

## **PROJETO DE LEI Nº 319, DE 2012**

**Mensagem A-nº 054/2012, do Senhor Governador do Estado**

**São Paulo, 14 de maio de 2012**

**Senhor Presidente**

Tenho a honra de encaminhar, por intermédio de Vossa Excelência, à elevada deliberação dessa nobre Assembleia, o incluso projeto de lei que autoriza o Poder Executivo a realizar operação de crédito com o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, e dá providências correlatas.

A medida decorre de estudos realizados no âmbito das Secretarias da Fazenda e da Saúde, e encontra-se delineada, em seus contornos gerais, nos ofícios que faço anexar, por cópia, à presente Mensagem, para conhecimento dessa ilustre Casa Legislativa.

Expostas, assim, as razões determinantes de minha iniciativa, e tendo em vista a natureza da matéria, venho solicitar que a apreciação da propositura se faça em caráter de urgência, nos termos do artigo 26 da Constituição do Estado.

Renovo a Vossa Excelência os meus protestos de elevada estima e consideração

Geraldo Alckmin  
**GOVERNADOR DO ESTADO**

A Sua Excelência o Senhor Deputado Barros Munhoz, Presidente da Assembleia Legislativa do Estado.

OFÍCIO Nº 48 /2012-GS-GCR

São Paulo, 27 de abril de 2012.

Ref.: Anteprojeto de Lei

Senhor Governador,

Submetemos à apreciação de Vossa Excelência a Exposição de Motivos bem como a Minuta do Anteprojeto de Lei, que autoriza o Poder Executivo realizar operação de crédito com o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID até o valor equivalente a US\$ 270.000.000,00 (duzentos e setenta milhões de dólares norte americanos), a ser aplicado na execução do Projeto “Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde”, a cargo da Secretaria Estadual da Saúde.

Assim sendo, visando a formalização das referida operação de crédito, faz-se necessária a autorização da Egrégia Assembléia Legislativa para que o Estado possa contrair a citada operação de crédito.

Aproveitamos a oportunidade para renovar sinceros votos de elevada estima e apreço.

Respeitosamente,

ANDREA SANDRO CALABI  
Secretário da Fazenda

A Sua Excelência o Senhor  
**GERALDO ALCKMIN**  
Governador do Estado de São Paulo  
São Paulo – SP

São Paulo, 26 de abril de 2012

**Ofício GS nº 2.119/2012**

Senhor Secretário,

Cumprimentando-o cordialmente, apresento anexo a exposição de motivos do Projeto “Fortalecimento da Gestão Estadual de Saúde” com a perspectiva de financiamento através do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID para encaminhamento de Projeto de lei à Assembleia Legislativa.

Saliento que o referido projeto foi apresentado ao Sr. Governador, Dr. Geraldo Alckmin, que ratificou a sua importância para o Estado de São Paulo.

**GIOVANNI GUIDO CERRI**  
Secretário de Estado da Saúde

Exmo. Sr.  
ANDREA SANDRO CALABI  
Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo  
Av. Rangel Pestana, 300 – São Paulo/SP  
CEP: 07017-911

Lei nº

, de de

de 2012

*Autoriza o Poder Executivo a realizar operação de crédito com o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, e dá providências correlatas.*

**O Governador do Estado de São Paulo:**

**Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:**

**Artigo 1º** - Fica o Poder Executivo autorizado a realizar operação de crédito junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, até o valor equivalente a US\$ 270.000.000,00 (duzentos e setenta milhões de dólares norte-americanos) a ser aplicado obrigatoriamente na execução do Projeto “Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde”, a cargo da Secretaria da Saúde.

**Parágrafo único** - As taxas de câmbio, os juros, os prazos, as comissões e os demais encargos serão os vigentes à época da contratação do respectivo empréstimo, admitidos pelo Banco Central do Brasil, para registro de operações da espécie, obedecidas as demais prescrições e normas.

**Artigo 2º** - A operação de crédito será garantida pela República Federativa do Brasil.

**§ 1º** - Para obter as garantias da União com vistas à contratação da operação de crédito externa de que trata esta lei, fica o Poder Executivo autorizado a prestar contragarantias ao Tesouro Nacional.

**§ 2º** - As contragarantias de que trata o § 1º deste artigo compreendem a cessão de:

**1** - os direitos e créditos relativos ou resultantes das cotas ou parcelas da participação do Estado na arrecadação da União, na forma do disposto no artigo 159, inciso I, alínea “a” e incisos II e III, da Constituição Federal;

**2** - a compensação da União ao Estado, pelos incentivos à exportação na forma do artigo 155, § 2º, inciso X, alínea “a”, da Constituição Federal;

**3** - receitas próprias do Estado a que se referem os artigos 155 e 157 da Constituição Federal, nos termos do § 4º do artigo 167, acrescentado pela Emenda Constitucional nº 3, de 17 de março de 1993.

**Artigo 3º** - Os recursos provenientes da operação de crédito serão consignados como receita no orçamento do Estado, ficando a Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional autorizada a adotar as providências que se façam necessárias.

**Artigo 4º** - Os orçamentos do Estado consignarão, anualmente, os recursos necessários ao atendimento das despesas relativas à amortização, juros e demais encargos decorrentes da operação de crédito autorizada por esta lei.

**Artigo 5º** - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Palácio dos Bandeirantes, aos        de**  
**de 2012.**

**Geraldo Alckmin**

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**  
**RELATÓRIO EM ATENDIMENTO A LEI Nº 9.790/07**

**1. Título do Projeto**

*FORTALECIMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE*

**2. Apresentação**

**2.1. A Saúde Pública no Estado de São Paulo – breve panorama**

**2.1.a. Caracterização geral do Estado**

O Estado de São Paulo é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado no sudeste brasileiro, possui apenas 3% do território nacional, mas conta com 41,3 milhões de habitantes (Censo 2010) que representam cerca de 22% da população do país, constituindo-se na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul.

