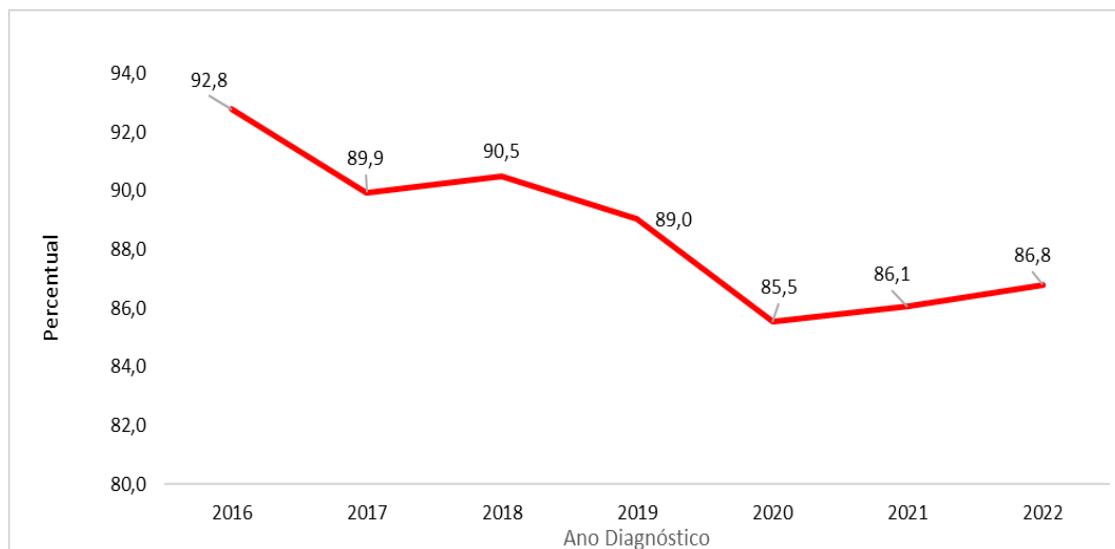
O objetivo nesses quatro anos será retomar essa taxa a níveis iguais ou superiores a 90%, aprimorar o registro desta atividade no sistema de informação, identificar locais onde os casos não são avaliados para capacitação profissional em prevenção de incapacidade, manter e incentivar as capacitações em vigilância e controle nas regionais, manter as campanhas de divulgação de sinais e sintomas para a população, bem como incentivar as atividades de busca ativa e exame dos contatos, pois esta é a população com maior risco de adoecer.

Gráfico 51 - Distribuição do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase segundo ano, Estado de São Paulo, 2000 a 2022



Fontes: DTVEH/CVE/CCD/SES/SP e SINAN.
População: IBGE.

Gráfico 52 - Distribuição do percentual de avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico de hanseníase segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: DTVEH/CVE/CCD/SES/SP e SINAN.

Tracoma

O tracoma é uma ceratoconjuntivite crônica recidivante, de notificação compulsória no estado de São Paulo. Trata-se da principal causa infecciosa de cegueira no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) atualmente, no mundo há 21 milhões de pessoas afetadas pelo tracoma ativo, necessitando de tratamento e 1,5 milhões necessitavam de cirurgia para triquíase tracomatosa – estágio tardio do tracoma. O tracoma é responsável por, aproximadamente, 1,9 milhão de pessoas com deficiência visual ou cegueira no mundo.

Em 1997, a OMS lançou uma iniciativa global, intitulada GET 2020 (*Global Elimination of Trachoma*), recomendando a eliminação do tracoma como causa de cegueira até o ano de 2020. Em 1998, a quinquagésima primeira Assembleia Mundial de Saúde aprovou a resolução WHA 51.11 para a eliminação global do tracoma causador de cegueira. Esta resolução foi reforçada pela resolução da Assembleia Mundial de Saúde 56.26 de 2003, que recomendou aos Países Membros a aderirem à iniciativa Global para a eliminação da cegueira evitável, denominada como “Visão 2020 – o direito a visão”, quando orientaram os países a implantarem os planos nacionais. A base fundamental desta iniciativa era reduzir o aumento preocupante da prevalência de cegueira global, através de estratégias para eliminar a cegueira evitável antes de 2020.

Apesar dos avanços consideráveis, a meta proposta de eliminação até dezembro de 2020, não foi alcançada. A Aliança Global do tracoma ajustou sua data alvo para 2030, em consonância com a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável para a eliminação das várias outras doenças tropicais negligenciadas.

Análise da série histórica dos dados de tracoma dos últimos 7 anos (2016 a 2022).

Seguindo as orientações da OMS e do Ministério da Saúde, o Centro de Oftalmologia Sanitária/CVE iniciou o “Plano de eliminação do tracoma como causa de cegueira no estado de São Paulo”. Desde 2015 o estado de São Paulo vem realizando pesquisas epidemiológicas para validar a eliminação do tracoma como problema de saúde pública.

Para atendimento das metas de eliminação da OMS, os dados devem ser coletados por meio de inquéritos domiciliares por amostragem de crianças de 1 a 9 anos de idade, em regiões de maior risco epidemiológico de tracoma, incluindo uma amostra laboratorial dos casos positivos para determinar a prevalência e a confirmação da circulação da *Chlamydia trachomatis*.

Para alcançar a meta de eliminação do tracoma os indicadores epidemiológicos para obtenção da validação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública são: prevalência de tracoma inflamatório folicular (TF) menor do que 5% em crianças de 1 a 9 anos de idade e prevalência de triquíase tracomatosa (TT) desconhecida pelos serviços de saúde menor do que 0,2% em adultos de 15 anos ou mais de idade. O sistema de saúde deve continuar a identificação e o gerenciamento para tratar os casos novos de triquíase tracomatosa (TT).

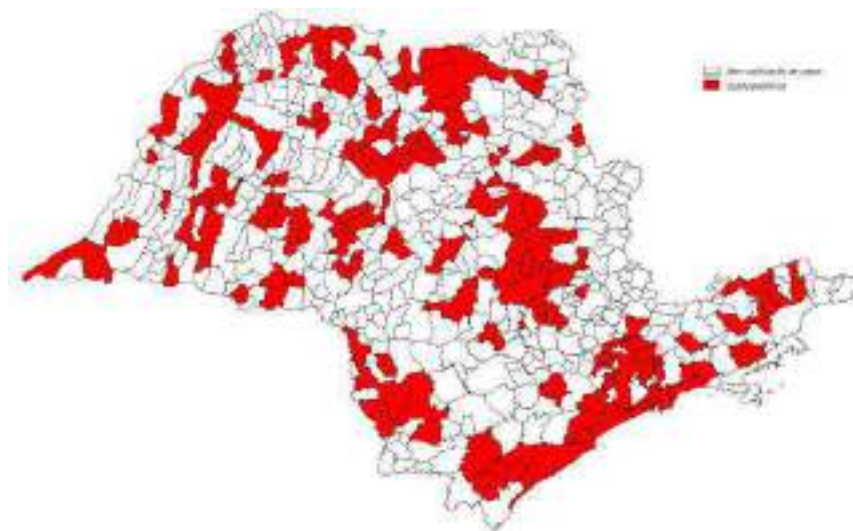
O programa de vigilância epidemiológica e controle do tracoma do estado utiliza as seguintes estratégias: inquérito domiciliar por amostragem de crianças de 1 a 9 anos de idade em locais, onde a probabilidade da ocorrência de tracoma é maior, isto é, onde existem baixas condições de vida e saúde da população. E censo de tracoma em municípios pequenos, que devem ser examinadas 90% das crianças de crianças de 1 a 9 anos de idade.

Alguns municípios realizam as atividades de busca ativa em domicílios e nas instituições educacionais e assistenciais (escolas e creches).

No período de 2016 a 2022, dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mostraram que 381.482 indivíduos foram examinados, sendo identificados 4.743 (1,2%) casos de tracoma no estado de São Paulo. Há casos em todas as regiões do estado, alcançando um coeficiente de detecção de 3,8% na Baixada Santista.

As atividades de vigilância da doença foram interrompidas em março de 2020 devido à pandemia de Covid-19, sendo retomadas somente em 2022. Portanto, houve uma diminuição das notificações de casos nesses anos. A distribuição dos casos notificados por município de residência pode ser observada no Mapa 5.

Mapa 5 – Distribuição dos casos confirmados de tracoma segundo o município de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SinanNet Dados atualizados até dezembro de 2022.

No período de 2018 a 2022, somente 232 (36%) municípios realizaram atividades de vigilância epidemiológica do tracoma, como mostra na Tabela 76. Temos que ressaltar que estamos realizando inquéritos epidemiológicos domiciliares por amostragem de crianças de 1 a 9 anos de idade, portanto estamos trabalhando com uma amostra de domicílios.

Tabela 76 - Distribuição do número de municípios com atividades de vigilância do tracoma, taxa de adesão estadual, população avaliada, casos, taxa e coeficiente de detecção segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022

Indicador	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de municípios com atividades de vigilância	167	76	10	2	27
Taxa de adesão (%)	25,9	11,8	1,55	0,31	4,19
Nº de examinados	97.241	35.624	1.881	2	11.760
Nº de casos detectados	1.085	343	4	2	183
Taxa de detecção (%)	1,1	1	0,2	100	1,6
Coeficiente de detecção*	2,4	0,8	0	0	0,4

*Por 100.000 habitantes

Fonte: Banco de dados SinanNet. Dados atualizados até dezembro de 2022. População: IBGE

Segundo os dados das fichas de investigação epidemiológicas dos casos notificados ao sistema houve maior frequência no sexo feminino, em crianças de 1 a 9 anos de idade e a forma clínica mais prevalente foi de tracoma folicular.

Estamos em campo com 5 inquéritos. Já finalizamos o inquérito nos GVE XIV Barretos, GVE XXIX SJRP, GVE XXII Presidente Venceslau e GVE XXX Jales, onde a prevalência encontrada foi menor do que 5%.

Juntamente com o ministério da Saúde foi realizado um inquérito de tracoma em uma Unidade de Avaliação na Regional de Registro (GVE XXIII), que também alcançou a meta de eliminação.

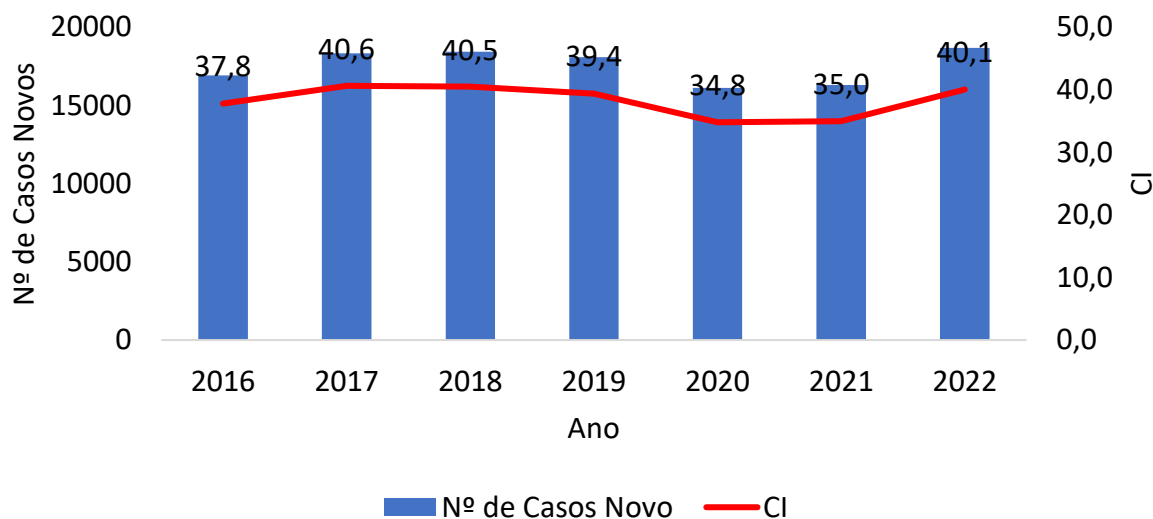
Tuberculose

No mundo, a tuberculose (TB) é a doença transmissível considerada como uma das principais causas de problemas de saúde e uma das principais causas de morte. Até o início da pandemia de coronavírus (COVID-19), a TB era a principal causa de morte por um único agente infeccioso, acima do HIV/AIDS. Conhecida como tísica pulmonar, peste branca e finalmente denominada TB, teve seu agente identificado em 1882 por Robert Koch. Estima-se que um quarto da população mundial esteja infectado com o bacilo da TB. Entretanto, a maioria das pessoas não irão desenvolver a doença.

Atualmente, 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 para menos de 1 óbito por 100 mil hab., até o ano de 2035.

Entre 2016 e 2019, no estado de São Paulo (ESP), o menor coeficiente de incidência (CI) da doença foi 37,8 (2016) e o maior 40,6/100 mil hab. (2017). Nos anos de 2020 e 2021, o ESP vivenciou momentos com maiores números de casos de COVID-19 durante a pandemia e intensificação das ações para o combate do novo coronavírus. O reflexo deste período foi a queda do número de casos novos, sendo 16.113 e 16.309 casos novos em 2020 e 2021, respectivamente. Em 2022, observou-se a recuperação, embora não total, do número de casos (Gráfico 53).

Gráfico 53 - Número de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência* segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

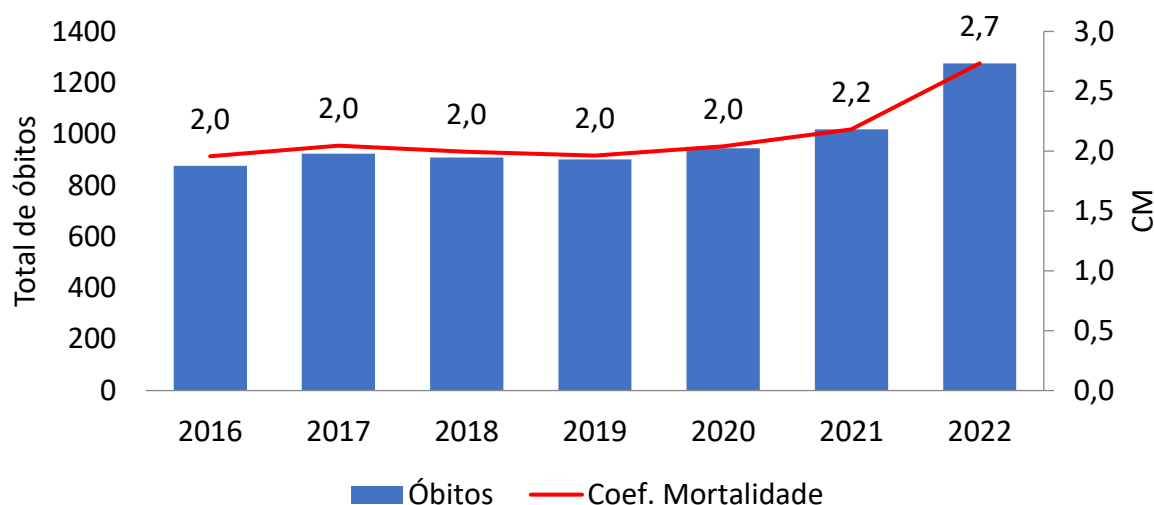


Fonte: TBWEB/SES/SP, dados atualizados até 24/07/2023, e IBGE.
*Casos por 100 mil habitantes.

Em relação ao coeficiente de mortalidade (CM) da TB, entre 2016 e 2020, o ESP apresentou CM de 2,0 óbitos/100 mil hab. Em 2021 e 2022, observou-se um aumento importante deste coeficiente para 2,2 e 2,7 óbitos/100 mil hab., respectivamente. Os

dados de 2022 ainda são provisórios, pois o número de óbitos ainda será revisto pelos órgãos de vigilância (Gráfico 54).

Gráfico 54 - Número de óbitos com causa básica tuberculose e coeficiente de mortalidade* segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: SIM, dados atualizados até 10/03/2023, sujeitos à revisão, e IBGE.

*Casos por 100 mil habitantes.

Na Tabela 77, observa-se a distribuição dos casos novos notificados distribuídos pelas 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) de residência. No período de 2016 a 2022, a RRAS 07 apresentou o maior CI, sendo superior ao CI do ESP. A População Privada de Liberdade (PPL) encontra-se separada das RRAS devido à organização desta população quando dentro da Secretaria de Administração Penitenciária, o qual perpassa por diversas instituições em municípios diferentes.

Tabela 77 - Número de casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (CI*) segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

RRAS	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI
RRAS 01	729	26,6	761	27,6	815	29,4	756	27,1	696	24,8	780	27,6	809	28,6
RRAS 02	939	32	932	31,5	1043	34,8	1093	35,3	853	27,9	946	30,6	1036	33,5
RRAS 03	166	28,5	185	31,4	177	29,5	201	32,2	177	28,7	190	30,4	219	35,1
RRAS 04	373	33,7	440	39,3	456	39,9	423	35,6	416	35,5	373	31,4	431	36,3
RRAS 05	770	41,6	788	42,3	814	43,3	862	44,8	792	41,5	759	39,5	929	48,3
RRAS 06	5482	45,5	5939	49,1	6252	51,3	6322	51	5638	45,7	5806	46,8	6592	53,2
RRAS 07	1613	76,9	1644	77,8	1800	84,4	1865	85,4	1681	78,2	1645	75,4	1952	89,4
RRAS 08	561	22,8	563	22,7	578	23	579	22,4	484	18,9	558	21,6	621	24,1
RRAS 09	318	18,1	398	22,5	388	21,7	396	21,7	385	21,2	374	20,5	400	21,9
RRAS 10	282	24,9	210	18,4	218	19,1	247	21,3	221	19,1	207	17,8	222	19,1
RRAS 11	129	16,8	156	20,3	159	20,6	146	18,7	141	18,1	120	15,3	175	22,4
RRAS 12	345	14,6	363	15,2	391	16,3	414	16,9	387	15,8	376	15,3	502	20,4
RRAS 13	579	16,1	727	20	718	19,5	677	17,9	635	17	632	16,8	801	21,2

RRAS 14	400	26	388	25	379	24,1	348	21,6	337	21,1	381	23,6	418	25,9
RRAS 15	818	20,1	849	20,7	885	21,2	860	20	773	18,1	778	18,1	999	23,2
RRAS 16	289	23,3	307	24,5	299	23,4	267	20,2	207	15,8	235	17,8	329	24,9
RRAS 17	665	26,9	692	27,7	760	30,1	724	27,9	635	24,6	715	27,5	781	30
PPL	2466	1040,3	2982	1320,2	2310	1014,9	1911	979	1654	775	1434	706,1	1466	751

Fonte: TBWEB/SES/SP (24/07/2023-dados provisórios). População: IBGE. DEPEN. Dados extraídos dia 09/02/2023. PPL = População Privada de Liberdade
*Casos por 100 mil habitantes.

Entre 2016 e 2021, a RRAS 04 apresentou a maior taxa de cura. Ainda não é possível analisar o ano de 2022, pois a maioria dos casos não foram encerrados (Tabela 78).

Tabela 78 – Percentual de cura dos casos novos de tuberculose segundo RRAS de residência e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2021

RRAS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RRAS 01	82,1	83,8	82,0	79,7	80,0	78,1
RRAS 02	85,0	79,5	80,4	78,1	78,6	74,9
RRAS 03	84,8	82,7	85,1	79,1	83,0	76,2
RRAS 04	91,4	88,1	85,7	87,9	82,6	86,9
RRAS 05	83,1	84,9	80,7	79,1	75,1	73,4
RRAS 06	75,9	74,7	76,8	75,6	73,0	69,4
RRAS 07	80,1	78,7	79,0	78,7	74,5	72,1
RRAS 08	84,4	80,8	79,9	78,3	76,7	72,2
RRAS 09	75,6	79,1	81,3	75,3	68,6	70,3
RRAS 10	80,9	80,5	83,8	75,1	76,5	73,9
RRAS 11	89,1	84,9	83,0	78,5	82,9	77,5
RRAS 12	82,1	77,9	79,6	79,7	78,6	75,2
RRAS 13	79,1	75,9	75,3	73,7	71,3	67,1
RRAS 14	82,2	76,5	80,7	79,1	78,4	73,3
RRAS 15	82,1	78,2	81,0	78,4	72,7	73,5
RRAS 16	86,0	84,2	80,3	78,9	78,0	79,8
RRAS 17	84,8	82,0	82,3	81,3	77,9	79,6
PPL	92,0	91,8	90,5	90,5	90,0	89,0
Estado de São Paulo	81,8	80,5	80,5	78,9	76,5	74,0

Fonte: TBWEB. Dados extraídos dia 09/02/2023. PPL = População Privada de Liberdade.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tendem a ter extenso período de latência, ser de longa duração e resultam de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. O termo DCNT inclui uma gama de doenças, e, desde 2011, as Nações Unidas, por meio da Organização Mundial da Saúde, têm ressaltado a ação global para quatro principais doenças: doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e diabetes.

As DCNT são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo. As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes, seguida pelas neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Estes quatro grupos de doenças são responsáveis mundialmente por mais de 80% de todas as mortes prematuras (adultos de 30 a 69 anos de idade) por DCNT. Especificamente no estado de São Paulo, em 2020, dentre as 25 primeiras causas de morte (59% do total de mortes) por categorias de CID-10, 80% foram decorrentes de DCNT; 16% das doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais; e 4% das causas mal definidas.

Para que realmente ocorra o desenvolvimento da Promoção da Saúde, é preciso intervir sobre uma série de problemas socioeconômicos como o uso indevido de drogas (tabaco, álcool entre outras); consumo de alimentação inadequada; violência; acidentes de trânsito; má qualidade da água, do ar e do solo; desemprego; urbanização desordenada; entre outras questões. Dessa forma, se faz primordial a articulação da área da saúde com as políticas e programas de outras secretarias de estado, autarquias e demais instituições públicas e privadas e órgãos do terceiro setor.

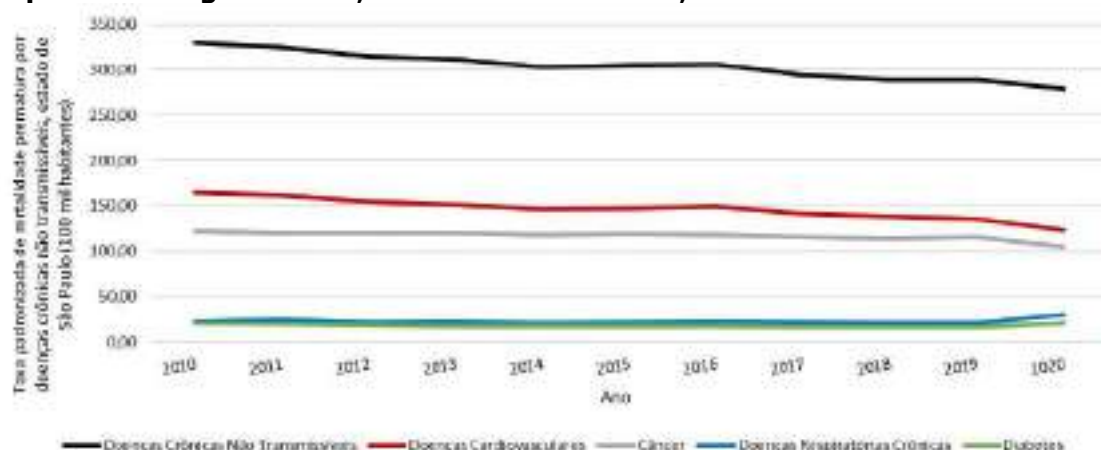
O Ministério da Saúde, em 2011, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022. Porém, com a aproximação do término de vigência deste plano, e em resposta a nova pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foi elaborado um novo plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT). O novo plano reafirma e amplia as propostas de enfrentamento, porque inclui acidentes e violências, além de se apresentar como diretriz para a prevenção dos fatores de risco para as DANT.

Para o alcance da nova pactuação mundial dos ODS, o plano estabeleceu cinco indicadores de DCNT, bem como metas para serem alcançadas pelo Brasil até 2030. A taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT é um desses indicadores e a meta é reduzir em 1/3 (30%) até o ano de 2030.

Cabe à Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT planejar, coordenar e implementar o plano de Vigilância Epidemiológica de DANT, políticas e ações de formação continuada para aprimoramento dos GVE; critérios, metodologias, indicadores e instrumentos de acompanhamento e avaliação da situação epidemiológica das DANT, além de coordenar a implantação e manutenção do Observatório de Promoção da Saúde no Estado de São Paulo.

Outrossim, integram as estratégias o apoio aos municípios em iniciativas relativas às ações de Promoção da Saúde voltadas as Doenças e Agravos Não Transmissíveis, as capacitações dos profissionais da rede estadual em ações de promoção da saúde, a integração e o monitoramento das ações de pesquisa em promoção da saúde da rede de serviços da SES/SP, a articulação intersetorial da rede promoção da saúde, bem como a divulgação periódica das informações de Promoção da Saúde.

Gráfico 55 - Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus grupos específicos segundo ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020



Fonte: Óbitos: Datasus – Estatísticas vitais – Mortalidade. População residente: Datasus – Demográficas e socioeconômicas. População padrão: Censo Brasil 2010. Dados extraídos em 6 de abril de 2022.

Quadro 11. Taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus grupos específicos, Estado de São Paulo, 2010 a 2020

Grupo de agravos	Taxa padronizada DCNT e grupos específicos 30-69 anos										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	329,4	325	314,6	312,3	302,8	305	306,3	294,4	289,1	288,7	279,8
Doenças Cardiovasculares	164,1	161,2	154,7	151,9	146,8	147,5	149,4	141,1	138,3	135,6	122,9
Neoplasias	122,1	120	119,6	119,7	117,7	118,5	117,7	115,8	113,5	115,8	105,6
Doenças Respiratórias Crônicas	22,9	24	21,8	22,9	20,9	21,4	22,1	21	20,4	20,3	30,6
Diabetes	20,3	19,8	18,4	17,8	17,4	17,5	17,1	16,6	17	17	20,7

Fonte: Óbitos: Datasus – Estatísticas vitais – Mortalidade. População residente: Datasus – Demográficas e socioeconômicas. População padrão: Censo Brasil 2010. Dados extraídos em 6 de abril de 2022.

