



CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SOLUÇÕES LOCAIS VISANDO A
AMPLIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DE
FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS
REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Coordenação

Valeska C. Figueiredo

Centro de Estudos em Tabaco e Saúde – ENSP – Fiocruz

Marco Antonio de Moraes

Diretor Técnico da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Rio de Janeiro, outubro de 2019

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

CENTRO DE ESTUDOS EM TABACO E SAÚDE - ENSP – FIOCRUZ

Valeska Carvalho Figueiredo – (Coordenadora do projeto)

Ana Paula Natividade -

Silvana Rubano Turci

Marcelo Moreno

Hannah Nascimento

Caroline Cortes

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SÃO PAULO

Prof. Dr. Marco Antonio de Moraes (Coordenador do projeto)

Diretor Técnico da Divisão de Doenças e Agravos Não

Transmissíveis

Dra. Mírian Matsura Shirassu -Coordenação do Observatório de Promoção da Saúde:

Dra Africa Isabel de La Cruz Peres - Nutricionista – Doutora e Mestre em Saúde

Pública

EQUIPE CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE – CEDAPS

Katia Edmundo – Coordenadora do CEDAPS

Melissa Abla

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa dos 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS do Estado de São Paulo.....	24
Figura 2 - Etapas do Projeto Construção Compartilhada de Soluções Locais	29
Figura 3 - Distribuição dos informantes da Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (FORMSUS), 2018 segundo nível de escolaridade.....	35
Figura 4 - Proporção de municípios que relataram ter recebido capacitação sobre prevenção e monitoramento de DCNT (dados da Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018.....	43
Figura 5 - Proporção de municípios do Estado de São Paulo que promovem Ações de Promoção da Saúde segundo tema. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde dos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018	44
Figura 6 - Proporção de municípios dos DRS que receberam capacitação sobre prevenção e monitoramento de DCNT. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	45
Figura 7 - Proporção de municípios das GVE que receberam capacitação sobre prevenção e monitoramento de DCNT. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	45
Figura 8 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações de promoção da saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	46
Figura 9 - Proporção de municípios das GVE que desenvolvem ações de promoção da saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	47
Figura 10 - Total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo DRS do Estado de São Paulo, 2012-2017.	49
Figura 11 - Distribuição espacial do total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo DRS do Estado de São Paulo, 2012-2017.....	50

Figura 12 - Total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo GVE do Estado de São Paulo, 2012-2017.	51
Figura 13 - Distribuição espacial do total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo GVE do Estado de São Paulo, 2012-2017.	52
Figura 14 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a práticas corporais e atividade física. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	53
Figura 15 - Proporção de municípios das GVE que desenvolvem ações relacionadas a práticas corporais e atividade física. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018	53
Figura 16 - Proporção de Municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a Polos da Academia da Saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	55
Figura 17 - Proporção de Municípios das GVE que desenvolvem ações relacionadas a Polos da Academia da Saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	55
Figura 18 - Número de Polos de Academia da Saúde (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo DRS (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	56
Figura 19 - Número de Polos de Academia da Saúde (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo GVE (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	57
Figura 20 - Número de Polos da Academia da Saúde por 100.000 hab. Segundo DRS. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016	57
Figura 21 - Número de Polos da Academia da Saúde por 100.000 hab. Segundo GVE. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016	58
Figura 22 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a alimentação adequada e saudável. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	63
Figura 23 - Proporção de municípios das GVE que desenvolvem ações relacionadas a alimentação adequada e saudável. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018	63

Figura 24 - Percentual de Sobrepeso e Obesidade em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.....	67
Figura 25 - Percentual de Sobrepeso em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por DRS, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.	68
Figura 26 - Percentual de Obesidade em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por DRS, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.	68
Figura 27 - Percentual de Sobrepeso em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por GVE, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.	69
Figura 28 - Percentual de Obesidade em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por GVE, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015	69
Figura 29 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao Tabagismo (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018 ...	70
Figura 30 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a tratamento da dependência da Nicotina (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	71
Figura 31 - Proporção de municípios dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao Tabagismo (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018 ...	72
Figura 32 - Proporção de municípios dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a tratamento da dependência da Nicotina (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	72
Figura 33 - Número de Unidades de Tratamento da dependência da Nicotina (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo DRS (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	73
Figura 34 - Número de Unidades de Tratamento da dependência da Nicotina (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo GVE (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	74
Figura 35 - Número de Polos da Academia da Saúde com enfrentamento ao tabagismo por 100.000 hab. Segundo DRS. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016	75
Figura 36 - Número de Polos da Academia da Saúde com enfrentamento ao tabagismo por 100.000 hab. Segundo GVE. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016	75
Figura 37 - Correlação entre o percentual de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao tabagismo e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018 e Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016	76

Figura 38 - Correlação entre o percentual de municípios dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao tabagismo e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018 e Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016	77
Figura 39 - Proporção de municípios das DRS cujo gestor referiu desenvolver ações relacionadas a Prevenção e Redução do Consumo Excessivo de Álcool. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	80
Figura 40 - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações relacionadas a Prevenção e Redução do Consumo Excessivo de Álcool. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	81
Figura 41 - Número de Unidades de Tratamento da dependência ao Álcool (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo DRS. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	82
Figura 42 - Número de Unidades de Tratamento da dependência ao Álcool (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo GVE. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	83
Figura 43 - Proporção de municípios dos DRS cujo gestor referiu desenvolver ações de Cultura da Paz e Direitos Humanos. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	84
Figura 44 - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações de Cultura da Paz e Direitos Humanos. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018.....	84
Figura 45 - Proporção de municípios dos DRS cujo gestor referiu desenvolver ações de Mobilidade Segura (Acidentes e Violências). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	85
Figura 46 - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações de Mobilidade Segura (Acidentes e Violências). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	85
Figura 47 - Proporção de municípios dos DRS cujo gestor referiu desenvolver ações de Sustentabilidade. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	86
Figura 48 - - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações de Sustentabilidade. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	86
Figura 49 - Distribuição dos três maiores e menores percentuais de ações para prevenção e controle das DCNT, segundo DRS e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	87
Figura 50- Distribuição dos três maiores e menores percentuais de ações para prevenção e controle das DCNT, segundo GVE e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018	88

Figura 51 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	90
Figura 52 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	91
Figura 53 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	92
Figura 54 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	93
Figura 55 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	94
Figura 56 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	95
Figura 57- Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	96
Figura 58 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	97
Figura 59 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	99
Figura 60 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.	100

Figura 61- Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	101
Figura 62 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	102
Figura 63 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	103
Figura 64- Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.	104
Figura 65 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	105
Figura 66 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	106
Figura 67 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	107
Figura 68 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	108
Figura 69 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	109
Figura 70 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	110

Figura 71- Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	111
Figura 72 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	112
Figura 73 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	113
Figura 74 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	114
Figura 75 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	116
Figura 76 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	117
Figura 77 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	118
Figura 78 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	119
Figura 79 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	120
Figura 80 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	121

Figura 81 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	122
Figura 82 - Diferença percentual das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	123
Figura 83 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	125
Figura 84 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	126
Figura 85 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, ajustadas por idade*, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	127
Figura 86 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	128
Figura 87 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	129
Figura 88 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	130
Figura 89 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	131
Figura 90 - Diferença percentual das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	132

Figura 91 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.	134
Figura 92 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	135
Figura 93 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	136
Figura 94 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	137
Figura 95 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.	138
Figura 96 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	139
Figura 97 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	140
Figura 98 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	141
Figura 99 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	143
Figura 100 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	144

Figura 101 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	145
Figura 102 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	146
Figura 103 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	147
Figura 104 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.....	148
Figura 105 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.	149
Figura 106 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.....	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de municípios e populações de 2016 dos Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo.	31
Tabela 2 - Número de municípios e populações de 2015 e 2016 dos Grupos de Vigilância Epidemiológica de São Paulo.....	32
Tabela 3 - Relação de causas analisadas segundo o Código Internacional de Doença (CID-10).	36
Tabela 4 Número e percentual de municípios participantes e que desenvolvem projetos de Promoção da Saúde segundo Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018.	42
Tabela 5 - Número e percentual de Projetos cadastrados no Observatório de Promoção de Saúde (OPS-SP 2012-2017) e informados através da Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018.....	48
Tabela 6 - Informações sobre os Polos de Academia da Saúde, segundo avaliação dos Gestores em pesquisa da DVDCNT, por DRS. São Paulo, 2016	60
Tabela 7 - Informações sobre os Polos de Academia da Saúde, segundo avaliação dos Gestores, em pesquisa da DVDCNT por GVE. São Paulo, 2016	61
Tabela 8 - Número e percentual de Polos da Academia da Saúde, segundo enfrentamento ao tabaco e álcool segundo avaliação dos Gestores, em pesquisa da DVDCNT. São Paulo, 2016 (n = 145).....	62
Tabela 9 - Número e percentual de Municípios cadastrados no Fundo de Alimentação e Nutrição e na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil por DRS, Estado de São Paulo, 2016.	65
Tabela 10 - Número e percentual de Municípios cadastrados no Fundo de Alimentação e Nutrição e na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil por GVE, Estado de São Paulo, 2016.	66
Tabela 11 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, segundo DRS. São Paulo, 2016.....	78

Tabela 12 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, segundo GVE. São Paulo, 2016.....79

Índice

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	19
2.1	19	
1.1.1	<i>Doenças Crônicas Não Transmissíveis no mundo e no Brasil</i>	<i>19</i>
1.1.2	<i>Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de São Paulo.....</i>	<i>21</i>
1.2	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	23
1.2.1	<i>Descrição da organização do Sistema de Saúde Estadual.....</i>	<i>23</i>
1.2.2	<i>Descrição das ações de vigilância, articuladas com a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde</i>	<i>25</i>
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	OBJETIVO GERAL	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3	ETAPAS DO PROJETO	29
4	MÉTODOS.....	30
4.1	ETAPA 1 - PAINEL COMPARATIVO ENTRE DRS E GVE: ANÁLISE DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E MORBIMORTALIDADE POR AGRAVOS SELECIONADOS	30
4.1.1	<i>Descrição e mapeamento das ações e projetos de promoção da saúde e prevenção de DCNT desenvolvidos pelas DRS e GVE do Estado de SP.....</i>	<i>33</i>
4.1.2	<i>Análise do perfil de mortalidade por DCNT selecionadas.....</i>	<i>35</i>
4.1.3	<i>Análise do perfil de morbidade pelas principais DCNT a partir de dados da atenção básica e internações.....</i>	<i>37</i>
4.1.4	<i>Mapeamento das ações de promoção da saúde.....</i>	<i>37</i>
4.2	ETAPA 2 - PESQUISA QUALITATIVA COM ENTREVISTAS A GESTORES CHAVES	38
4.3	ETAPA 3 - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SOLUÇÕES LOCAIS VISANDO A AMPLIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	40
4.3.1	<i>Realização de Oficina de Transferência de Tecnologia.....</i>	<i>40</i>
4.3.2	<i>Realização de uma Oficina de Análise Participativa de Dados.....</i>	<i>40</i>
5	RESULTADOS	42

5.1 ETAPA 1 - PAINEL COMPARATIVO ENTRE DRS E GVE: ANÁLISE DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E MORBIMORTALIDADE POR AGRAVOS SELECIONADOS	42
5.1.1 <i>Descrição das ações e projetos de promoção da saúde e prevenção de DCNT desenvolvidos no Estado de SP</i>	42
5.1.2 <i>Análise do perfil de morbimortalidade por DCNT selecionadas</i>	89
5.2 ETAPA 2 - PESQUISA QUALITATIVA COM ENTREVISTAS A GESTORES CHAVES	151
5.2.1 <i>Referencial teórico</i>	151
5.2.2 <i>Dados gerais das entrevistas</i>	152
5.2.3 <i>Oportunidades e obstáculos: resultados da pesquisa</i>	152
5.2.4 <i>Considerações finais</i>	163
5.3 ETAPA 3 - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SOLUÇÕES LOCAIS VISANDO A AMPLIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO – RELATÓRIO TÉCNICO	165
5.3.1 <i>Apresentação</i>	165
5.3.2 <i>Sistematização dos Produtos gerados</i>	166
5.3.3 <i>Apresentação e Comentários sobre a matriz coletiva</i>	186
5.3.4 <i>Considerações Finais</i>	187
6 REFERÊNCIAS	188

APRESENTAÇÃO

O estudo *Construção compartilhada de soluções locais visando a ampliação da efetividade das políticas de prevenção de fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo* foi desenvolvido através de uma parceria entre a Divisão de Doenças Crônicas e Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES/SP e o Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab) da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O objetivo principal do estudo foi identificar oportunidades e obstáculos e propor estratégias custo-efetivas para a política de promoção da saúde no Estado de São Paulo a partir de metodologia participativa.

A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES/SP tem a responsabilidade de coordenar, supervisionar e controlar as ações de Vigilância Epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e realizar análises de situação de saúde desses agravos no Estado de São Paulo. Sob a coordenação do nível central, 17 Departamentos das Regiões de Saúde (DRS) são responsáveis por planejar e coordenar as ações de saúde e 27 Grupos de Vigilância Epidemiológica são responsáveis por articular ações de vigilância no nível local.

O Cetab-Ensp-Fiocruz foi inaugurado em 2013 e tem a missão de desenvolver e estimular atividades de vigilância, pesquisa, ensino e cooperação técnica visando dar subsídios a políticas de prevenção e controle do tabaco e outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. As pesquisas do CETAB têm como foco principal o diagnóstico situacional e a avaliação de impacto das políticas de promoção da saúde. Desde sua criação, o CETAB mantém parceria com a Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES/SP, seja nas atividades de ensino ou de pesquisa.

O estudo *Construção compartilhada de soluções locais visando a ampliação da efetividade das políticas de prevenção de fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo* foi desenvolvido em 3

etapas. A primeira consiste na análise de situação de saúde das DCNT segundo DRS e GVE. Na segunda etapa realizou-se uma pesquisa qualitativa através de entrevistas com gestores chaves. Na terceira etapa, com as informações geradas através das etapas anteriores, foi realizada uma oficina com os gestores com objetivo de identificar as principais oportunidades e obstáculos para condução das ações que visem ampliar a efetividade das Políticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Fatores de Risco de DCNT. As três etapas do estudo foram conduzidas entre 2017 e 2019.