Responsável por mais de 31% do PIB do país, São Paulo abriga o maior parque industrial e a maior produção econômica e figura entre os estados brasileiros com alto Índice de Desenvolvimento Humano, sendo superado apenas por Santa Catarina e pelo Distrito Federal, embora ainda mantenha grandes desigualdades sócio-econômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território.

Os dados populacionais revelados pelo Censo de 2010 demonstram um decréscimo da natalidade e um crescimento substancial da população acima de 60 anos, quando comparados com o ano de 1991. (Fonte: IBGE).

A população do Estado é distribuída por 645 municípios, dos quais a maioria constitui-se de pequenos municípios, sendo que a maior parte da população se concentra em apenas 75 municípios com mais de 100 mil habitantes.

As características da divisão político-territorial do Estado têm óbvias consequências para o setor saúde, ampliando muito a complexidade do sistema público de saúde, que acrescido ao envelhecimento da população com a modificação dos padrões de morbi-mortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas), trazem novos desafios para o setor, com o aumento de custo da assistência, bem como a necessidade de desenvolvimento de novas metodologias para abordar as questões de saúde mental, do

atendimento geriátrico, entre outras, que necessitam redes de serviços de saúde preparados tecnicamente para atenderem com eficiência e qualidade.

### 2.1.b. Características gerais da mortalidade no Estado de São Paulo

No ano de 2009, as doenças do aparelho circulatório mantiveram-se como a primeira causa de mortalidade entre os paulistas, sendo responsáveis por cerca de 30% dos óbitos, seguidas pelas neoplasias com 18% dos óbitos no Estado. As causas externas (lesões e violências) se reduziram no último decênio, passando a representar 10% dos óbitos em 2009, caindo da terceira para a quarta posição entre os principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID – 10, sendo superadas pelas doenças do aparelho respiratório com 12% dos óbitos (Tabela 1).

**Tabela 1: Óbitos e Coeficiente de Mortalidade (óbitos/100 mil hab) por Sexo no Estado de São Paulo – 2009.**

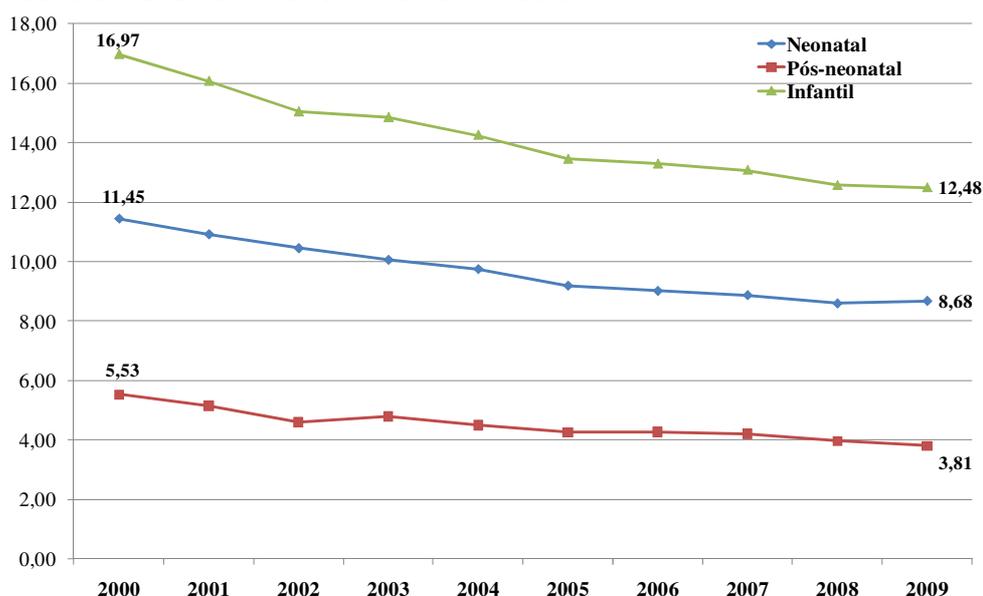
Causa(Cap CID10)	Masculino			Feminino			Total		
	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef	Óbitos	%	Coef
IX. Doenças do aparelho circulatório	39.584	27,6	196,5	35.862	32,1	168,8	75.447	29,6	182,3
II. Neoplasias (tumores)	24.275	16,9	120,5	20.380	18,2	96,0	44.655	17,5	107,9
X. Doenças do aparelho respiratório	15.582	10,9	77,3	14.207	12,7	66,9	29.790	11,7	72,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	20.191	14,1	100,2	5.276	4,7	24,8	25.486	10,0	61,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9.508	6,6	47,2	6.904	6,2	32,5	16.420	6,4	39,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	9.913	6,9	49,2	5.619	5,0	26,5	15.533	6,1	37,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5.569	3,9	27,6	6.461	5,8	30,4	12.030	4,7	29,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.138	4,3	30,5	4.327	3,9	20,4	10.466	4,1	25,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.378	2,4	16,8	3.924	3,5	18,5	7.302	2,9	17,6
VI. Doenças do sistema nervoso	3.003	2,1	14,9	3.243	2,9	15,3	6.247	2,4	15,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.379	1,7	11,8	1.845	1,6	8,7	4.226	1,7	10,2
Todos os demais	3.901	2,7	19,4	3.787	3,4	17,8	7.695	3,0	18,6
Total	143.421	100,0	711,9	111.835	100,0	526,6	255.297	100,0	616,9

Fonte: Fundação SEADE – SES/SP.