Quadro 12. Variação percentual da taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus grupos específicos no Estado de São Paulo, 2010 a 2020

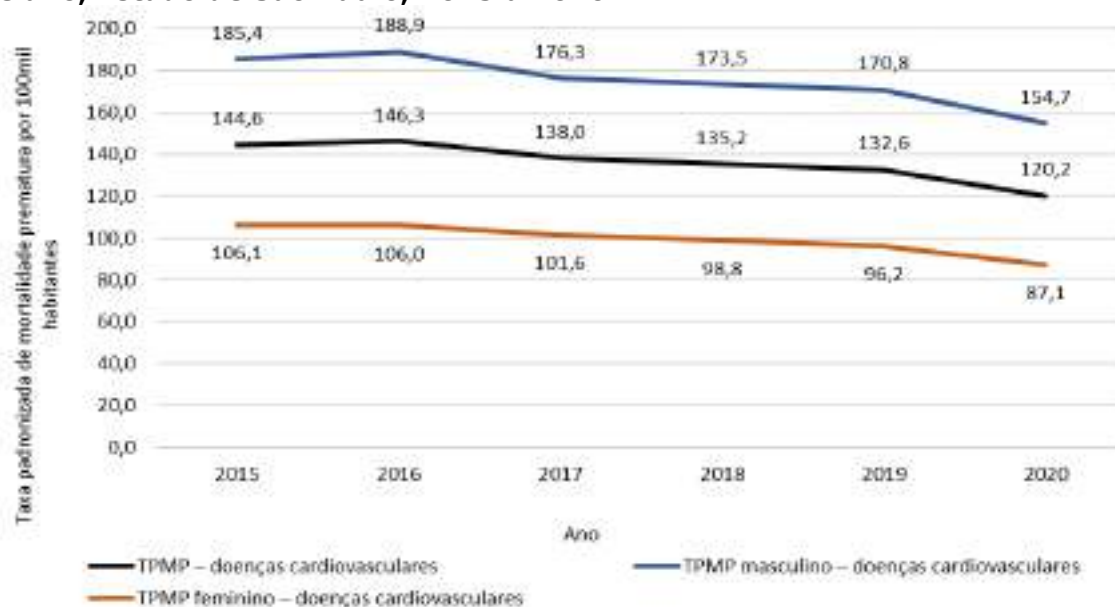
Estado de São Paulo	Variação percentual 2020-2010	Variação percentual 2020-2015
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	-15%	-8%
Doenças Cardiovasculares	-25%	-17%

Câncer	-14%	-11%
Doenças Respiratórias Crônicas	34%	43%
Diabetes	2%	18%

Observa-se redução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT no estado de São Paulo ao longo da última década (15%) e após a nova pactuação do ODS em 2015 (8%). Contudo, a análise por grupos específicos aponta que a redução ocorreu somente para as doenças cardiovasculares e cânceres, pois houve acréscimo para as doenças respiratórias crônicas e para diabetes, 43% e 18%, respectivamente, nos últimos cinco e na vigência dos ODS. Chama atenção a acentuada redução das taxas padronizadas de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares e cânceres em 2020 no estado de São Paulo. Porém, esse ano foi marcado pela presença da Covid-19 e uma pandemia que aumenta o número de mortes na população pode impactar negativamente na prevalência das DCNT.

Em relação aos sexos e a mortalidade prematura por DCNT, observou-se redução das taxas padronizadas da mortalidade prematura para as doenças cardiovasculares no estado de São Paulo (ESP) de 2015 a 2020. A variação percentual para a população total foi de -16,9%, enquanto para o sexo masculino foi de -16,6% e para o sexo feminino, -17,9%. Além disso, o sexo masculino apresentou taxas superiores ao sexo feminino. Entre os anos de 2019 e 2020 essa redução foi mais acentuada para o sexo masculino, de 170,8/100 mil habitantes para 154,7/100 mil habitantes, que no sexo feminino, de 96,2/100 mil habitantes para 87,1/100 mil habitantes (Gráfico 56).

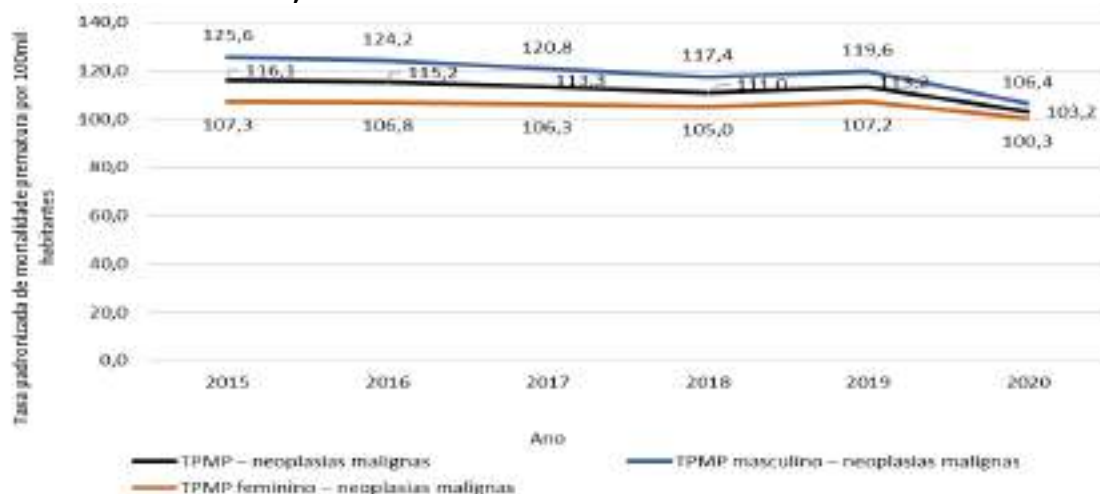
Gráfico 56 - Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para as doenças cardiovasculares na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020



Fonte: Óbitos: Datasus – Estatísticas vitais – Mortalidade. População residente: Datasus – Demográficas e socioeconômicas – População residente do sexo feminino. População padrão: Censo Brasil 2010. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos I00-I99 da CID-10. Dados extraídos em 6 de abril de 2022.

As taxas padronizadas da mortalidade prematura para as neoplasias malignas no estado de São Paulo de 2015 a 2020 tenderam à redução, sendo a variação percentual da população total de -11,1%, do sexo masculino de -15,3% e do sexo feminino de -6,5%. Além disso, o sexo masculino apresentou taxas superiores ao sexo feminino (Gráfico 57).

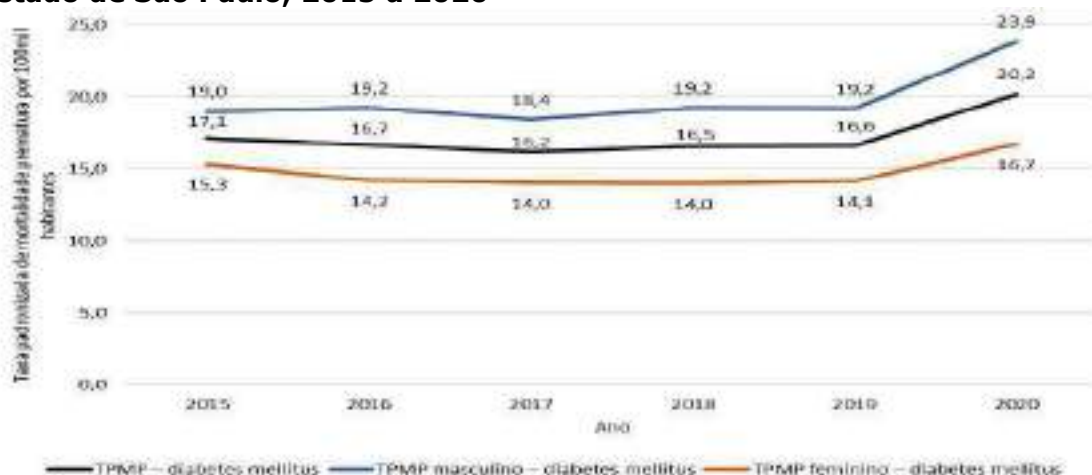
Gráfico 57 - Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para as neoplasias malignas na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020



Fonte: Óbitos: Datasus – Estatísticas vitais – Mortalidade. População residente: Datasus – Demográficas e socioeconômicas – População residente do sexo feminino. População padrão: Censo Brasil 2010. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97 da CID-10. Dados extraídos em 6 de abril de 2022.

As taxas padronizadas da mortalidade prematura para *Diabetes mellitus* no estado de São Paulo de 2015 a 2020 tenderam ao aumento, sendo a variação percentual para a população total de +25,8%, para o sexo masculino de +18,1% e para o sexo feminino, +9,1%. Além disso, o sexo masculino apresentou taxas superiores às do sexo feminino. Observou-se que entre os anos de 2019 e 2020 o aumento da taxa foi mais acentuada no sexo masculino, de 19,2/100 mil habitantes para 23,9/100 mil habitantes, que no sexo feminino, de 14,1/100 mil habitantes para 16,7/100 mil habitantes (Gráfico 58).

Gráfico 58 - Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para *Diabetes mellitus* na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020



Fonte: Óbitos: Datasus – Estatísticas vitais – Mortalidade. População residente: Datasus – Demográficas e socioeconômicas – População residente do sexo feminino. População padrão: Censo Brasil 2010. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos E10-E14 da CID-10. Dados extraídos em 6 de abril de 2022.

As taxas padronizadas da mortalidade prematura para doenças respiratórias crônicas no estado de São Paulo de 2015 a 2020 tenderam ao aumento, sendo a variação percentual para a população total de +51,5%, do sexo masculino de +56,8% e do sexo feminino, +44,2%. Além disso, o sexo masculino apresentou taxas superiores às do sexo feminino. Observou-se que entre os anos de 2019 e 2020 o aumento da taxa foi mais acentuado no sexo masculino, de 36,7/100 mil habitantes para 23,4/100 mil habitantes, que no sexo feminino, de 23,5/100 mil habitantes para 16,3/100 mil habitantes (Gráfico 59).

Gráfico 59 - Monitoramento da taxa padronizada de mortalidade prematura (TPMP) para as doenças respiratórias crônicas na população total e segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2015 a 2020



Fonte: Óbitos: Datasus – Estatísticas vitais – Mortalidade. População residente: Datasus – Demográficas e socioeconômicas – População residente do sexo feminino. População padrão: Censo Brasil 2010. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos J30-J98 (exceto J36) da CID-10. Dados extraídos em 6 de abril de 2022.

No Quadro 13 são apresentadas as taxas padronizadas de mortalidade prematura por DCNT nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do estado de São Paulo.

Quadro 13. Taxa padronizada de mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis segundo RRAS e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020

RRAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variação % 2020-2010	Variação % 2020-2015
RRAS 01	336,7	333,4	316,6	309,1	298,2	310,7	319,3	311,1	292,2	290,1	270,5	-0,2	-0,1
RRAS 02	384,1	372,4	352,2	350,4	344,7	342,5	351,2	328,6	327,2	323,0	299,8	-0,2	-0,1
RRAS 03	415,8	403,3	416,1	399,7	388,5	373,5	378,9	363,3	334,2	360,9	349,3	-0,2	-0,1
RRAS 04	431,9	413,9	386,9	390,9	387,9	366,4	399,5	374,6	375,8	373,8	337,5	-0,2	-0,1
RRAS 05	397,2	387,0	381,8	358,8	365,4	371,8	377,3	353,8	347,2	348,0	334,8	-0,2	-0,1
RRAS 06	331,3	327,6	314,0	317,0	303,2	304,3	305,3	287,1	285,8	276,8	281,3	-0,2	-0,1
RRAS 07	413,7	385,8	382,4	376,3	371,7	366,7	366,9	360,2	353,2	353,2	317,3	-0,2	-0,1
RRAS 08	309,4	318,0	308,6	300,9	305,6	307,0	307,8	283,3	288,0	283,7	280,2	-0,1	-0,1
RRAS 09	324,6	326,3	318,2	308,0	293,6	296,4	296,7	291,7	282,7	282,3	278,8	-0,1	-0,1
RRAS 10	285,4	293,4	296,4	293,4	290,0	287,1	285,9	286,1	265,6	276,3	279,9	0,0	0,0
RRAS 11	269,0	283,1	268,9	295,3	281,4	282,6	286,9	275,4	262,7	271,9	251,7	-0,1	-0,1
RRAS 12	288,4	284,8	272,5	267,9	261,4	261,4	262,3	260,5	260,2	259,7	254,2	-0,1	0,0
RRAS 13	309,9	313,0	308,7	300,9	290,7	296,1	296,2	285,0	272,9	280,4	273,9	-0,1	-0,1
RRAS 14	303,3	281,4	294,8	290,2	272,9	268,2	270	279,3	255,0	278,5	260,0	-0,1	0,0
RRAS 15	294,9	292,1	278,1	275,4	267,2	271,0	262	261,3	260,2	263,4	251,6	-0,2	-0,1
RRAS 16	332,4	338,8	336,4	315,1	313,0	305,7	311,5	297,9	295,8	303,6	272,2	-0,2	-0,1
RRAS 17	296,3	283,4	268,0	287,2	262,8	285,8	275,4	268,3	268,8	267,2	261,6	-0,1	-0,1
Estado	329,4	325,0	314,6	312,3	302,8	305,0	306,3	294,4	289,1	288,7	279,8	-0,2	-0,1

Acidentes e Violências

Violências

As violências compõem os agravos não transmissíveis que impactam a morbimortalidade da população. Constituem a segunda causa de morte no Brasil e estão fortemente relacionadas às desigualdades. No que se refere à Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a violência corresponde a uma das causas externas, que se destaca como um importante causa de morbimortalidade no país e no mundo.

O Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, que destaca que mais de cinquenta por cento dos óbitos registrados no Brasil em 2019 foram em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis e 11,5% devido a agravos, tendo sido registrados 142.800 óbitos por causas externas, as agressões correspondendo a 30,8% (44.033 óbitos) e as lesões autoprovocadas 9,5% (13.520 óbitos) (Brasil, 2021b).

Um estudo global aponta em 2017 as maiores taxas de mortalidade por homicídio nas Américas, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos do sexo masculino. No Brasil, em 2019, as agressões representaram a principal causa de

morte de jovens de 15 a 29 anos (50,6%) e as lesões autoprovocadas a quarta principal causa de morte de 15 a 29 anos (8,8%).

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada, compulsória desde 2011, está regulamentada atualmente pela Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017. A notificação, compulsória aos serviços de saúde públicos e privados, permite a caracterização da magnitude da violência, seu enfrentamento e o delineamento de políticas públicas. No Brasil, entre 2011 e 2018 houve um acréscimo de 263,2% no número de notificações. Entende-se que o aumento da cobertura de número de municípios e unidades de saúde contribui para dar visibilidade ao agravo e fortalece ações de enfrentamento.

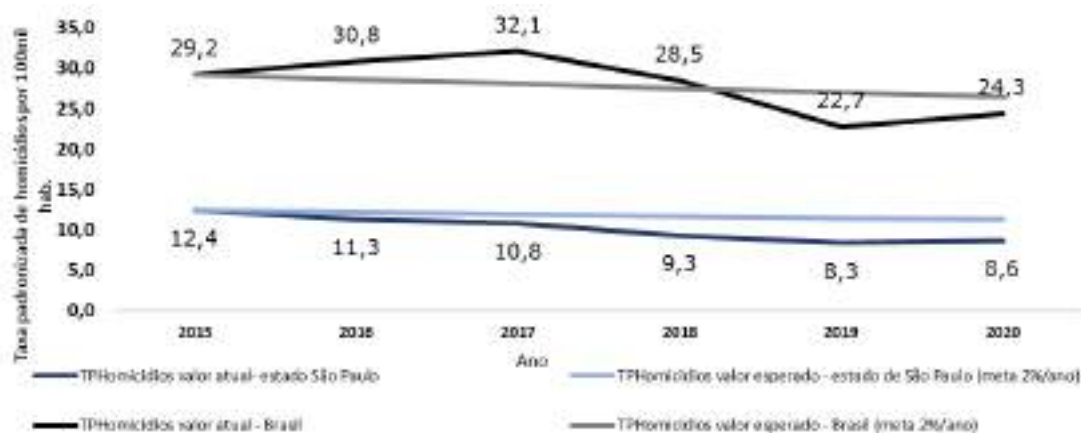
A fonte de dados de mortalidade foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS). Para a mortalidade por homicídios foi considerada a classificação da Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID 10) com os códigos X85 a Y09 (agressões), Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal). Para a mortalidade por suicídio foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) (Brasil, 2021b).

Para o cálculo da taxa de mortalidade, foi utilizada como fonte a População residente- Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DAENT/CGIAE. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, estabelece indicadores e metas relacionadas às violências, adotadas pela Coordenação Estadual de Vigilância de DANT.

Situação epidemiológica do Indicador Mortalidade por Homicídios

As taxas padronizadas de mortalidade por homicídios no estado de São Paulo mostraram-se inferiores às do Brasil de 2015 a 2020. Há, em São Paulo, uma tendência de queda, com a taxa de mortalidade por homicídios de 12,4 (por 100 mil hab.) em 2015 decrescendo para 8,6 (por 100 mil hab.) em 2020, estando abaixo do valor esperado para o mesmo período (Gráfico 60).

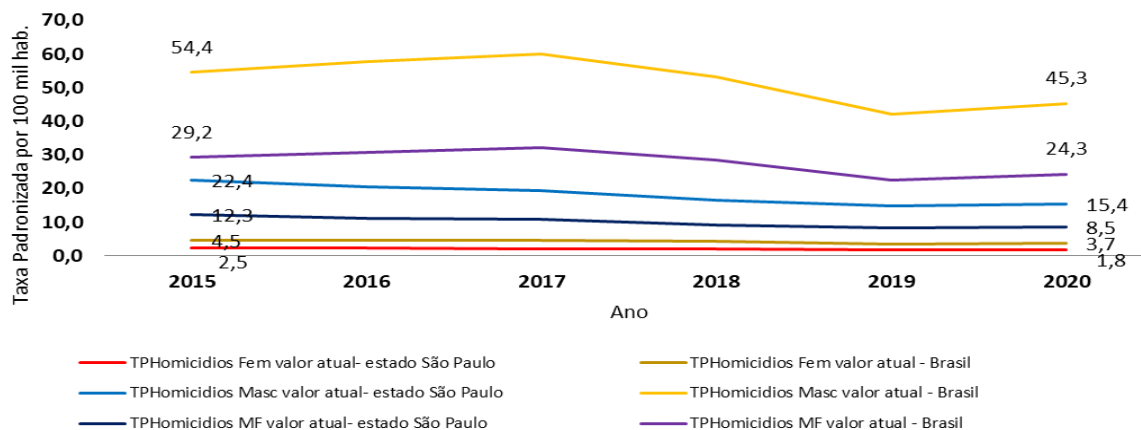
Gráfico 60 – Comparação da taxa padronizada de homicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo ano, 2015 a 2020



As taxas padronizadas de homicídio segundo sexo no estado de São Paulo foram menores em relação aos dados do Brasil de 2015 a 2020. As maiores taxas de

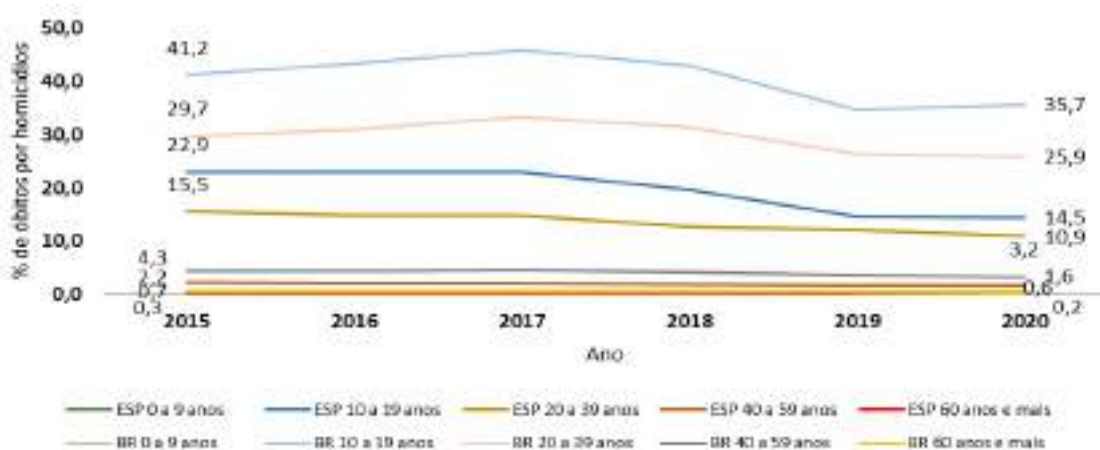
mortalidade por homicídios ocorreram no sexo masculino tanto no Brasil (45,3 por 100 mil habitantes em 2020) como no estado de São Paulo (24,3 por 100 mil habitantes em 2020), conforme se observa no Gráfico 61.

Gráfico 61 - Comparação da taxa padronizada de homicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo sexo e ano, 2015 a 2020



Se considerarmos a proporção de óbitos por homicídios por faixa etária, observamos no Gráfico 62 que o maior percentual está na faixa etária de 10 a 19 anos (35,7% em 2020), seguido de 20 a 39 anos (26,3% em 2020) no Brasil. Em São Paulo, temos, também, as faixas etárias de 10 a 19 anos e de 20 a 39 anos com a maior mortalidade proporcional por homicídios, 14,5% e 10,9%, respectivamente. Apesar destes valores serem menores que os observados para o Brasil, indicam a faixa etária jovem, de 10 a 39 anos com maior proporção de morte violenta por homicídio dentre as faixas etárias.

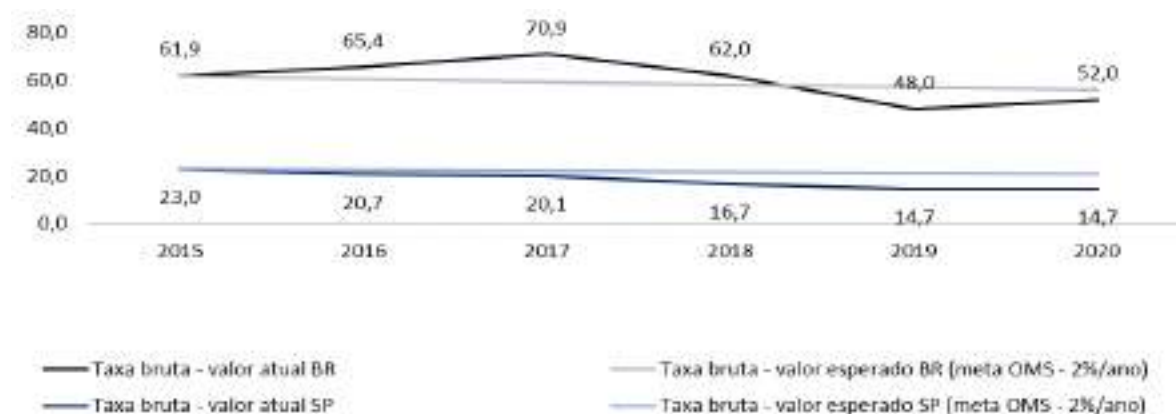
Gráfico 62 - Comparação da proporção de homicídios em relação ao total de óbitos no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020



Analisando a taxa bruta de homicídios em jovens de 15 a 29 anos entre os anos de 2015 e 2020, verificamos que a taxa bruta nacional é superior à taxa do estado de São Paulo e desde 2019 atingiu valores inferiores ao esperado. No estado de São Paulo

os valores se encontram menores que esperado, com taxa de 23,0 por 100 mil habitantes em 2015 e 14,7 por 100 mil habitantes em 2020 (Gráfico 63).

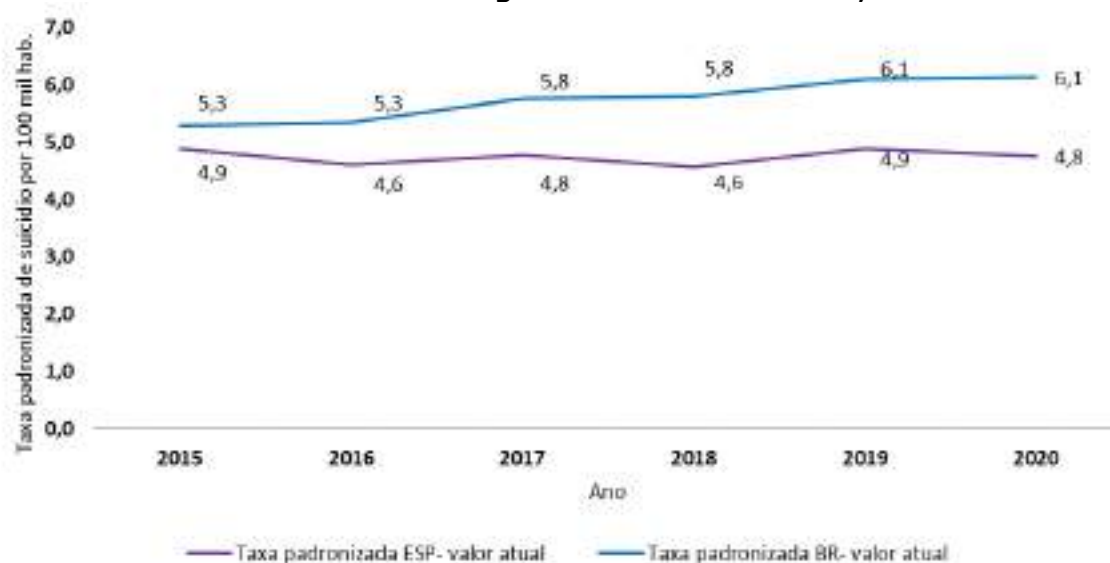
Gráfico 63 - Comparação da taxa bruta de homicídios em jovens de 15 a 29 anos no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020



Situação epidemiológica do Indicador Mortalidade por Suicídios

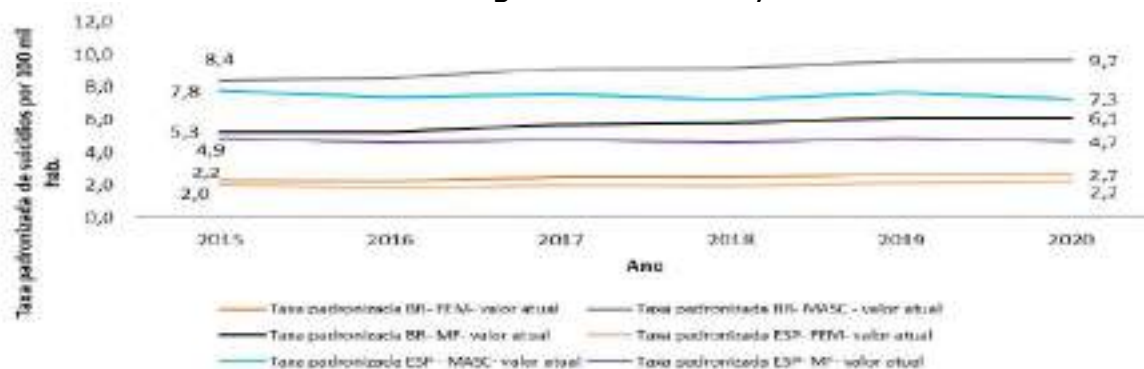
A taxa padronizada de suicídio no estado de São Paulo se manteve inferior à nacional durante o período de 2015 a 2020. Em 2015, a taxa no estado foi de 4,9 por 100 mil habitantes e em 2020 foi de 4,8 por 100 mil habitantes, indicando estabilidade neste intervalo de tempo (Gráfico 64).