Este documento foi organizado em 6 seções. A primeira consiste na Introdução no qual fez-se uma síntese da importância das DCNT como problema de saúde pública e de políticas de prevenção e controle de quatro principais fatores de risco – tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo elevado de bebidas alcoólicas – como estratégias mais custo-efetivas para redução da morbimortalidade por DCNT. Nesta seção apresenta-se uma breve descrição da organização do Sistema de Saúde do Estado de São Paulo. Na segunda seção da publicação, são elencados os objetivos geral e específicos do projeto. A terceira e quarta seções compreendem, respectivamente, a descrição das Etapas e dos Métodos deste estudo. A quinta seção consiste nos resultados de cada etapa do estudo e por fim são apresentadas as Referencias Bibliográficas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

1.1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis no mundo e no Brasil

Em tempos atuais de mundo globalizado e com o fenômeno da “Transição Epidemiológica”, devido às melhorias de condições sócio-econômico-culturais, as doenças infecciosas deixaram de ter principal importância na mortalidade da população geral e em especial na de baixa renda e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a dominar o quadro sanitário mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as DCNT foram responsáveis por 78% das mortes no mundo em 2019 (WHO, 2022). Aproximadamente 85% das mortes prematuras ocorrem em países com baixo e médio nível de desenvolvimento. As consequências humanas e sociais das DCNT são particularmente devastadoras para populações mais vulneráveis. A redução das DCNT é uma prioridade mundial (WHO, 2020).

No Brasil, em 2007, as DCNT foram a principal causa de mortes (75%), destacando-se as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (WHO, 2022). A mortalidade por DCNT ajustada por idade mostra um declínio de aproximadamente 20% no período de 1996 a 2007 devido a redução das doenças cardiovasculares (DCV) e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, no entanto os cânceres e diabetes apresentam tendência à estabilidade (SCHMIDT et al., 2011).

Em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2010). Embora a taxa de mortalidade possa vir a diminuir, o número de indivíduos idosos que irá recorrer ao sistema de saúde será consideravelmente maior, havendo necessidade do setor saúde se adaptar a essa nova demanda (IESS, 2013).

As DCNT consistem em uma epidemia que acomete países de alta, média e baixa renda numa velocidade ímpar, o que impele a respostas urgentes dos sistemas de saúde. Em toda parte, as doenças crônicas têm se tornado o padrão epidemiológico dominante e apresentam impactos múltiplos, em termos de limitação à qualidade de vida, à produtividade e à funcionalidade dos pacientes. Esses agravos impactam nos custos da

saúde, comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo. Por este caráter multifatorial e abrangente das DCNT não se deve apostar em medidas apenas concentradas no setor saúde (GOULART, 2011).

Desta forma a Política Nacional de Promoção da Saúde, 2014 assinala a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, em virtude da impossibilidade de que o setor Sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. BUSS (2000) assevera que “É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população”. Assim, a abordagem de promoção da saúde aponta para o desenvolvimento de políticas públicas e para a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa, e se propõe a provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde e enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2014a).

Para a OMS é fundamental o investimento em prevenção das doenças crônicas para evitar mortes prematuras. A maior parte das DCNT é atribuível a quatro comportamentos de risco que são também o foco de intervenção das ações de promoção da saúde: tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. As melhores apostas (“Best Buys”) para o controle das DCNT, e conseqüente diminuição da mortalidade, seriam de baixo custo e consistiriam basicamente em políticas públicas para controle desses fatores de risco. Aumento de impostos para cigarro e álcool e proibição de publicidade, bem com a regulação da indústria de alimentos para redução de sal e gorduras trans na dieta e também tratamento das doenças cardiovasculares e diabetes, prevenção do câncer através da vacinação contra hepatite B e rastreamento do câncer cervical são exemplos de políticas efetivas visando a prevenção e controle de DCNT (WHO, 2020).

O monitoramento da prevalência de exposição a fatores de DCNT é fundamental para o desenvolvimento de políticas de controle efetivas e consiste no sexto objetivo do *Plano de Ações Globais Para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020* da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013).

Alinhada ao plano global, no Ministério da Saúde, a política para o enfrentamento das DCNT encontra-se definida no documento *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022* cujo objetivo é “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.” O Plano compreende três eixos estratégicos, sendo estes: I - Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II - Promoção da Saúde; III - Cuidado Integral de DCNT (BRASIL, 2011).

Diante deste cenário, o monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de seus principais fatores de risco deve ser componente essencial do planejamento, implantação e avaliação de medidas para o seu controle e prevenção. Portanto, o setor saúde deve ter como meta o planejamento de estratégias de enfrentamento destas doenças, em consonância com os 3 eixos do plano nacional, ou seja, vigilância, promoção e cuidado.

1.1.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de São Paulo

1.1.2.1 *Análise das informações disponíveis sobre morbimortalidade por DCNT no Estado de São Paulo*

O estudo do perfil da mortalidade por DCNT no Estado de São Paulo, por meio dos dados provenientes do Sistema de Informações Sobre Mortalidade do DATASUS/Ministério da Saúde, mostra que este grupo de causas foi responsável por 68% do total de óbitos ocorridos no Estado em 2010, ocupando as DCV (21%) e as neoplasias (18%) o primeiro e segundo lugares entre as causas de morte na população do Estado, respectivamente (SÃO PAULO, 2014).

Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares destacam-se, uma vez que foram as principais causas de morte neste grupo. Esses dados também indicam que o sexo masculino deve merecer atenção especial nas políticas públicas, pois o risco de um indivíduo do sexo masculino residente no estado, morrer por uma doença isquêmica do coração é 1,8 vezes o risco de uma pessoa

do sexo feminino, e por doença cerebrovascular é 1,3. As taxas de mortalidade ajustadas por idade das doenças isquêmicas do coração para o triênio 2007-2009 mostraram grande variação entre as diferentes Regionais de Saúde, a Grande São Paulo apresentou taxa maior que 2,0 vezes a encontrada na região de Presidente Prudente para os homens e na região de Franca para as mulheres.

Em relação à morbidade hospitalar na rede SUS, em 2011, as internações por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias totalizaram 409.758 e os custos, R\$ 819.452.901,50, sendo responsáveis por 17,5% e 29,1% do total de internações e custos, respectivamente.

Esses achados fornecem subsídios que justificam a implantação, fomento e avaliação de programas e atividades com vistas ao controle e prevenção desses agravos. Ao mesmo tempo apontam a necessidade de mais estudos que possam elucidar a influência dos fatores de risco e estilos de vida nas diferentes regionais do Estado.

1.1.2.2 Análise das informações disponíveis sobre a exposição a fatores de risco de DCNT no Estado de São Paulo

Segundo dados do VIGITEL, no Município de São Paulo, a prevalência de tabagismo, inatividade física e consumo regular de frutas e hortaliças foi, respectivamente, de 19,3%, 13,3% e 23,2% em 2011. Quanto à tendência na prevalência no período de 2006-2011, observou-se a redução da inatividade física, porém tabagismo e consumo regular de frutas e hortaliças apresentaram estabilidade.

Comparando-se com as demais capitais do país, o Município de São Paulo apresentou a terceira prevalência mais elevada em tabagismo entre homens e a segunda entre mulheres. A capital encontra-se em quinto lugar em relação a consumo de FLV pelo menos cinco vezes por semana em ambos os gêneros. Porém está acima da mediana nacional para consumo de leite integral e refrigerantes. Adicionalmente, encontra-se entre as quatro a apresentar mais baixo percentual de atividade física em nível recomendado.

Até recentemente, o painel de exposição a fatores de risco de DCNT em São Paulo se restringia a capital. Com vistas a obter melhor descrição da prevalência de fatores de risco para DCNT no estado, a Divisão de DCNT ampliou o escopo do VIGITEL de modo

a obter estimativas para 3 domínios geográficos: capital, outros municípios da região metropolitana de SP (RMSP) e demais municípios do interior.

Essa expansão permitiu que se fizesse uma análise da prevalência dos principais fatores de risco de DCNT na população do Estado no período compreendido entre julho de 2012 e fevereiro de 2013, com a mesma metodologia do VIGITEL o que permite uma análise comparativa com as demais capitais do país. Os principais achados foram: prevalência do excesso de peso de 52,6%; o consumo de carnes com excesso de gorduras com 37,9%; o consumo abusivo de álcool com 15%, a inatividade física com 14,3% e o tabagismo com 13,5%.

Uma vez que a vigilância e controle de fatores de risco consistem em ação fundamental para o controle de DCNT, o VIGITEL assume um papel fundamental neste campo da Saúde Pública do país e do Estado de São Paulo. Trata-se de uma iniciativa custo-efetiva, que permite a comparação da situação de saúde quanto a fatores de risco do Estado de São Paulo em relação aos demais estados, identificação de subgrupos mais vulneráveis.

A expansão do VIGITEL para o interior do Estado, está permitindo uma melhor definição das diferenças regionais no Estado e melhor direcionamento das políticas de controle de DCNT visando torná-las mais efetivas. Porém, ainda se faz necessário ampliar o escopo do VIGITEL a fim de incorporar especificidades relativas aos fatores de risco de interesse, e as que possam enfrentar inovações das indústrias do tabaco e de comestíveis, tornando o sistema mais oportuno para ações locais de controle de fatores de risco de DCNT, nesse sentido estamos realizando o segundo Estudo VIGITEL/SP, que provavelmente estará pronto ainda em 2015.

1.2 Descrição Sumária da Organização do Sistema de Saúde do Estado de São Paulo

1.2.1 Descrição da organização do Sistema de Saúde Estadual

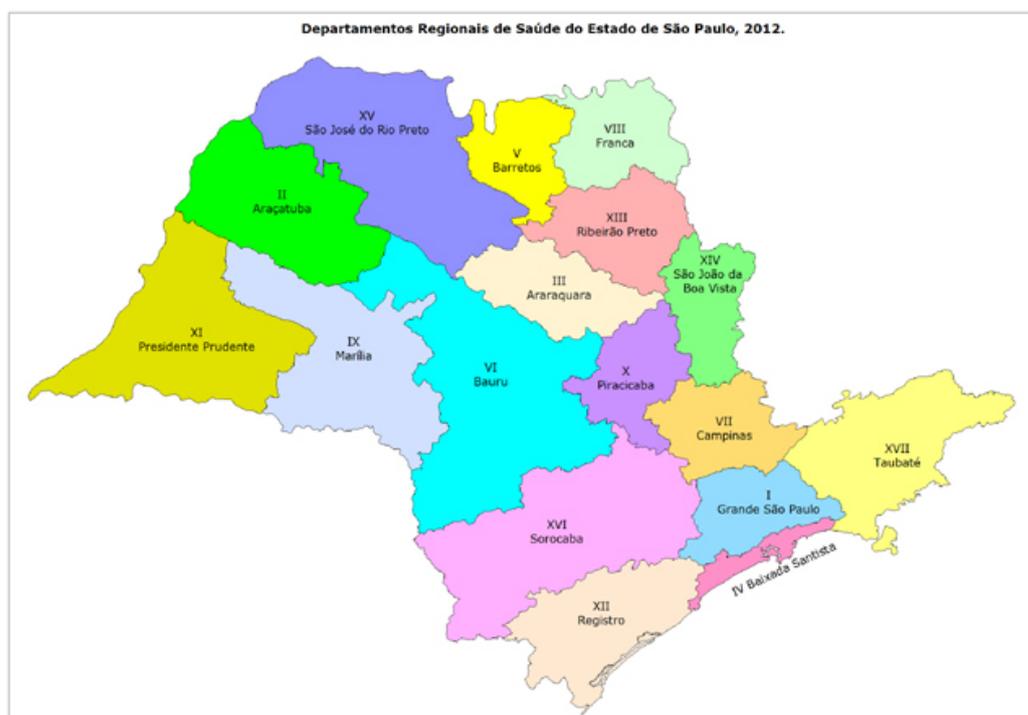
A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES – SP, responsável pela formulação da Política Estadual de Saúde e de suas diretrizes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, tem como propósitos promover a saúde priorizando

as ações preventivas, por meio da articulação das ações de planejamento desenvolvidas pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e através dos 27 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE).

A Coordenação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da SES/SP é de responsabilidade do Dr. Marco Antonio de Moraes Diretor Técnico de Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis DVDCNT/SES/SP – e-mail: dvdcnt@saude.sp.gov.br, telefone: 11 3066-8479). Esta Divisão conta com cinco médicos, quatro enfermeiros, dois nutricionistas um psicólogo, totalizando doze técnicos.

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se dá através dos 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS (Decreto DOE nº 51.433, de 28/12/2006), que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (ver mapa abaixo).

Figura 1 - Mapa dos 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS do Estado de São Paulo



O Estado de São Paulo concentra em seu território 21,6 % do total da população do país, possuindo atualmente 42.112.426 habitantes, sendo 20.059.835 homens e 22.059.835 mulheres, segundo a Fundação Estadual de Análise de Dados Estatísticos – SEADE, residentes em 645 municípios e de acordo com o porte destes varia de pequeno à metrópole, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

E em seus 645 municípios possui 4.333 Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde, num total de 58.481 estabelecimentos de saúde, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2012).

Em agosto de 2011 foi elaborado o Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo SES SP – COSEMS SP, com o objetivo de garantir a população o acesso a serviços de saúde com qualidade construindo assim a universalidade do sistema com integralidade da atenção. A rede foi assim constituída por 17 Regiões de Saúde.

O controle social e a participação da comunidade na definição de prioridades e necessidades, no acompanhamento e avaliação das ações executadas são garantidos a partir das instâncias Conselho Estadual de Saúde (CES), Colegiados de Gestão Regionais (CGR), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

1.2.2 Descrição das ações de vigilância, articuladas com a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde

A coordenação dos diversos programas encontra-se em diferentes Coordenadorias na estrutura da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (atenção básica, saúde da família, vigilância epidemiológica, entre outros). Desse modo, para coordenar as ações de promoção da saúde é preciso intensificar o trabalho intra-setorial. Por isso, torna-se necessário o envolvimento dos departamentos regionais de saúde, que têm como atribuição a coordenação das atividades da Secretaria da Saúde no âmbito regional e na promoção da articulação intersetorial, com os municípios, via colegiados regionais de gestão e com a sociedade civil. Além disso, a atuação da coordenação da atenção básica e da estratégia de saúde da família é fundamental para estabelecer redes de atendimento regionais, o que contribuirá para a redução das desigualdades no acesso ao atendimento.