Cabe observar que enquanto as doenças do aparelho circulatório também têm se reduzido proporcionalmente como causa de mortalidade, a mortalidade proporcional por neoplasias dobrou de 1970 (quando eram 9% das causas de óbito) até 2009, atingindo 18% dos óbitos neste último ano. Por outro lado, apesar da forte queda de violências do Estado de São Paulo, em especial dos homicídios (cerca de 70% de redução entre 1999 e 2009), os valores de mortes violentas (agora com predomínio de acidentes de trânsito), ainda são bem maiores que os encontrados em nações desenvolvidas, salientando a importância para Sistema Único de Saúde – SUS no desenvolvimento de rede de atendimento de urgências e emergências em todas as regiões do Estado.

A Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos) apresenta redução contínua no Estado desde 1975 e em 2009 atingiu o valor de 12,48 com predominância da mortalidade neonatal (Figura 1). Além disso, se tomado desde 1990, ano-base de comparação dos avanços dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo supera 60%, mas mesmo assim ainda é superior aos valores de países desenvolvidos, geralmente menores que 10 óbitos por mil nascidos vivos. Com relação ao tipo de causa dos óbitos em menores de um ano no Estado, em 2009 as doenças perinatais (57%) e congênicas (22%) tornam-se as principais causas de mortalidade infantil acentuando-se a redução nas doenças infecciosas como causas de óbito (5%).

**Figura 1 – Taxa de Mortalidade Infantil, Pós-neonatal e Neonatal do Estado de São Paulo – 2000 – 2009.**



Fonte: Fundação SEADE – SES/SP

Estas características da mortalidade infantil em São Paulo exigem para sua redução, a estruturação de uma rede de maternidades, berçários e UTIs pediátricas e neonatais com variados níveis de complexidade e com qualidade de atendimento, o que além de exigir pessoal tecnicamente habilitado, faz uso de moderna tecnologia, o que a torna mais custosa.

A taxa de mortalidade materna (TMM) no Estado de São Paulo sofreu decréscimo importante (64%) nas décadas de sessenta e setenta, passando de 152 óbitos/100 mil nascidos vivos (NV) em 1960 para aproximadamente 55/100 mil em 1980. Nas duas décadas seguintes, no entanto, a velocidade e

a magnitude do declínio (25%) foram bem menores, embora a redução da mortalidade materna tenha se mantido dentre as prioridades da política estadual de saúde em São Paulo. Este fato decorre, em parte, da melhoria da informação, em virtude da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil desde o início da década de oitenta, e pela correção da causa básica no banco de mortalidade, quando se identifica uma morte materna não declarada no atestado de óbito. Em 2008, a TMM foi aproximadamente 40/100 mil NV e elevou-se para 53/100mil no ano seguinte, em decorrência da pandemia de Influenza A H1N1. Sabe-se que reduções nestes níveis de mortalidade requerem um substantivo ganho de qualidade especialmente no âmbito da assistência hospitalar.

Várias ações estão em curso desde 2007 visando à melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Elas incluem a elaboração e divulgação de documentos técnicos para apoiar os Departamentos Regionais de Saúde e municípios na implantação da linha de cuidado da gestante e puérpera nas redes regionais de atenção, a capacitação e certificação de médicos e enfermeiras obstetras para a assistência ao parto e às emergências obstétricas. Persiste, no entanto, um limitante estrutural para a melhoria da assistência obstétrica hospitalar na maioria das regiões do interior do estado: a pulverização dos partos em pequenos hospitais. A pequena escala assistencial é antieconômica, impede a remuneração de plantões médicos presenciais e não atrai recursos humanos qualificados e é insuficiente para agregar experiência profissional àqueles que por lá passam. É preciso ampliar a capacidade instalada de hospitais/maternidades com vocação para a atenção regional, qualificando-os para a boa prática obstétrica, a fim de estimular a clientela a preferi-los frente aos locais. A qualificação da assistência ao parto e ao recém-nascido requer o estabelecimento de maternidades estratégicas que, em cada região, se responsabilizem pela atenção às parturientes de baixo/médio risco, de forma a reduzir progressivamente a ocorrência de nascimentos pulverizados em 200 pequenos hospitais.

A demanda assistencial das unidades de abrangência regional deve corresponder a um mínimo de 90 partos/mês para não se tornar insolvente e poder fixar profissionais qualificados.

### **2.1.c. Características gerais das internações do Sistema Único de Saúde – SUS/SP**

Os serviços de saúde do SUS/SP realizaram 2,5 milhões de internações em 2011. Excetuando as internações relativas ao parto que constituem a primeira causa de internação, nota-se predomínio das doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e lesões e violências