Gráfico 64 – Comparação da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020



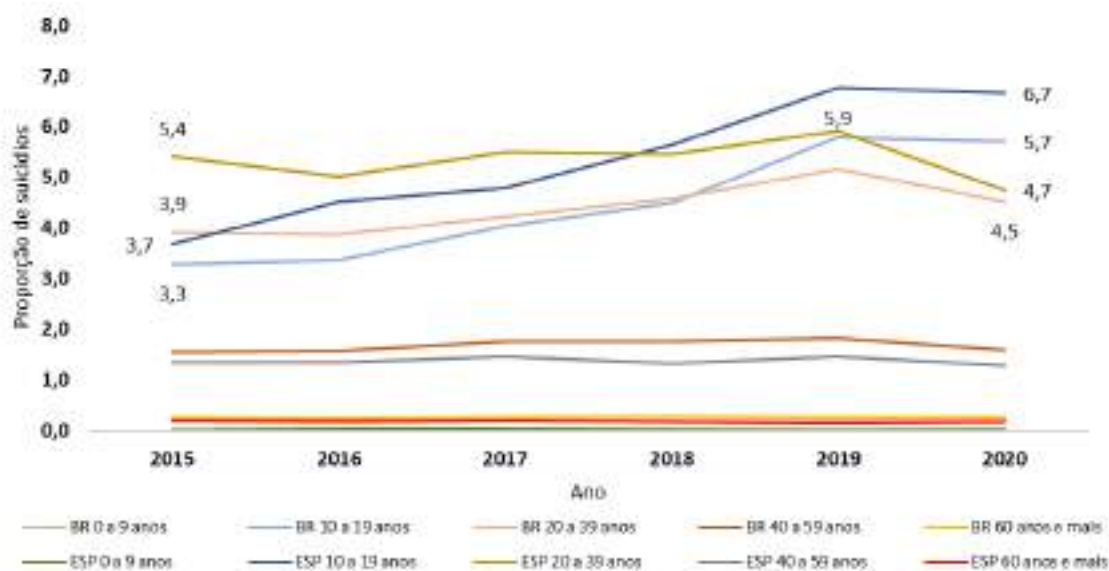
O sexo masculino apresentou as maiores taxas de suicídio tanto no Brasil (9,7 por 100 mil habitantes) quanto no estado de São Paulo (7,3 por 100 mil habitantes), em 2020. A taxa de suicídio no sexo feminino foi de 2,7 por 100 mil habitantes no Brasil e 2,2 (por 100 mil hab.) no estado de São Paulo, 2020 (Gráfico 65).

Gráfico 65 – Comparação da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Estado de São Paulo e no Brasil segundo sexo e ano, 2015 a 2020



No Estado de São Paulo, a proporção de óbitos por suicídio era maior entre aqueles de 20 a 39 anos até 2018, quando passam a predominar os óbitos de 10 a 19 anos de idade (Gráfico 66).

Gráfico 66 – Comparação da proporção de óbitos por suicídios no total de óbitos no Estado de São Paulo e no Brasil segundo faixa etária e ano, 2015 a 2020

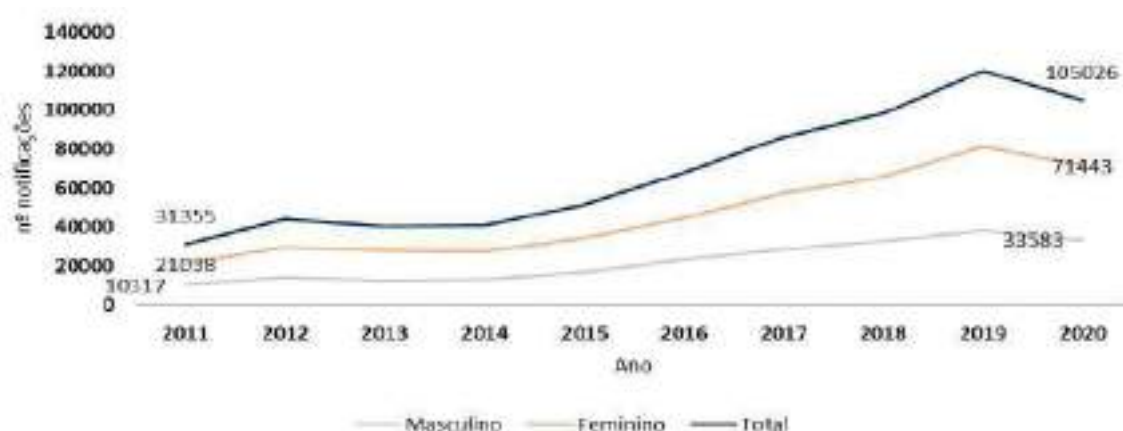


Situação epidemiológica do indicador notificação de violências – VIVASINAN

Observa-se crescimento no número de notificações de 2011 (n=31355) a 2020 (n=105026), com sensível queda em 2020 em relação a 2019 (n= 119921), possivelmente em decorrência da pandemia de COVID-19 (Gráfico 67).

As notificações são mais frequentes no sexo feminino em relação ao masculino, porém o critério de notificação considera todos os tipos de violências elegíveis à notificação no sexo feminino.

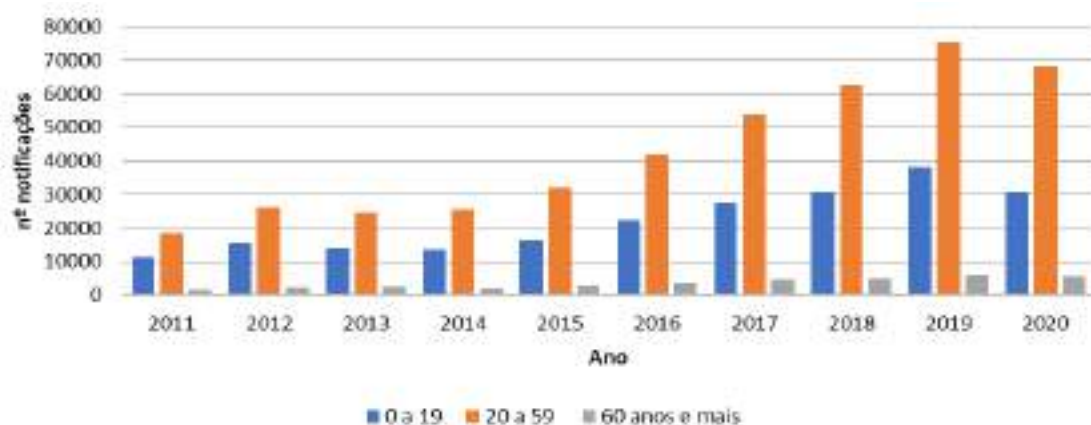
Gráfico 67 - Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2011 a 2020



Fonte: SINAN. CVE/CCD/SES-SP

A faixa etária mais notificada é de 20 a 59 anos, seguida de 0 a 19 anos e 60 anos e mais (Gráfico 68).

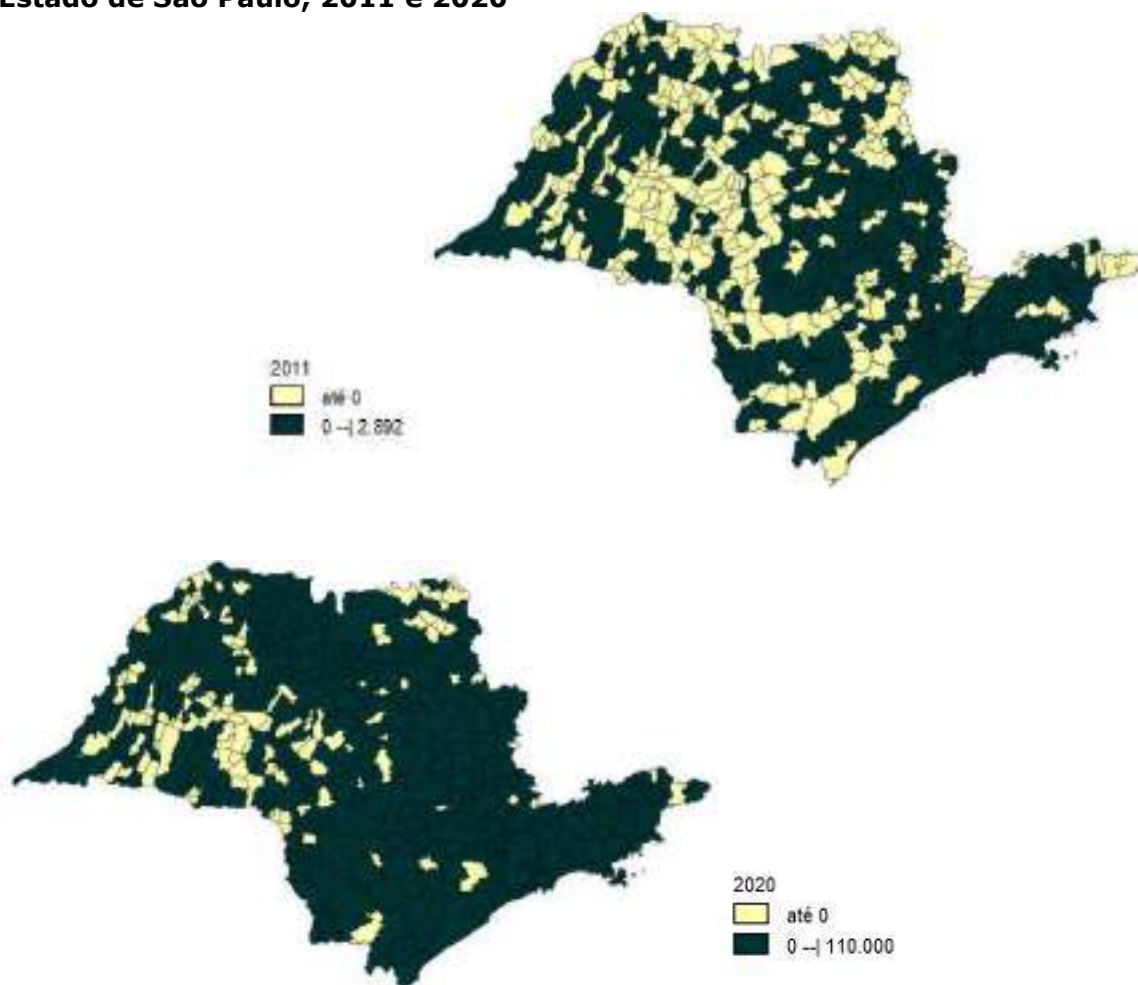
Gráfico 68 - Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo faixa etária e ano, Estado de São Paulo, 2011 a 2020



Fonte: SINAN. CVE/CCD/SES-SP

Os Mapas a seguir indicam um aumento da cobertura do Sistema de Vigilância de Violências no Estado de São Paulo desde 2011 (quando houve a implementação da notificação compulsória) à 2020.

Mapa 6 – Distribuição da cobertura do Sistema de Vigilância das Violências, Estado de São Paulo, 2011 e 2020



A) Acidentes:

Os brasileiros têm o direito a um trânsito seguro segundo o Código de Trânsito Brasileiro, entretanto, o país assume a quinta colocação dentre os países com maior mortalidade.

O Brasil, como país membro da Organização das Nações Unidas (ONU), assumiu o compromisso de redução de 50% das mortes e lesões no trânsito no período de 2011 a 2020 denominado como a Primeira Década de Ações para Segurança no Trânsito.

O relatório da Terceira Conferência Global sobre Segurança Rodoviária elaborado em 2020 apresentou o resultado da Primeira Década de Ações para

Segurança no Trânsito, salientando a consonância das políticas públicas nas áreas de segurança viária, meio ambiente, educação, saúde física e mental entre outras. Nesta reunião global decidiu-se no estabelecimento da Segunda Década de Segurança Viária de 2021 a 2030, mantendo-se a meta de redução de 50% das mortes e lesões no trânsito e a disponibilização do Plano Global da Década. Este direciona os planos de ações dos países, considerando abordagem de Sistemas Seguros Integrados com intuito de Visão Zero para as ocorrências de trânsito.

O Projeto Vida no Trânsito, do Ministério da Saúde (MS), desde 2010, propõe planos de ação intra e intersetoriais para redução dos acidentes, primeiramente nos territórios com altos índices de mortes. Atualmente está em fase de expansão e presente em estados e vários municípios brasileiros.

Na metade da Primeira Década de Ações para Segurança no Trânsito, especificamente em 2015, foi criado pelo governo do estado de São Paulo o Programa Respeito a Vida, com foco em ações intersetoriais, por meio de comissões constituídas, nas esferas estadual e municipais. Os municípios são inseridos no programa estadual, após análise de relatórios de segurança viária e os planos de ações propostos. A partir da aprovação da proposta, o município é assessorado por uma equipe técnica, monitorado quanto aos indicadores que refletem os resultados das intervenções realizadas e recebem apoio financeiro condizente com as características do território e a complexidade de seus planos de segurança no trânsito.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) contempla o enfrentamento dos acidentes de trânsito (AT) por meio do Grupo Técnico de Combate as Violências e Acidentes do Gabinete.

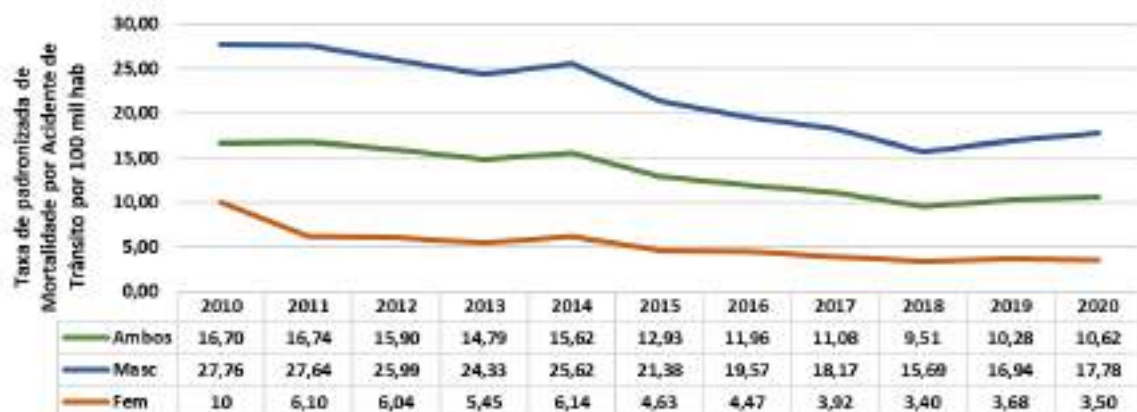
No âmbito da prevenção de acidentes no trânsito a DVDCNT através do Núcleo de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) acrescidos os vinte e sete Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado, estimulam e atuam como facilitadores de ações intra e intersetoriais visando à redução das internações e mortes no trânsito.

Encontra-se fortemente consolidado na literatura atual assim como nas políticas de saúde, a real necessidade de se trabalhar a área da Promoção da Saúde articuladamente com a Vigilância Epidemiológica.

O Manual da Gestão em Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde e o Guia de Vigilância Epidemiológica do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo em consonância com a Política Nacional de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde afirmam que a Vigilância em Saúde se constitui de ações de vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, permeadas por ações de promoção da saúde, tendo como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, e o desenvolvimento de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população para garantir a integralidade da atenção.

As taxas de mortalidade padronizadas por AT no estado de São Paulo, no período 2010 a 2020, foram maiores para o sexo masculino, com tendência de declínio até 2018, mas a partir de 2019 houve aumento para os homens e estabilização para as mulheres (Gráfico 69).

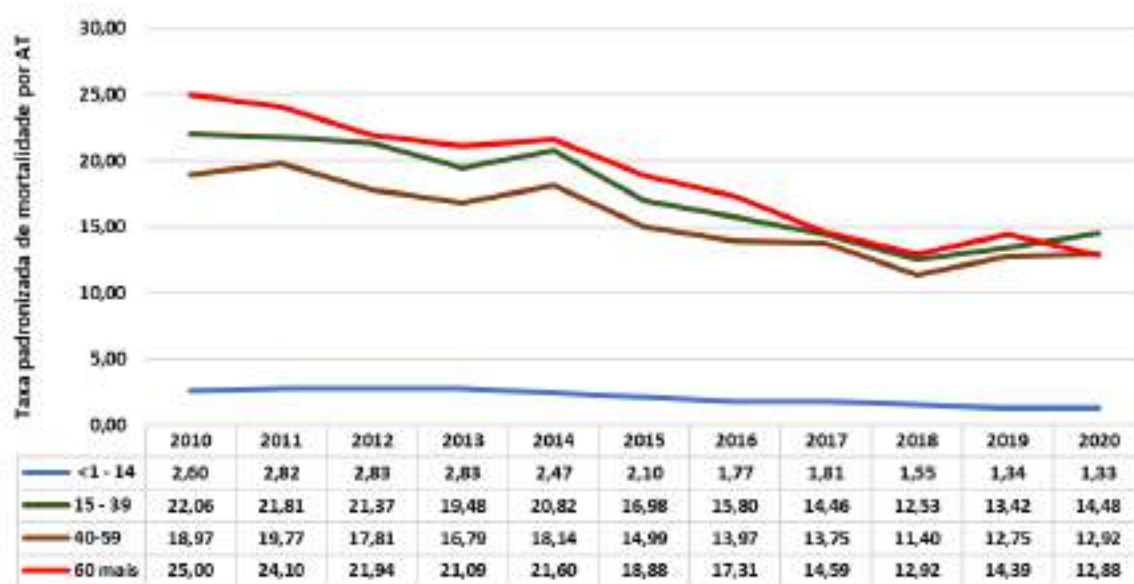
Gráfico 69 - Taxas de mortalidade padronizadas por AT segundo sexo e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. IBGE/Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. População-padrão: Brasil Censo 2010. Meta segundo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Dados extraídos em 06 de outubro de 2022.

Observou-se declínio das taxas de mortalidade por AT em todas as faixas etárias até 2018, com exceção da faixa de 0 a 14 anos, que tendeu à estabilização, conforme Gráfico 70.

Gráfico 70 - Taxas de Mortalidade padronizadas por AT segundo faixa etária e ano, Estado de São Paulo, 2010 a 2020



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. IBGE/Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. IBGE/População-padrão: Brasil Censo 2010. População-padrão: Brasil Censo 2010. Meta segundo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Dados extraídos em 06 de outubro de 2022.

Nos anos de 2019 e 2020, no Brasil e no ESP, os óbitos de motociclistas corresponderam a mais de um terço do total de óbitos por AT, de acordo com o Quadro 14.

Quadro 14. Óbitos por AT, segundo tipo de vítima, Brasil e estado de São Paulo, 2019 e 2020

Brasil 2019			Brasil 2020		
Capítulo CID-10	Total	%	Capítulo CID-10	Total	%
Veículos de quatro rodas	13.534	42,7	Veículos de quatro rodas	14.185	44
<u>Motociclista</u>	11.207	35,3	<u>Motociclista</u>	12.004	37
Pedestre	5.615	17,7	Pedestre	5.027	15
Ciclista	1.357	4,3	Ciclista	1.346	4
Total	31.713	100,0	Total	32.562	100,0
São Paulo 2019			São Paulo 2020		
Capítulo CID-10	Total	%	Capítulo CID-10	Total	%
Veículos de quatro rodas	2.031	40,1	Veículos de quatro rodas	2.028	38,8
<u>Motociclista</u>	1.529	30,2	<u>Motociclista</u>	1.855	35,5
Pedestre	1.267	25,0	Pedestre	1.033	19,8
Ciclista	241	4,8	Ciclista	312	6,0
Total	5.068	100,0	Total	5.228	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Sistemas De Informação

Com a missão de subsidiar as áreas técnicas do CVE com recursos para aprimorar a eficiência das ações de vigilância em saúde, o Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica (NIVE) gerencia os sistemas de informação SINAN, SINAN Online e SI-PNI, e apoia a gestão de cadastro de usuários e entidades no SIES, CSPU, SCPA, e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe, abaixo descritos:

Sistema	Especificação	Finalidade
SINAN / SINAN Online	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Destina-se à notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, de que trata a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023.
SI-PNI	<i>Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações</i>	Destina-se à consolidação dos dados de cobertura vacinal em todo o país.
SIES	Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde - SIES	Destina-se à movimentação de diversos insumos estratégicos para atendimento a programas específicos.
CSPU	Cadastro de Sistemas e Permissões de Usuários	Destina-se ao cadastramento e gerenciamento de permissões de acessos a diversos sistemas informatizados.
SCPA	Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso	Destina-se à unificação do cadastramento dos usuários dos sistemas WEB do Ministério da Saúde.
e-SUS Notifica	Sistema de Notificação do Ministério da Saúde	Destina-se ao registro dos casos de síndrome gripal leve ou moderada suspeitos de covid-19 no território nacional.
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe	Destina-se ao monitoramento do vírus influenza no país, a partir de uma rede de vigilância sentinela da síndrome gripal.

O monitoramento contínuo dos dados (alimentação e fluxo) no SINAN é uma atividade conjunta com GVE e municípios, que proporciona qualidade, oportunidade e robustez dos registros. Com isso, há uma melhor disponibilização dos dados em agravos de notificação para todas as áreas técnicas, mantendo condições para ações de vigilância mais qualificadas. Além disso, este monitoramento auxilia para que os municípios atinjam a meta de regularidade, garantindo a liberação de recursos federais pactuados.

Outra atividade a ser destacada é o acompanhamento regular do encerramento oportuno dos agravos de notificação imediata como parte do esforço do sistema de vigilância para o aprimoramento ininterrupto das ações de vigilância em saúde.

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, atualizada pela Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023, estabelece a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, que refere-se à obrigatoriedade de comunicação aos órgãos competentes de saúde sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, com periodicidade podendo ser imediata ou semanal.

A notificação é de suma importância para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, visando a recomendação e adoção de medidas de prevenção e controle de doenças, agravos e eventos de importância em saúde pública e, para determinados agravos de notificação compulsória imediata, é pactuado o prazo de encerramento oportuno no SINAN em até 60 dias.

Assim sendo, é oportuno o estabelecimento de um indicador para a avaliação e o monitoramento do encerramento dentro deste prazo, sendo um instrumento para análise da efetividade dos serviços inerentes à vigilância em saúde, que abarca vários

processos da vigilância em saúde, podendo levantar questões referentes a todos os agravos de notificação, em maior ou menor grau.

No estado de São Paulo o encerramento oportuno dos agravos envolvidos varia amplamente entre os diferentes agravos a cada ano (Tabela 79). Foi observado que alguns agravos não ultrapassaram 70% de encerramento oportuno em vários anos e que pelo menos um quinto dos casos notificados para estes agravos não foram concluídos no intervalo adequado, apontando que há margem para aprimoramento do resultado das ações de vigilância em saúde.

Tabela 79 – Série temporal do indicador de encerramento oportuno (até 60 dias) dos agravos de notificação compulsória imediata notificados no SINAN, Estado de São Paulo, de 2016 a 2022

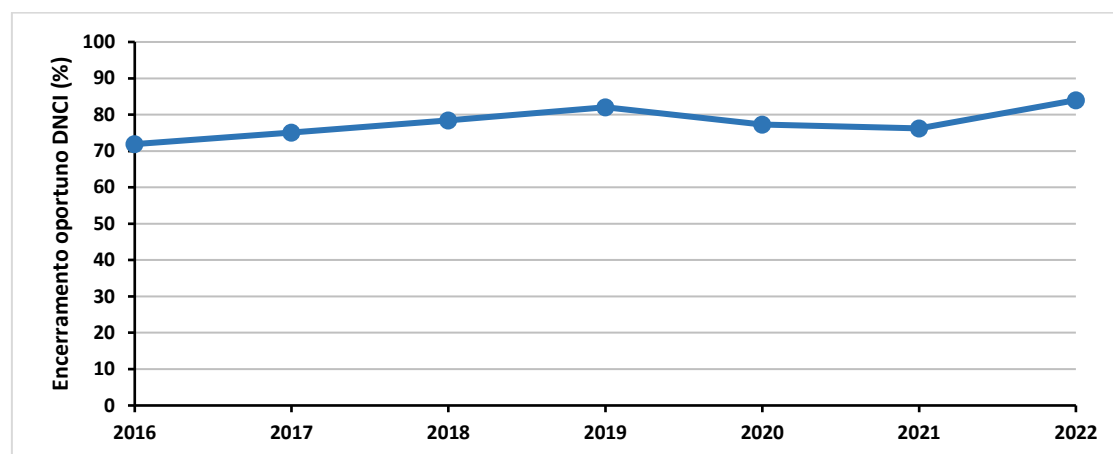
CID10	Agravo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A229	Antraz pneumônico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
A969	Arenavírus	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0
A051	Botulismo	57,1	66,7	81,8	66,7	66,7	87,5	81,8
A009	Cólera	0,0	0,0	100,0	100,0	50,0	0,0	0,0
A90	Dengue (óbitos)	80,7	100,0	92,3	84,2	88,3	85,5	87,1
A984	Ebola	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A959	Febre amarela	74,6	83,0	81,6	77,2	68,2	82,9	83,6
A920	Febre de chikungunya (óbitos)	63,6	78,3	75,8	77,6	86,7	72,6	88,7
A923	Febre do Nilo ocidental	0,0	66,7	62,5	40,0	0,0	100,0	100,0
A779	Febre maculosa e outras rickettsioses	69,7	69,2	74,9	70,4	63,8	71,0	81,1
A484	Febre purpúrica brasileira	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
A988	Hantavirose	69,1	75,3	55,2	53,1	35,7	37,5	81,6
J11	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	42,3	57,1	76,3	46,3	74,2	70,0	88,5
A962	Lassa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
B54	Malária na região extra amazônica	98,1	96,7	97,9	93,9	96,6	90,4	88,0
A983	Marburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A809	Paralisia flácida aguda	20,6	31,3	32,9	31,2	40,4	48,3	74,3
A209	Peste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A829	Raiva humana	60,0	35,3	83,7	89,1	71,4	79,2	89,4
B092	Rubéola	86,5	90,3	90,4	69,5	77,2	86,5	91,6

B091	Sarampo	90,0	85,5	77,8	82,9	85,2	90,7	91,0
A219	Tularemia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
B03	Varíola	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	63,2
A928	Zika (óbitos)	69,8	70,0	80,0	76,5	72,7	81,8	93,8
Encerramento Oportuno das DNCI (%)		71,9	75,1	78,4	82,0	77,3	76,2	84,0

Dados atualizados em 11/08/2023

Banco de dados das notificações (Sinan), Dengue e Chikungunya (Sinan Online)

Gráfico 71 - Percentual de encerramento oportuno (em até 60 dias) dos agravos de notificação compulsória imediata notificados no SINAN, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (**VISA**) é parte integrante do Sistema Único de Saúde, cuja gestão e operacionalização no âmbito da Saúde Pública é extremamente complexa, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam por todas as vertentes econômicas e sanitárias, beneficiando toda a sociedade, em especial, a população consumidora de produtos e serviços regulados pela VISA, os trabalhadores em geral e a população exposta aos fatores ambientais de risco à saúde.