É importante ressaltar que as ações aqui propostas fazem parte da Agenda de Compromisso pela Saúde encontrando-se pactuadas nas três esferas de gestão (Federal, Estadual e Municipal) por meio do *Pacto pela Vida e do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)* (BRASIL, 2012).

A paulatina consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente em se considerando o Pacto Pela Vida em Defesa do SUS, configura a instância municipal da gestão enquanto o espaço principal da execução das políticas públicas em saúde.

Neste contexto, a Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis elaborou proposta de Plano de Metas para o período 2012/2015, segundo Diretrizes do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil estabelecendo metas e indicadores do Plano, pactuadas via Coordenadoria de Controle de Doenças com as demais Coordenadorias da Secretaria da Saúde, segundo três dos grandes eixos: Eixo 1: Vigilância, Monitoramento e Avaliação, Eixo 2: Prevenção e Promoção da Saúde, Eixo 3: Cuidado Integral.

Este projeto insere-se nos Eixos 1 e 2 do Plano de Metas para o período 2012/2015 da Secretaria Estadual de Saúde de SP e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil descrito sumariamente a seguir.

Eixo 1: Vigilância, Monitoramento e Avaliação – este eixo compreende a análise da situação de saúde a qual “constitui-se em processos analíticos sintéticos que incluem diversos tipos de análises e permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e os problemas de saúde, assim como seus determinantes, sejam estes de competência do setor saúde ou de outros setores” (DUARTE, 2003). O objetivo último da vigilância, monitoramento e avaliação é prover com informações a SES São Paulo na contribuição para tomada de decisões visando prevenir e controlar as DCNT. As informações utilizadas no setor saúde podem ser obtidas por intermédio de (a) dados censitários; (b) dados dos serviços de saúde referentes à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares; (c) dados de morbidade e mortalidade entre os quais o VIGITEL representa um dos principais sistemas de informações.

Eixo 2: Prevenção e Promoção da Saúde – segundo Diretrizes do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), este eixo compreende a construção de estilos de vidas saudáveis para a população do Estado de São Paulo através de articulações com diversos setores para viabilizar as intervenções que provoquem impactos positivos na redução das DCNT e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade. As articulações, que podem redundar em parcerias, visam superar os fatores determinantes do processo saúde-doença e envolve diversos setores do governo, como educação, meio ambiente, segurança, direitos humanos, dentre outros. Além de envolver sociedade civil, empresas, organizações não governamentais, desde que estas parcerias não tenham nenhum conflito de interesse.

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a promoção da saúde é uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, e isto contribui na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (Brasil, 2010). Para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde são necessárias atuações no campo da atividade física perpassando por ações que incentivam a atividade física e práticas corporais, incentivo à construção de ciclovias e calçadas, atividades de lazer ao ar livre, aumento da oferta e redução nos preços de alimentos saudáveis, redução de sal, açúcar e gordura nos alimentos industrializados, redução da obesidade na infância e adolescência, redução do tabagismo e consumo de álcool, dentre outras. Este projeto prevê o fortalecimento de parcerias já estabelecidas para esta finalidade, bem como o estabelecimento de novas parcerias que possam incrementar a promoção da saúde e prevenção dos principais fatores de risco para as DCNT.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar oportunidades e obstáculos e propor estratégias custo-efetivas para a política de promoção da saúde no Estado de São Paulo a partir de metodologia participativa.

2.2 Objetivos específicos

1. Mapear as ações de saúde e políticas públicas de controle de DCNT nas regiões de saúde do Estado de SP.
2. Analisar e comparar a magnitude e perfil da morbidade e mortalidade por DCNT segundo subgrupos nas DRS e GVE do Estado de São Paulo
3. Correlacionar indicadores de morbidade e mortalidade por DCNT com as ações de saúde e políticas públicas de controle de DCNT desenvolvidas nas regiões de saúde do Estado de SP.
4. Realizar pesquisa qualitativa através de entrevistas com gestores a fim de identificar os principais pontos fortes/oportunidades e fragilidades para implantação de programas e políticas de promoção da saúde no Estado de São Paulo.
5. Promover a discussão sobre a análise da situação das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e sua relação com as ações de promoção da saúde desenvolvidas nas regiões de saúde do Estado de SP a fim de se levantar hipóteses que expliquem as diferenças observadas.
6. Levantar os principais pontos fortes/oportunidades e fragilidades para implantação de programas e políticas de promoção da saúde nas regionais de saúde do Estado de São Paulo junto aos gestores do Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde;
7. Realizar levantamento de ideias, sugestões, recomendações para desenvolvimento de “soluções locais” visando enfrentamento de fatores de risco de DCNT junto a

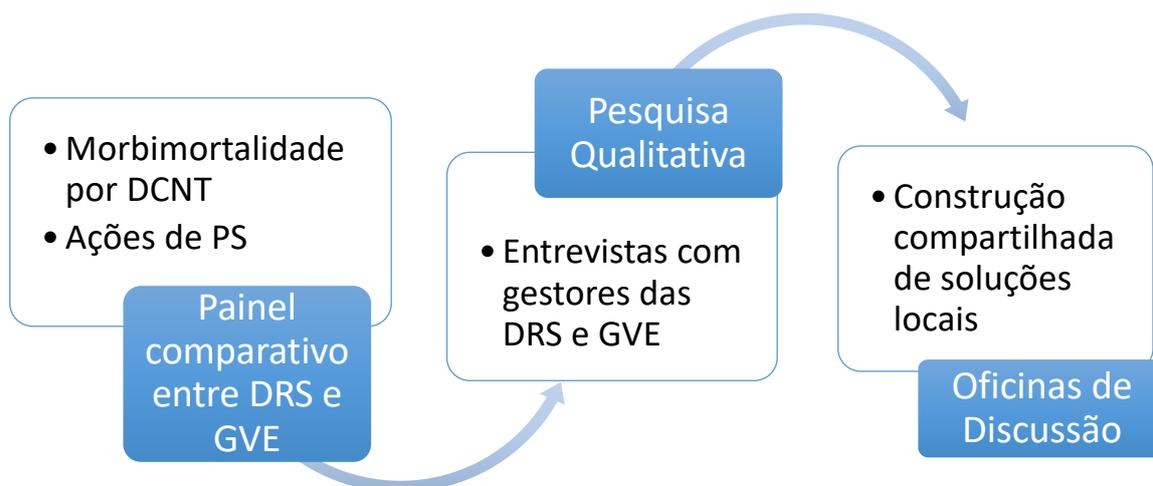
gestores da SES-SP através da metodologia de Construção Compartilhada de Soluções Locais;

8. Propor medidas e/ou estratégias gerais e orientadas ao nível local, de enfrentamento da epidemia de DCNT relativas aos fatores de risco e proteção e alinhadas com as diretrizes nacionais de controle de DCNT.

3 ETAPAS DO PROJETO

O projeto foi desenhado para ser realizado em três etapas. Na primeira, foi feita análise de situação de saúde das DCNT utilizando a metodologia descrita a seguir. No segundo momento foi realizada uma pesquisa qualitativa através de entrevistas com gestores chaves. Na terceira etapa, com as informações geradas através das etapas anteriores, foi realizada uma oficina com os gestores com objetivo de identificar as principais oportunidades e obstáculos para condução das ações que visem ampliar a efetividade das Políticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Fatores de Risco de DCNT.

Figura 2 - Etapas do Projeto **Construção Compartilhada de Soluções Locais**



4 MÉTODOS

4.1 ETAPA 1 - PAINEL COMPARATIVO ENTRE DRS E GVE: ANÁLISE DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E MORBIMORTALIDADE POR AGRAVOS SELECIONADOS

Nesta etapa pretendeu-se traçar um perfil e comparar as DRS e GVE quanto a:

- a) Número e características das ações e projetos de promoção da saúde e prevenção de DCNT desenvolvidos
- b) Morbimortalidade pelas principais DCNT evitáveis pelas ações implementadas.
- c) Indicadores da Atenção Básica voltados a promoção da saúde e prevenção de DCNT

Para a execução desta etapa, realizou-se inicialmente um levantamento dos municípios que compunham cada DRS e cada GVE e respectivas populações (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Número de municípios e populações de 2016 dos Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo.

	Nº de Municípios	População 2016
DRS I - Grande São Paulo	39	20.579.717
DRS II – Araçatuba	40	747.633
DRS III – Araraquara	24	965.555
DRS IV - Baixada Santista	9	1.765.431
DRS V – Barretos	18	419.758
DRS VI – Bauru	68	1.697.022
DRS VII - Campinas	42	4.369.741
DRS VIII - Franca	22	678.825
DRS IX – Marília	62	1.093.539
DRS X - Piracicaba	26	1.491.458
DRS XI - Presidente Prudente	45	740.674
DRS XII - Registro	15	275.627
DRS XIII - Ribeirão Preto	26	1.422.566
DRS XIV - São João da Boa Vista	20	796.316
DRS XV - São José do Rio Preto	102	1.535.140
DRS XVI - Sorocaba	48	2.375.727
DRS XVII - Taubaté	39	2.404.276
Total	645	43.359.005

Aos GVE cabe coordenar, supervisionar e controlar as ações de Vigilância Epidemiológica e analisar epidemiologicamente o comportamento das doenças sob Vigilância Epidemiológica, entre outros (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de municípios e populações de 2015 e 2016 dos Grupos de Vigilância Epidemiológica de São Paulo.

	Nº de Municípios	População 2016
CVE I - Capital	1	11.638.802
GVE VII – Santo André	7	2.639.684
GVE VIII – Mogi das Cruzes	11	2.582.442
GVE IX – Franco da Rocha	5	569.264
GVE X – Osasco	15	2.878.524
GVE XI – Araçatuba	40	747.633
GVE XII – Araraquara	24	965.555
GVE XIII – Assis	25	468.385
GVE XIV – Barretos	18	419.758
GVE XV – Bauru	38	1.113.594
GVE XVI – Botucatu	30	583.428
GVE XVII – Campinas	42	4.369.741
GVE XVIII – Franca	22	678.825
GVE XIX – Marília	37	625.154
GVE XX – Piracicaba	26	1.491.458
GVE XXI – Presidente Prudente	24	455.835
GVE XXII – Presidente Venceslau	21	290.327
GVE XXIII – Registro	15	275.627
GVE XXIV – Ribeirão Preto	26	1.398.597
GVE XXV – Santos	9	1.765.431
GVE XXVI – São João da Boa Vista	20	1.067.317
GVE XXVII – São José dos Campos	8	1.041.851
GVE XXVIII – Caraguatatuba	4	308.843
GVE XXIX – São José do Rio Preto	67	1.277.727
GVE XXX – Jales	35	275.894
GVE XXXI – Sorocaba	33	2.100.068
GVE XXXII – Itapeva	15	275.659
GVE XXXIII – Taubaté	27	1.053.582
Total	645	43.359.005

4.1.1 Descrição e mapeamento das ações e projetos de promoção da saúde e prevenção de DCNT desenvolvidos pelas DRS e GVE do Estado de SP

A fim de realizar o mapeamento das ações de promoção da saúde e prevenção de DNCT desenvolvidas pelas DRS e GVE levantou-se junto aos técnicos da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DVDCNT as possíveis fontes de informação. Em seguida, desenhou-se um questionário a ser aplicado aos gestores de cada município do Estado de São Paulo com perguntas sobre gestão e relação de projetos de promoção da saúde e prevenção de tabagismo, alimentação inadequada, atividade física insuficiente, consumo abusivo de álcool, cultura da paz e direitos humanos e sustentabilidade. As fontes usadas no levantamento das ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco identificadas e questionário específico aplicado encontram-se descritos a seguir.

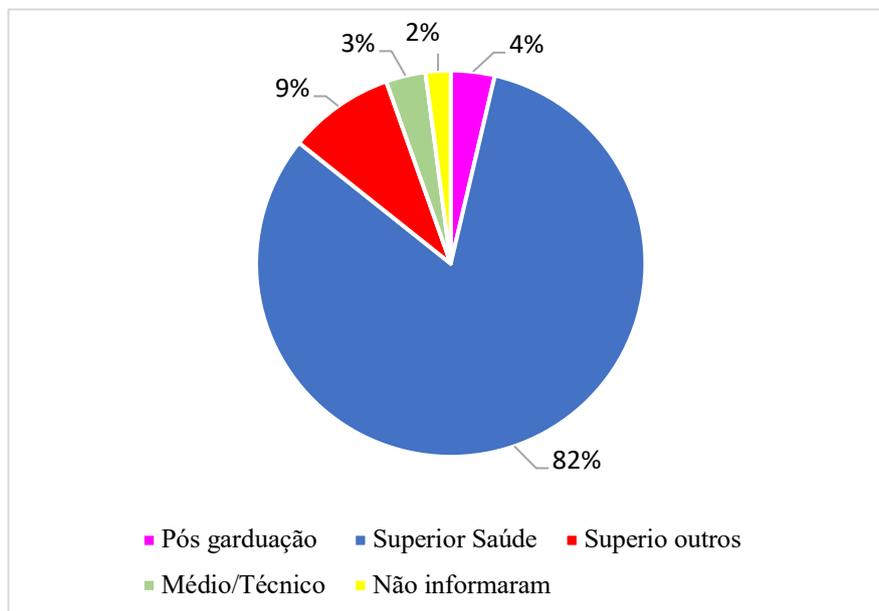
4.1.1.1 Fontes de dados

- a) Projetos cadastrados no site do Observatório de Promoção de Saúde do Estado de São Paulo (OPS-SP) até setembro de 2017. O **OPS-SP** foi criado pela Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica, órgão da Secretaria de Estado da Saúde, e tem como objetivo propiciar amplo acesso a informações e análises sobre o tema, destacando os projetos regionais e municipais, auxiliando a produção de estudos e pesquisas.
- b) Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (**Pesquisa gestores CETAB/SES-SP**), 2018. Um questionário desenhado especificamente para levantamento de informações sobre ações de promoção da saúde. Equipe do projeto junto aos técnicos da DVDCNT desenharam um questionário com perguntas sobre gestão, número e duração de projetos e ações sobre os principais enfoques da política de promoção da saúde e controle de fatores de risco de DCNT do Estado de São Paulo sendo estes: tabagismo, alimentação inadequada, atividade física insuficiente, consumo abusivo de álcool, bem como projetos de cultura da paz e direitos humanos e desenvolvimento sustentável. O questionário foi enviado a representantes dos 645 municípios de São Paulo.