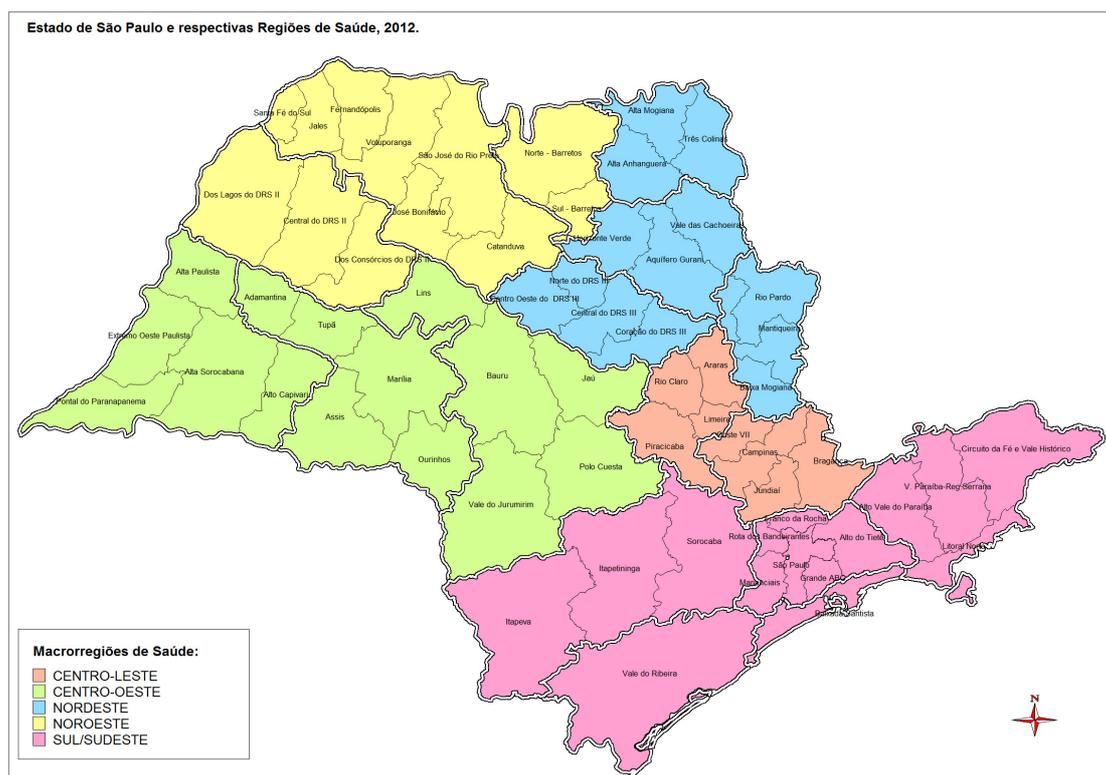
As internações mais especializadas e custosas do SUS/SP são realizadas em serviços hospitalares regionais de referência, uma vez que a maior parte dos pequenos municípios, não possui recursos hospitalares (mais de 260 municípios não possuem leitos hospitalares no Estado), apontando a necessidade de integrar a assistência básica municipal com a rede hospitalar do sistema, garantindo assim, acesso da população aos recursos de maior complexidade, em todas as regiões do Estado.

### **2.1.d. Perfil Assistencial do Estado de São Paulo**

#### **2.1.d.1. Divisão Regional da Saúde**

Apresenta-se na Figura 2 a atual divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, em 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS, reunidos em 05 macrorregiões e divididos em 63 Regiões de Saúde. Os DRS apresentam grandes diferenças populacionais, com concentração nas regiões da Grande São Paulo - DRS 1 – cerca de 48% da população do Estado e na região de Campinas, com cerca de 10% da população,

**Figura 2 – Estado de São Paulo segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde**



### 2.1.d.2. Capacidade instalada no SUS/SP

O Estado de São Paulo possui a maior capacidade instalada vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS no país, com 4,5 mil Unidades Básicas de Saúde, 582 hospitais e 1,5 mil ambulatórios de especialidade distribuídos pelo estado (Tabela 5).

Do total de hospitais do SUS/SP, retirados os hospitais psiquiátricos e aqueles destinados aos pacientes crônicos, temos 485 hospitais gerais e especializados (cerca de 63 mil leitos), dos quais 161 são pequenos hospitais (com menos de 50 leitos) com cerca de 5,3 mil leitos. O pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária e de difícil sustentabilidade econômica, o que é confirmado pelas baixas taxas de ocupação verificadas (cerca de 35%) para estas unidades, com média de permanência de 3,2 dias. Por estas razões, este tipo de unidade hospitalar precisa ser redesenhada para atendimento de outras necessidades de saúde locais, como por exemplo hospital dia de saúde mental ou para idosos.

Com relação aos leitos psiquiátricos existentes na rede SUS, estes caíram de 39 mil em 1980 para 13,5 mil em 2010. Esta grande redução foi devido à queda das internações em saúde mental, parte do modelo de

“desospitalização” adotado pelo SUS nacional e paulista. Esta redução foi acompanhada da ampliação da rede ambulatorial de saúde mental, porém ainda de forma insuficiente para o atendimento de todas as necessidades da população, principalmente relacionadas ao grande desafio atual do Sistema de Saúde, que vem a ser o acolhimento e tratamento ao crescente número de dependentes químicos – álcool e drogas, com que nos deparamos em nossa sociedade nos dias de hoje.

Por outro lado, o Estado conta com grandes hospitais universitários, que são referência especializada para várias regiões do Estado, do Brasil e de países da América Latina. Atualmente o Estado de São Paulo possui 43 Hospitais de Ensino - HE certificados e contratualizados pelo SUS/SP, do total de 174 HE brasileiros certificados.

De forma geral, notam-se ineficiências na utilização de equipamentos hospitalares, como por exemplo, as salas cirúrgicas, que tornam-se ociosas em determinados períodos, por questões de falhas na organização e administração interna das unidades (falta de leitos de UTI, de profissionais específicos, como os anestesistas, da preferência dos profissionais por realizar atos cirúrgicos em determinados períodos, entre outras), que ocasionam demanda reprimida.

Existem também problemas organizacionais que prejudicam a cobertura da rede, como a falta de integração entre os serviços hospitalares e os demais níveis assistenciais – especialmente atenção básica, com fragmentação dos cuidados assistenciais, dificuldades no acompanhamento dos casos crônicos, incapacidade de atuação adequada por falta de padronização, linhas de cuidados e protocolos de atendimento, que se implantados, poderiam reduzir internações desnecessárias e ampliar as vagas para os casos de urgência e emergência, bem como os casos cirúrgicos e a ausência de um Sistema de Regulação Regional eficiente.

Nota-se que a distribuição das unidades do SUS/SP é desigual, pois sua constituição seguiu os eixos do desenvolvimento econômico estadual, privilegiando certas regiões, mas de forma geral, a rede hospitalar do SUS atualmente existente é suficiente para o atendimento às demandas existentes, desde que sejam superadas as questões internas (como as já

citadas) e as externas, com a melhor organização do sistema e sua regulação efetiva, que facilitem o acesso da população.