Desde seus primórdios, a VISA é instância de apoio e mediação do progresso econômico paulista, particularmente, no que se refere à regulação das práticas sociais e das atividades produtivas que implicam ameaças à saúde da coletividade, sendo, portanto, partícipe do longo percurso civilizatório que conduziu São Paulo à posição de destaque no país, atuando diretamente nas carências e excessos do que se convencionou denominar progresso, contribuindo para maior segurança da população e afirmando a primazia dos interesses públicos sobre os privados. Portanto, a Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo está associada ao desenvolvimento econômico e social paulista, sendo reconhecida nacionalmente como parâmetro no controle do risco sanitário, atuando sobre um território que abriga atividades responsáveis por 31% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e que concentra porção expressiva de indústria de transformação, com cadeias produtivas de elevado nível tecnológico.

A VISA está, no Estado de São Paulo, estruturada em quatro grandes áreas de atuação: Ações sobre o Meio Ambiente, Produtos de Interesse à Saúde, Saúde do Trabalhador e Serviços de Saúde, viabilizando sua integração com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância em Saúde. Em decorrência de

emergentes tecnologias utilizadas nos cuidados de saúde e das constantes mudanças contextuais relacionadas à assistência médica, às questões sociais, econômicas, ambientais, epidemiológicas e éticas, ampliou-se esta atuação para áreas como a farmacovigilância, tecnovigilância, Toxicovigilância, a segurança do paciente e, a coordenação do Sistema Estadual de Toxicovigilância (Setox), dos Centros de Assistência Toxicológica (Ceatox) e de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

O Estado de São Paulo, diferentemente de outras unidades federadas no País, formalizou o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – Sevisa (Decreto estadual 44.954/2000), que integra todos os Serviços de Vigilância Sanitária Regionais do Estado (GVS e SGVS) e dos Municípios (VISA-M), sob a coordenação do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde (CVS). A descentralização das ações de vigilância sanitária faz deste estado, o único no país em que todos os municípios instituíram a vigilância sanitária nas suas estruturas, conforme preconizado no SUS pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 1990.

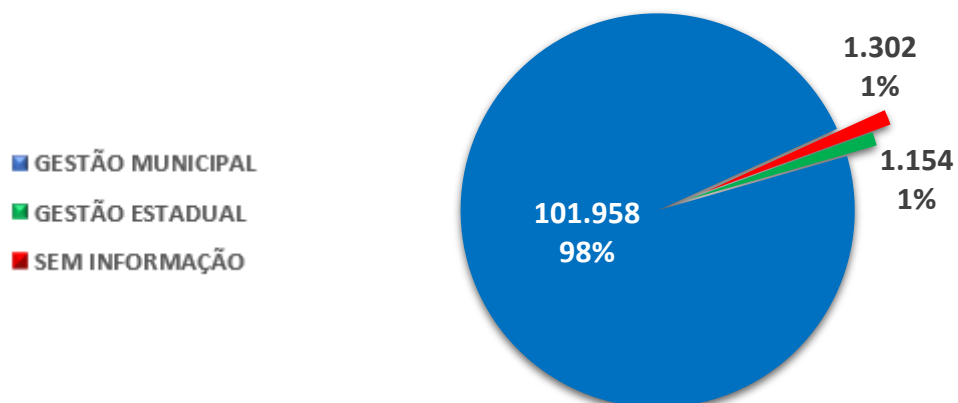
A existência do Sevisa, fortalecido pelo uso do Sivisa - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, ferramenta criada pelo CVS e utilizada por todos os serviços integrantes do Sevisa, possibilita que o campo de atuação e procedimentos administrativos da VISA permaneçam padronizados e regulamentados em todo o território estadual, principalmente no que se refere ao processo de licenciamento e emissão de documentos como, o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS), Termo de Responsabilidade Técnica, entre outros, relacionados às atividades econômicas reguladas pela VISA. O Sivisa é utilizado por mais de 1.500 usuários em todo o estado. Seu banco de dados permite conhecer o universo de atuação da VISA, por meio dos cadastros de estabelecimentos ativos e inativos; os recursos humanos das equipes de VISA, por meio do cadastro de seus profissionais; a atuação do Sevisa, por meio do registro dos procedimentos de inspeção sanitária, coleta de amostras e ação educativa, realizados pelas autoridades sanitárias de todo o estado; e, a responsabilidade no controle do risco sanitário em toda extensão estadual, por meio do registro das atividades econômicas pactuadas entre o Estado e os Municípios.

Em consequência à descentralização das ações de VISA, as responsabilidades pela operacionalização e gestão do risco sanitário nos territórios municipais são definidas por meio de pactuações entre os entes federados implicados, discutidas e referendadas em fóruns bipartites desde 1996, considerando a capacidade técnica e operacional dos serviços de vigilância sanitária nos respectivos territórios. Este processo garante aos municípios o recebimento de repasse financeiro federal, mensalmente. Com isso, atualmente existem 645 pactuações diferentes vigorando no estado, com maior ou menor atuação do ente estadual. Dados do Sivisa demonstram que atualmente 11 (39%) GVS ainda atuam complementarmente em 48 (9%) municípios, em função de 94 tipos de atividades econômicas diferentes (38% do total de atividades econômicas reguladas pela VISA)¹, das quais metade são consideradas de Alto Risco.

O Gráfico 72 demonstra que ao final de 2022, o Sivisa registrava 104.414 estabelecimentos cadastrados em todo o estado de São Paulo. Destes, 1% (1.302) não possuía gestão sanitária informada, 1% (1.154) estavam cadastrados pela gestão estadual, e, 98% (101.958) pelas gestões municipais, indicando sucesso no processo contínuo de descentralização das ações de VISA. E, o Gráfico 72 ilustra a distribuição destes estabelecimentos área territorial do Grupo de Vigilância Sanitária - GVS, segundo a esfera de gestão responsável pela atuação sanitária no estado de São Paulo.

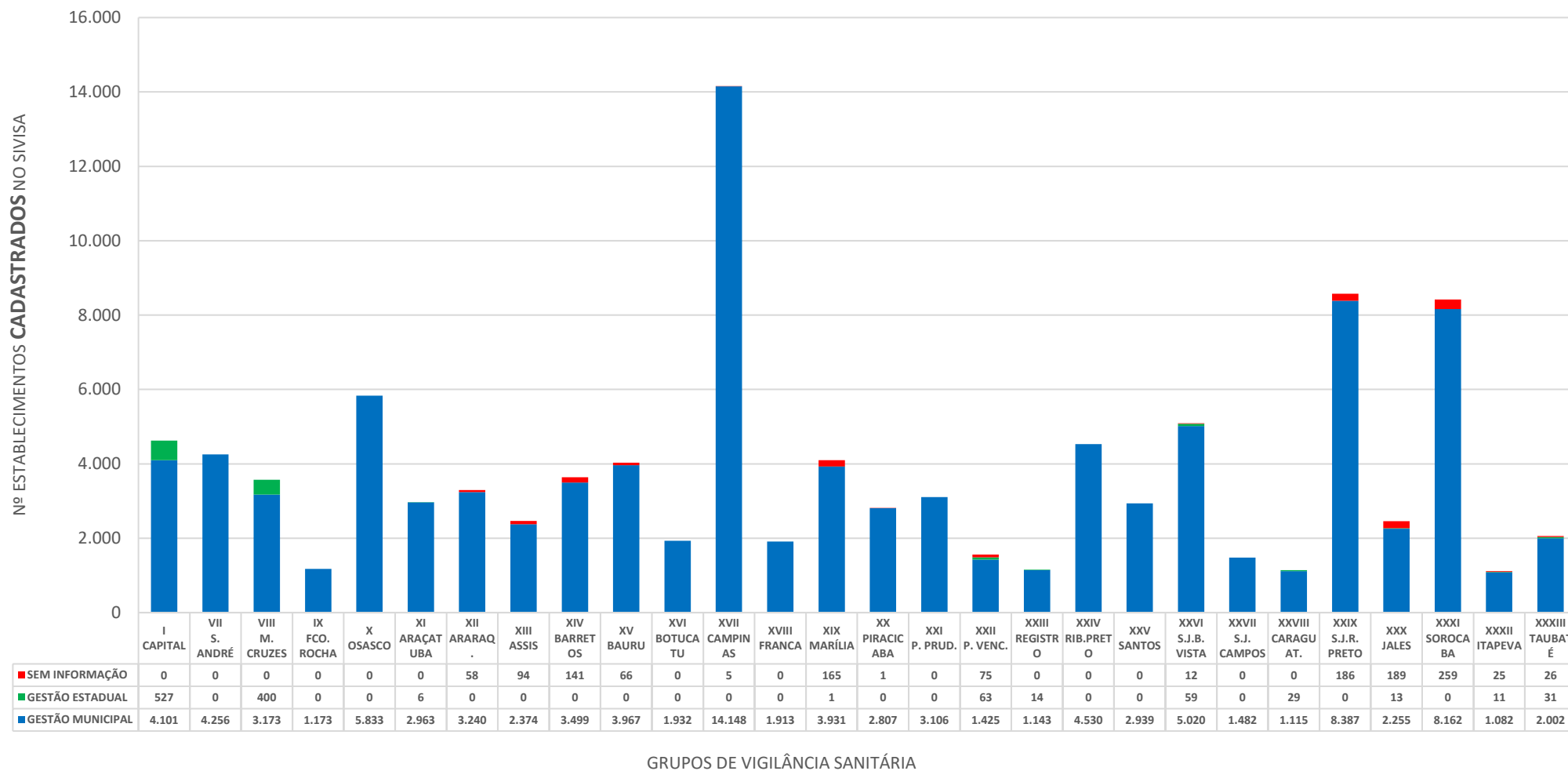
¹ As atividades econômicas reguladas pela vigilância sanitária estão definidas no Anexo I da [Portaria CVS 1/20](#) (retificado em 12/7/21)

Gráfico 72 - Distribuição de estabelecimentos cadastrados no Sivisa por esfera de gestão responsável pela atuação sanitária no Estado de São Paulo, 2022



Fonte: Sivisa - CVS/CCD/SES-SP. Dados atualizados até 31/12/2022

Gráfico 72 - Distribuição de estabelecimentos cadastrados no Sivisa por área territorial do Grupo de Vigilância Sanitária - GVS, segundo a esfera de gestão responsável pela atuação sanitária no Estado de São Paulo, 2022



Fonte: Sivisa - CVS/CCD/SES-SP. Dados atualizados até 31/12/2022

Cabe observar que o número de estabelecimentos cadastrados no Sivisa, não equivale ao número de atividades licenciadas em todo o estado, visto que um mesmo estabelecimento pode ter mais que uma atividade sujeita ao licenciamento sanitário, como no caso dos hospitais que, além de possuírem a Licença Sanitária da atividade hospitalar, podem conter em suas estruturas, atividades consideradas albergadas e equipamentos de saúde que requerem, por força de normativas sanitárias vigentes, licença própria.

A dependência dos municípios em relação às ações complementares e suplementares do Estado, em 2022, se deveu principalmente à necessidade de atuação em estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, como os serviços hospitalares, ambulatoriais e odontológicos, classificados como alto risco sanitário.

Aprimorar a capacidade de regulação dos riscos sanitários no território paulista requer o aperfeiçoamento dos fatores que conferem qualidade aos procedimentos de Vigilância Sanitária, portanto, sem a garantia de profissionais aptos e compatíveis para atuarem com os complexos problemas sanitários decorrentes de um estado com alto grau de urbanização, industrialização e desenvolvimento agropecuário como São Paulo, a missão de proteger e propiciar qualidade de vida, para mais de 45 milhões de pessoas assentadas neste território, se torna prejudicialmente comprometida.

A Vigilância Sanitária Estadual tem investido esforços para incrementar a melhoria da qualidade dos produtos e serviços públicos ofertados, de forma a aprimorar a relação entre o Estado e a sociedade. Para isso são necessárias iniciativas voltadas à articulação e integração intra e extra governamental, buscando maior diálogo com a sociedade e o Sevisa, maior agilidade e integralidade nos processos de trabalho e entrega de produtos, o que requer investimento constante no aperfeiçoamento dos sistemas de informação sob sua gestão e esforços no aprimoramento das competências dos profissionais de vigilância sanitária - municipais e estaduais - que atuam em todo o território estadual, por meio da realização e promoção de eventos de capacitações, treinamentos, reuniões técnicas e da elaboração e divulgação de materiais, ferramentas e instrumentos de apoio técnico.

Vigilância Sanitária de Ações sobre o Meio Ambiente

O estado de São Paulo é o mais populoso, industrializado e urbanizado da federação. Essas condições implicam oportunidades de bem-estar e de qualidade de vida para 45 milhões de pessoas, ainda que habitantes de territórios marcados por contextos econômicos e sociais bastante desiguais. Por outro lado, esse modelo de desenvolvimento é também gerador de cenários críticos e de variados riscos, como os que envolvem a qualidade e a salubridade do meio ambiente.

Com relação à ocupação antrópica do território, a figura da Macrometrópole Paulista é a que hoje melhor representa as novas conformações espaciais do estado, sendo cada vez mais reconhecida como unidade de interesse na formulação de políticas públicas de largo espectro e alcance. Ela é um dos maiores aglomerados urbanos do Hemisfério Sul, sendo constituída por um agrupamento de 174 municípios, envolvendo cinco regiões metropolitanas e 33,6 milhões de habitantes.

Todavia, regiões como o Pontal do Paranapanema e o Vale do Ribeira contam com baixa densidade populacional e condições mais precarizadas de desenvolvimento socioeconômico, apresentando pressões e impactos sobre o meio ambiente também preocupantes, mas com características diversas das áreas mais adensadas e sujeitas aos processos intensos de urbanização.

Esse quadro geral de apropriação humana do território e da produção de impactos de várias ordens resulta, dentre outros, na contaminação química e microbiológica do solo e dos mananciais de abastecimento público, na poluição do ar nas grandes cidades, na alteração da balneabilidade das praias, na proliferação de insetos nocivos e em diferentes tipos de desastres, derivando daí muitas situações de exposições humanas e de riscos à saúde coletiva.

É neste cenário que atua a Vigilância Ambiental com o propósito de avaliar e gerenciar os fatores ambientais que possam favorecer riscos à saúde da coletividade, nos termos, dentre outros, das diretrizes constantes do Código Sanitário Estadual (Lei 10.083/1998) e da

Política Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução 588/2018, do Conselho Nacional de Saúde).

Como é crescente a relevância, amplitude e complexidade dos fatores ambientais de risco no contexto das ações de proteção, promoção e preservação da saúde, é necessário promover ações estruturantes para subsidiar a Vigilância em Saúde Ambiental para o estado de São Paulo, que implicam desenvolver ou aprimorar bancos de dados e sistemas de informação, roteiros de inspeção, normas técnicas, mecanismos de difusão do conhecimento, capacitações, avaliações, monitoramentos e protocolos.

Iniciativas como o Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo (PROÁGUA) procuram garantir que os mais de dois mil sistemas e oito mil soluções alternativas de abastecimento de água instaladas no estado ofertem água potável aos 45 milhões de consumidores, uma vez que tal produto é fator determinante e condicionantes da saúde.

Nesse sentido, é importante ampliar as análises de amostras de água para consumo humano em conformidade com a Diretriz Nacional definida no Plano de Amostragem da Vigilância, demandando para isto adequação das estruturas laboratoriais do Estado e expansão das ações de coleta e transporte de amostras por parte das vigilâncias municipais.

Para subsídio às ações de vigilância em cenários de potencial exposição humana aos agrotóxicos, é fundamental a realização de ações estruturantes previstas no Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA), que envolve inicialmente 50 municípios paulistas mais críticos em relação ao uso desses produtos e a potenciais cenários de exposição humana. Articulações com as pastas da Agricultura (SAA) e do Meio Ambiente (SIMA) que culminaram na criação e regulamentação do Comitê Consultivo Paulista para Gestão Pública Integrada do Uso de Agrotóxicos (CPAGRO), também são estratégias interinstitucionais que requerem continuidade.

A partir de diretrizes do Ministério da Saúde, compreendidas no Programa Vigiar, o CVS vem coordenando em São Paulo estratégias e orientações para vigilância de populações expostas à poluição atmosférica em eventos de queimadas e incêndios florestais, bem como de populações impactadas por chuvas intensas, estiagens e outros fenômenos naturais – cada vez mais críticos e relevantes por conta das mudanças climáticas – ou os de origem antrópica, o que requer o planejamento de ações estruturantes em Vigilância em Saúde nos Desastres Naturais e Tecnológicos (VIGIDESASTRES).

As mudanças climáticas e suas repercussões no território paulista exigiram a instituição de uma Política Estadual de Mudanças Climáticas (PEMC), disciplinada pela Lei 13.798/2009 e Decretos 55.947/2010 e 65.881/2021, que precisa ser assimilada também no âmbito da Saúde visto suas implicações sanitárias. Por conta disto, além das ações de vigilância para enfrentamento dos efeitos climáticos previstas no Programa Vigidesastres, a SES está adotando medidas no campo da mitigação, inventariando a emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE) e de Eficiência Energética (EE) de suas unidades assistenciais de saúde, assim como prevê divulgar referenciais técnicos, projetos e práticas de gestão da SES alinhadas com os objetivos da PEMC.

Vigilância Sanitária do Trabalho e Saúde do Trabalhador

O estado de São Paulo é reconhecido como o maior polo econômico e industrial do Hemisfério Sul e o maior centro de negócios da América Latina. Conta com uma economia diversificada na indústria (35% do país), serviços (34% do mercado brasileiro) e agricultura (16% da produção das lavouras brasileiras), além de ser o principal centro financeiro do país, sediando na Capital a Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros e as sedes de grandes bancos e conglomerados financeiros.

Embora figure entre os estados brasileiros com alto IDH, mantém desigualdades socioeconômicas regionais e concentrações de pobreza no território. As diferenças de gênero, bem como as de raça, escolaridade, entre outras, são importantes fatores de desigualdades sociais no mundo do trabalho. E essas desigualdades se agravaram em razão da pandemia da Covid-19, tanto no que se refere as oportunidades de trabalho quanto em relação as

condições de trabalho. A pandemia afetou setores econômicos de forma distinta, com destaque aos trabalhadores da área da saúde, professores, trabalhadores por aplicativos e setores econômicos diferenciados como a cadeia produtiva da carne, comerciantes, petroleiros e outros.

A complexidade da dinâmica do mercado de trabalho e a distribuição das atividades produtivas e da população trabalhadora no estado, indica condições potenciais de exposição a situações e fatores de risco à saúde dos trabalhadores, conforme se observa nos dados a seguir.

No período de 2016 a 2022 foram registrados, no Sinan², 444.801 (100%) casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, sendo 69,5% (309.331) de acidentes de trabalho, 23,9% (106.385) de acidentes com exposição a material biológico e 1,8% (8.210) casos de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. As doenças de notificação compulsória relacionadas ao trabalho³ totalizaram 20.875 registros no período, representando apenas 4,7% do total de casos notificados. No período analisado, 2.697 (0,7%) dos casos foram a óbito em decorrência do agravo.

A evolução da série histórica pode ser observada no Gráfico 74, no qual verifica-se um aumento dos casos notificados a partir de 2021, substancialmente pelo aumento de registros dos acidentes de trabalho. Dois aspectos devem ser apontados para esse aumento: **(1)** o Ministério da Saúde incluiu a notificação dos casos de acidentes de trabalho leves e moderados na definição de caso de acidentes de trabalho; e, **(2)** os casos de Covid-19 relacionadas ao trabalho foram notificados utilizando-se a Ficha de Acidentes de Trabalho.

Gráfico 74 - Total de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho segundo ano de notificação, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Fonte: **Sinan Net / Ministério da Saúde**. Brasil, 04/08/2023

Sobre os casos de Covid-19 relacionadas ao trabalho notificados no Sinan AT, no período de 2020 a 2023 foram 8.241 registros (diagnóstico da lesão - B34.2 Infecção por coronavírus de localização não especificada), sendo 2.806 em 2020, 3.473 em 2021, 1.584 em 2022 e 378 em 2023. Houve predominância do sexo feminino (72%) e da faixa etária de 40-59 anos (48%). Das ocupações notificadas 44% referem-se a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Sobre a evolução do caso, 110 foram à óbito (1,4%).

Em relação a faixa etária, houve o registro de 4.903 casos em crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos: 240 casos referem-se à crianças entre 7 e 14 anos incompletos, idades em que é proibido qualquer tipo de trabalho; 447 casos de adolescentes entre 14 e 16 anos incompletos, idades em que se permite apenas na condição de aprendiz; e 4.216 casos de adolescentes de 16 a 18 anos incompletos, idades em que o trabalho é permitido, exceto na

² Fonte: **Sinan Net/Ministério da Saúde**. Brasil, 04/08/2023

³ Doenças de notificação compulsória relacionadas ao trabalho: LER/DORT, Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho, PAIR, Pneumoconioses, Dermatose Ocupacional e Câncer Relacionado ao Trabalho

Lista de Piores Formas de Trabalho Infantil, estabelecidas pelo Organização Internacional do Trabalho.

No que se refere as ocupações, 14% (62.090) são técnicos e auxiliares de enfermagem; 6% (26.881) trabalhadores dos serviços de manutenção; 15.138 vendedores em lojas e mercados; 13.641 médicos; 11.999 enfermeiros; 11.733 trabalhadores de estrutura de alvenaria; 10.735 escriturários em geral; 10.325 operadores de máquinas a vapor; e 7.991 cozinheiros. Destaca-se que dentre as dez primeiras ocupações, três são profissionais de saúde, totalizando 87.730 casos entre técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros.

Por fim, a Tabela 80 demonstra a distribuição dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados por RRAS, na qual destaca-se a RRAS 06 capital com 33,8% do total registrado.

Tabela 80 – Distribuição de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho notificados segundo RRAS, Estado de São Paulo, 2022

RRAS	Notificações	
	Nº	%
RRAS 01	33.591	7,6
RRAS 02	7.531	1,7
RRAS 03	2.990	0,7
RRAS 04	2.631	0,6
RRAS 05	3.339	0,8
RRAS 06	150.366	33,8
RRAS 07	11.074	2,5
RRAS 08	13.127	3,0
RRAS 09	18.783	4,2
RRAS 10	17.346	3,9
RRAS 11	2.873	0,6
RRAS 12	42.207	9,5
RRAS 13	32.734	7,4
RRAS 14	21.212	4,8
RRAS 15	57.389	12,9
RRAS 16	13.331	3,0
RRAS 17	14.277	3,2
Total	444.801	100,0

Fonte: Sinan Net / Ministério da Saúde. Brasil, 04/08/2023

Tendo como pano de fundo a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, os objetivos da área de Saúde do Trabalhador para o quadriênio de 2024 a 2027 estão fundamentados no diagnóstico apresentado, alinhados com as demandas intersetoriais em curso, em especial, Ministério Público do Trabalho, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Conselho Estadual de Saúde (CISTT/CES) e Associações de Trabalhadores Expostos ao Amianto e ao Mercúrio Metálico (ABREA e AEIMM), e guardam relação com o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável nº 8 - Trabalho Decente e Crescimento Econômico⁴.

⁴ ODS 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico, em especial os itens 8.7 Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, e assegurar a proibição e eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo recrutamento e utilização de crianças-soldado, e até 2025 acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas e 8.8 Proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários.

Assim, considerando o papel do Estado, dentre outros, prestar apoio técnico, pedagógico e institucional às estruturas de Vigilância e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com vistas a estruturar e desenvolver ações voltadas à redução e prevenção de riscos à saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho, as metas para o próximo quadriênio do Plano Estadual de Saúde visam: apoiar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) para atuação no controle de risco e de agravos à saúde relacionados ao trabalho, a partir do desenvolvimento de diretrizes para subsidiar a organização da atenção e vigilância dos agravos relacionados ao trabalho (exposição ao amianto e mercúrio metálico, distúrbio de voz e perda auditiva, transtorno mental relacionado ao trabalho, etc.); apoio técnico-pedagógico relacionado às linhas de cuidado; capacitação às instâncias do RENAST em outras temáticas afins, entre outras ações; e realizar ações estruturantes de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a partir de ações articuladas com Sevisa e Cerest, previstas nos projetos estratégicos e estruturantes da área e, complementares e de apoio técnico-operacional de rotina: monitoramento e análise das notificações dos agravos relacionados ao trabalho nos Sistemas de Informação em Saúde e das ações de vigilância e atenção à saúde do trabalhador desenvolvidas pelo Sevisa e Cerest; desenvolvimento de instrumentos técnicos e legais; construção da Vigilância dos Expostos ao Amianto e Mercúrio metálico; atividades de capacitação para o desenvolvimento das ações e eventos de difusão de conhecimentos sobre os temas prioritários; entre outras.

Toxicovigilância

Instituído no Estado de São Paulo em 2002, o **Sistema Estadual de Toxicovigilância - SETOX** compreende um conjunto organizado e integrado de atividades técnicas e gerenciais com a finalidade de realizar a atenção adequada ao indivíduo exposto e intoxicado e a vigilância dos eventos toxicológicos, com a missão de promover o conjunto de medidas e ações que tem por finalidade conhecer a ocorrência e fatores relacionados às exposições a agentes tóxicos e intoxicações, e atuar na sua prevenção e/ou controle, ou seja, estabelecer diretrizes para a política de Toxicovigilância. Estas ações, ainda não instituídas pelo Ministério da Saúde, têm no estado de São Paulo, desde os anos de 1970, demandas que originaram a criação de treze Centros Regionais de Assistência Toxicológica – CEATOX no estado de São Paulo, consideradas as características industriais, rurais, de transporte, de consumo, tecnológicas e em função da existência de contaminação por agentes tóxicos no território estadual.