- c) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS no qual levantou-se informações sobre Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)
- d) Levantamento da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DVDCNT sobre Polos de Academia da Saúde – Em 2016 a DVDCNT enviou aos gestores dos Polos de Academia da Saúde um questionário através do FORMSUS com perguntas sobre as características e cobertura desses Polos.
- e) Dados do Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) - Planilhas enviadas pela SES-SP, com informações sobre número e quais os municípios de São Paulo recebiam em 2016.
- **FAN** - Se destina aos municípios com população superior a **150 mil habitantes** e ao distrito Federal, e é transmitido diretamente ao fundo estadual ou municipal de saúde, em parcela única anual.
 - **EAAB** - Visa o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, aprimorando as competências e habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica.
- f) Sistema de Vigilância Epidemiológica (SISVAN) – Relatórios gerados pelo SISVAN Web, fornecendo dados sobre estado nutricional de adultos (20 a 59 anos) dos municípios de São Paulo e posteriormente agrupados e analisados por DRS e GVE.

Na figura abaixo observa-se a distribuição dos informantes da pesquisa segundo nível de escolaridade.

Figura 3 - Distribuição dos informantes da Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (FORMSUS), 2018 segundo nível de escolaridade.



4.1.2 Análise do perfil de mortalidade por DCNT selecionadas

Selecionou-se os óbitos segundo tipo de causa de morte, por sexo, com idade superior a 15 anos, por DRS/GVE do Estado de São Paulo. O critério para seleção de causas analisadas baseou-se na relação causal direta das mesmas com os principais fatores de risco de DCNT. Para cálculo das taxas de mortalidade foram utilizadas as médias trienais de óbitos para dois triênios com intervalo de 10 anos: 2003-2004-2005 e 2013-2014-2015. Objetivou-se assim, reduzir eventuais variações casuais existentes nos anos considerados, principalmente levando-se em consideração que o número de óbitos muitas vezes envolve pequeno número de eventos em algumas regiões.

As informações de mortalidade foram obtidas na base de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), sendo que para os anos anteriores a 2011 utilizou-se a base unificada de mortalidade Fundação SEADE/SES/SP, que reúne os dados das Declarações de Óbito obtidas junto aos cartórios de registro civil e os registros realizados pelos municípios no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM,

coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde. Já a partir de 2011 utilizamos a base municipal (Sistemas de Informações sobre Mortalidade SIM/CCD/SES/SP).

Para detalhamento das causas específicas de mortalidade foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10) (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação de causas analisadas segundo o Código Internacional de Doença (CID-10).

CID - 10	Causa de Morte
Neoplasia Maligna	
C16	Câncer de Estômago
C18-C21	Câncer de Intestino (colorretal)
C33-C34	Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões
Doenças Endócrinas	
E10- E14	Diabetes mellitus
Doenças do Aparelho Circulatório	
I60-I69	Doenças Cerebrovasculares (Incluindo AVE)
I20-I25	Doenças Isquêmicas do Coração (Incluindo IAM)
Doenças do Aparelho Respiratório	
J40-J44	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas

Quanto a População residente, tivemos como fonte dos dados até 2012 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a partir de 2013 a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

Todas as taxas apresentadas foram calculadas para 100.000 habitantes, sendo expostas as taxas brutas e padronizadas por idade e estratificadas por sexo. A população referência utilizada para o cálculo das taxas padronizadas dos triênios foi a população total do triênio no estado de São Paulo.

4.1.3 Análise do perfil de morbidade pelas principais DCNT a partir de dados da atenção básica e internações

A partir dos dados do e-SUS foram analisadas as informações das fichas do cidadão referentes as seguintes variáveis: ser fumante, fazer uso de álcool, ter Hipertensão Arterial Severa (HAS), ter tido Acidente Vascular Cerebral (AVC)/derrame, ter tido Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), ter doença cardíaca, ter câncer, quando disponível. Calculou-se a razão entre a frequência de registros de pessoas que estão com esses atributos em relação ao número de pessoas cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família por regional de saúde. Esses dados foram analisados em relação a sexo, faixa etária e escolaridade para cada região de saúde do Estado de São Paulo.

Analisou-se os seguintes indicadores do SIAB, estando este em curso ou para anos anteriores: atendimento por hipertensão arterial, atendimento por diabetes, AVC e IAM. Quanto à morbidade hospitalar do SUS, foi extraído da AIH ou e-SUS hospitalar número e percentual de internações por Doença Cardiovasculares (DCV) - Doenças cerebrovasculares e Doenças Isquêmicas do Coração, Diabetes, Câncer e doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Bronquite e enfisema). Calculou-se a razão entre a frequência de internações por essas causas em relação ao número de pessoas residentes nas regiões de saúde do Estado de São Paulo.

- **SIAB** → indicadores da atenção básica: número de atendimentos hipertensão arterial, diabetes, AVC e infarto
- **SIH** → número e percentual de internações por DCV, AVC, doença isquêmica do coração, câncer, diabetes e doenças respiratórias obstrutivas crônicas (Bronquite e enfisema)

4.1.4 Mapeamento das ações de promoção da saúde

Foram elaborados mapas temáticos mostrando a distribuição espacial das ações de promoção da saúde segundo DRS e GVE. Os dados referentes às ações de promoção da saúde foram obtidos das fontes mencionadas no item 4.1.3, acima. A base cartográfica foi obtida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.2 ETAPA 2 - PESQUISA QUALITATIVA COM ENTREVISTAS A GESTORES CHAVES

Conforme previsão do projeto, a partir de entrevistas semiestruturadas com gestores chaves das DRS e GVE do Estado de São Paulo (interlocutores da promoção da saúde) realizou-se pesquisa amparada no método qualitativo, o qual Minayo (2014, p. 57) apresenta que “além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação”. Ainda segundo a autora, este método tem como característica a empiria e sistematização do conhecimento até que se compreenda a lógica interna do grupo a ser estudado.

Para complementar a **pesquisa qualitativa**, optou-se pelo procedimento técnico de **análise de conteúdo** que, segundo Bardin (2016, p. 44), “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, podendo ser uma análise de significantes mas também de significados, sendo uma técnica sistemática de tratamento de dados que podem ser qualitativos (inferência) ou quantitativos (frequência).

O tipo de análise de conteúdo escolhido foi a **análise temática**, na qual se capta temas que determinam a relevância da mensagem, identificando valores, de referência e comportamentos implícitos na mensagem. A escolha se deu seguindo recomendação de Minayo (2014) que informa ser o mais apropriado para investigações qualitativas em saúde, complementando que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (p. 316).

A análise de conteúdo temática se divide operacionalmente em três etapas: pré – análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. Na pré análise, após leitura flutuante, realizou-se escolha dos documentos a serem submetidos à análise, que são:

1. As entrevistas realizadas;
2. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011 – 2022 (BRASIL, 2011b);
3. As Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias (BRASIL, 2013);
4. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014c);

Cabe pontuar que o universo dos documentos acima se constitui como o **corpus da análise**, que Bardin (2016, p. 126) denomina como “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

Parte-se do pressuposto de que as políticas de prevenção de fatores de risco de DCNT podem ampliar sua efetividade a partir de construção compartilhada de soluções locais propostas por gestores das políticas de promoção da saúde.

Esta etapa compreendeu as seguintes atividades:

1. Elaboração do roteiro de entrevista
2. Contratação de equipe de coleta de dados
3. Treinamento da equipe de coleta de dados
4. Contato e sensibilização dos gestores que serão entrevistados
5. Realização das entrevistas (Presencial e por telefone)
6. Transcrição e análise das entrevistas realizadas
7. Elaboração de relatório de pesquisa.

4.3 ETAPA 3 - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SOLUÇÕES LOCAIS VISANDO A AMPLIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Na terceira etapa do projeto foi utilizada a metodologia de Construção Compartilhada de Soluções Locais e os objetivos propostos foram alcançados a partir de atividades realizadas em duas etapas (01 Web conferência e 01 intensivo com 03 momentos).

Abaixo encontram-se listadas as etapas do projeto:

4.3.1 Realização de Oficina de Transferência de Tecnologia

A oficina consistiu na discussão entre os pesquisadores do CETAB e equipe da Divisão de Doenças Crônicas da SES-SP visando: i) qualificar “interlocutores de promoção da saúde” para fins de aplicação de etapas da metodologia Construção Compartilhada de Soluções Locais em seus processos rotineiros de trabalho; ii) levantar informações preliminares sobre o campo, seus desafios e recursos disponíveis; iii) coletar impressões e/ou revisar coletivamente roteiros para coleta de dados primários (Pesquisa CETAB/SES-SP / Entrevistas com gestores).

4.3.2 Realização de uma Oficina de Análise Participativa de Dados

O método para a realização deste levantamento foi o de Construção Compartilhada de Soluções Locais. A metodologia Construção Compartilhada de Soluções Locais, caracteriza-se por ser um conjunto de técnicas participativas para fins de diagnóstico, análise de dados e planejamento de ações visando à redução/eliminação de um determinado problema social identificado, bem como, para fins de facilitação de processos, fluxos e integração de programas.

A metodologia vem sendo aplicada no Brasil pela organização da sociedade civil CEDAPS - Centro de Promoção da Saúde por meios de Ciclos de trabalho visando à qualificação de associações comunitárias de base e profissionais de saúde e demais

setores sociais. A metodologia foi adaptada para fins de produção e análise de informações sobre processos e resultados da implementação de políticas e programas frente às DCNT no estado de SP, inserindo elementos participativos a análise de situação realizada, assim como ao conjunto de estratégias e ações a serem recomendadas para fins de melhoria nos resultados obtidos visando a melhor qualidade de vida e promoção da saúde de grupos populacionais afetados.

Etapas do processo:

1. Contratação de consultoria para aplicação da metodologia Construção Compartilhada de Soluções Locais junto aos gestores da SES-SP
2. Elaboração e impressão de documento com (a) Principais resultados da análise da situação epidemiológica de fatores de risco, morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com as ações de promoção da saúde desenvolvidas nas regiões de saúde do Estado de São Paulo, produto de projeto casado prévio, (b) principais resultados da pesquisa qualitativa mencionada na Meta 2

Realização de uma Oficina de Análise Participativa de Dados (levantados na etapa de campo), visando: i) apresentar dados obtidos por análises de fontes secundárias e primárias sistematizadas; ii) discutir aspectos críticos identificados via análise dos dados; iii) levantar percepções sobre causas e correlações existentes; iv) levantamento preliminar de ideias, sugestões, recomendações para desenvolvimento de “soluções locais”.

3. A partir dos dados analisados grupos de “coordenadores de atenção básica e demais gerentes regionais de vigilância” foram subdivididos em grupos, a princípio com os seguintes critérios: 1) conjunto de municípios com melhores resultados; 2) municípios com resultados médios/situações de média vulnerabilidade e 3) municípios com maiores desafios segundo conjunto de indicadores estudados.

5 RESULTADOS

5.1 ETAPA 1 - PAINEL COMPARATIVO ENTRE DRS E GVE: ANÁLISE DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E MORBIMORTALIDADE POR AGRAVOS SELECIONADOS

5.1.1 Descrição das ações e projetos de promoção da saúde e prevenção de DCNT desenvolvidos no Estado de SP

5.1.1.1 *Participação, capacitação e implementação de ações e projetos de Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo*

Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (Pesquisa com gestores CETAB/SES-SP), 2018.

Na pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (**Pesquisa com gestores CETAB/SES-SP**), todos os municípios do Estado foram contatados (N = 645) e desses 89,3% aceitaram participar. Entre os que participaram, em 303 municípios (52,4%) os gestores contatados referiram desenvolver projetos de Promoção da Saúde (Tabela 4) submetidos a financiamento e/ou cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde do Estado de São Paulo.

Tabela 4 Número e percentual de municípios participantes e que desenvolvem projetos de Promoção da Saúde segundo Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018.

Municípios que participaram da pesquisa	N	%
Sim	576	89,3
Tem projeto de promoção da saúde	303	52,6*
Não tem projeto de promoção da saúde	242	42,0*
Não	69	10,7
Total	645	100

* Proporção entre os que participaram

Entre os municípios participantes, 56% dos gestores referiram ter recebido capacitação do nível central para desenvolver ações de promoção da saúde ou prevenção

de DCNT (Figura 4). Entre as Ações de Promoção da Saúde desenvolvidas, a maior parte realizou ações relacionadas a Prática Corporal e Atividade Física, seguido de Alimentação Saudável. Prevenção de Abuso de Álcool e Tabagismo vieram a seguir. Prevenção de Acidentes e Violências, Sustentabilidade e Cultura da Paz foram as menos citadas (Figura 5)

Figura 4 - Proporção de municípios que relataram ter recebido capacitação sobre prevenção e monitoramento de DCNT (dados da Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018

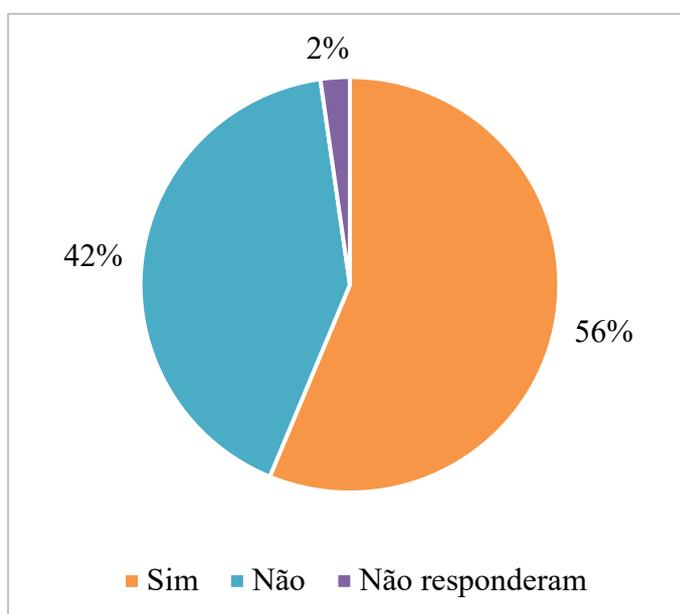


Figura 5 - Proporção de municípios do Estado de São Paulo que promovem Ações de Promoção da Saúde segundo tema. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde dos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018



As Figura 6 e 7 mostram a proporção de municípios em cada DRS e cada GVE que recebeu capacitação para ações de promoção da Saúde segundo DRS e GVE. Observa-se que o DRS Araçatuba e Baixada Santista e GVE Araçatuba e Santos apresentam proporções maiores, e que as DRS São João da Boa Vista, Registro e Barretos e GVEs Registro, São João da Boa Vista e Itapeva apresentam proporções menores de capacitação.