Contudo podem ainda persistir dificuldades de acesso a assistência hospitalar de média e alta complexidade específicas em algumas regiões do estado que necessitam ser melhor equacionadas, com investimentos específicos.

### **2.1.d.3. Atenção Básica em Saúde – ABS**

A ABS no SUS é a porta de entrada preferencial do sistema. A boa qualidade dos atendimentos e a capacidade resolutiva deste nível de atenção são fundamentais para efetivar a integralidade em saúde, seja diretamente por meio de suas ações, que podem resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população ou pela adequada integração com os demais serviços de saúde de média e alta complexidade de referência do SUS.

No que se refere à ABS, o Programa de Saúde da Família foi iniciado no Estado por volta do ano de 1996, está totalmente sob gestão municipal e atualmente existe cobertura de 28% da população paulista. Há que se salientar que, antes do PSF, o Estado de São Paulo já possuía uma grande rede de unidades básicas de saúde convencionais, e, portanto, muitos municípios mantiveram as duas modalidades de oferta de atenção básica. .

O Estado de São Paulo possui mais de 4,5 mil unidades básicas. Se todas seguissem um padrão e pudessem cobrir em média cerca de 30 mil habitantes, a quantidade existente seria suficiente no Estado. Em projeto de avaliação dos serviços de atenção básica no Estado de São Paulo, de 2.740 unidades básicas que foram avaliadas 47% relatavam não possuir salas em número adequado para atendimento, 44% não possuíam acesso à internet, 40% não possuía banheiros adequados e 37% relatavam não possuir sala de vacina. Esse perfil aponta a necessidade de investimento para readequação das plantas físicas nas UBS existentes.

Além disso, existem diversos problemas assistenciais e estruturais verificados na atenção básica no Estado de São Paulo, que certamente estão presentes em outros Estados da Federação como o atraso na detecção, diagnóstico precoce e início de tratamento de doenças (especialmente crônicas), para as quais existem conhecidas medidas de prevenção e

controle, com o conseqüente agravamento dos casos, perda de qualidade e duração de vida para os doentes e aumento de custo para o sistema.

A inexistência de mecanismos e padrões definidos de referência e contra-referência para a utilização dos recursos ambulatoriais de especialidades, prejudica os pacientes com encaminhamentos desnecessários e onerosos, e, aumentam também os custos para o sistema que deve arcar com o custo dos deslocamentos para outros municípios. Ocorrem muitas internações evitáveis, que não beneficiam os pacientes e podem em certos casos, até serem prejudiciais para sua saúde. Finalmente temos diversos problemas de gestão, como a convivência desarmônica entre os serviços que compõem a atenção básica (Unidades Básicas de Saúde – UBS, Programa de Saúde da Família – PSF, Pronto Atendimento – PA) .

O SUS/SP produz cerca de 144 milhões de consultas médicas, entre básicas e especializadas, durante um ano, com média de 3,5 consultas médicas/habitantes ano

Contudo, esta média não contempla as consultas realizadas pelo Sistema de Saúde Suplementar. Mesmo assim, também aqui se observam grandes diferenças regionais na assistência ambulatorial, que necessitam de avaliação regional para a possível correção de situações específicas, que possam ocasionar dificuldades de acesso da população.

#### **2.1.d.4. Atenção de média e alta complexidade no SUS/SP.**

O SUS do Estado de São Paulo possui a maior rede de serviços de alta complexidade do Brasil, fato que se reflete nas características de sua produção, que apresenta, proporcionalmente, mais procedimentos especializados que o restante do país.

Enquanto o Estado possui 22 % da população do Brasil, o SUS/SP realizou 29 % das internações de alta complexidade e 42 % das internações de transplantes no ano de 2009, em relação ao país como um todo.

No mesmo ano, na assistência ambulatorial, foram realizados no Estado, por exemplo, 46 % do total de procedimentos de alta complexidade ambulatorial, 32 % das ressonâncias magnéticas, 36 % das tomografias computadorizadas e 47 % das dispensações de medicamentos excepcionais do país.

Estão estabelecidas redes de alta complexidade de acordo com as normas definidas pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, além da heterogeneidade regional, persistem problemas na regulação destas redes e de outros serviços referenciais, alguns dos quais necessitam de investimentos (como as unidades de cuidados intensivos e de terapia intensiva neonatais, infantis e para adultos), bem como de integração dos recursos de maior complexidade com a rede de ABS, sem a qual ocorre prejuízo do acesso da população aos recursos de saúde de que necessita.

## **2.2. Síntese dos principais problemas a serem enfrentados pelo SUS/SP**

### **2.2.a. Atendimento de novos perfis epidemiológicos**

Tal como em outras regiões do mundo, existe necessidade do SUS/SP se organizar de modo a dar conta dos atuais perfis epidemiológicos, levando em conta a transição demográfica (envelhecimento) e desenvolvendo métodos sustentáveis (mais eficientes e eficazes) para o atendimento das condições crônicas de adoecimento da população, além de aperfeiçoar o atendimento das condições agudas, tendo como objetivo a melhoria da saúde da população, medida por indicadores objetivos.

### **2.2.b. Estabelecer novo modelo organizacional no sistema de saúde público**

A busca pela sustentabilidade do sistema, eficiência, eficácia, efetividade das ações e serviços de saúde e alcance de resultados, só poderá ter sucesso mediante a adoção de novo modelo organizacional que tenha como objetivo a melhoria das condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população.

A implantação das redes de atenção à saúde, estruturadas por meio da organização de pontos de atenção à saúde (com integração entre a APS e os demais níveis do sistema) que garantam a assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabilizem pelos resultados sanitários relativos a esta população.