Atualmente funcionam apenas nove CEATOX-Regionais, pois não têm definição de recursos para sua manutenção, nem estadual, nem federal. Por serem referências técnicas do SETOX, requerem atualização e redefinição de condições de integração à rede de assistência de urgência e emergência para sua manutenção.

As proposições da Toxicovigilância nas políticas de saúde foram discutidas em oficinas regionais e no I Fórum do SETOX, com ampla participação e estão norteadas pelos seguintes eixos: (I) Toxicovigilância do Agrotóxico; (II) Toxicovigilância na Urgência e Emergência; (III) Toxicovigilância no Trabalho e Ambiente; (IV) Implementação da Toxicovigilância que inclui atividades de implantação, capacitação e organização regional do SETOX; e, (V) Informação e Comunicação em Toxicovigilância. Os dois primeiros são programas prioritários.

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, no período de 2016 a 2022, o ESP registrou 48320 internações relacionadas à Lista de Morbidade do Capítulo XIX da CID-10: *Envenenamento por drogas e substâncias biológicas e Efeitos tóxicos por substâncias de origem principalmente não-medicinal, Internações e Óbitos*, e 1585 aos óbitos, portanto 3,3% dos casos atendidos.

Os dados de óbitos apresentados referem-se apenas aos relacionados às situações de internação, e não de todos os óbitos por agentes tóxicos ocorridos no estado e ainda, quanto a agentes tóxicos estes dados de internação não incluem os casos relacionados a animais peçonhentos e plantas tóxicas que são também atendidos pelos CEATOX.

Tabela 81 - Distribuição de internações e óbitos por envenenamentos biológicos e intoxicações selecionadas*, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Lista de Morbidade CID-10	Internações		Óbitos	
	Nº	%	Nº	%
Envenenamento por drogas e substâncias biológicas	25.569	53	938	59
Efeitos tóxicos substâncias origem principal/não medicinais	22.751	47	647	41
Total	48.320	100	1.585	100

Fonte: SIH-SUS/MS

*Lista Morbidade CID-10: Envenenamento por drogas e substâncias biológicas; Efeitos tóxicos substâncias de origem principalmente não medicinal.

Tabela 82 - Distribuição de internações e óbitos por envenenamentos biológicos e intoxicações selecionadas* segundo região de saúde de residência, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

Região de Saúde (CIR)	Internações	Óbitos
35011 Alto do Tietê	2.223	114
35012 Franco da Rocha	616	24
35013 Mananciais	1.813	29
35014 Rota dos Bandeirantes	1.135	52
35015 Grande ABC	2.244	65
35016 São Paulo	12.895	418
35021 Central do DRS II	472	24
35022 Lagos do DRS II	587	15
35023 Consórcios do DRS II	297	15
35031 Central do DRS III	271	12
35032 Centro Oeste do DRS III	293	12
35033 Norte do DRS III	230	3
35034 Coração do DRS III	527	15
35041 Baixada Santista	897	55
35051 Norte - Barretos	486	18
35052 Sul - Barretos	118	7
35061 Vale do Jurumirim	392	13
35062 Bauru	469	16
35063 Polo Cuesta	457	2
35064 Jaú	654	19
35065 Lins	206	10
35071 Bragança	501	17
35072 Região Metropolitana de Campinas	2.606	70
35073 Jundiaí	918	12
35074 Circuito das Águas	227	8
35081 Três Colinas	856	26
35082 Alta Anhanguera	351	1
35083 Alta Mogiana	161	5
35091 Adamantina	377	8

35092 Assis	268	7
35093 Marília	353	15
35094 Ourinhos	486	15
35095 Tupã	226	5
35101 Araras	337	17
35102 Limeira	202	12
35103 Piracicaba	974	30
35104 Rio Claro	65	0
35111 Alta Paulista	177	4
35112 Alta Sorocabana	405	18
35113 Alto Capivari	134	2
35114 Extremo Oeste Paulista	181	3
35115 Pontal do Paranapanema	370	4
35121 Vale do Ribeira	479	22
35131 Horizonte Verde	388	9
35132 Aquífero Guarani	1.099	17
35133 Vale das Cachoeiras	565	5
35141 Baixa Mogiana	306	16
35142 Mantiqueira	327	17
35143 Rio Pardo	518	14
35151 Catanduva	646	12
35152 Santa Fé do Sul	88	9
35153 Jales	236	7
35154 Fernandópolis	233	6
35155 São José do Rio Preto	991	24
35156 José Bonifácio	296	4
35157 Votuporanga	369	8
35161 Itapetininga	405	21
35162 Itapeva	660	13
35163 Sorocaba	1.214	75
35171 Alto Vale do Paraíba	1039	48
35172 Circuito da Fé e Vale Histórico	447	14
35173 Litoral Norte	377	12
35174 Vale do Paraíba/Região Serrana	180	15
TOTAL	48.320	1585

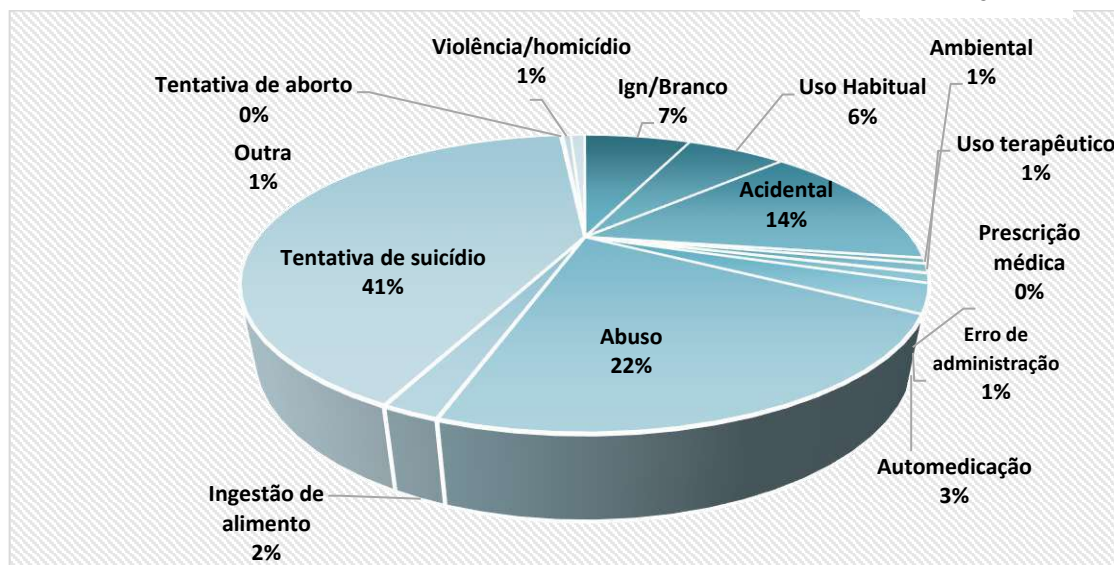
Fonte: **SIH/SUS**

*Lista Morbidade CID-10: Envenenamento por drogas e substâncias biológicas; Efeitos tóxicos substâncias de origem principalmente não medicinal.

As metas da área estão relacionadas aos programas prioritários: 1) Projetos em andamento do Programa Toxicovigilância do Agrotóxico, a saber: Projeto Chumbinho e ilegais, Projeto Capina Química, Projeto Controle Integrado de Pragas e Vetores, Projeto Horticultura/Pequena Produção e Familiar, Projeto Presidente Prudente/ Pulverização Aérea - Avaliação da saúde de expostos e intoxicados; 2) Programa Toxicovigilância na Urgência e Emergência que implica ações relativas aos CEATOX, e ao desenvolvimento institucional na atenção à saúde e investigação relacionada ao maior número de eventos toxicológicos que se relaciona ao tema dos acidentes e violências.

Gráfico 75 – Distribuição das notificações de intoxicações exógenas segundo circunstância, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

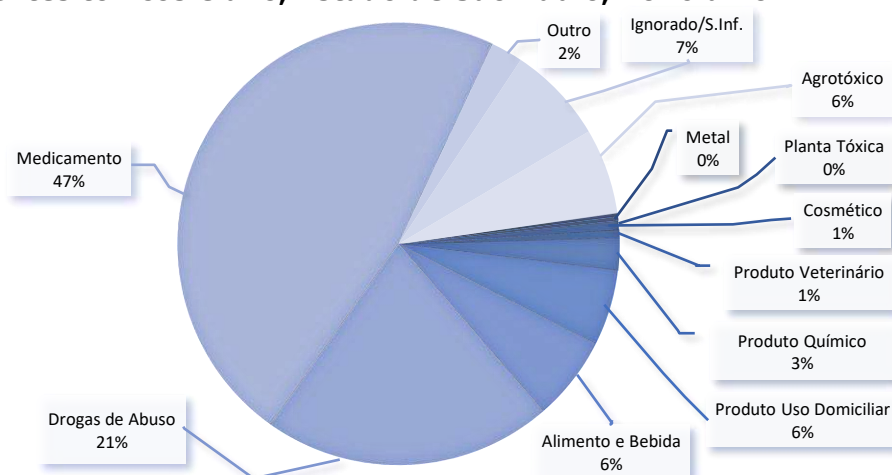
N = 246.227



Fonte: SINAN/CVE Intoxicação Exógena.

Os agentes tóxicos incluídos são: medicamentos, agrotóxicos, produtos de uso químico industrial, produtos de uso domiciliar, metais, drogas de abuso, alimentos e bebidas, plantas tóxicas e produtos veterinários. Porém, os CEATOX são muito solicitados para orientação de atendimento dos casos relacionados à exposição a animais peçonhentos, inclusive para o reconhecimento dos tipos de animais, assim como para plantas.

Gráfico 76 - Distribuição percentual de notificações de intoxicações exógenas, segundo agentes tóxicos e ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022

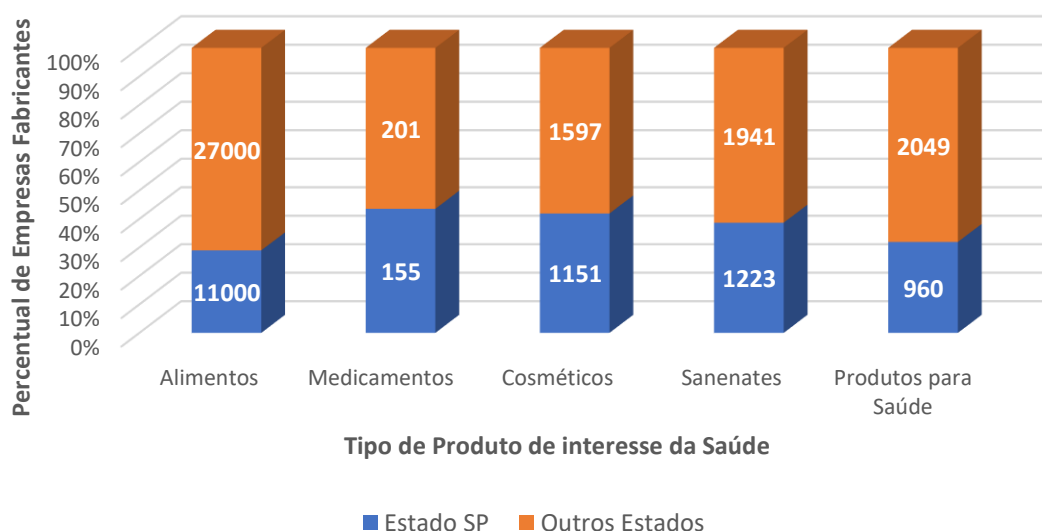


Fonte: SINAN/CVE – Intoxicação Exógena.

Vigilância Sanitária de Produtos de Interesse da Saúde

Em razão da própria história da Vigilância Sanitária no país, as ações voltadas ao gerenciamento de risco de produtos de interesse da saúde - alimentos, medicamentos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes - compõem a área mais tradicional da vigilância sanitária, a que possui maior acervo regulatório e, a que mais impacta no parque industrial (Gráf. 6) sediado no estado, independentemente do porte das empresas. Ao se considerar a dinâmica transformação desse setor produtivo, imposta pelas inovações tecnológicas e globalizadas, a Vigilância Sanitária é exigida a atuar com discernimento legal, conhecimento técnico embasado em evidências científicas e a possuir capacidade para a tomada de decisões frente às demandas de rotina e de emergência que se sucedem a todo momento.

Gráfico 77 - Distribuição percentual de empresas fabricantes por território, segundo o tipo de produto de interesse da saúde, Estado de São Paulo, 2022



Fonte: Centro de Vigilância Sanitária/CCD/SES-SP. São Paulo, 2022

O controle sanitário do risco à saúde busca garantir a qualidade, segurança e eficácia dos produtos consumidos pela população. Esse controle não se restringe à avaliação do processo de fabricação, pois compreende também o monitoramento de todas as etapas da cadeia produtiva, envolvendo as atividades de armazenamento, distribuição, importação, transporte, comercialização e ou uso desses produtos. A gestão do risco sanitário de produtos utiliza ações clássicas como: a inspeção sanitária - atuando no pré-mercado; o monitoramento de produtos disponibilizados no mercado - realizando colheita de amostras para análise laboratorial, que permitem as ações de intervenção no setor produtivo; como também, as ações de vigilância pós-comercialização/uso - Farmacovigilância, Tecnovigilância, Vigilância dos Saneantes, Cosmetovigilância e Nutrivigilância - que tem por atribuição, o monitoramento, a análise e a investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos produtos sob vigilância sanitária nesta fase. Essa garantia prevê a atuação no planejamento e coordenação do processo de inspeção de verificação das Boas Práticas, promoção de capacitação, treinamentos e educação continuada voltada aos inspetores estaduais e equipes técnicas que integram o Sevisa e propositura de normas técnicas de abrangência estadual relativas aos produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

A necessidade de atuação de inspetores estaduais em estabelecimentos fabricantes de Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Produtos para Saúde para o controle do risco sanitário está diretamente relacionada com a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) na área de vigilância sanitária de produtos a fim de aprimorar a qualidade e organizar

os processos de trabalho técnicos. e administrativos, mais especificamente nas áreas de Medicamentos, Insumos Farmacêuticos, Produtos para Saúde, Cosméticos, Produtos de Higiene e Perfumes e, Saneantes, relativos aos macroprocessos de inspeção sanitária, capacitação, entre outros.

Embora o processo da descentralização das ações da vigilância sanitária esteja avançado, a realidade demonstra que as ações de maior complexidade - seja pela classificação do produto, tecnologias de produção e ou, reincidência de irregularidades pelas empresas - não são efetivas, nem eficazes, com necessidade frequente da presença e participação ativa da coordenação do Sevisa, conforme corroborado por auditorias internacionais no SNVS, durante as inspeções e demais procedimentos para o controle do risco sanitário. No Sevisa, as Vigilâncias Sanitárias municipais são responsáveis pela execução das ações de controle sanitário na fabricação, distribuição e comércio de alimentos, cosméticos e saneantes em quase todo o território estadual.

No período de 2016 a 2022 foram realizadas 1.144 inspeções em Indústrias de Medicamentos, Insumos Farmacêuticos Ativos e Produtos Para Saúde Grau de Risco III e IV, com participação e coordenação do CVS, cujo foco estava no cumprimento de procedimentos harmonizados entre os entes do SNVS, para o referido processo.

O Monitoramento de Produtos de Interesse da Saúde é realizado de forma sistemática, preferencialmente estruturada por Programas específicos, mas também atendendo demandas extra institucionais. Ele busca avaliar a qualidade sanitária dos produtos ofertados à população e dos estabelecimentos que os produzem, comercializam, transportam e distribuem. Parcela importante dos objetivos institucionais se revelam no desempenho destes processos de trabalho de monitoramento, por meio das seguintes iniciativas:

- **Programa Paulista de Análise Fiscal de Alimentos (PP)** – Desde 1995, o CVS e o IAL, em conjunto com o Sevisa, vêm desenvolvendo o PP, a fim de monitorar a qualidade sanitária dos produtos alimentícios e respectivos estabelecimentos em que são comercializados; e, identificar setores do comércio e ou da indústria de alimentos que necessitam de intervenção preventiva e, se necessário aplicar a legislação sanitária sobre infrações encontradas e recolhimento do comércio de produtos que representam riscos à saúde da população. A exemplo disso, em 2020, priorizou-se o monitoramento da fortificação das farinhas de trigo e milho, da iodação do sal para consumo humano e, da redução dos teores de sódio em alimentos industrializados; em 2021 foram analisadas amostras de alimentos para avaliação de teor de iodo, de micotoxinas, aditivos, metais e teor de açúcares em alimentos; e, em 2022, amostras de alimentos foram analisadas para os ensaios de composição (detecção de fraudes), microscopia, microbiologia, detecção e quantificação de glúten, teor de iodo, teor de sódio, teor de açúcares, aditivos, metais e micotoxinas. A grande preocupação com a contaminação de alimentos por resíduos de agrotóxicos em todo o País indicou, em 2015, a necessidade de instituir este programa de monitoramento no estado. Desta forma, o **Programa Paulista de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PPA)**, foi estabelecido como um subprograma no PP.
- **Programa Nacional de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)** – Este programa, coordenado pela Anvisa, foi criado em 2001, com o envolvimento dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (**Lacen**) e das Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais de todo o país. Com o advento da pandemia (2020) foi suspenso, retornando às atividades em 2022, com participação de treze municípios, sob coordenação e planejamento da Vigilância Sanitária Estadual (CVS).
- **Plano de Coleta de Produtos para Diagnóstico *in vitro* de COVID-19** – instituído em âmbito nacional, sob coordenação da Anvisa, no início da pandemia (2020), este Plano tem por objetivo, monitorar a qualidade dos referidos dispositivos médicos, por meio de análises fiscais executadas pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/FIOCRUZ/MS, Rio de Janeiro). Os serviços integrantes do Sevisa realizam coletas decorrentes das solicitações da Anvisa, organizadas e remetidas ao INCQS pelo CVS, com apoio do IAL para a guarda temporária dos invólucros das amostras até a efetivação do transporte. Os resultados insatisfatórios confirmados demandam intervenção imediata no fabricante ou no importador, assim como, no mercado.
- **Programa de Monitoramento Analítico Pós-Mercado de Saneantes de Uso Hospitalar** – refere-se ao monitoramento de eventuais irregularidades em saneantes

registrados como detergentes enzimáticos e desinfetantes de alto nível de uso hospitalar, considerando o risco de infecção oriundo de produtos ineficazes. É coordenado pela Anvisa e desenvolvido em âmbito nacional. No estado de SP as análises são realizadas pelo IAL (em sua maioria) e pelo INCQS.

- **Tecnovigilância** - Compreende o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde disponibilizados no mercado, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a segurança sanitária do uso desses produtos na promoção e proteção da saúde da população, requerendo a implementação de múltiplos sistemas, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Problemas relatados por usuários dos produtos para saúde servem como *feedback* sobre tais experiências de pós-comercialização e uso. Quando esses problemas ficam enquadrados em requisitos regulatórios de notificação obrigatória, os detentores de registro devem reportá-los às autoridades sanitárias por meio dos sistemas eletrônicos de notificação. No estado de São Paulo utiliza-se o PERIweb para essa finalidade. Após investigação, caso os reportes sejam confirmados, avalia-se a necessidade de adoção de ações corretivas e preventivas, o que acaba por gerar ações de campo e comunicados dessas ações. Tais comunicados ganham visibilidade nos portais eletrônicos da Anvisa e do CVS, sob o formato de Alertas de Tecnovigilância. Os processos de tecnovigilância, portanto, envolvem a identificação de problemas sanitários decorrentes da utilização dos produtos para saúde, apontando para a necessidade de investigação de irregularidades na cadeia produtiva dos mesmos. O monitoramento de produtos para saúde é etapa crítica do processo de Gerenciamento de Risco que contempla também as etapas de avaliação, análise e controle.
- **Farmacovigilância** - Compreende um conjunto de procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados aos produtos farmacológicos, com o objetivo principal de reduzir as taxas de morbimortalidade associadas ao uso de medicamentos, por meio da detecção precoce de problemas de segurança desses produtos para seus consumidores. Tem por finalidade, ainda, melhorar a seleção e o uso racional dos medicamentos pelos profissionais de saúde. A principal ferramenta da farmacovigilância é a notificação espontânea por parte dos profissionais de saúde, de toda suspeita de reação adversa causada por medicamentos ou mesmo de outros problemas relacionados a medicamentos como desvios de qualidade, perda de eficácia, abuso, intoxicação, uso indevido ou mesmo erros de administração. Das 101.903 (100%) notificações de suspeitas de eventos adversos de medicamentos avaliadas pelo CVS em 2020, 5% (4.939) corresponderam às vacinas contra Covid-19, provocando inspeções compartilhadas com Anvisa nas empresas detentoras de registro de medicamentos, responsáveis pela fabricação ou importação deste produto. Atualmente registra-se uma média mensal de 368 avaliações de notificações de suspeitas de reações adversas aos medicamentos realizadas pelo CVS.

Para além das ações planejadas e programáticas de monitoramento do risco sanitário dos produtos de interesse da saúde, há um grande empenho na capacitação dos profissionais do Sevisa que atuam nesta área. As ações de qualificação, capacitação, treinamento, aperfeiçoamento e desenvolvimento podem ser influenciadas por uma série de fatores externos e internos, incluindo mudanças no mercado, tecnologia, inovações, exigindo que a organização analise suas necessidades relacionadas às tais mudanças. Por estas razões, os técnicos que realizam inspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde devem atender aos requisitos estabelecidos, conforme diretrizes referidas em documentos do SGQ relacionados ao Programa de Qualificação e Capacitação dos Inspectores e aos Requisitos e Descrição de Funções para os Técnicos que participam de Inspeção de Boas Práticas de Fabricação nestes estabelecimentos. Estas diretrizes, também definidas em âmbito nacional, consideram a formação teórica e a exposição em inspeção, para a construção do saber e da prática. Dada a variedade das tecnologias envolvidas na fabricação de produtos, é exigida alta especialização, atualização do conhecimento e dedicação, o que leva anos para a formação deste profissional.

Em relação aos desafios futuros, frente à carência e dificuldade de manutenção de técnicos qualificados para atuar nesta, almeja-se: implementar a gestão regulatória às boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação, visando implantar novo roteiro de inspeção; cumprir a agenda de inspeções planejadas na

área de medicamentos, produtos para saúde e farmacovigilância; e, atender as inspeções investigativas demandadas e programadas para monitoramento de alimentos, cosméticos e saneantes, que esbarra no mesmo problema de falta de recursos humanos; há, ainda, a pretensão de firmar o Termo de Cooperação Técnica com a Anvisa para as ações de farmacovigilância; manter os Programas de Monitoramento de Alimentos que estão em andamento e iniciar o Programa Nacional de Monitoramento de Microrganismos Resistentes e Resíduos de Antimicrobianos em Alimentos, coordenado pela Anvisa; e além disto, concluir o Programa de Monitoramento Analítico Pós-Mercado de Saneantes de Uso Hospitalar; e, iniciar novos programas de monitoramento de saneantes. Em paralelo, está posto o grande desafio de implementar a gestão de qualidade no CVS para a gestão e o controle do risco sanitário de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde. A proposta é acompanhar a política nacional nesta temática, para viabilizar a implantação do SGQ.

Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde e de Interesse da Saúde

O universo regulado pela vigilância sanitária referente aos serviços de saúde e de interesse da saúde está definido no Anexo I da Portaria CVS 1/20, do qual se pode enfatizar entre os serviços de saúde, aqueles que desenvolvem atividades médico-hospitalares, clínicas-terapêuticas, odontológicas, de radiação, e de hemoterapia, todos considerados de alto risco. Esse universo representa um grande desafio para o controle do risco sanitário, em razão da quantidade, complexidade e diversidade dessas atividades existente em todo o território estadual. Em relação aos estabelecimentos com atividades de interesse da saúde regulados pela vigilância sanitária, os estabelecimentos geriátricos têm sido objeto de atenção crescente e, da mesma forma, aqueles que desenvolvem atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza, entre outros.

Assim como para as demais áreas, o monitoramento do risco destas atividades requer equipe multiprofissional com capacidade analítica para compreender as variáveis complexas que envolvem principalmente as condições sanitárias dos estabelecimentos de assistência à saúde. É imprescindível que os inspetores sanitários que atuam nesta área sejam capazes de reconhecer os fatores de risco aos pacientes e usuários destes serviços, de entenderem a importância de se firmar parcerias com as partes envolvidas em seus processos de trabalho, seja no âmbito do poder público e ou da sociedade civil organizada. Com este perfil, acredita-se que esses profissionais possam contribuir inexoravelmente para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, do SNVS e, consequentemente do Sevisa.

Na busca da padronização e melhoria da qualidade das ações prestadas pelo Sevisa, a edição atualizada de normativa federal, fundamentada no **Sistema de Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde**, tornou-se uma oportunidade. Nesta normativa foram estabelecidos requisitos para a organização e pactuação das ações de vigilância sanitária, exercidas pelas unidades federadas, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no qual a definição dos parâmetros para as ações de alto risco sanitário, tem sido objeto de construção tripartite. Apesar de iniciativas já desenvolvidas para a harmonização das inspeções e fiscalização de serviços de saúde e interesse para a saúde, com qualidade, eficiência e eficácia, o CVS tem por desafios futuros, dar continuidade à elaboração e implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) relacionados aos diversos processos de trabalho nesta área, investir em novas estratégias para garantir a capacitação técnica dos profissionais do Sevisa, bem como, desenvolver conteúdos e instrumentos técnicos para atuação.

Em vista do amplo universo de atuação nesta área, algumas prioridades têm sido constantes pela alta complexidade e risco sanitário inerente às atividades exercidas nestes serviços, com impacto direto na saúde da população assistida. Desta forma, a segurança dos pacientes assistidos em serviços de quimioterapia e de hemodiálise, ou que se submetem a quaisquer das etapas do ciclo do sangue seguem priorizadas para a prática do Sevisa, conforme estratégias a seguir:

Serviços de Diálise – Atualmente encontram-se cadastrados no estado de São Paulo, 218 Serviços de Diálise, sendo que dois são exclusivos para Diálise Peritoneal. Para melhor qualificação da vigilância sanitária dos serviços de diálise tem havido um grande investimento no processo de capacitação dos profissionais que coordenam e integram o Sevisa, além do empenho na divulgação de resultados alcançados nessa área e dos indicadores epidemiológicos dos Serviços de Diálise.