Figura 6 - Proporção de municípios dos DRS que receberam capacitação sobre prevenção e monitoramento de DCNT. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018

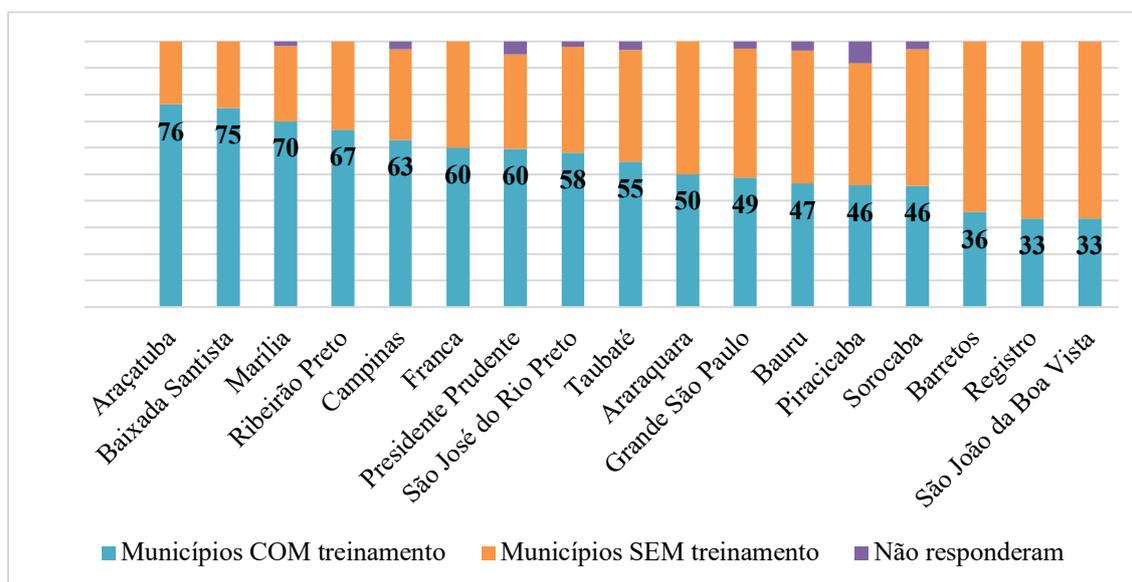
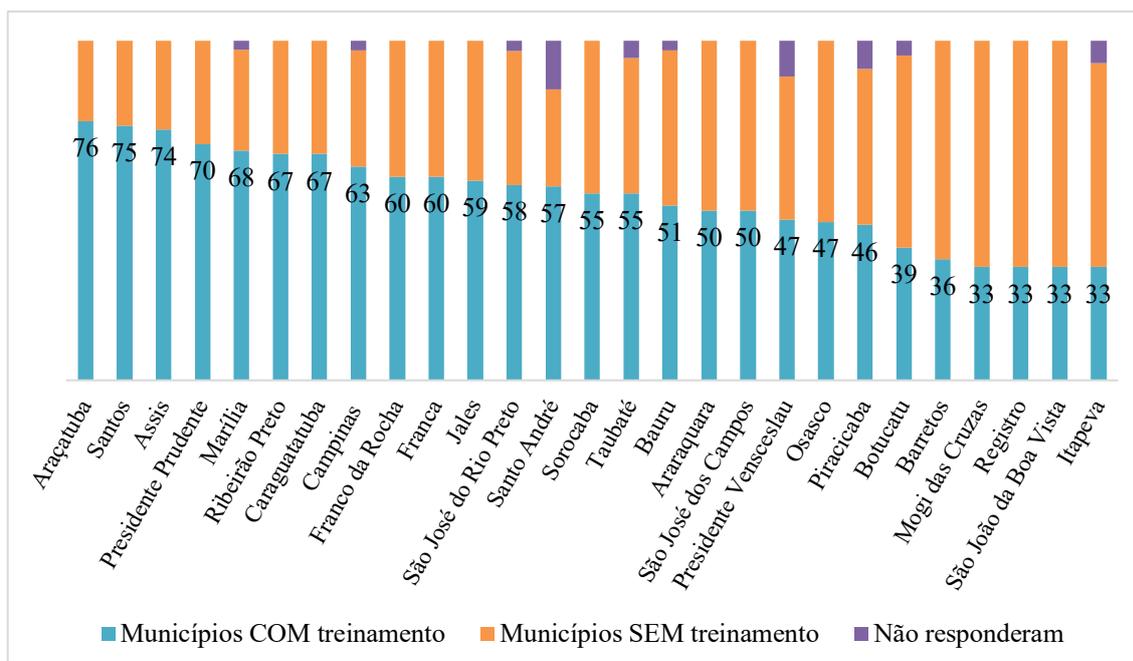


Figura 7 - Proporção de municípios das GVE que receberam capacitação sobre prevenção e monitoramento de DCNT. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018



Quanto ao percentual de municípios que desenvolvem alguma ação de Promoção da Saúde (alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física, prevenção do tabagismo e prevenção de uso abusivo de bebidas alcoólicas) segundo DRS (Figura 8), nota-se que Baixada Santista e Campinas mantêm melhores posições, e Araraquara e Barretos são as que tem menor percentual. Os GVE de Caraguatatuba, Santos e Campinas apresentaram um conjunto maior de municípios com ações, enquanto Registro, Osasco e Presidente Venceslau os menores.

Figura 8 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações de promoção da saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018

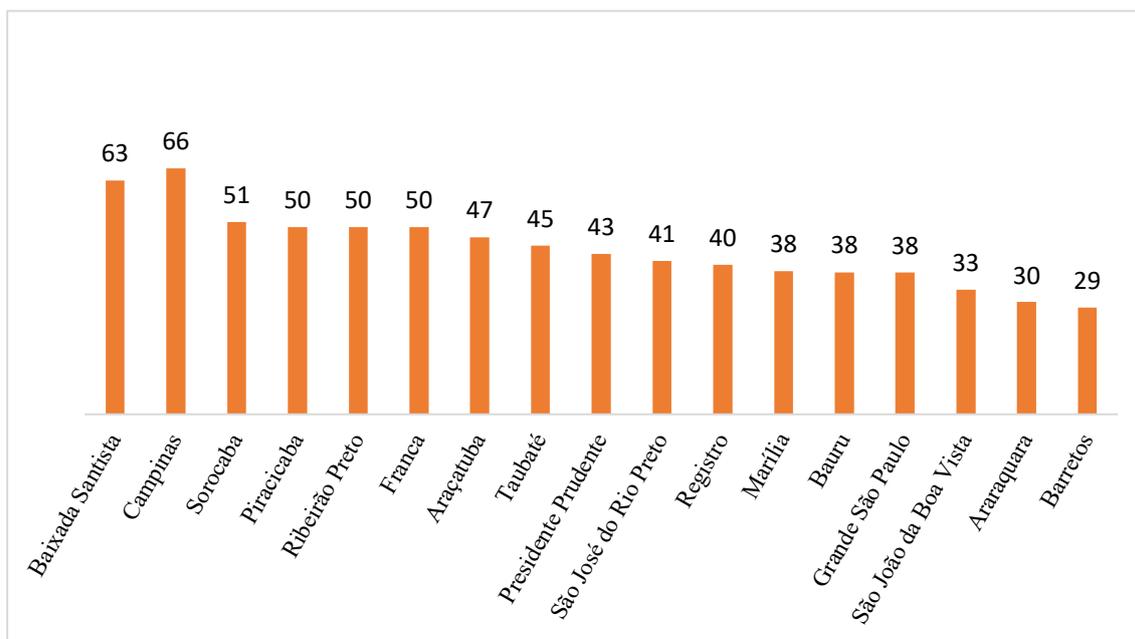
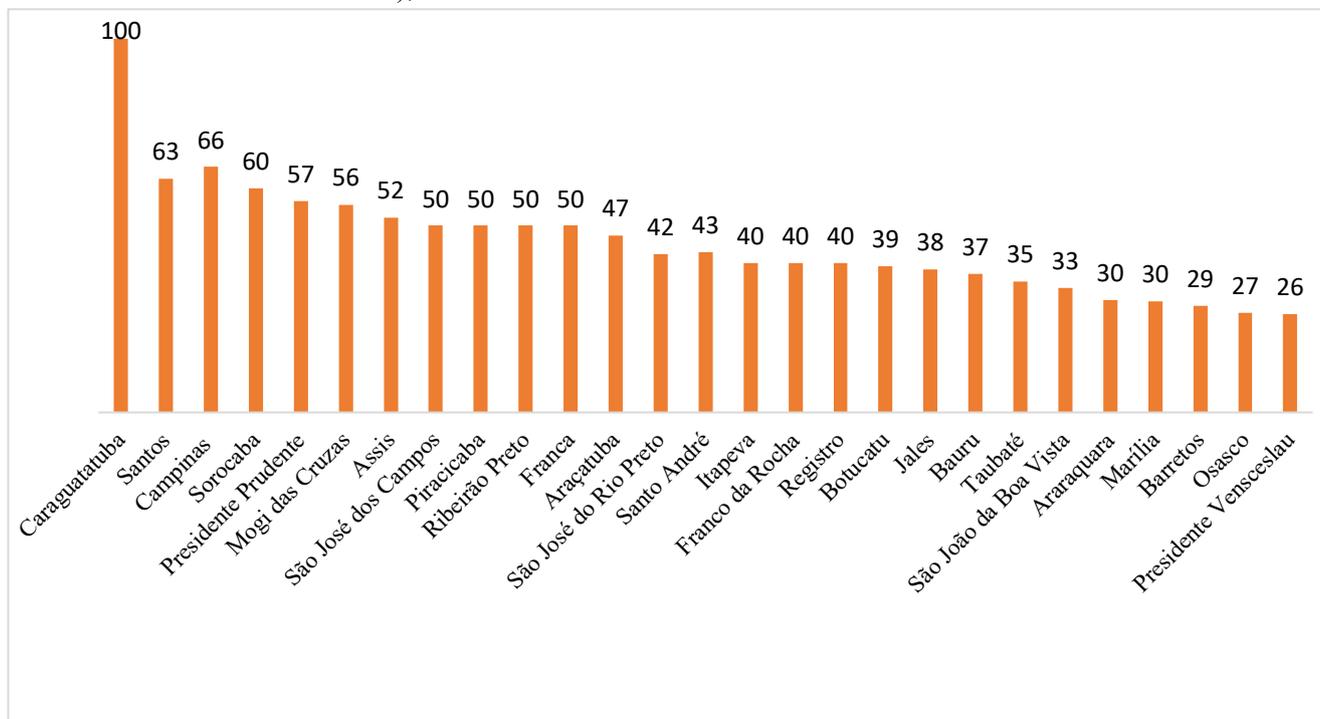


Figura 9 - Proporção de municípios das GVE que desenvolvem ações de promoção da saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018



Diante de tais resultados encontrados, destaca-se a boa participação dos municípios na pesquisa e a heterogeneidade dos DRS e GVE quanto ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, sendo que algumas apresentam elevado percentual de municípios que promovem ações e outras percentuais baixos. O mesmo se observa quanto ao treinamento, sugerindo a necessidade de ampliar a cobertura de modo mais focado. Além disso, pode-se destacar que entres todos os fatores de risco, o que possui maior investimento são Alimentação Saudável e Práticas Corporais e Atividade Física.

Projetos cadastrados no site do Observatório de Promoção de Saúde do Estado de São Paulo (OPS-SP).

Quanto aos projetos cadastrados no site do Observatório de “Promoção de Saúde”, até setembro de 2017, totalizavam 992 (desconsiderando os que foram cadastrados mais de uma vez). Na Tabela 5 observa-se que dentre estes, os projetos com a temática de

Promoção da Saúde (temas interdisciplinares, desenvolvimento sustentável, entre outros) foram a maioria, representando aproximadamente 35% do total.

Outras temáticas observadas foram Alimentação e Nutrição (22%), Atividade Física (20%), Prevenção de Acidentes e Violências (10%), Capacitação e Cuidado dos profissionais e servidores da saúde (4%), Prevenção do Tabagismo e Construção de Polos da Academia da Saúde (3,5% cada um) e por último Prevenção de alcoolismo e outras drogas com apenas 1,6%.

É importante destacar que a data de registro no site não é a mesma de ação do projeto, por isso, muitos projetos cadastrados em 2012 (data dos primeiros registros) foram postos em prática em anos anteriores. Perfil semelhante foi observado na análise da pesquisa específica realizada com gestores.

Tabela 5 - Número e percentual de Projetos cadastrados no Observatório de Promoção de Saúde (OPS-SP 2012-2017) e informados através da Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018

Tema	Cadastro OPS-SP 2012-2017		Pesquisa CETAB/ SES-SP 2018	
	N	%	N	%
Promoção da Saúde	-	-	386	38,9
Alimentação adequada e saudável	298	40,7	220	22,2
Prática corporal e atividade física	252	25,4	201	20,3
Prevenção de Acidentes e Violências	33	3,3	99	10,0
Prevenção e Controle do Tabagismo	115	11,6	35	3,5
Construção de polos Academia da Saúde			35	3,5
Prevenção de Alcoolismo e outras drogas	35	3,5	16	1,6
Cultura de paz e direitos humanos	71	7,2	-	-
Desenvolvimento sustentável	28	2,8	-	-
Total	832	100	992	100

Quando avaliado o total de projetos cadastrados no OPS-SP por DRS por 100.000 habitantes, observa-se que Presidente Prudente, São José do Rio Preto e Araçatuba apresentaram os melhores resultados, enquanto que Grande São Paulo, Sorocaba e Baixada Santista, os piores (Figura 10). O mapa com a distribuição espacial dos projetos

em relação à população, mostra que melhores relações número de projeto/ por habitante são observadas no Noroeste do Estado de São Paulo e as menos favoráveis na região Sudeste/Sul. Na região Sudeste, Registro apresenta uma concentração ligeiramente melhor de projetos, mas ainda inferior aos DRS do Noroeste do Estado (Figura 11)

Figura 10 - Total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo DRS do Estado de São Paulo, 2012-2017.