Em São Paulo, dadas as diferenças entre os portes populacionais dos municípios já apontadas, há uma escala insuficiente na área municipal para a organização de redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Por

isso, as redes terão que se organizar com auto-suficiência na média complexidade nas microrregiões e com auto-suficiência em alta complexidade nas macrorregiões.

Esta regionalização necessita organizar os serviços de saúde em uma escala adequada garantindo uma melhoria na eficiência e na qualidade, de forma a impactar positivamente ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos pólos estaduais, interiorizando recursos de maior densidade tecnológica, aumentando assim a satisfação dos usuários e reduzindo os custos sociais altíssimos (ainda que nunca contabilizados) impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas microrregiões.

Por último a organização da rede regional depende do estabelecimento de instrumentos que garantam a padronização e a qualidade das ações dos seus diferentes pontos, por meio do estabelecimento de protocolos ou guias de práticas clínicas e de linhas de cuidado entendidas como estratégia de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção em determinado território, visando a condução adequada das ações de saúde, voltadas às necessidades epidemiológicas prioritárias.

### **2.2.c. Atenção Básica em Saúde – ABS**

Qualquer proposta de regionalização somente terá sucesso a partir do fortalecimento e aperfeiçoamento da ABS municipal. Melhorar a gestão, a estrutura dos serviços, a qualidade e a resolubilidade das ações de APS e sua integração com os demais serviços de saúde, são pedras angulares para o estabelecimento de modelo organizacional efetivo para o aperfeiçoamento do SUS/SP, bem como para o atendimento das necessidades de saúde fundamentais da população do Estado.

### **2.2.d. Aperfeiçoar a capacidade de gestão da Secretaria de Estado da Saúde - SES**

A SES de São Paulo, diferentemente de outras unidades da federação, ainda desempenha forte função de prestação direta de serviços, na assistência ambulatorial especializada e na assistência hospitalar, possuindo uma extensa rede própria com 86 hospitais (administração direta, organizações sociais de saúde, autarquias e fundações e universitários), com

cerca de 18 mil leitos, que realizam aproximadamente 30% das internações do estado e com maior complexidade tecnológica.

Embora existam, no Estado, condições favoráveis para o bom desenvolvimento do SUS (disponibilidade razoável de recursos; infraestrutura suficiente e em boas condições; bom acesso a serviços; conhecimentos e tecnologias avançadas; indicadores socioeconômicos melhores do que a média nacional) constatam-se deficiências na área da gestão estadual e municipal, que dificultam o estabelecimento de redes eficientes para promover o crescimento harmônico e homogêneo do SUS/SP.

A SES/SP tem o papel e a responsabilidade de coordenar e induzir a organização de um novo sistema de atenção que priorize o atendimento às necessidades da população, coordenando a conformação das redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo.

Desde o início do SUS, tal como se verifica em todo o país, o gestor estadual de saúde tem enfrentado dificuldades para exercer seu novo papel na gestão do SUS/SP, sendo os principais problemas:

- **Insuficiência da capacidade estadual de acompanhar, apoiar e aperfeiçoar a ABS**, principalmente a partir da municipalização da gestão e da ABS. Embora tenham existido iniciativas recentes para reverter esta situação, com projetos como o Programa de Articuladores de Atenção Básica, que engloba cerca de 85 profissionais da Secretaria de Estado da Saúde, que se responsabilizam pelo acompanhamento de um grupo específico de municípios pequenos, para identificar problemas na rede de saúde, formular estratégias de superação, acompanhar, apoiar e fortalecer a capacidade da gestão municipal de saúde, programas de apoio financeiro à ABS municipal (Qualis Mais) e de avaliação da qualidade da ABS, persistem questões estruturais, de recursos humanos e de qualidade da atenção, que precisam ser enfrentadas pelo gestor estadual de saúde.

- **Deficiências no papel de coordenação e regulação do SUS** para alcançar melhores resultados sanitários para a população. Os atuais 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS da SES/SP carecem de pessoal tecnicamente preparado e de instrumentos (informatização, programas e rotinas de acompanhamento e regulação) suficientes para o exercício das funções de estruturar adequadamente as redes regionais de saúde. O

estabelecimento dos 64 Colegiados de Gestão Regional – CGR representou avanço para a discussão das questões assistenciais regionais, mas ainda persistem dificuldades para a consolidação de uma lógica de sistema de saúde onde os diferentes prestadores de serviços funcionem de forma articulada para gerar maior eficiência e eficácia nos serviços.

- **Dificuldades de integração dos serviços de saúde de referência regional** com a rede básica de saúde e demais serviços do SUS. Mesmo os serviços próprios estaduais (hospitais), inclusive os grandes hospitais universitários, carecem de integração efetiva com a rede SUS, que precisa ser efetivada por meio de mecanismos eficientes de regulação e acompanhamento, para que estes serviços atendam a demanda, conforme as necessidades e prioridades locais, regionais ou estaduais, ampliando o acesso da população.

Portanto, para a implantação de um Sistema Regional de Atenção a Saúde a Secretaria Estadual de Saúde, vêm aperfeiçoando e desenvolvendo um conjunto de ações essenciais, que pertencem ao papel do gestor estadual de saúde:

1. Definir as prioridades e diretrizes estaduais e explicitá-las no Plano e Agenda Estadual de Saúde;
2. Elaborar, em conjunto com os municípios, o Plano e as Agenda Regionais de Saúde;
3. Co-financiar o sistema, segundo critérios eqüitativos;
4. Estabelecer normas estaduais sobre as ações e serviços de saúde;
5. Controlar, auditar e avaliar as ações e serviços de saúde;
6. Articular a cooperação técnica às microrregiões e aos municípios;
7. Participar das Comissões Intergestores Bipartite;
8. Exercitar a gestão da atenção terciária (alta complexidade);
9. Organizar e operar as centrais de regulação, nos módulos macro e microrregionais;
10. Exercitar a avaliação tecnológica em saúde;
11. Articular a educação permanente a ser desenvolvida pelos pólos regionais

### **3. Objetivos Gerais**

O projeto tem como objetivo principal a melhoria da saúde da população, fortalecendo a capacidade de administração e de gestão das redes de atenção à saúde, consolidando o processo de regionalização no Estado de São Paulo e qualificando e garantindo o acesso ao Sistema de Saúde e a integralidade dos cuidados.