No desenvolvimento do *Programa Estadual de Monitoramento da Água Tratada para Diálise para os Serviços de Diálise do Estado de São Paulo (PEMAT-SD)*, sob coordenação do CVS, os técnicos do Sevisa realizam e devem dar continuidade às inspeções sanitárias e coletas de amostras de água nos Serviços de Diálise que, por sua vez, são analisadas pelo Instituto Adolfo Lutz, mediante a definição conjunta do Cronograma anual do PEMAT-SD.

Hemovigilância – É uma das ações permanentemente prioritária para a vigilância sanitária de serviços de saúde, com foco na ocorrência de eventos adversos durante o ciclo do sangue, desde a etapa de captação e seleção de doadores até a realização da transfusão para pacientes. Para isto, a investigação de todas as notificações de eventos-sentinela relacionados à transfusão sanguínea é realizada. Os eventos-sentinela ocorrem em qualquer etapa do ciclo do sangue e se configuram como dano ou que poderiam causar dano grave evitável ao doador ou ao receptor. Esses eventos requerem ações tempestivas, como adoção de ações corretivas e preventivas apropriadas por parte dos serviços onde ocorreram, em especial, os que levaram às reações adversas graves. Habitualmente são investigados 100% dos eventos-sentinela notificados, com consequente análise das reações transfusionais e monitoramento do uso de plasma fresco, quando pertinente. Os técnicos do Sevisa são capacitados sistematicamente para melhoria da qualidade das ações de Hemovigilância, quando são apresentadas as análises dos dados coletados no Notivisa - Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária. O novo Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise, após finalização, será objeto de capacitação para a qualificação dos inspetores do Sevisa em Boas Práticas no Ciclo do Sangue, objetivando o fortalecimento da Hemovigilância junto aos interlocutores regionais.

Hemoterapia – Em relação às ações de vigilância sanitária em serviços hemoterápicos, o CVS monitora as inspeções realizadas pelas equipes regionais e municipais em todos os Serviços de Hemoterapia cadastrados no SIVISA e também todas as notificações cadastradas no Notivisa. A capacitação dos profissionais do Sevisa para atuação nesta área é uma estratégia constante, sendo objeto de análise e discussão, os dados registrados no SISHEMO – Sistema de Informação em Serviços Hemoterápicos (Port. CVS 3 de 22/1/2008).

Para o quadriênio 2024-2027 dar-se-á continuidade ao monitoramento dos eventos-sentinela relacionados ao Ciclo do Sangue, notificados no Notivisa, com o objetivo de investigar 100% destes eventos e intervir nestes serviços, quando necessário.

Serviços de Quimioterapia – Estima-se que, entre 2023 a 2025, cerca de 704 mil casos novos de câncer serão diagnosticados no Brasil, sendo 125.200 no estado de São Paulo em 2023 (INCA, 2022⁵). Dada a magnitude da doença, a vigilância sanitária atua sobre os pontos críticos de controle nos processos dos Serviços de Quimioterapia - intra-hospitalares e isolados - para o tratamento de neoplasias, intervindo, quando necessário, para a minimização e eliminação dos riscos à segurança de seus pacientes e melhoria imediata dos serviços inspecionados para que ofereçam um tratamento oncológico o mais precoce e adequado, com desfechos positivos e segurança assistencial.

No quadriênio de referência, todos os 204 Serviços de Quimioterapia cadastrados no SIVISA devem ser inspecionados com enfoque de risco nos pontos críticos de controle nos processos para o tratamento de neoplasias, permitindo a intervenção da vigilância sanitária para que os pacientes façam um tratamento oncológico com segurança assistencial. Para isso será elaborado Roteiro de Inspeção específico, que será objeto de capacitação aos profissionais de VISA para aplicação durante as inspeções. Estratégia necessária para a realização de reuniões anuais com todos os envolvidos para monitoramento e avaliação das ações realizadas.

⁵ Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022

Serviços Médico-Hospitais - Em sua missão de apoio às ações de vigilância sanitária em hospitais, serviços de urgência e emergência e, serviços de terapia antineoplásica, o CVS desenvolveu iniciativas que contribuíssem para a divulgação de conhecimento técnico e científico, tais como a elaboração de instrumentos de apoio às inspeções sanitárias, reuniões técnicas, manuais, eventos *on-line*, bem como, participou de propostas de outros setores da saúde, órgãos e entidades. A partir de 2021, em paralelo às ações de controle da pandemia de Covid-19, buscou-se diversificar os canais de comunicação com as equipes de Vigilância Sanitária, o que resultou no lançamento de material informativo em formato de vídeo intitulado: *Conhecendo e se Apropriando do Risco Sanitário em Serviços Hospitalares* que abordou aspectos práticos e relevantes da UTI Neonatal e a infecção hospitalar, possibilitando a compreensão, a garantia do controle do risco sanitário e, a contribuição para a melhoria da qualidade e resolubilidade das ações.

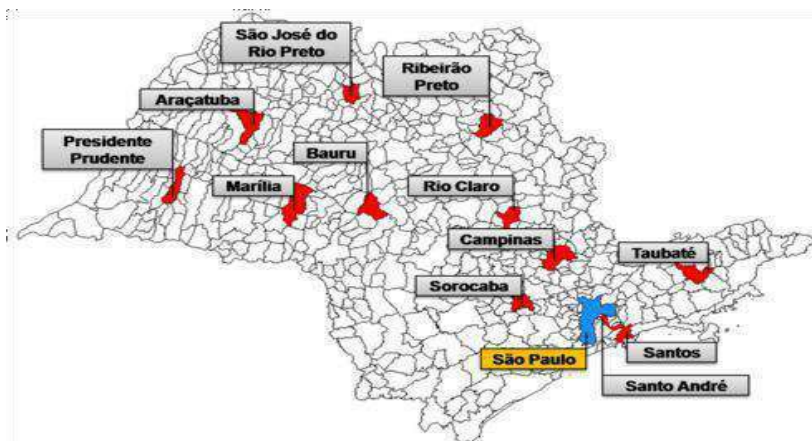
No período de 2021 a 2023 foram realizados cinco encontros de compartilhamentos de ações realizadas e seis web-conferências direcionadas para os técnicos do Sevisa na qual foram apresentados os riscos de saúde inerentes ao atendimento ao paciente em serviços hospitalares, serviços de urgência e emergência, serviços de quimioterapia e serviços de processamento de roupas hospitalares. Em 2023 foram realizadas cinco oficinas de trabalho com técnicos do Sevisa, presenciais e por web-conferência, para qualificar as inspeções sanitárias em hospitais e serviços de quimioterapia.

Laboratório De Saúde Pública

O panorama sanitário atual, as Políticas Públicas e Emergências de Saúde Pública têm imposto ao Laboratório de Saúde Pública do estado de São Paulo, um dos mais importantes do país, a necessidade de prover respostas técnicas oportunas, efetivas e de base científica para desenvolvimento e incorporação de novas metodologias, elaboração de plataformas especializadas e para aprimorar a capacidade de resposta da Vigilância Laboratorial do estado de São Paulo; além disso, considerando que a sociedade pós-pandemia sofrerá transformações de magnitude ainda desconhecida, o que ressalta a importância dos Institutos Públicos de Pesquisa com destaque ao **Instituto Adolfo Lutz (IAL)**, contribuir para a promoção da saúde da população por meio da geração e divulgação do conhecimento e da produção de bens e serviços de média e alta complexidade como Laboratório Oficial de Saúde Pública.

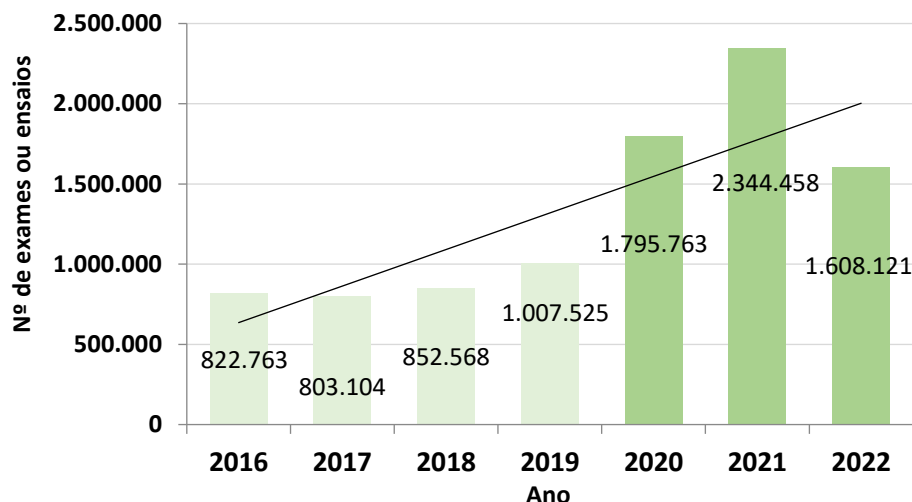
A Rede IAL é composta pelo Laboratório Central e 12 Centros de Laboratórios Regionais, com atividades técnicas e científicas organizadas às necessidades e especificidades de cada região.

Mapa 6 – Rede IAL, Estado de São Paulo, 2023



Produção laboratorial

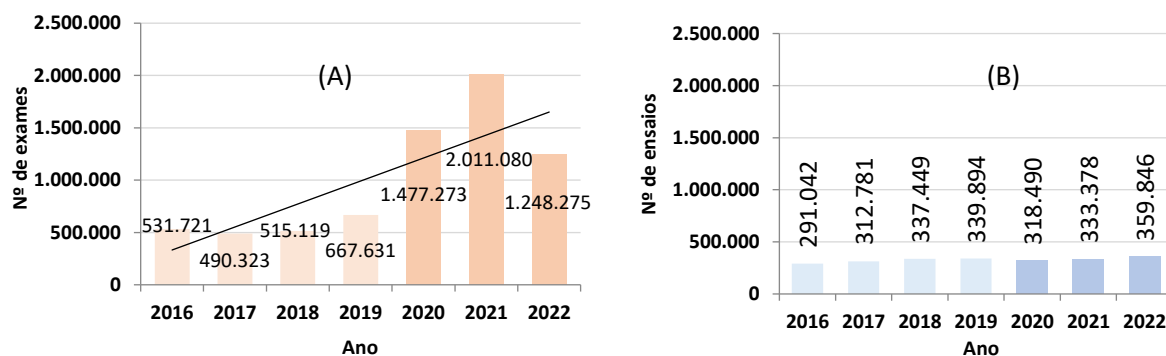
Gráfico 78 - Produção analítica do Instituto Adolfo Lutz segundo ano, 2016 e 2022



Nos últimos anos, verificamos aumento médio de 139% na produção de exames/ensaios, sendo que a pandemia de COVID-19 promoveu um aumento de 78% na produção laboratorial em relação ao período pré-pandêmico (em 2019), com pico de produção verificado em 2021, quando o total de exames realizados aumentou 133% em relação a 2019 e, embora seja observada redução de 31% no total de exames/ensaios realizados em 2022 em relação ao ano anterior, a produção laboratorial manteve-se 60% superior ao período anterior à pandemia.

Considerando que o IAL realiza exames para fins de Vigilância Epidemiológica e ensaios para fins de Vigilância Sanitária e Ambiental, a Figura abaixo apresenta os dados de produção analítica, sendo possível verificar que a produção analítica do IAL foi fortemente impactada pelos exames para fins de Vigilância Epidemiológica.

Figura 12 - Produção laboratorial do Instituto Adolfo Lutz na área da Vigilância Epidemiológica (A) e na área da Vigilância Sanitária e Ambiental (B)

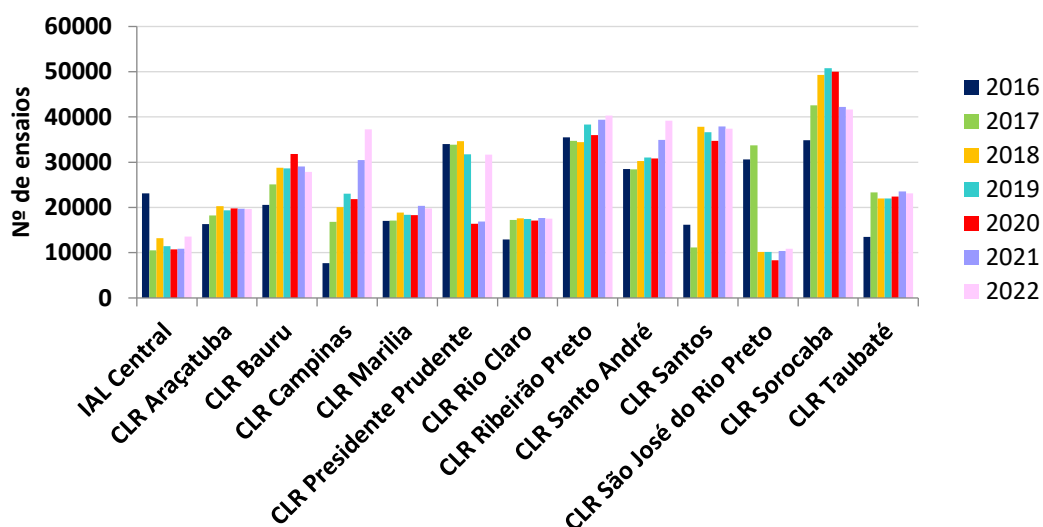


Os dados indicam um aumento médio de 218% no total de exames para fins de Vigilância Epidemiológica (A) – principalmente em função da pandemia de COVID-19 e do

surto de MPox – enquanto o total de ensaios realizados para fins de Vigilância Sanitária e Ambiental (B) aumentaram ao redor de 24% no mesmo período de tempo.

Considerando a produção do Laboratório Central do IAL e de cada um de seus 12 Centros Regionais, a Figura abaixo demonstra que os Centros Regionais têm sido responsáveis por mais de 92% da produção anual de ensaios na área da Vigilância Sanitária e Ambiental, principalmente em função do Programa Estadual de Qualidade da Água para Consumo Humano – Proágua.

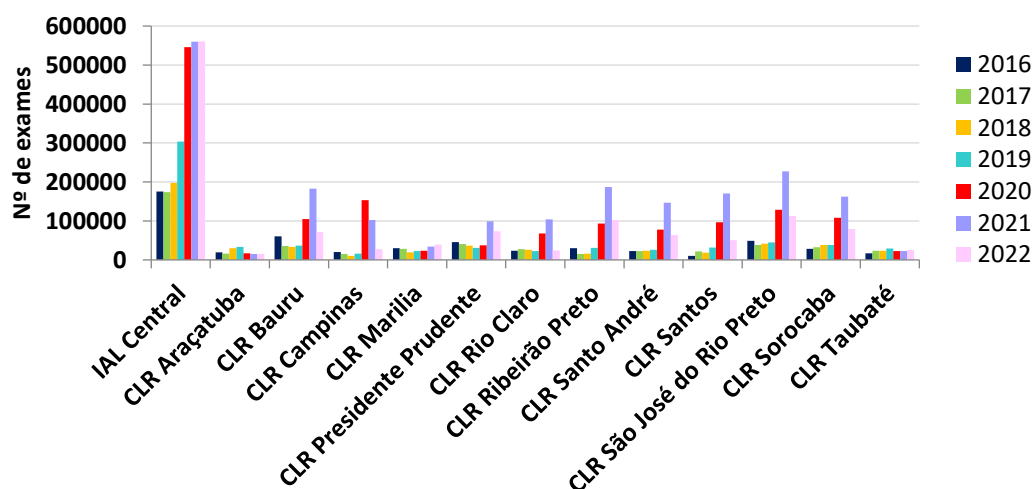
Gráfico 79 - Produção analítica do Instituto Adolfo Lutz em amostras relacionadas a produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária e Ambiental segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Por outro lado, o Laboratório Central foi responsável por 40% dos ensaios realizados em outros produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária e Ambiental. Entretanto, a partir de 2021, esta proporção aumentou para 60%, em função de Programas de Monitoramento de Produtos Farmacêuticos e Afins e, principalmente, do aumento de oferta de ensaios para avaliação de resíduos de agrotóxicos em alimentos e águas, coletados no âmbito de programas de monitoramento estadual e federal.

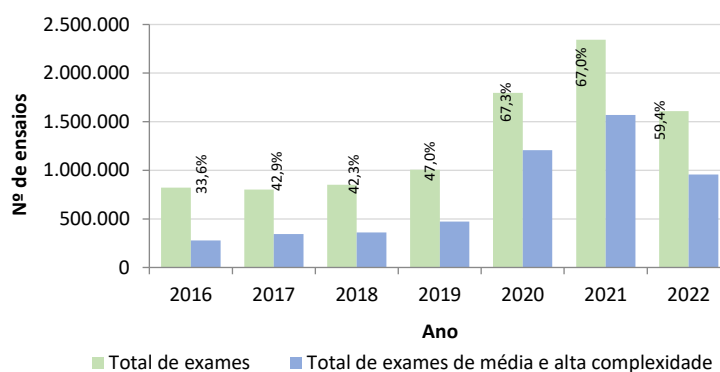
No que se refere aos exames para fins de Vigilância Epidemiológica, a figura abaixo demonstra que o Laboratório Central do IAL foi responsável por 36% dos exames realizados entre 2016 e 2018 e 46% dos exames realizados em 2019. Em 2020 e 2021, a proporção caiu para 37% e 28%, respectivamente, principalmente em função da implantação do diagnóstico molecular da COVID-19 em 10 Centros Regionais do IAL e em 2022, a proporção voltou a 45%, devido à redução na demanda por exames para detecção molecular de SARS-CoV-2, à implantação de outros exames moleculares, como por exemplo, para detecção de MPox vírus e execução de outros exames realizados apenas no Laboratório Central.

Gráfico 80 - Produção analítica do Instituto Adolfo Lutz em amostras biológicas relacionadas à Vigilância Epidemiológica segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



A complexidade das atividades laboratoriais executadas no IAL é considerada como um indicador de qualidade, sendo os dados apresentados na Figura abaixo. O aumento da demanda pelo diagnóstico molecular da COVID-19, a implantação e a descentralização deste diagnóstico nos Centros Regionais, a realização do monitoramento sentinela de arboviroses por meio de técnicas moleculares, o sequenciamento de genoma de microrganismos de interesse à Saúde Pública, a implantação de ensaios para determinação múltipla de resíduos de agrotóxicos em alimentos e águas, exemplificam alguns exames de maior complexidade realizados no período.

Gráfico 81 - Produção de exames/ensaios de média e alta complexidade realizados no IAL segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



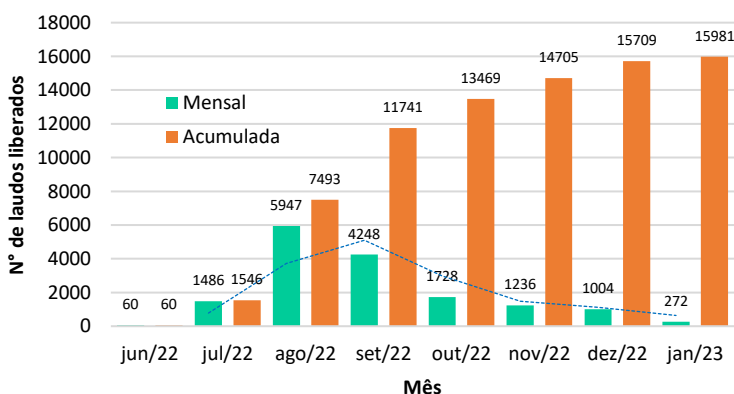
Resposta a Emergências em Saúde Pública

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios ao Instituto Adolfo Lutz, especialmente no que se refere à sua atribuição de fornecer a primeira resposta diagnóstica a agentes novos ou recém-introduzidos no território, atuando como referência na organização de outros laboratórios para o enfrentamento a esses agentes, para então monitorar sua circulação, supervisionar a rede laboratorial e produzir informações vitais para a vigilância epidemiológica, sem deixar de dar respostas adequadas à testagem da população para fins de assistência.

Para ser capaz de proceder à resposta necessária, o IAL elaborou estratégias de preparação e resposta a eventos de Saúde Pública, essencialmente preventiva, baseada na constante prospecção de agentes com potencial epidêmico junto a Redes de Vigilância no país e no mundo, cujos dados são avaliados segundo critérios epidemiológicos, geográficos, de histórico e possibilidade de risco ou ameaça à Saúde, considerando ainda a transmissibilidade e a propagação geográfica das doenças. A partir da avaliação do risco, inicia-se o levantamento de protocolos disponíveis para a detecção dos agentes ou o desenvolvimento de novos protocolos ou de protocolos aprimorados, que são verificados e/ou validados e implantados na rotina do Laboratório Estratégico do IAL (LEIAL). Para a efetiva resposta do ponto de vista epidemiológico, o tempo de processamento deve ser mantido em patamares adequados que possibilitem às vigilâncias coordenar o controle da doença, com isolamento dos pacientes e rastreamento dos contatos.

O surto de MPox em 2022 foi o primeiro teste da estratégia de enfrentamento definida. Quando observado, ainda na Europa, o surgimento de casos, iniciou-se a preparação do LEIAL para o eventual processamento de amostras de casos suspeitos em território nacional, com tempo médio de resposta menor que 72 horas em pelo menos 80% dos casos. Em 07 de junho, foi recebida a primeira amostra com suspeita do agravo no país, a qual foi processada por metagenômica, confirmando o caso em 48 horas, com o primeiro genoma brasileiro do MPXV depositado na plataforma GISAID; com a chegada de controles positivos enviados pela OPAS, iniciou-se o processamento das amostras por RT-qPCR, mantendo o sequenciamento por metagenômica para o monitoramento genômico do vírus. Até 09 de novembro, data em que houve o repasse do diagnóstico da MPOX para o Centro de Virologia do IAL, em vista da diminuição da demanda proveniente de casos suspeitos da doença, o LEIAL processou mais de 15.000 amostras suspeitas, chegando a um pico de quase 1.700 reações/semana em agosto de 2022, conforme pode ser observado na Figura abaixo, com 68% de liberação em até 48 horas e 87% em até 72 horas.

Gráfico 82 - Produção laboratorial durante a emergência de MPOX no estado de São Paulo, Estado de São Paulo, junho/2022 a janeiro/2023

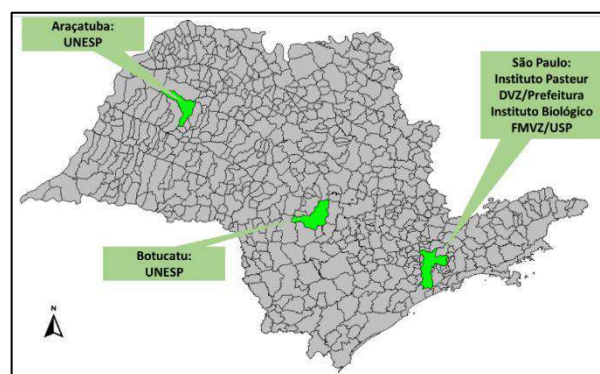


Em relação ao **Instituto Pasteur**, um dos Instituto de Pesquisa centenários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atua como um laboratório de Referência Nacional para o Ministério da Saúde e Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde em Raiva para a América Latina, instituição de pesquisa e serviços em raiva e outras encefalites virais dos animais, que cumpre a sua missão por meio de atividades de pesquisa científica e inovação tecnológica, de atividades laboratoriais de diagnóstico, coordenação do programa de vigilância e controle da raiva, suporte técnico aos municípios e da qualificação de recursos humanos, colaborando assim, para a manutenção do estado de São Paulo sem ocorrência de casos de raiva em humanos e também, para a eliminação da raiva causada pela variante viral circulante nas populações de cães e gatos.

Com a extinção da Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN - pela Lei nº 17.293, de 15 de outubro de 2020, regulamentada pelos Decretos nº 66.664 e 66.665, ambos de 14 de abril de 2022, o Instituto Pasteur, a partir de 30 de abril de 2022, amplia sua missão, abrangendo atividades técnicas relativas às Doenças Vinculadas a Vetores e Hospedeiros Intermediários, e incorpora os profissionais das carreiras de pesquisador científico, assistente técnico de pesquisa científica e tecnológica, e técnico, agente, oficial e auxiliar de apoio à pesquisa científica e tecnológica ao seu quadro de servidores.

No Estado de São Paulo o monitoramento da circulação do vírus da raiva é realizado em uma rede composta por seis (6) laboratórios de referência que realizam exames diagnóstico para raiva, a saber: Instituto Pasteur (IP), Instituto Biológico, UNESP campus Botucatu e UNESP campus Araçatuba, Divisão de Vigilância em Zoonoses do município de São Paulo e Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da USP (figura x). O Instituto Pasteur é considerado o Laboratório de Referência Nacional.

Figura 13. Distribuição dos laboratórios de referência para Raiva no estado de São Paulo, 2022

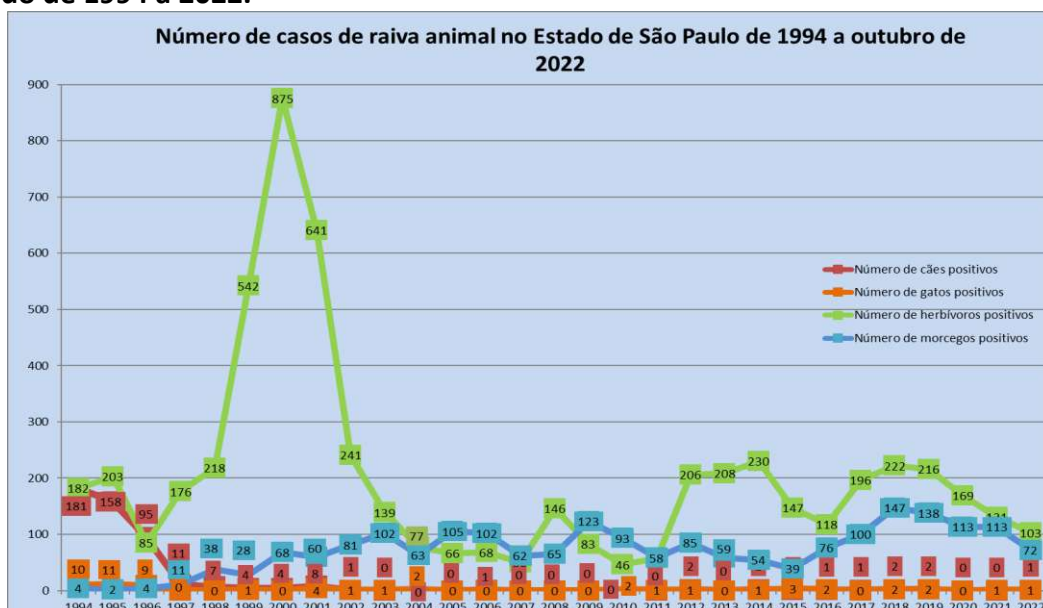


Fonte: Instituto Pasteur

Por meio da Deliberação CIB nº 169, de 15/12/2021, foi aprovada a manutenção da vacinação antirrábica de cães e gatos em estratégia de rotina, vacinação de cães e gatos contactantes de morcegos e bloqueio de foco (quando for o caso) e a suspensão das campanhas anuais de vacinação a partir de 2022, no estado de São Paulo, devendo ser mantidas todas as atividades do Programa de Vigilância e de Controle da Raiva.