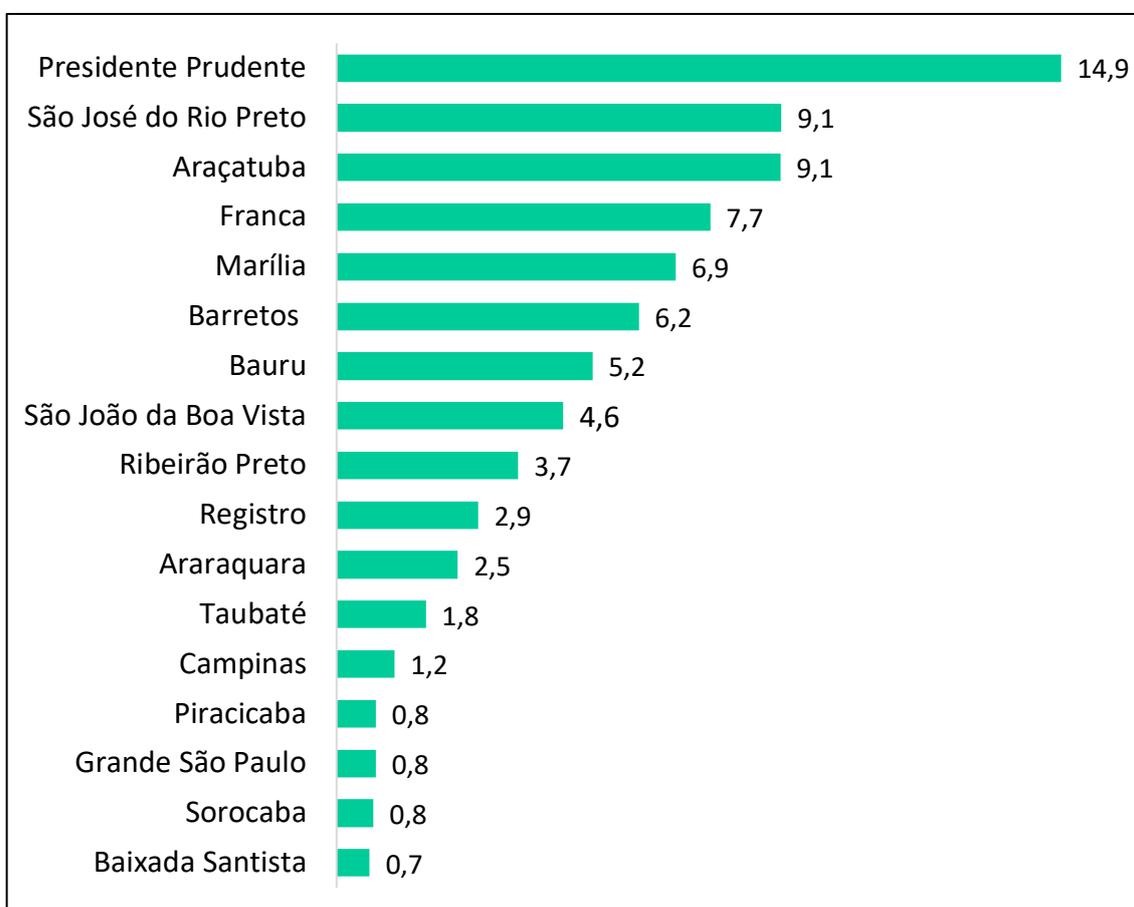
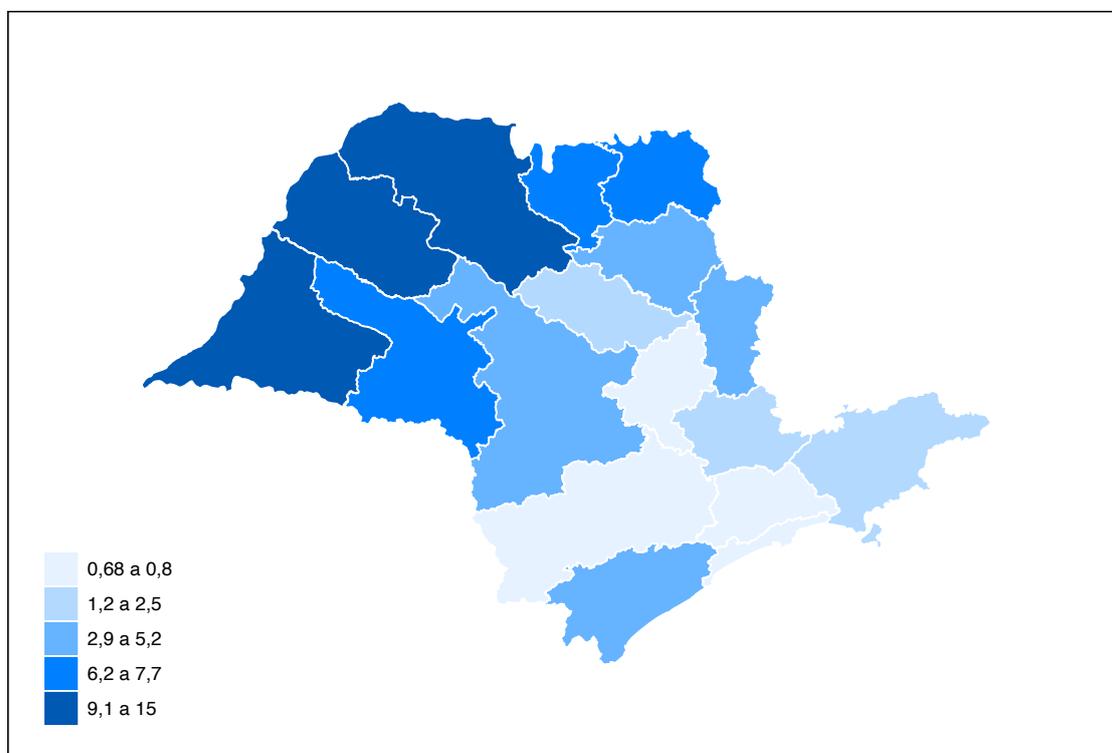


Figura 11 - Distribuição espacial do total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo DRS do Estado de São Paulo, 2012-2017.



A relação entre o número de projetos cadastrados no OPS-SP por 100.000 habitantes nos GVE do Estado de São Paulo, foi maior em Presidente Venceslau, Jales e Presidente Prudente; e piores resultados em Santos, Sorocaba e Mogi das Cruzes. Na visualização espacial, percebe-se novamente que há maior concentração de projetos pela população na região Noroeste do Estado, diminuindo progressivamente ao passar para a região Sul e Sudeste (Figuras 12 e 13).

Figura 12 - Total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo GVE do Estado de São Paulo, 2012-2017.

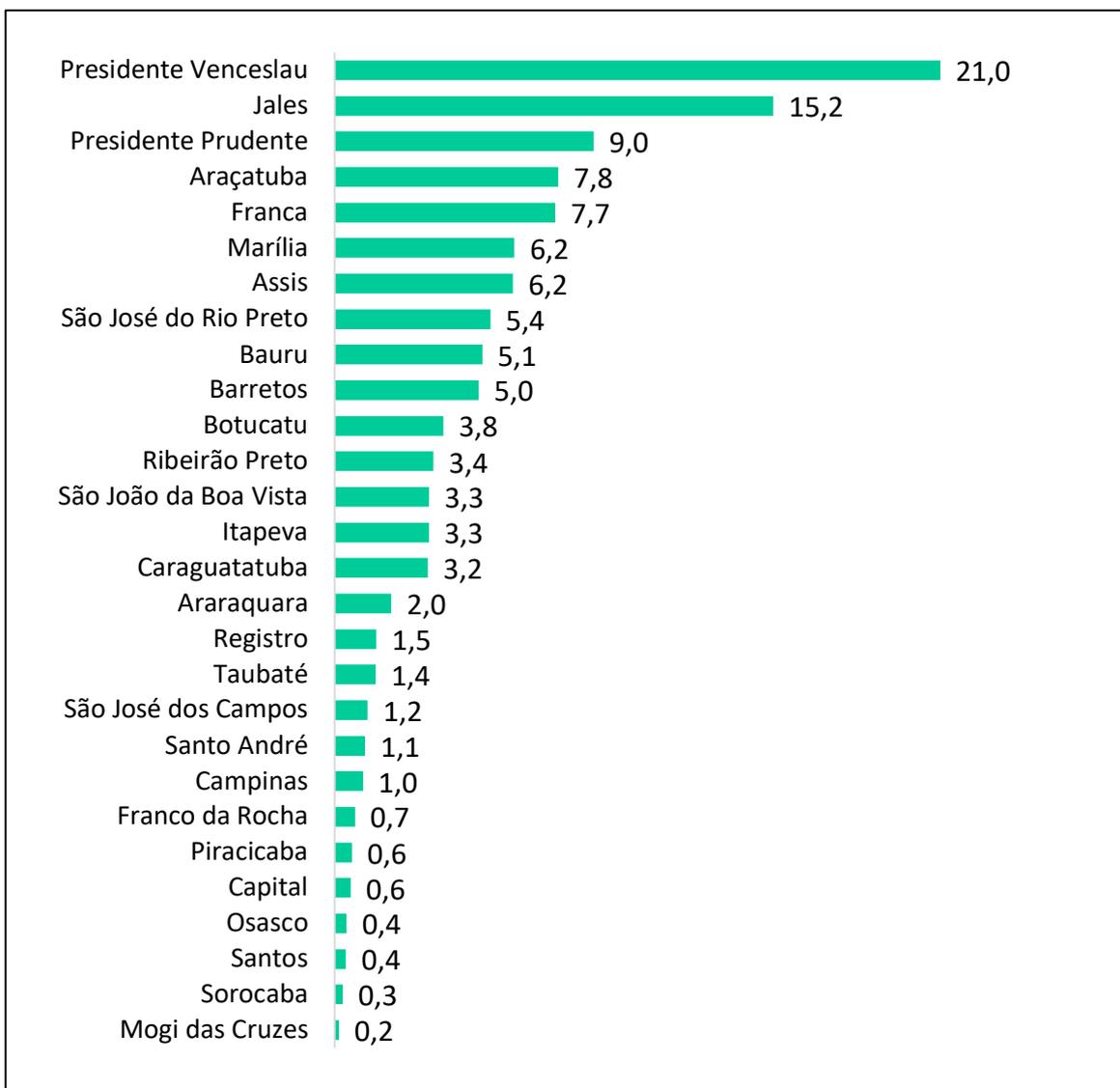
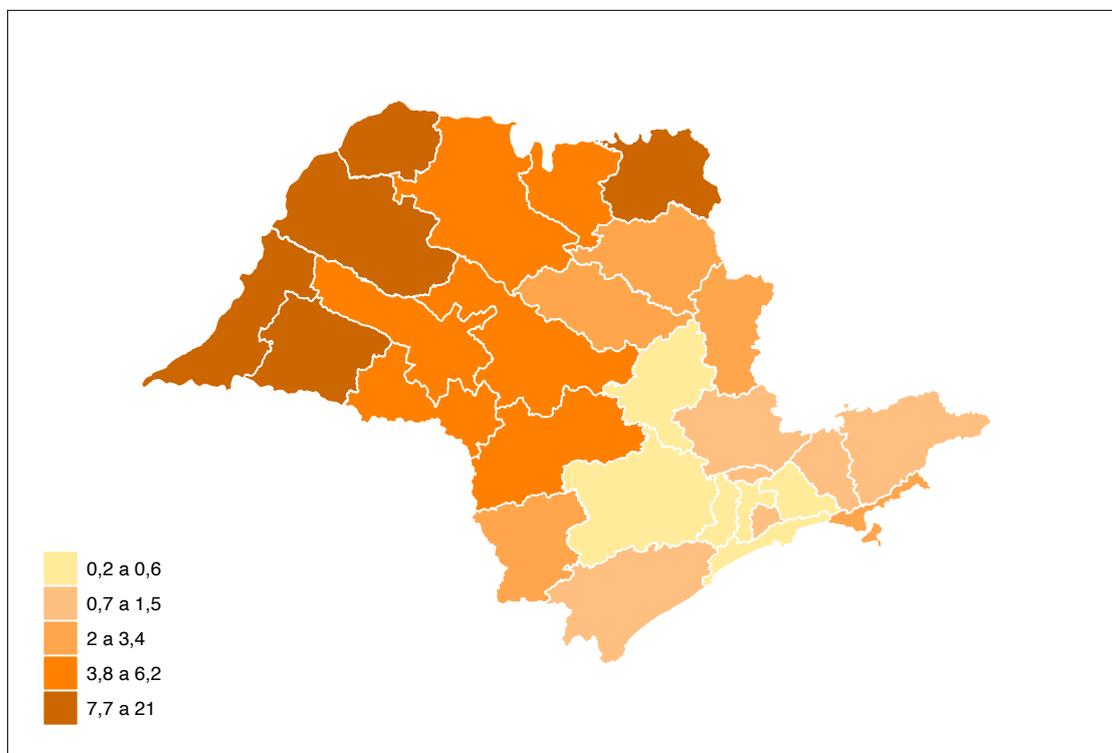


Figura 13 - Distribuição espacial do total de projetos cadastrados no Observatório de Promoção da Saúde por 100.000 habitantes segundo GVE do Estado de São Paulo, 2012-2017.



5.1.1.2 *Descrição das ações relacionadas a Práticas Corporais e Atividade Física no Estado de São Paulo*

Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (Pesquisa com gestores CETAB/SES-SP), 2018.