#### **4. Objetivos Específicos**

- Desenvolver a capacidade de Gestão dos gestores municipais, regionais e estadual de saúde.
- Elaborar diagnóstico da situação das condições de vida, de saúde e da capacidade instalada das regiões de saúde.
- Estruturar a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde.
- Estruturar as Redes de Atenção, com definição dos pontos de atenção à saúde de nível secundário e terciário, bem como de sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.
- Desenvolver tecnologias e instrumentos de gestão para as Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS.
- Estruturar os sistemas logísticos para melhoria da capacidade de gestão.
- Investir em recursos de saúde nas regiões de forma a ampliar o acesso universal e integral

#### **5. Localização**

A execução do Projeto atenderá todas as Regiões do Estado de São Paulo, reconhecendo a diversidade e especificidades de cada uma delas.

#### **6. Beneficiários**

- A população do Estado de São Paulo pela melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde.
- Secretarias de Saúde, Estadual e Municipais do Estado São Paulo, que poderão contar com recursos para estruturação e fortalecimento de sua capacidade gestora.

- Os serviços de saúde, públicos e conveniados/ contratados, que compõem o SUS/SP, pela organização e potencialização da oferta de serviços à uma população adstrita.
- Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde de São Paulo, que poderão contar com maior qualificação e organização do processo de trabalho.

## **7. Prazo de Execução**

A execução do projeto está prevista para o período de quatro anos, sendo seu início em 2012 com recursos do Tesouro do Estado e de 2013 à 2015, com recursos do BID.

## **8. Ações Previstas para Implementação do Projeto**

**O Projeto está estruturado em 3 componentes:**

**Componente A: Fortalecimento da Capacidade de Gestão dos Gestores do SUS – Estadual, Regional e Municipal.**

Sub-componente A.1: Diagnóstico, Estudos e Pesquisas

- Elaboração de estudos e análises estruturantes para a modelagem das Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS.
- Demarcação e diagnóstico da área de abrangência das RRAS.
- Avaliação das necessidades de saúde da população e de suas prioridades patológicas e de serviços de saúde.
- Avaliação do parque tecnológico instalado e avaliação de sua capacidade operacional em relação às demandas de saúde.
- Estruturação da “Sala de Situação” das RRAS e de outros instrumentos e ferramentas de informação que se fizerem necessárias para o desenvolvimento do processo de estruturação das RRAS.
- Divulgação e disseminação do conhecimento – publicações, seminários, workshops e outras estratégias.

Sub-componente A.2: Fortalecimento da Gestão Regional

- Realização de estudos para verificar as necessidades físicas, funcionais e de recursos humanos, estabelecendo plano de recuperação e desenvolvimento, para que os Departamentos Regionais de Saúde – DRS da SES/SP possam desempenhar seu papel na gestão estadual da saúde regional.
- Readequação das instalações físicas e equipamentos nos Departamento Regionais de Saúde, de acordo com as necessidades verificadas.

## **Componente B: Estruturação das Redes Regionais de Saúde**

Sub-componente B.1: Investimentos nas Redes de Atenção à Saúde

**Qualificação e ampliação da oferta de serviços de saúde, com prioridade para:**

- **B.1.1 Atenção Básica:**
  - Readequação das plantas físicas nas Unidades Básicas de Saúde existentes (modelo tradicional ou PSF).
  - Aquisição dos equipamentos médicos, mobiliário e de informática  
Para tanto será necessário estabelecer:
    - A estrutura física mínima aceitável para as unidades (plantas físicas) segundo critérios de número de equipes existentes, de população a ser atendida nos municípios (porte populacional abrangido pela unidade) e de modelo de atendimento (com inclusão de Pronto Atendimento e Saúde Bucal nas regiões e unidades que comportarem estas modalidades de atendimento).
    - Lista mínima de equipamentos de maior custo que deverão existir nas UBS, em função da planta física e modelo de atendimento.
  - **Aquisição de equipamentos para atendimento em saúde bucal:**
    - Implantação de módulos odontológicos ou consultórios individuais.
    - Aquisição de equipamentos permanentes para atendimento odontológico.
    - Aquisição de equipamento de RX odontológico.
  - **Unidades para atendimento à população idosa**
    - Implantação de Centros de Referência do Idoso

- Adequação de Unidades de Saúde já existentes para o atendimento ao Idoso
- **B.1.2 Atenção à Saúde Mental**
  - **Readequação de unidades ambulatoriais para implantação de:**
    - Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi),
    - Hospitais-Dia
    - Casas de Transição (unidades para atendimento de dependentes de drogas, constituindo-se em fase intermediária de tratamento) de acordo com o porte populacional e necessidades locais.
- **B.1.3 Adequação dos Serviços de Referência**
  - **B.1.3.a. Readequação ou adaptação de Unidades de Referência para atendimentos de Urgência e Emergência:**

Hospitais de Referência, que garantam o atendimento adequado e a manutenção das condições de saúde dos casos agudos.