No período de 2016 a 2022, foram analisadas 65.294 amostras de várias espécies animais para diagnóstico virológico de raiva. Destas, 37.030 (57%) foram processadas pelo Instituto Pasteur. Nesse período foram diagnosticadas 1.932 (3%) amostras positivas para raiva, com predominância de casos em animais de produção e morcegos, e casos esporádicos e eventuais em cães e gatos, sendo estes últimos de relevante importância pelo risco de transmissão à população humana e por isso melhor analisados a seguir.

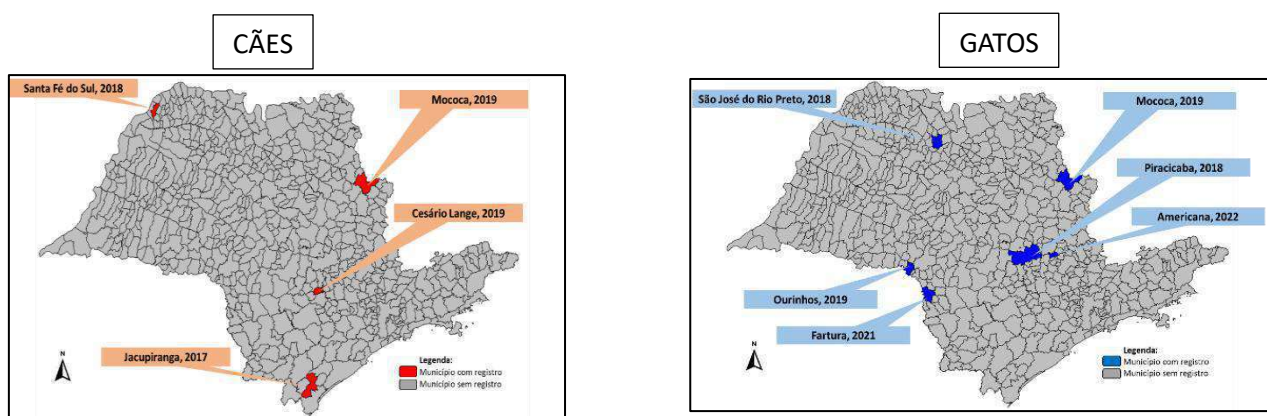
Figura 14. Frequência absoluta de animais positivos para raiva no estado de São Paulo durante o período de 1994 a 2022.



Fonte: Instituto Pasteur

No período entre 2016 a 2022 foram diagnosticados seis (6) casos de raiva em cães e seis (6) casos de raiva em gatos (figura X). Todos os casos de cães e gatos diagnosticados no estado nos últimos anos foram causados pela variante de morcego hematófago (variante 3).

Figura 15 . Distribuição dos casos de raiva em cães e gatos no estado de São Paulo, no período de 2017 a outubro de 2022.

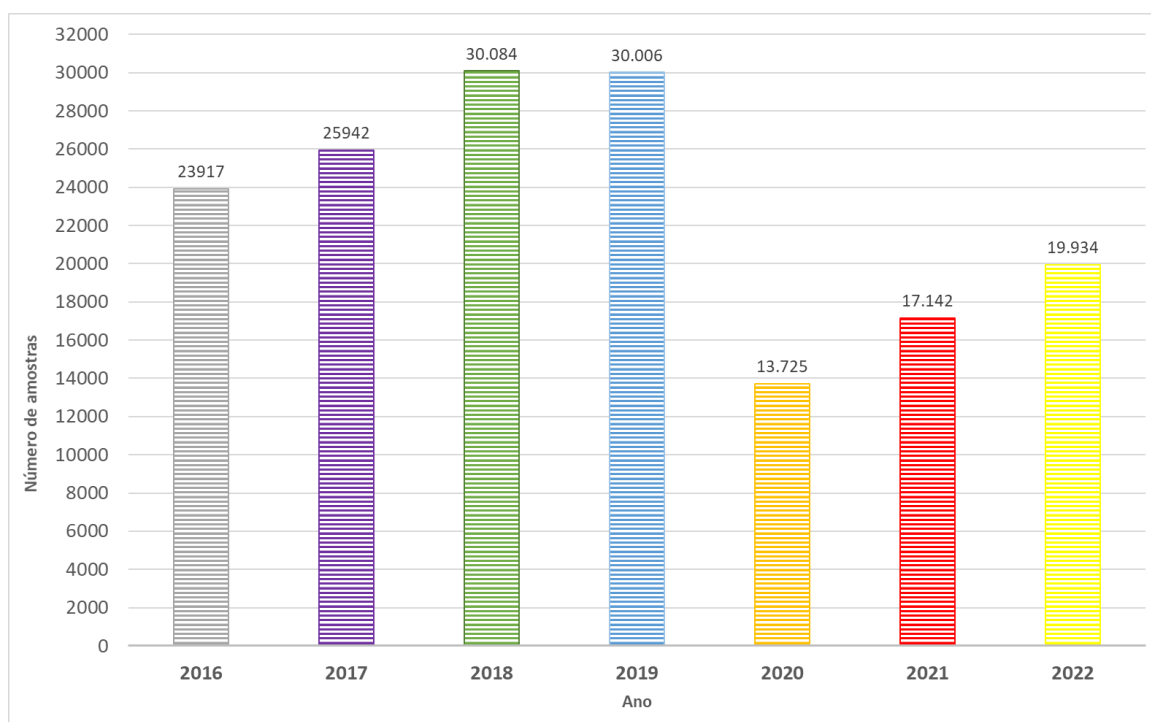


Fonte: Instituto Pasteur. Dados atualizados até outubro de 2022

De 2016 a 2022 a Seção de Diagnóstico do Instituto Pasteur recebeu 162.385 amostras de soros humanos para avaliação de anticorpos neutralizantes do vírus da raiva, principalmente de pessoas que atuam em grupos de risco de contato com o vírus e foram submetidas a profilaxia de pré-exposição contra a raiva, tais como técnicos de laboratórios

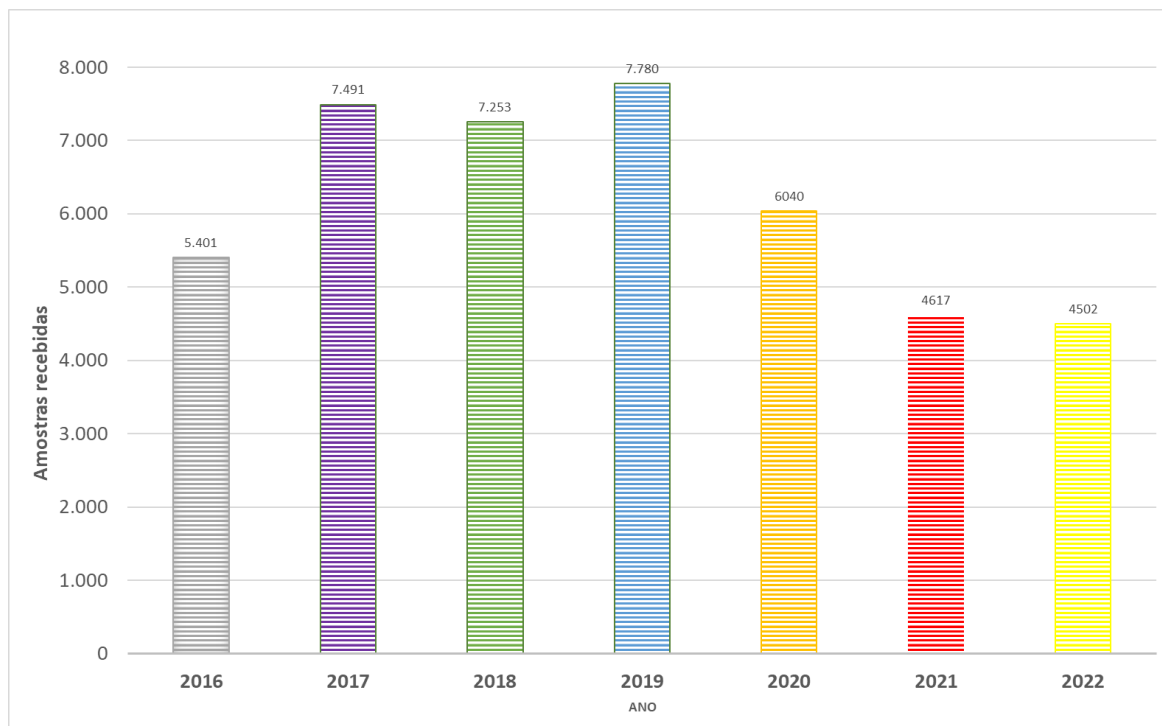
de diagnóstico de raiva, vacinadores, veterinários, biólogos, estudantes de veterinária, etc. Nesse período foram analisadas em média 22.422 amostras de soro por ano (Gráfico 83). Nos anos de 2020 a 2022 ocorreu uma queda no recebimento de amostras para avaliação sorológica devido a pandemia causada pela COVID-19, sendo que a média para esses três anos foi de 17.212 amostras recebidas.

Gráfico 83 – Número de avaliações de anticorpos neutralizantes do vírus da raiva realizadas na Seção de Diagnóstico do Instituto Pasteur segundo ano, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Nesse mesmo período foram executados 82.972 testes de imunofluorescência direta para o diagnóstico da raiva em 43.084 amostras de animais de diferentes cidades do estado de São Paulo contribuindo para a vigilância e controle da raiva animal no estado. Da mesma forma que para as amostras humanas, ocorreu uma queda no recebimento de amostras animais para o diagnóstico de raiva durante a pandemia, sendo que a média de 7.517 amostras recebidas nos anos de 2018 e 2019, caiu para 4.952 amostras de 2020 a 2022 (Figura X). Somado a isso nesses 7 anos foram realizados 12.614 testes por RT-PCR para o diagnóstico molecular da raiva animal.

Gráfico 84 – Número de amostras de animais recebidas na seção de diagnóstico do Instituto Pasteur para a investigação de Raiva, Estado de São Paulo, 2016 a 2022



Em 2020 o Instituto Pasteur foi habilitado como laboratório credenciado na Plataforma Laboratorial para o diagnóstico da COVID-19 do estado de São Paulo (DOE de 27/05/2020, Poder Executivo - Seção I, pg. 38). Assim, no ano de 2021 realizou a análise de 64.598 amostras e em 2022 foram 24.421 análises por meio de técnica molecular de PCR em Tempo Real para COVID-19.

Auditoria

O Sistema Único de Saúde - SUS contempla um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Decreto nº 1651 de 28.09.1995 regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria e estabelecendo que o SNA compreende "os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo" (art. 4º) com o objetivo de exercer o controle das ações e dos serviços de saúde em cada esfera de governo gestora do SUS, de acordo com as suas atribuições (Componentes Federal, Estadual e Municipal de Auditoria).

Em São Paulo, a Resolução SS nº 9 de 26/01/2007 estabelece que cabe as Comissões Técnicas de Auditoria Regional (CTAR) dos 17 Departamentos Regionais de Saúde exercer as ações de auditoria e ao GNACS (Grupo Normativo de Auditoria e Controle de Saúde) estabelecer diretrizes e apoiar tecnicamente as regionais.

Atualmente a equipe do Componente Estadual de Auditoria está inserida na Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) com o GNACS no Nível Central e com Comissões Técnicas de Auditoria Regionais (CTAR) no Nível Regional. As Comissões Técnicas de Auditoria Regional são subordinadas administrativamente ao dirigente do Departamento Regional de Saúde e tecnicamente ao GNACS, com as atribuições de:

- I - Auditar programas e serviços do sistema de saúde;
- II - Auditar processos e resultados das atividades do sistema de saúde;
- III - Implementar métodos e sistemas de informação como instrumento de auditoria de gestão em sistemas de saúde;

IV - Atender as solicitações, de órgãos públicos em relação às intercorrências relacionadas ao sistema de saúde.

A formação da equipe e as atribuições legais direcionam o GNACS para Auditoria Clínica/Assistencial que se caracteriza por um processo de melhoria do atendimento ao paciente e os resultados através de revisão sistemática do atendimento prestado em relação as diretrizes do SUS no tocante:

- A qualidade das informações apresentadas nos sistemas de informação do SUS (SIA e SIH);
- O uso adequado dos recursos físicos;
- As Redes de Atenção;
- A utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.

A composição do GNACS e das CTAR e suas atribuições não se caracterizam como instrumentos de avaliação contábil e financeira ou mesmo de auditoria interna da SES.

O quadro de recursos humanos da Auditoria é composto pelo GNACS com 13 profissionais e as CTAR com 39 profissionais. Destaca-se que em sete das dezessete CTAR há um único profissional.

Ao longo dos anos desde a sua instituição o quadro de profissionais do Componente Estadual de Auditoria SUS-SP reduziu consideravelmente em virtude de aposentadorias, tornando-se a falta de recursos humanos uma fragilidade para a realização das ações quanto Componente Estadual de Auditoria.

A capacitação técnica dos auditores é fundamental para as ações da auditoria, proporcionando uma maior eficiência no exercício das atividades.

Gestão do trabalho e Educação na SES

A força de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/SP é formada por servidores públicos: efetivos, temporários, celetistas e contratados por tempo determinado (CTD) e profissionais que prestam serviços por meio de convênios e organizações sociais de saúde.

Assim, a gestão do SUS no âmbito da SES/SP é composta por um total de 117.840 (cento e dezessete mil, oitocentos e quarenta) trabalhadores de saúde, distribuídos da seguinte forma:

1) Funcionários vinculados às Autarquias e Fundações de Apoio

AUTARQUIA	Número
Hospital das Clínicas de São Paulo	18.346
Hospital das Clínicas de Botucatu	2.586
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	5.658
Hospital das Clínicas de Marília	2.511
TOTAL	29.101

Fonte: Recursos Humanos das Autarquias.

2) Organizações Sociais de Saúde

Como força de trabalho oriundas de contratos com Organizações Sociais de Saúde, conta com 48.508 (quarenta e oito mil, quinhentos e oito) funcionários.

3) Instituições Conveniadas

No âmbito das Unidades da SES, existem convênios celebrados em unidades da administração direta, para gerenciamento de atividades assistenciais, contando com 3.271 (três mil duzentos e setenta e um) funcionários vinculados às instituições conveniadas.

4) Administração Direta

A SES/SP conta com 36.960 (trinta e seis mil, novecentos e sessenta) servidores ativos lotados nas Unidades da Administração Direta da Pasta⁶.

Para os servidores lotados no âmbito da Administração Direta, a SES/SP conta com a Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH, que tem por responsabilidades regimentais a finalidade de planejar, elaborar estudos, coordenar e executar políticas de gestão de pessoas.

As ações da CRH são voltadas para o público interno da SES/SP e orientadas, conceitualmente, por uma política de gestão de pessoas que engloba 3 (três) eixos: I. Sistemas de trabalho (o aspecto objetivo e formal da gestão de pessoas); II. Educação, treinamento e desenvolvimento das pessoas; III. Bem-estar e satisfação das pessoas (qualidade de vida para a força de trabalho tanto no seu ambiente laboral como fora dele).

Integradas às diretrizes de recursos humanos da administração pública paulista, a CRH visa à produção e análise das informações referentes à gestão de pessoal da SES/SP e o incentivo a estudos referentes aos gastos públicos e ao mercado de trabalho em saúde em São Paulo.

Os tópicos a seguir, destinam-se a apresentar informações dos 36.960 (trinta e seis mil, novecentos e sessenta) servidores ativos lotados nas Unidades da Administração Direta da Pasta, a partir de dados extraídos dos sistemas oficiais.

Gráfico 85 – Distribuição dos servidores ativos lotados em unidades de administração direta da Secretaria de Estado de Saúde segundo classe, 2023



Fonte: Dashboard de Informações Gerenciais – DIG, CRH/SES-SP

Do total de servidores ativos, 70% do quadro é do gênero feminino.

Em relação a faixa etária, observa-se no gráfico abaixo, que 65% possuem idade superior a 50 anos, sendo predominante a faixa etária compreendida entre 50 e 60 anos, com 17.000 (dezessete mil) servidores.

⁶ Fonte: Dashboard de Informações Gerenciais – DIG, da Coordenadoria de Recursos Humanos. Mês de referência: janeiro/2023.

Gráfico 86 – Distribuição dos servidores ativos lotados em unidades de administração direta da Secretaria de Estado de Saúde segundo faixa etária, 2023



Fonte: Dashboard de Informações Gerenciais – DIG, CRH/SES-SP

Com relação à formação da força de trabalho, 57% dos servidores possuem nível superior.

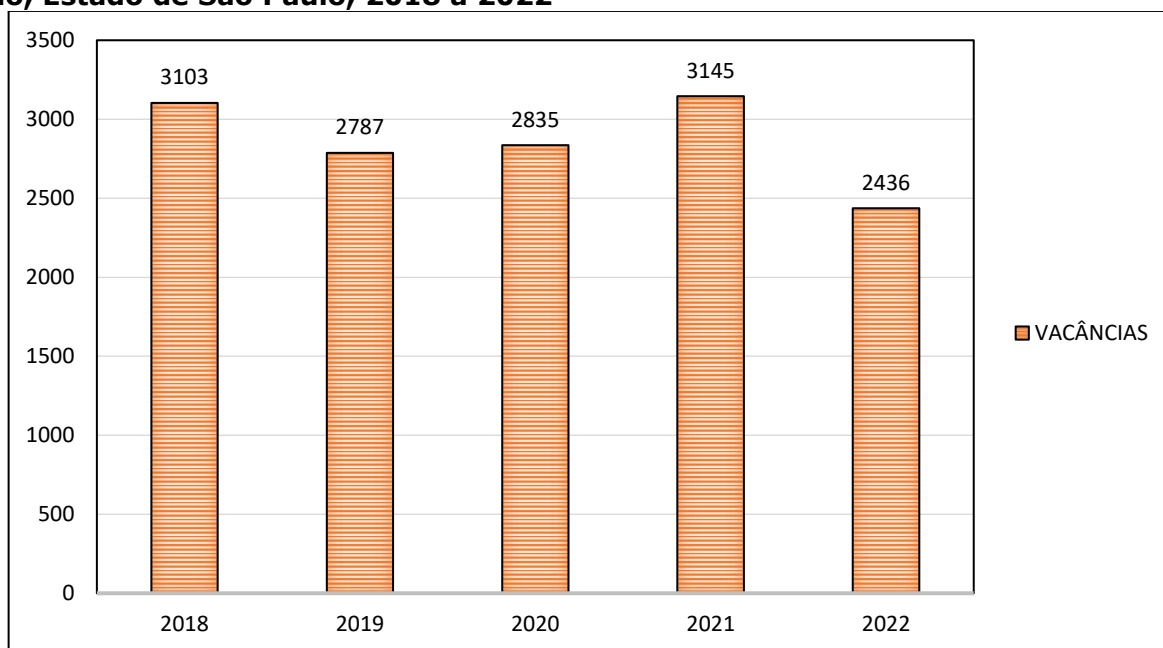
Gráfico 87 – Distribuição dos servidores ativos lotados em unidades de administração direta da Secretaria de Estado de Saúde segundo escolaridade, 2023



Fonte: Dashboard de Informações Gerenciais – DIG, CRH/SES-SP

Conforme demonstrado no gráfico a seguir, as vacâncias, em virtude de desligamento por aposentadoria, exoneração, falecimento, entre outros, representa uma perda média de 2.500 (dois mil e quinhentos) servidores anualmente.

Gráfico 88 - Distribuição das vacâncias na Secretaria de Estado de Saúde segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022

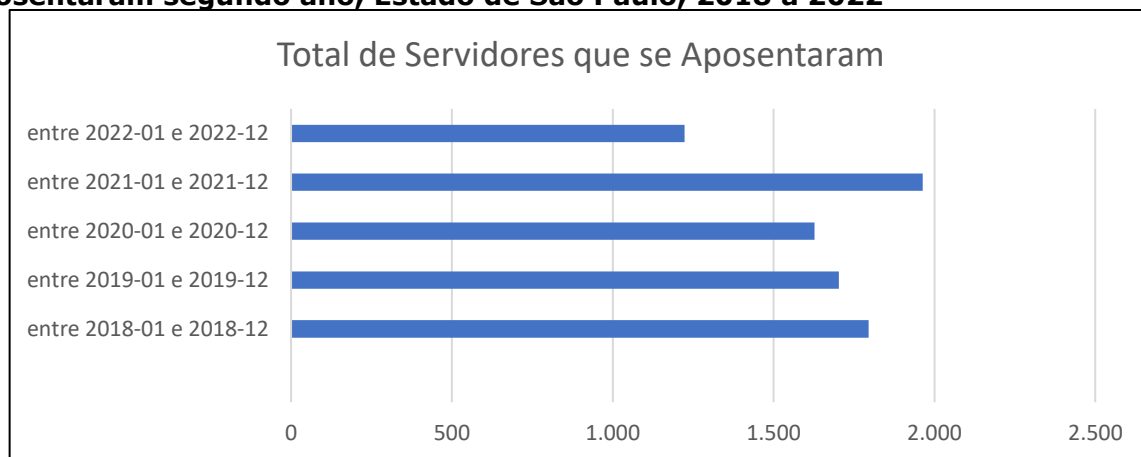


Fonte: Banco de Cargos e Funções, do Núcleo de Cargos e Funções, da Coordenadoria de Recursos Humanos/SES.

Importante destacar, a percepção de servidores com abono de permanência, ou seja, servidores que já estão aptos a se aposentar, representando 9% do quadro de servidores (3.439 – três mil, quatrocentos e trinta e nove).

Conforme demonstrado no gráfico abaixo, tem ocorrido em média 1.600 (mil e seiscentas) aposentadorias por ano.

Gráfico 89 - Número de servidores da Secretaria de Estado de Saúde que se aposentaram segundo ano, Estado de São Paulo, 2018 a 2022



Fonte: Dashboard de Informações Gerenciais – DIG, CRH/SES-SP

Por outro lado, a soma de novos ingressos, nos últimos quatro anos, foi de apenas 542 (quinhentos e quarenta e dois) servidores em caráter efetivo e 1.922 (mil novecentos e vinte e dois) contratados em caráter emergencial e temporário. Neste último caso, decorrente majoritariamente em virtude da pandemia ocasionada pela COVID-19.

Tabela 83 – Distribuição de cargos providos por meio de concurso público segundo ano, Estado de São Paulo, 2019 a 2022

	2019	2020	2021	2022	Total (2019-2022)
Agente de Saúde	2	0	0	1	3
Agente Técnico de Assistência à Saúde	6	4	2	41	53
Analista de Tecnologia	0	0	0	0	0
Auxiliar de Laboratório	3	0	0	0	3
Auxiliar de Saúde	1	0	0	0	1
Cirurgião Dentista	0	0	3	0	3
Enfermeiro	10	1	2	13	26
Médico I	14	18	31	86	149
Médico Veterinário	0	0	0	1	1
Motorista de Ambulância	0	0	0	2	2
Oficial de Saúde	55	0	0	0	55
Pesquisador Científico I	0	1	1	0	2
Técnico de Enfermagem	147	95	2	0	244
Total	238	119	41	144	542

Fonte: Centro de Planejamento dos Processos de Recrutamento e Seleção, da Coordenadoria de Recursos Humanos

Tabela 84 – Distribuição de cargos providos por meio de contratações temporárias segundo ano, Estado de São Paulo, 2019 a 2022

	2019	2020	2021	2022	Total (2019-2022)
Agente Técnico de Assistência à Saúde	2	117	9	140	268
Auxiliar de Laboratório	0	17	8	0	25
Enfermeiro	0	224	43	219	486
Médico I	3	116	21	78	218
Oficial de Saúde	0	60	5	196	261
Técnico de Enfermagem	0	223	175	240	638
Técnico de Laboratório	0	23	3	0	26
Total	5	780	264	873	1.922

Fonte: Centro de Planejamento dos Processos de Recrutamento e Seleção, da Coordenadoria de Recursos Humanos

Assim, podemos observar a diminuição e o envelhecimento do quadro de servidores da administração direta da SES.

No que se refere a treinamentos e capacitações da força de trabalho, nos últimos três anos, por meio dos Centros de Treinamento (CT&D) e de Metodologias de Ensino em Saúde (CMES), do Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, foram realizadas ações de treinamento nos formatos: à distância, presencial e remoto ao vivo.

Tabela 85 – Número de capacitações oferecidas segundo modalidade e ano, Estado de São Paulo, 2020 a 2022

MODALIDADE	ANO		
	2020	2021	2022
EAD-SES	5.161	2.332	4.239
EAD-SUS	16.040	13.104	18.772
TOTAL EAD	21.201	15.436	23.011
PRESENCIAL	188	0	400
TOTAL GERAL	21.389	15.436	23.411

Fonte: Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP

De forma concisa, as informações e dados apresentados a seguir dão uma adequada dimensão das ações desenvolvidas, nos últimos anos, a partir dos eixos centrais da Política de Gestão de Pessoas da SES/SP.

I. Sistemas de Trabalho:

Sistema de Gestão Integrado de Recursos Humanos; Sistemas Gerenciais de RH; *Dashboard* de Informações Gerenciais – DIG; Sistema de Cumprimento de Ação Judicial – SCAJ; Sistema @Folha EPIN; Sistema para formalização dos atos de nomeação/designação; Digitalização do acervo de fichas de cargos e funções; Agenda RH; Contratações por Tempo Determinado – CTD (L.C. 1.093/2009); Revisão Quinquenal do Adicional de Insalubridade; Lançamento de Cartilhas Temáticas; Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD; Mesa de Negociação (Sindicato dos Trabalhadores de Saúde – SindSaúde); Projetos de Voluntários e Voluntários Acadêmicos da Área das Ciências da Saúde; Programa Bolsa do Povo – Acolhe Saúde.