Os dados apresentados nesta subseção envolveram ações relacionadas as Práticas Corporais e Atividades Física, incluindo informações sobre os Polos da Academia da Saúde (PAS) provenientes da Pesquisa CETAB/SES-SP. Como apontado na seção anterior, este é o segundo tema com maior cobertura de programas de promoção da saúde nos municípios do Estado de São Paulo. Segundo os dados da Pesquisa CETAB/SES-SP com gestores, nos DRS o percentual de municípios com pelo menos uma ação relacionada a este fator de risco para DCNT varia de 72% em Bauru a 93% na de Registro e 60% na GVE de Osasco a 100% nas de Caraguatatuba, Santo André e Franco da Rocha (Figuras 14 e 15)

Figura 14 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a práticas corporais e atividade física. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018

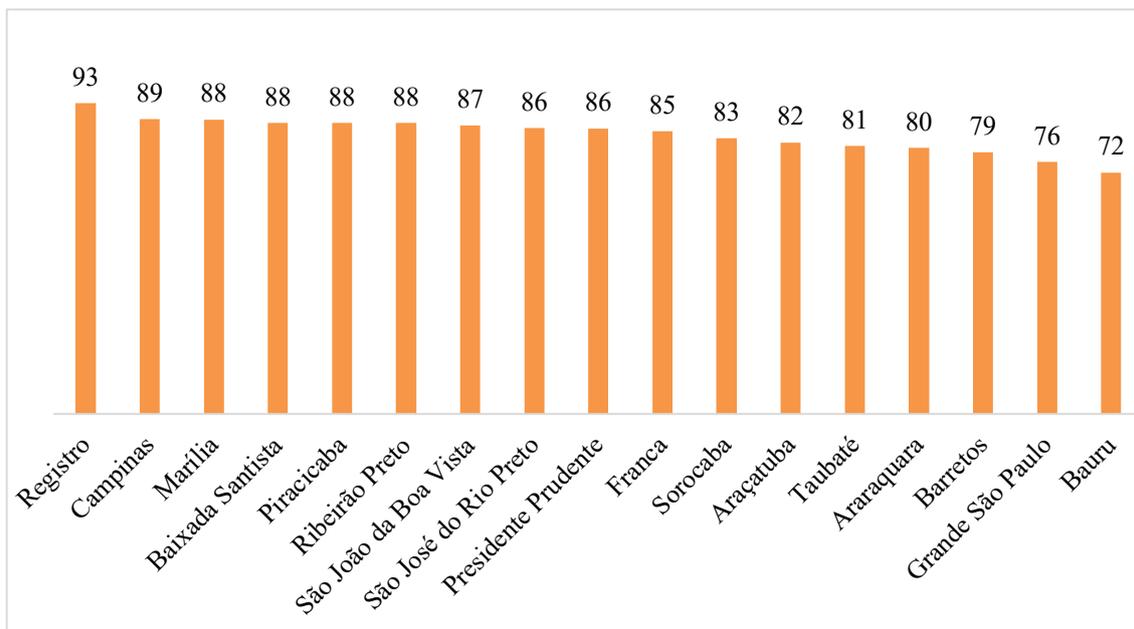
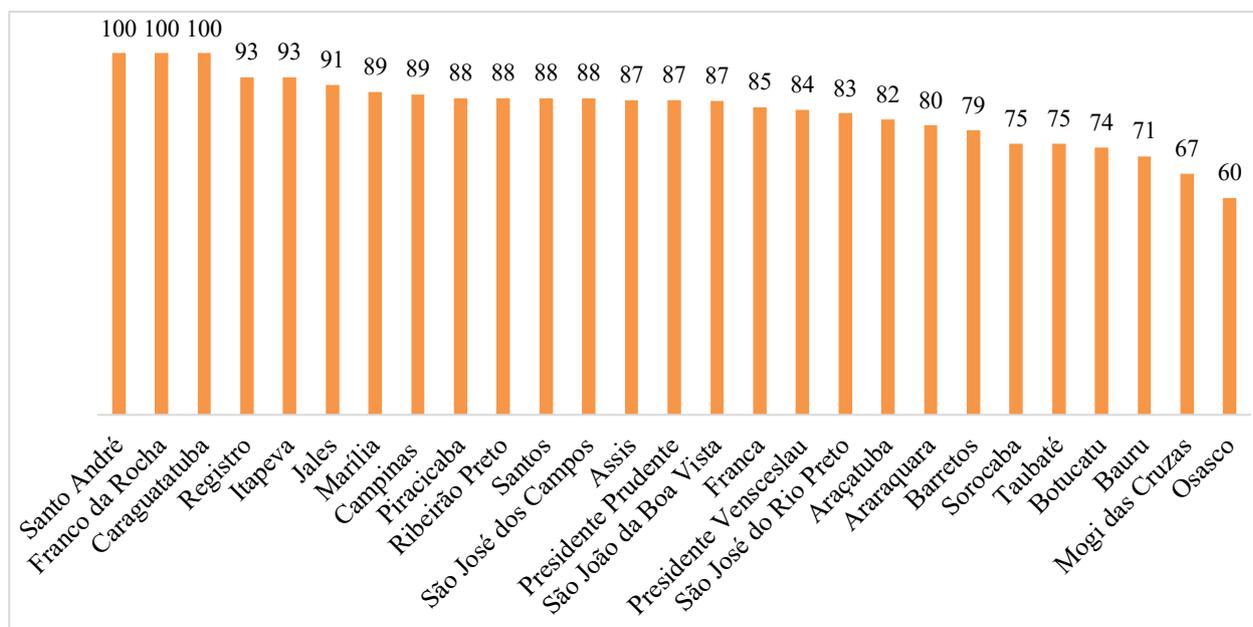


Figura 15 - Proporção de municípios das GVE que desenvolvem ações relacionadas a práticas corporais e atividade física. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP, 2018



Programa Academia da Saúde (PAS)

Dentro do Eixo II (Promoção da Saúde) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), pode-se destacar o Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 para os municípios brasileiros. O Programa busca implantar polos da Academia da Saúde com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, e tem como objetivo aumentar o acesso da população a ações de valorização do cuidado integral e promoção de modos de vida saudáveis, através de práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros (BRASIL, 2014b).

Os Polos do Programa Academia da Saúde são construídos com recursos do Ministério da Saúde, que buscando realizar um monitoramento das atividades desenvolvidas, envia anualmente um questionário eletrônico para os municípios contemplados pelo programa.

Quando os gestores da Pesquisa CETAB/SES-SP foram questionados quanto a ações relacionadas a Polos de Academia da Saúde, os percentuais são cerca de 20 a 30% mais baixos do que o observado para a referencia a Práticas de Atividades Corporais e Atividade Física, sugerindo que há um conjunto de ações relacionadas a este tema não se desenvolvem nos Pólos (Figuras 16 e 17).

Figura 16 - Proporção de Municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a Polos da Academia da Saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018

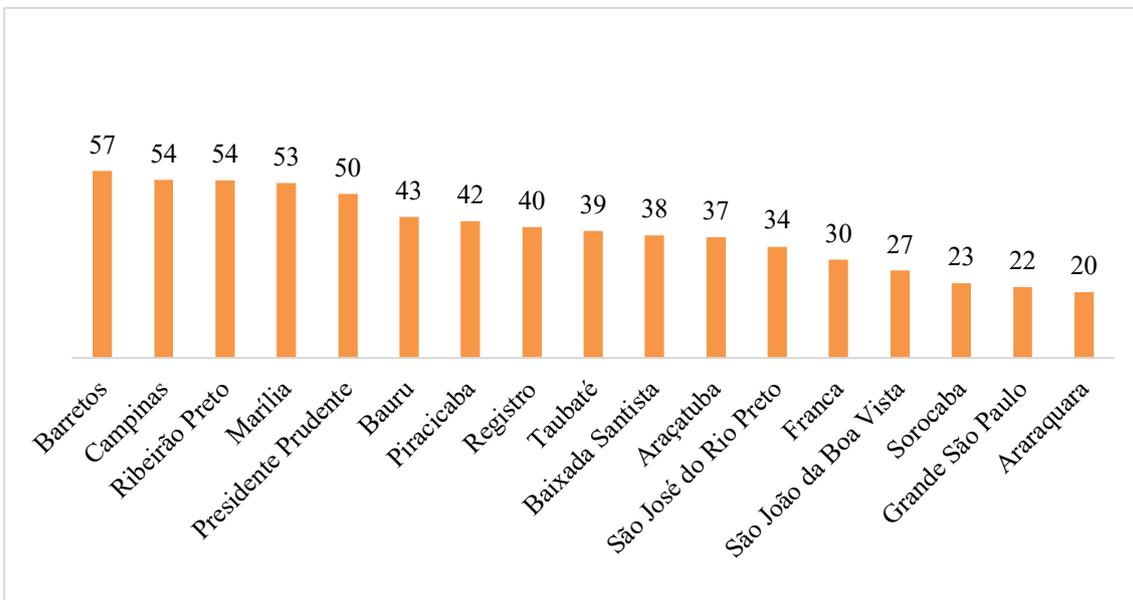
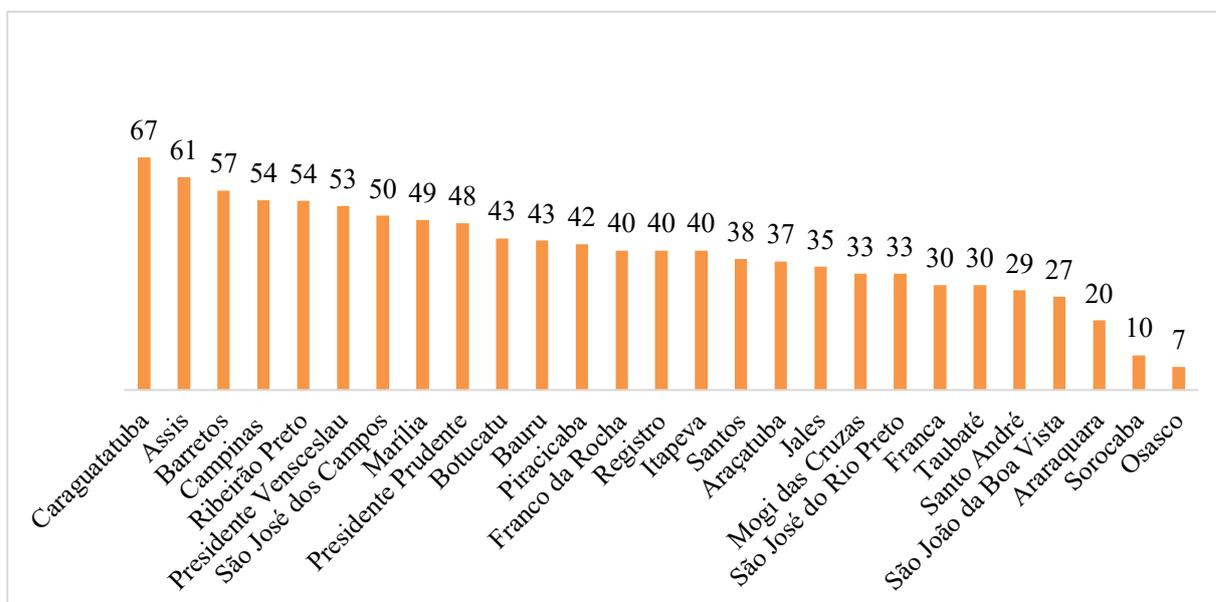


Figura 17 - Proporção de Municípios das GVE que desenvolvem ações relacionadas a Polos da Academia da Saúde. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018



Ao se analisar a relação Polos de Academia em relação ao número total de habitantes nos DRS, vemos que o perfil é semelhante ao observado com números

absolutos, destacando-se nos três primeiros lugares Presidente Prudente, Araçatuba e Marília. No entanto, deve-se ressaltar que, na análise da frequência relativa, o DRS de Presidente Prudente se destaca ainda mais em relação aos demais e Registro aproxima-se do segundo e terceiro lugar (Figura 18). Na análise da frequência relativa por GVE, Presidente Venceslau passa a primeira posição com muito destaque em relação aos demais e Presidente Prudente diminui, possivelmente alguma município da DRS de Presidente Prudente passa a compor a GVE de Presidente Venceslau. Araçatuba, Marília e Registro são os GVEs que vêm em seguida (Figura 19). Os mapas com a distribuição espacial das relações entre PAS segundo DRS e GVE, mantem perfil de destaque para as regiões do Noroeste do Estado e Registro (Figuras 20 e 21).

Figura 18 - Número de Polos de Academia da Saúde (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo DRS (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

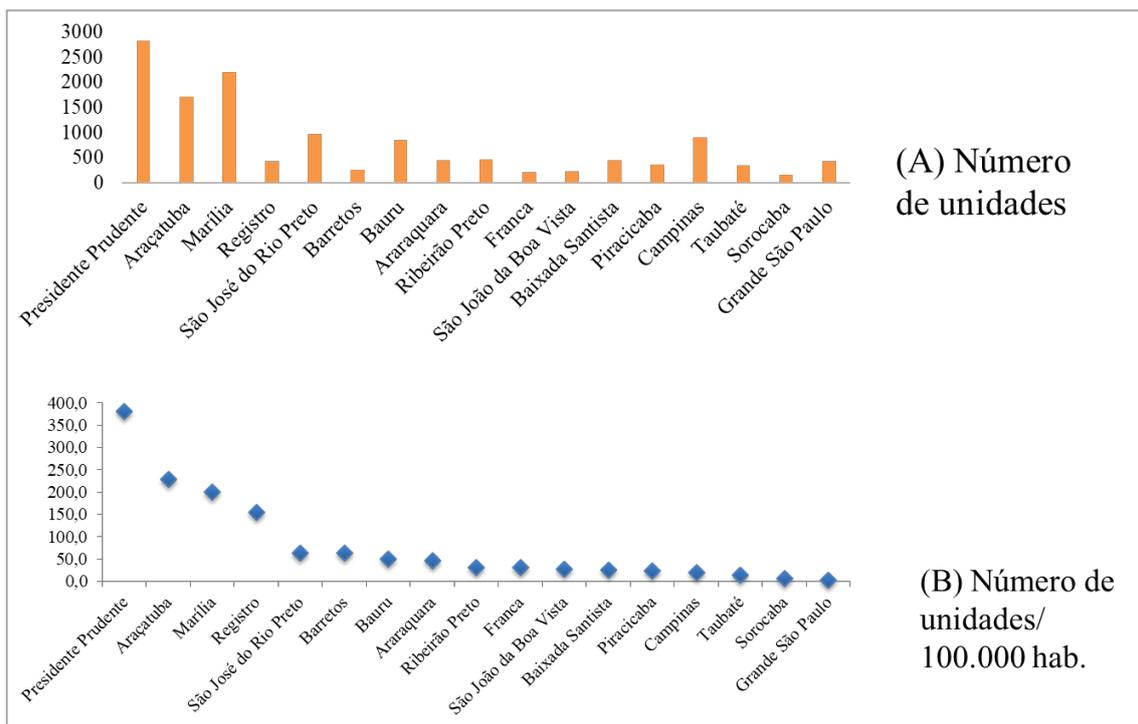


Figura 19 - Número de Polos de Academia da Saúde (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo GVE (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