Para tanto será necessário estabelecer:

    - Condições mínimas da estrutura física (planta), segundo porte populacional e necessidades locais (proximidade de áreas de riscos, rodovias, etc.).
    - Lista mínima de equipamentos.
  - **B.1.3.b. Atenção ao Parto e ao Recém-Nascido`**
    - **Elaboração de estudos para estabelecimento das unidades de referência** em cada região para a o atendimento aos partos segundo critérios quantitativos e qualitativos, que permitam atendimento adequado aos partos de baixo/médio ou alto risco.
    - **Investimentos nas unidades regionais selecionadas,** inclusive para a criação ou ampliação/readequação das unidades de terapia intensiva para as parturientes e para os neonatos, bem como de unidades de cuidados intermediários que se fizerem necessárias segundo os critérios populacionais e operacionais.

- **B.1.3.c. Atenção Especializada de Alta Complexidade:**
  - **Unidades de terapia intensiva ou de cuidados intensivos para adultos;**
  - **Situações regionais específicas**, nas quais sejam verificadas necessidades urgentes, segundo parâmetros técnicos e epidemiológicos, de investimentos em alta complexidade para garantir a integralidade da atenção, segundo as linhas de cuidados estabelecidas.

Sub-componente B.2: Desenvolvimento do Sistema Logístico de Apoio às Redes de Atenção à Saúde

- **B.2.1. Desenvolvimento de sistemas e tecnologias de informação para aperfeiçoar a gestão das RRAS:**
  - Elaboração de estudos para viabilizar o acesso adequado de todas as unidades de saúde dos municípios à rede informatizada, com levantamento de necessidades de equipamentos e programas.
  - Implantação de cartões de identificação dos usuários.
  - Elaboração e implantação dos prontuários únicos e prontuários eletrônicos.
  - Implantação de sistema de regulação de internações hospitalares eletivas, internações de urgência e emergência e de consultas e exames especializados.
  - Desenvolvimento e implantação de sistemas informatizados de marcação de consultas e de internações, com acesso de todas as unidades de saúde, de acordo com rotinas estabelecidas.
  - Desenvolvimento e implantação de sistemas informatizados de apoio à distância para decisões terapêuticas (telemedicina - exames analisados remotamente e os resultados acessados da mesma maneira)

### **Componente C: Qualificação e Formação Permanente dos Trabalhadores do SUS/SP**

- Implantação de processos de qualificação para utilização das linhas guias e protocolos clínicos produzidos, com ênfase no manejo de doenças crônicas.

- Implantação de processo de qualificação e certificação de médicos gerentes do cuidado em atenção primária, com o objetivo de constituir um perfil profissional especializado para a Atenção Primária, que será referência matricial e atuará na capacitação junto aos municípios e Estado.
- Formação técnica de recursos humanos necessários para a implantação dos serviços de média e alta complexidade.
- Qualificação das equipes técnicas dos Departamentos Regionais de Saúde.
- Curso de Mestrado Profissional com foco na Atenção Primária de Saúde e Planejamento e Gestão de Redes de Atenção à Saúde

OBS: Para a execução do projeto, não haverá a necessidade de desapropriação ou licenciamento ambiental.

## **9 – Benefícios e resultados esperados decorrentes do Projeto**

- Melhoria do planejamento e programação de ações e serviços de saúde (capacidade de identificar e avaliar os problemas de saúde, alocação de recursos);
- Acompanhamento e monitoramento de programas e políticas de saúde;
- Construção de sistemas integrados de saúde (horizontal e vertical) possibilitando uma atenção à saúde não fragmentada;
- Melhoria da qualidade dos serviços assistenciais (protocolos diagnóstico-terapêuticos com a lógica da Medicina Baseada em Evidência, humanização, redução procedimentos desnecessários, tempestividade do diagnóstico, continuidade assistencial);
- Ampliação da eficiência operacional (melhoria dos processos de aquisição de bens e serviços, critérios para investimentos baseados na análise custo-benefício, armazenamento, controle e distribuições de medicamentos, materiais e insumos);
- Ampliação do acesso aos serviços de saúde;
- Diminuição do tempo de espera para acesso a consultas, exames complementares e procedimentos cirúrgicos;
- Diminuição da taxa de mortalidade neonatal precoce;
- Diminuição da taxa de mortalidade materna.

## 10. Detalhamento financeiro da proposta

### 10.1. Componentes

- **Componente A:** Fortalecimento da Capacidade de Gestão dos Gestores do SUS – Estadual, Regional e Municipal. – **R\$ 33.850.000,0**
  - Sub-componente A.1: ***Diagnóstico, Estudos e Pesquisas*** – **R\$ 5.000.000,00**
  - Sub-componente A.2: ***Fortalecimento da Gestão Regional*** – **R\$ 28.850.000,00**
  
- **Componente B:** Estruturação das Redes Regionais de Saúde – **R\$ 668.533.706,00**
  - Sub-componente B.1: Qualificação e ampliação da oferta de Serviços de Saúde - R\$ 633.533.706,00***
    - B.1.1 Atenção Básica: R\$ 225.000.000,00
    - B.1.2 Saúde Mental: R\$ 16.445.000,00
    - B.1.3 Adequação dos Serviços de Referência: R\$ 392.088.000,00
  - Sub-componente B.2.: Desenvolvimento do Sistema Logístico de Apoio às Redes de Atenção à Saúde – R\$ 35.000.000,00***
  
- **Componente C:** *Qualificação e Formação Permanente dos Trabalhadores do SUS/SP* – **R\$ 8.000.000,00**
  
- **Total – R\$ 710.383.706,00 , equivalente á U\$ 378.709.727,00 (taxa de R\$ 1,8758 / U\$ 1,0**
  - Recursos do Tesouro do Estado = U\$ 108.709.000,00**
  - Recursos do BID = U\$ 270.000.000,00**

## 11. Execução do Projeto

O Mutuário será o Estado de São Paulo e a execução do Projeto ficará a cargo da Secretaria de Estado da Saúde.

## 12.Cronograma de execução

### Percentual de recursos aplicação / ano

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Tesouro do Estado</b>	10%	20%	40%	30%
<b>BID</b>	-	20%	40%	40%