II. Educação, Treinamento e Desenvolvimento das Pessoas:

Programa de Residência Médica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Pós-Graduação - Cursos de Especialização-CEFORSUS/SP; Programa de Bolsas para Cursos de Especialização *Lato Sensu*; Desenvolvimento de ações do Plano Estadual de Educação Permanente de São Paulo; Curso de Especialização em Gestão de Pessoas; Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde; Curso de Especialização em Direito Sanitário; Curso Técnico de Segurança do Trabalho; Curso Comissão de Saúde do Trabalhador – COMSAT; Ciclo de Palestras (Direito Administrativo, Direito de Pessoal e Encontro Internacional de Recursos Humanos 2022); Projeto de Cooperação Técnica Trilateral (Brasil, Japão e Moçambique); Ações de Treinamentos e Capacitações, nas modalidades: à distância (EAD), presencial e remoto ao vivo.

III. Bem-estar e satisfação das pessoas:

Agenda Saúde (Semana da Enfermagem, Semana da Diversidade e Inclusão, Semana da Segurança e Saúde do Trabalhador entre outros); E-book “Boas Práticas da Enfermagem no enfrentamento à Covid-19 na SES/SP”; *Lives* voltadas à saúde e bem-estar; Projeto “Servidor Empreendedor”; Cobertura Vacinal – Imunização e Testagem COVID-19 (organização dos servidores da Administração Superior e Sede das Coordenadorias e Unidades vinculadas); Programa de Preparação para Aposentadoria; Projeto Desenvolvendo competências através do canto – CORALSES/SP; Pesquisa de Clima Organizacional.

Por fim, destacamos os desafios para a área no período de 2024-2027:

- Alterações na legislação da área de gestão de pessoas, exigindo adoção de novos procedimentos e atualização permanente dos servidores envolvidos.

- Autorização de processo de provimento de pessoal, alinhado às propostas governamentais, definidos pela estratégia de dimensionamento de pessoal, a partir de justificativas técnicas para a recomposição da força de trabalho, com base em metodologia e critérios para a seleção de pessoas.
- Dada às dimensões do quadro de servidores, desenvolver sistema informatizado para cargos e estruturas organizacionais, para o melhor processamento da mobilidade funcional.
- Promover a Gestão do Conhecimento através do Letramento Digital, a fim de aprimorar as competências técnicas dos servidores quanto ao domínio das ferramentas digitais.
- Possibilitar a flexibilização do local de trabalho, através do desempenho das atribuições do Centro de Qualidade de Vida, previstas no Artigo 9º do Decreto nº 66.648 de 11 de abril de 2022.

O Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRH é reconhecido como Escola Estadual de Saúde Pública pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde/CONASS fazendo parte da Rede Colaborativa das Escolas Estaduais de Saúde Pública-Redecoesp, com atribuição na formação e qualificação dos trabalhadores do SUS/SP.

Equipe Técnica é responsável por apoiar, assessorar, elaborar e desenvolver diferentes propostas de formação e desenvolvimento, no acompanhamento e/ou execução de cursos de formação profissional técnica, aprimoramento e treinamento de recursos humanos.

A CRH por meio do GDRH, conta com as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - ETSUS também conhecidos como Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFOR), que são autorizadas pelo Conselho Estadual de Educação - CEE/SP a funcionar com classes descentralizadas desde o final da década de 1980. As ETSUS instaladas em cinco municípios: Araraquara, Assis, Franco da Rocha, Pariquera-Açu e São Paulo, ofertando Formação Profissional Técnica de Nível Médio, Especializações Técnicas e Formação Inicial e Continuada -FIC, atendendo as necessidades de suas áreas de abrangência.

O conjunto das ETSUS abrange os 645 municípios paulistas, tendo como objetivo promover a educação profissional para o SUS, valorizando a qualidade dos serviços e interagindo com as transformações sociais.

A tabela a seguir apresenta a quantidade de profissionais formados e capacitados pelas Escolas Técnicas nos últimos três anos.

Tabela 86 – Número de profissionais capacitados em Escolas Técnicas segundo ano, Estado de São Paulo, 2020 a 2022

Ano	2020	2021	2022	Total
Número	2.540	1.863	1.176	5.579

Fonte: Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos, CRH/SES-SP

Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS

Preliminarmente cumpre destacar que para a análise da situação atual devemos apontar as vantagens e as dificuldades que caracterizam o nosso ambiente interno.

Deste modo, destacamos a vantajosidade da SES/CGA em manter dois Grupos de trabalho dedicados a manutenção e modernização de áreas e equipamentos médicos de modo a abrigar extensas e complexas funções e sistemas que permitem modernizar estruturas e adaptá-las para novos conceitos de atendimento e introdução de tecnologias.

Vale mencionar os oito contratos de manutenção sob gestão do Grupo Técnico de Edificações (GTE) e as reformas necessárias para que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS estejam alinhados com a legislação vigente.

A situação atual das EAS do Estado de São Paulo, demonstra que, salvo raras exceções, foram construídas a mais de 20 anos, sem qualquer planejamento, dificultando sua atualização pela falta de condições favoráveis, em muitos casos atingindo a obsolescência física e funcional.

Destaca-se a preocupação com a segurança de pacientes e funcionários com a introdução nas obras em andamento de itens para acessibilidade, além de adaptações estruturais para que seja possível a certificação do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB).

O ambiente interno agrava-se ainda devido a uma série de fatores, tais como: falta de recursos, aumento de demanda, redução de recursos humanos e a vertiginosa evolução das ciências médicas e das tecnologias, dentre outros, que contribuem no sentido de intensificar a defasagem tanto tecnológica quanto das instalações e a consequente redução do número de leitos ofertados à população.

As reformas nas EAS vêm sendo amplamente realizadas. A título de exemplo as metragens realizadas pela SES alcançaram:

- metragens crescentes em área, sendo que em Em2022 tivemos as obras e/ou reformas somaram 142.245,23m²,
- Em 2023 estão planejadas intervenções em 490.890,75m² o que apenas reforça o estado de obsolescência citado no parágrafo anterior.

Diante deste cenário, há necessidade de garantir investimentos para suprir a constante necessidade de adaptação aos avanços médicos e técnicos, e às mudanças nos perfis dos usuários e de sistemas organizacionais.

Na tabela 87 estão os valores gastos com investimentos e com reformas em 2022 e até o mês de março de 2023.

Tabela 87 - Valores gastos com investimentos e com reformas, Estado de São Paulo, 2022 a março de 2023

CGA / GTE	2022	2023 (Até março)
Administração Direta		
Ação 1377 - Reforma / Ampliação	R\$ 57.639.245,91	R\$ 9.689.704,83
Ação 2574 - Emergencial	R\$ 8.729.679,97	R\$ 2.360.342,32
Ação 2634 - Hosp. Bebedouro	R\$ 11.779.379,68	R\$ -
Ação 2529 - Novas Unidades	R\$ 38.179.241,13	R\$ 10.039.749,04
Total Investimentos Tesouro	R\$ 116.327.546,69	R\$ 22.089.796,19
Total Obras Fiscalizadas	33	

Na tabela abaixo temos a distribuição de em porcentagem dos investimentos em obras por Departamento Regional de Saúde

Tabela 88 - Percentual dos investimentos em obras segundo Departamento Regional de Saúde, 2022

INVESTIMENTOS OBRAS EM 2022 – POR DRS	
GRANDE SÃO PAULO	39,70%
ARAÇATUBA	0,57%
BAIXADA SANTISTA	0,61%
BARRETOS	10,04%
BAURU	2,99%
FRANCA	1,70%
PRESIDENTE PRUDENTE	2,73%
REGISTRO	10,01%
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	1,87%
SOROCABA	1,66%
TAUBATÉ	28,12%
	100%

Fonte: CGA.SES (abril.2023)

Vale destacar que grande parte dos ativos adquiridos através do Grupo de Equipamentos em Saúde - GES foram destinados a Ambulatórios de Especialidades Médicas – AME's - com características e dinâmicas especiais, criados pela Secretaria de Saúde do Estado para fortalecer a rede de atendimento à saúde no Estado de São Paulo, conforme definido no Pacto Pela Saúde – Plano Diretor de Regionalização 2008/SES-SP.

Os equipamentos são adquiridos respeitando a demanda apontada pelos EAS, através de suas respectivas Coordenadorias e abrange, entre outras atividades, a revisão periódica dos descritivos técnicos, a fim de buscar as melhores soluções para um diagnóstico clínico seguro e uma melhor qualidade de atendimento para o usuário da rede, além de produtividade e uma maior eficiência nos atendimentos realizados pela rede estadual. Mais da metade dos investimentos para aquisições de equipamentos foi feita na capital sendo que a região de Barretos vem em seguida como demonstra o quadro abaixo.

No exercício de 2022, foram investidos, através do CGA-GES, quase R\$84 milhões em equipamentos de diferentes finalidades, ficando o investimento por região demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 89 – Percentual de investimentos segundo Departamento Regional de Saúde, 2022

DRS	INVESTIMENTO (%)
ARAÇATUBA	0,13%
ARARAQUARA	3,76%
BAIXADA SANTISTA	0,42%
BARRETOS	14,63%
BAURU	4,19%
CAMPINAS	4,52%
GRANDE SÃO PAULO	55,24%
MARÍLIA	0,01%
PIRACICABA	0,99%
PRESIDENTE PRUDENTE	1,76%
REGISTRO	0,86%
RIBEIRÃO PRETO	6,59%
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	0,35%
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	0,39%
SOROCABA	3,18%
TAUBATÉ	2,98%

Em consonância com o conceito de regionalização, e com a busca por solucionar o atendimento à pacientes oncológicos, diretrizes da atual gestão estadual, os investimentos em 2023 até o momento foram distribuídos por diferentes regiões no valor total de R\$ 29.000.000.00, como mostrado abaixo.

Tabela 90 – Percentual de investimentos em oncologia segundo Departamento Regional de Saúde, 2023

DRS	INVESTIMENTO (%)
ARAÇATUBA	3,91%
BAIXADA SANTISTA	12,43%
BARRETOS	2,40%
CAMPINAS	3,93%
GRANDE SÃO PAULO	31,69%
MARÍLIA	2,68%
PIRACICABA	1,81%
PRESIDENTE PRUDENTE	6,42%
RIBEIRÃO PRETO	5,88%
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	5,77%
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	15,81%
SOROCABA	4,24%
TAUBATÉ	3,02%

Modernização do Parque tecnológico estadual da saúde e dos estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS)

Novas aquisições ocorrerão para a modernização do parque tecnológico do estado e para equipar novas EAS's, como o Hospital Regional Rota dos Bandeirantes e o AME Idoso de Ribeirão Preto.

No novo quadriênio, a SES pretende realizar a implantação de um sistema informatizado de gerenciamento dos equipamentos hospitalares. Este sistema permitirá a gestão dos ativos hospitalares, entre outras vantagens, o monitoramento e manutenção preventiva, corretiva dos equipamentos servindo como ferramenta de apoio na tomada de decisão para novas aquisições, distribuição de ativos e quantificação do parque tecnológico da rede hospitalar do estado de São Paulo.

Há também um projeto em curso para a contratação centralizada de manutenção e gerenciamento das tecnologias em saúde para unidades da Administração Direta, buscando um ganho na produtividade dos equipamentos e aumento da sua confiabilidade.

Gestão Orçamentária e financeira da Rede de Saúde

A gestão orçamentária e financeira está diretamente vinculada ao processo de planejamento público, cujo componente essencial é o Plano Plurianual PPA. O PPA estabelece diretrizes, objetivos e metas para a administração pública. Ele deve partir da visão de futuro produzida pela orientação política do governo, imprimindo uma coordenação estratégica aos orçamentos anuais e fazendo do processo de planejamento a base para construir ações governamentais integradas.

Na dimensão orçamentária e financeira, é o PPA que dá suporte à LDO e à LOA, as quais especificam em que e como os recursos públicos são aplicados a cada ano. Dessa forma o PPA amplia horizonte da gestão pública, ao estruturar a ação do Estado para um quadriênio e ao orientar os processos anuais, ao mesmo tempo em que procura eliminar as superposições de gastos e a ampliação da capacidade de gasto induzido pelo Estado.

Nos últimos quatros anos a dotação orçamentária da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, atingiu 96% de empenhamento e liquidação.

A dotação ao final de cada exercício foi determinante para que a Secretaria de Saúde de São Paulo, atingisse um nível de empenhamento e liquidação satisfatório demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 15 – Valor de Dotação, Valor Empenhado e Valor Liquidado do período de 2019 a 2022

Ano	Dotação	Empenhado	%Empenhado	Liquidado	%
					Liquidado
2022	30.965.529.335	29.991.403.707	97	29.991.403.707	97
2021	29.564.757.924	27.622.644.844	93	27.622.644.844	93
2020	28.426.355.322	27.069.531.684	95	27.069.531.684	95
2019	24.295.290.333	23.641.920.134	97	23.641.690.134	97

Fonte: CGOF.SES.SP (julho.2023)

Sendo que mais de 70 % das despesas desta Secretaria são custeadas com recursos do Tesouro, como podemos observar no quadro 16 abaixo.

Quadro 16 – Total das despesas por fonte de recurso do período de 2019 a 2022

FONTE DE RECURSO	2019		2020		2021		2022	
DEMAIS FONTES	317.908.911,38	1%	279.439.099,94	1%	277.144.653,15	1%	124.217.936,47	0%
FEDERAL	5.077.000.757,47	21%	6.334.573.669,48	23%	6.061.181.437,98	22%	5.561.498.469,97	19%
TESOURO	18.246.780.465,57	77%	20.455.518.914,74	76%	21.284.318.753,28	77%	24.305.687.300,96	81%
Total Geral	23.641.690.134,42		27.069.531.684,16		27.622.644.844,41		29.991.403.707,40	

Fonte: CGOF.SES.SP (julho.2023)

A despesa foi impactada para atendimento de ações de saúde diante da pandemia de Covid 19, que trouxe limitações na execução com algumas despesas como cirurgias eletivas, porém, aumento despesas que não estavam programadas, havendo acréscimos de despesa desde 2020, sendo sua maioria de Custeio com mais de 70% das despesas.

Quadro 17 – Total das despesas por grupo de despesa do período de 2019 a 2022

GRUPO DE DESPESA	2019		2020		2021		2022	
31 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	6.036.733.946,25	26%	6.314.397.483,27	23%	5.696.922.586,10	21%	6.193.338.647,69	21%
32 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	55.798.140,85	0%	33.900.979,07	0%	46.063.122,39	0%	59.449.943,81	0%
33 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	16.857.355.918,08	71%	19.814.284.160,99	73%	20.198.536.140,58	73%	22.709.605.881,69	76%
44 - INVESTIMENTOS	663.117.231,07	3%	833.108.951,53	3%	1.567.095.013,81	6%	908.230.945,49	3%
46 - AMORTIZAÇÃO DE DÍVIDA	28.684.898,17	0%	73.840.109,30	0%	114.027.981,53	0%	120.778.288,72	0%
Total Geral	23.641.690.134,42		27.069.531.684,16		27.622.644.844,41		29.991.403.707,40	

Fonte: CGOF.SES.SP (julho.2023)

Em relação aos repasses realizados diretamente aos fundos municipais, a maior fonte de financiamento foi o Tesouro conforme demonstrado nos quadros 18 e 19 abaixo.

Quadro 18 – Total de repasse fundo a fundo aos fundos municipais de fonte federal, do período de 2019 a 2022

FUNDO A FUNDO - FONTE FEDERAL			
Ano	Dotação	Empenhado	%Empenhado
2022	279.672.966	257.968.124	92%
2021	594.171.139	544.004.167	92%
2020	321.835.219	320.538.732	100%
2019	177.750.575	175.683.779	99%

Fonte: CGOF.SES.SP (julho.2023)

Quadro 19 – Total de repasse fundo a fundo aos fundos municipais de fonte do tesouro estatual, do período de 2019 a 2022

FUNDO A FUNDO - FONTE TESOUREIRO			
Ano	Dotação	Empenhado	%Empenhado
2022	2.613.438.301	2.606.320.747	100%
2021	793.429.568	793.409.568	100%
2020	860.791.323	858.030.590	100%
2019	115.123.966	115.016.260	100%

Fonte: CGOF.SES.SP (julho.2023)

Diante da nova proposta do governo de regionalização da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, para o atendimento dos 645, municípios paulistas focando na diminuição da desigualdade, para aumentar a eficiência dos gastos público, ampliando a oferta de serviços para reduzir as diversas filas, poderá influenciar no orçamento aumento o gasto para despesas, contudo, após a resolução desta Política Pública entendemos que haverá a diminuição de gastos com mutirões de saúde

Desta forma, o programa de regionalização da saúde pretende inovar ao criar espaço para o diálogo, entendimento e negociação entre as três esferas no espaço regional, e o papel desta coordenadoria é fundamental dando o suporte necessário, na busca da utilização do recurso orçamentário de acordo com o proposto no PPA e continuar crescendo na sua execução orçamentária dos recursos a nós disponibilizados

Para o próximo quadriênio conforme a propositura apresentada no Projeto de Lei 661/2023 da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2024 há a perspectiva de crescimento no orçamento desta Secretaria nas despesas de custeio na Fonte de Recursos Tesouro de 4,09%, conforme índice IPCA/IBGE, e 4,00% para demais anos, contudo, em razão da permanência de incertezas para a dinâmica da economia mundial, e suas repercussões para o quadro econômico nacional, as projeções poderão ser alteradas com o consequente realinhamento da programação.

O referido índice foi utilizado pela Secretaria da Fazenda e Planejamento quando da elaboração do Valor Referencial de Custeio (VRC 2024) atribuído para elaboração da Proposta Orçamentária Setorial 2024 em tramitação até 31/07/2023, sendo que a totalidade das despesas projetadas para 2024 serão conhecidas após este período

Inovação em Saúde Digital

Em 2020 foi publicado, pelo Ministério da Saúde, o documento “Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, 2020-2028”, que procurou sistematizar e consolidar o trabalho realizado ao longo da década anterior e, apresenta a perspectiva de ações voltadas para a área até 2028. Materializado em diversos documentos, em especial na Política Nacional de Informações em Informática em Saúde (PNIIS), estabelece a fundação conceitual para a Saúde Digital,

dentre elas, a sua relação com outras políticas públicas e de saúde, com o Plano Nacional de Saúde e iniciativas de Governo Digital.

O Programa de Inovação em Saúde Digital do Estado de São Paulo será desenvolvido em alinhamento com a estratégia nacional, com as diretrizes da Secretaria de Gestão e Governo Digital de São Paulo, bem como com o projeto de revisão de Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo, que será desenvolvido pela SES em parceria com a Organização Panamericana de Saúde, OPAS.

A fim de responder de forma efetiva às necessidades de atenção à Saúde da população, está em fase de discussão, a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde, prevendo a criação de área dedicada à governança do programa de Inovação em Saúde Digital, bem como dos relevantes temas relacionados a Tecnologia de Informação e Comunicação e as áreas estruturantes que permeiam os serviços de saúde no SUS.

O Programa de Inovação em Saúde Digital no Estado de São Paulo, está previsto neste PES, na Diretriz 8 - Desenvolver política Estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incluindo a saúde digital, no Objetivo 1 - Elaborar e implementar Política Estadual de Saúde Digital, alinhada à Política Nacional de Saúde Digital e, visa transformar o sistema de saúde do Estado de São Paulo em "Polo de Referência na utilização de Saúde Digital e Teles saúde". Esta importante estratégia elevará a rede estadual de saúde, a um novo patamar de acesso, resolutividade, gestão, sustentabilidade e satisfação do usuário, contribuindo para melhorar a efetividade e resolutividade da atenção primária consolidando-a como porta de entrada e como organizador do atendimento no sistema SUS. Um de seus principais propósitos, será fortalecer os atendimentos nas unidades de média e alta complexidade, aí inseridas as Unidades de tratamento intensivo, unidades prisionais e unidades especializadas considerados será um desafio, o qual que se pretende ultrapassar com o desenvolvimento e implantação do presente Programa, pode se tornar importante referência em nível nacional, pois, inovações bem-sucedidas geralmente possuem duas qualidades principais: são utilizáveis e desejáveis. (Frase para finalizar o texto – Deslocar para o final).

O desenho proposto não só gerará economicidade para o sistema de saúde, decorrente do impacto nas cadeias de insumos e recursos, mas, especialmente, deverá trazer melhorias para o cidadão, uma vez que a gestão do cuidado será redesenhada.

O Programa de Inovação em Saúde Digital, visa, por meio de iniciativas estruturantes e expandidas, implantar no Estado de São Paulo uma rede de teleatendimento que abrange as três esferas de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), um Centro Líder e um Centro de Comando de Inovação, liderado pela Secretaria de Estado da Saúde, com a capacitação de uma equipe núcleo, lotada na estrutura da SES, de tal forma que seja garantida a continuidade da gestão e acompanhamento de quaisquer iniciativas em inovação.

Através deste programa, deverão ser ofertadas: tele consultas, teleinterconsultas, operação remota de equipamentos, além de capacitação de pessoas, embasada em protocolos especializados, visando melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, atendendo às unidades da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) e garantindo o cuidado integrado e aprimorado à população paulista.

A capacitação de profissionais deverá viabilizar a criação de jornadas de iniciativas de Saúde Digital, oferta de atendimento remoto para equipes assistenciais de atenção primária à saúde, equipes assistenciais de UTIs (Unidades de Terapia Intensiva), UBSs (Unidades Básicas de Saúde), AMEs (Ambulatórios Médicos de Especialidades), e, UPs (Unidades Prisionais). Além da capacitação de equipes, que deve contemplar conceitos básicos de teles saúde, aplicabilidade do teleatendimento, gerenciamento de projetos de Saúde Digital e áreas de conhecimento, e da oferta de atendimentos remotos.

Para a população, além da ampliação de acesso, representará maior agilidade e acompanhamento mais próximo por parte dos profissionais, o que se traduz em resultados melhores, mais custo efetivos, garantido a segurança assistencial, e maior qualidade de vida para todos.

Ouvidoria Geral do SUS

A Ouvidoria Geral do SUS – SES/SP é um importante espaço de participação e controle social, fundamental para avaliação de serviços, programas e políticas públicas, além de subsidiar a tomada de decisão de gestores para melhoria do sistema de saúde.

De acordo com a Resolução SS 43 e 133, de 2022, a Ouvidoria Geral do SUS – SES/SP tem por finalidade promover o exercício da cidadania, registrando, recebendo, encaminhando e acompanhando denúncias, elogios, reclamações, solicitações, sugestões e informando os cidadãos sobre as questões relacionadas à prestação de serviço público de saúde.

Para tanto, é necessário trabalhar com a Rede de Ouvidorias do SUS – SES/SP de forma integral, isto é, gestão estadual e municipal.

As Ouvidorias do SUS seguem o princípio do SUS de descentralização, portanto, as Unidades de Saúde de gestão estadual têm sua Ouvidoria implantada. Desde 2013 estamos acompanhando a implementação das Ouvidorias nas Unidades de Saúde e a implantação do Sistema informatizado Ouvidor SES/SP.

O sistema é utilizado para registro e controle de documentos, gerenciamento, encaminhamento e respostas das manifestações, como descrito na Resolução SS 31/218, porém é necessário capacitar os Ouvidores e suas equipes para fazer o uso integral do sistema, registrando as manifestações protocoladas e não protocoladas.

Em 2022 mapeamos junto às Ouvidorias dos Departamentos Regionais de Saúde os municípios e identificamos que dos 645 municípios do Estado, somente 340 tem Ouvidorias do SUS. Continuamos trabalhando com a descentralização para implantar as Ouvidorias do SUS nos municípios. Desses 340 municípios com Ouvidorias do SUS as principais necessidades apontadas por eles, foi a necessidade de regulamentação e sistema informatizado. Estamos orientando na elaboração da legislação e negociando a disponibilização do Sistema Ouvidor SES/SP - SMS.

Inicialmente nas 340 Ouvidorias do SUS municipais, a proposta é implantar o Sistema Ouvidor SES/SP – SMS para organizar e padronizar os dados registrados pelos cidadãos e assim permitir que a Ouvidoria Geral do SUS -SES/SP efetivamente represente os cidadãos do estado de São Paulo apontando o que funciona e o que pode ser melhorado no sistema de saúde.

Controle social

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira consagrou os princípios da Reforma Sanitária entre eles, o da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa uma verdadeira reforma do Estado, incorporando novos atores sociais ao cenário da saúde, e garantindo a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social.

A partir do SUS foram criados órgãos colegiados nas diferentes esferas de governo: Esfera Federal: Conselho Nacional da Saúde; Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes do Ministério da Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais da Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais da Saúde;

Esfera Estadual: Conselho Estadual da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite, composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde; e Conselho dos Secretários Municipais da Saúde; Comissão Intergestores Regional, composta por representantes dos Departamentos Regionais da Saúde; e Secretarias Municipais da Saúde;

Esfera Municipal: Conselho Municipal da Saúde.

Os Conselhos da Saúde são definidos como órgãos permanentes e deliberativos com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Estadual de Saúde, estruturado e definido em lei específica, é o órgão pelo qual se efetiva a participação da comunidade na gestão do SUS, além de expressar a

participação da comunidade na área da saúde exerce também a função de controle social das atividades governamentais na área.

A legislação que ampara a participação da comunidade no SUS está ditada na Constituição Federal, Artigo 196; Leis Federal 8080 e 8142, ambas de 1990, Constituição Estadual, Artigo 221; Lei estadual 8356/93, alterada pela Lei 8983 de 13/12/94.

Em conformidade com as disposições estabelecidas na legislação vigente, o CES foi instituído como instância colegiada máxima, deliberativa e de natureza permanente e tem por finalidade deliberar sobre a política de saúde do estado, a direção estadual do SUS e assuntos a ele submetidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos seus conselheiros.

O Conselho Estadual da Saúde (CES), criado pela Lei 8.356, de 20.7.1993, conforme determina o artigo 221, da Constituição do Estado de São Paulo bem como o Código de Saúde estabelecido pela Lei Complementar nº 791/95.

Os Conselhos de Saúde, para além das ações previstas de contribuição e controle dos instrumentos de planejamento é um órgão político de negociações para a garantia de um SUS melhor e o advento da Pandemia do Covid 19 fez com que tivéssemos estratégias para garantir o exercício pleno da democracia. Foi necessário a reinvenção e outro aprendizado que era manter as reuniões e ações introduzindo a prática da tecnologia como: as vídeos conferências e as reuniões remotas.

Esse novo normal sugere diretrizes qualificadas para atender uma política de Estado cuja gestão e financiamento se dá de forma solidária nas três esferas de governo e o desafio permanente de incentivar a participação da Comunidade e a capacitação para o Controle Social na Gestão do SUS com metas específicas no PES 2024/2027.