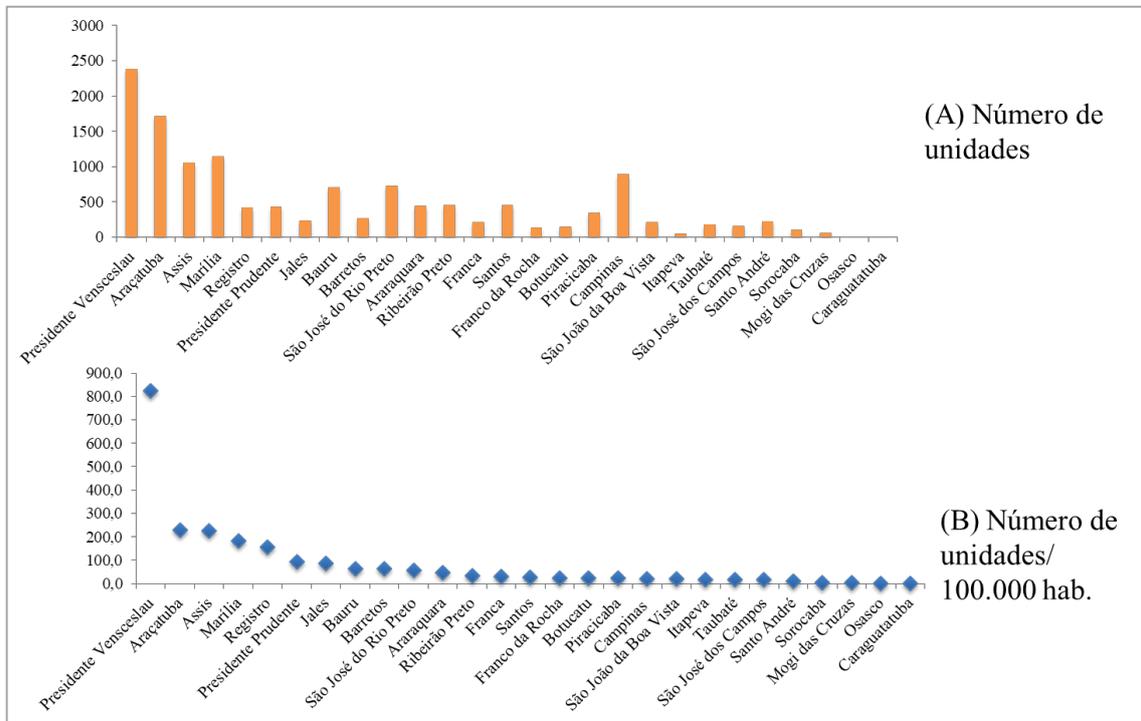


Figura 20 - Número de Polos da Academia da Saúde por 100.000 hab. Segundo DRS. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016

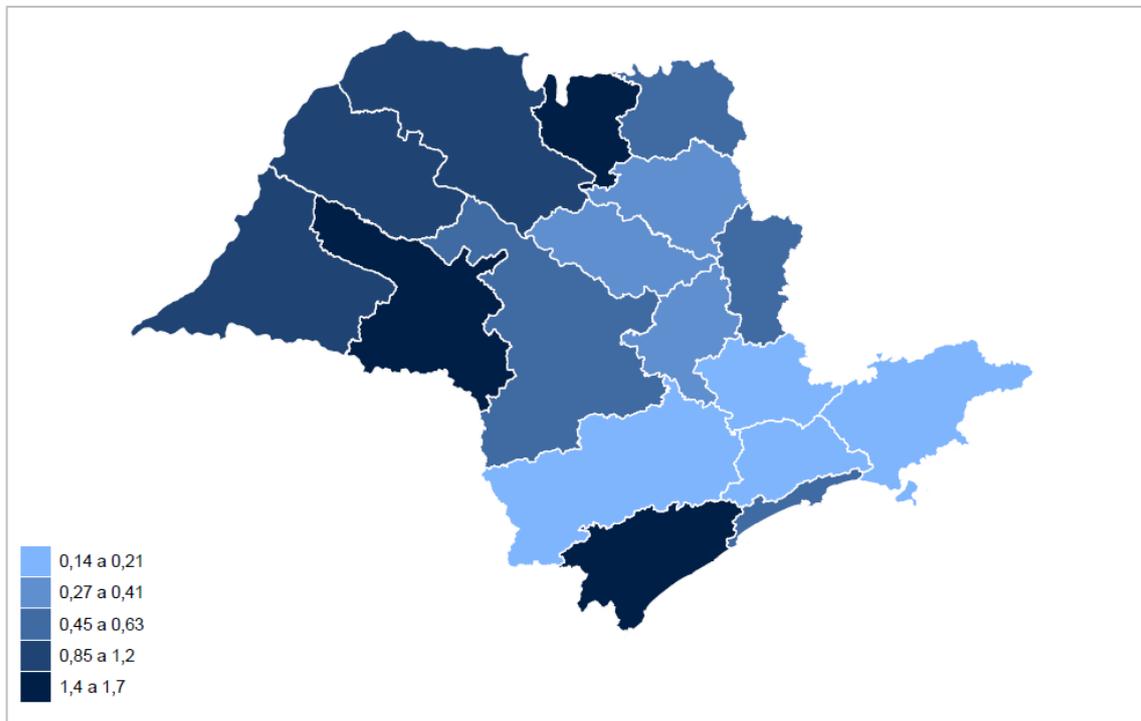
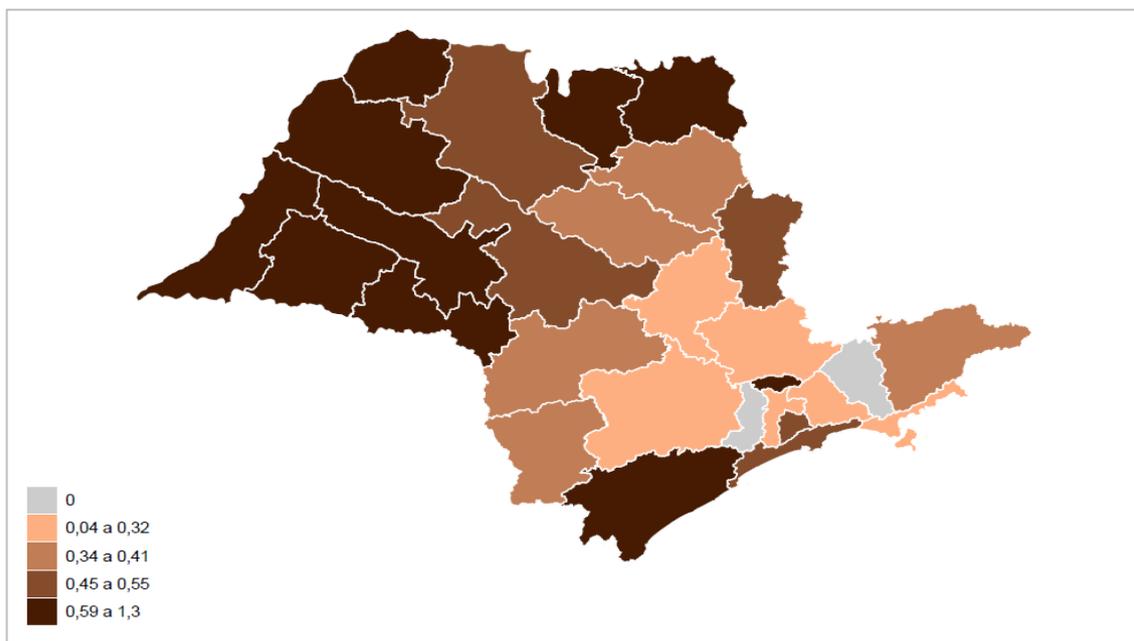


Figura 21 - Número de Polos da Academia da Saúde por 100.000 hab. Segundo GVE. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016



Como mencionado na seção de métodos, em 2016, a Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DVDCNT fez um levantamento com gestores sobre o funcionamento dos Polos de Academia da Saúde. Segundo os gestores que responderam a esta Pesquisa, o estado de São Paulo foi contemplado com 379 Polos da Academia da Saúde, porém somente 145 polos estavam em funcionamento, ou seja, aproximadamente 40%. Dentre os motivos citados para não funcionarem foram: falta/ aguardando contratação de profissionais, falta/ aguardando recursos financeiros, falta de equipamentos, entre outros.

Quando avaliado o percentual de municípios com polos das Academias da Saúde em funcionamento dentro das DRS, apenas 5 tiveram um número superior a 20%. Com destaque para DRS da Baixada Santista e de Barretos, com os maiores percentuais, 44,4 e 33,3% respectivamente. Em relação ao número de polos da Academia da Saúde em funcionamento por 100.000 habitantes, as DRS de Marília e Barretos possuem os maiores valores, sendo 1,74 e 1,43 respectivamente. Enquanto que as DRS da Grande São Paulo (0,15), Sorocaba (0,21) e Taubaté (0,21), apresentaram os menores valores (Tabela 6).

Avaliando as mesmas informações, porém por GVE, encontramos 11 GVE com mais de 20% dos seus municípios com polos da Academia da Saúde em funcionamento, porém duas (São José dos Campos e Osasco) com nenhum município com academia funcionando. Já quanto ao número de polos em funcionamento por 100.000 habitantes, as GVE com maiores valores foram Assis (2,35) e Jales (2,17) (Tabela 7).

Através do mesmo questionário respondido pelos gestores foi possível avaliar se os polos da Academia da Saúde possuíam algum tipo de atividade voltada para o enfrentamento ao tabaco e seus derivados e ao uso abusivo do álcool. Na Tabela 8, observamos que 41,4% apresentavam enfrentamento ao tabaco, 29% ao álcool e 26,2% a ambos.

Tabela 6 - Informações sobre os Polos de Academia da Saúde, segundo avaliação dos Gestores em pesquisa da DVDCNT, por DRS. São Paulo, 2016

DRS	Total de polos	Polos em funcionamento	% de municípios com polos funcionando	Municípios com repasse Municipal	Municípios com repasse MS	Municípios com repasse SES	Nº de polos/ 100.000 hab
Grande São Paulo	70	31	15,4	3	4	0	0,15
Araçatuba	19	9	17,5	4	3	0	1,20
Araraquara	9	4	12,5	1	1	1	0,41
Baixada Santista	21	8	44,4	3	1	1	0,45
Barretos	13	6	33,3	2	3	1	1,43
Bauru	28	8	11,8	7	1	0	0,47
Campinas	29	6	14,3	4	1	0	0,14
Franca	6	4	18,2	1	1	1	0,59
Marília	35	19	27,4	11	5	2	1,74
Piracicaba	14	4	15,4	2	3	1	0,27
Presidente Prudente	28	9	17,8	3	2	0	1,22
Registro	9	4	26,7	3	2	0	1,45
Ribeirão Preto	7	5	19,2	2	1	0	0,35
São João da Boa Vista	10	5	25,0	3	2	0	0,63
São José do Rio Preto	39	13	10,8	5	4	1	0,85
Sorocaba	21	5	6,3	1	1	0	0,21
Taubaté	21	5	10,3	4	0	0	0,21
Total	379	145	-	59	35	8	-

Tabela 7 - Informações sobre os Polos de Academia da Saúde, segundo avaliação dos Gestores, em pesquisa da DVDCNT por GVE. São Paulo, 2016

GVE	Total de polos	Polos em funcionamento	% de municípios com polos funcionando	Municípios com repasse Municipal	Municípios com repasse MS	Municípios com repasse SES	Nº de polos/100.000 hab
Capital	18	14	100,0	0	1	0	0,12
Santo André	17	12	28,6	1	2	0	0,45
Mogi das Cruzas	20	1	9,1	1	1	0	0,04
Franco da Rocha	5	4	40,0	1	0	0	0,70
Osasco	10	0	0,0	0	0	0	0,00
Araçatuba	19	9	17,5	4	3	0	1,20
Araraquara	10	4	12,5	1	1	1	0,41
Assis	17	11	36,0	7	3	2	2,35
Barretos	13	6	33,3	2	3	1	1,43
Bauru	13	6	15,8	6	1	0	0,54
Botucatu	15	2	6,7	1	0	0	0,34
Campinas	29	6	14,3	4	1	0	0,14
Franca	5	4	18,2	1	1	1	0,59
Marília	19	8	21,6	4	2	0	1,28
Piracicaba	14	4	15,4	2	3	1	0,27
Presidente Prudente	14	6	20,8	2	1	0	1,32
Presidente Venceslau	14	3	14,3	1	1	0	1,03
Registro	9	4	26,7	3	2	0	1,45
Ribeirão Preto	7	5	19,2	2	1	0	0,36
Santos	21	8	44,4	3	1	1	0,45
São João da Boa Vista	10	5	25,0	3	2	0	0,47
São José dos Campos	2	0	0,0	0	0	0	0,00
Caraguatatuba	5	1	25,0	1	0	0	0,32
São José do Rio Preto	26	7	7,5	2	2	0	0,55
Jales	12	6	17,1	3	2	1	2,17
Sorocaba	16	4	6,1	1	1	0	0,19
Itapeva	5	1	6,7	0	0	0	0,36
Taubaté	14	4	11,1	3	0	0	0,38
Total	379	145	-	59	35	8	-

Tabela 8 - Número e percentual de Polos da Academia da Saúde, segundo enfrentamento ao tabaco e álcool segundo avaliação dos Gestores, em pesquisa da DVDCNT. São Paulo, 2016 (n = 145)

	Sim (%)	Não (%)	Ignorado (%)
Enfrentamento ao tabaco e seus derivados	60 (41,4%)	60 (41,4%)	25 (17,2%)
Enfrentamento ao uso abusivo de álcool	42 (29,0%)	78 (53,8%)	25 (17,2%)
Enfrentamento ao tabaco e ao uso abusivo de álcool	38 (26,2%)	65 (44,8%)	25 (17,2%)

5.1.1.3 *Descrição das ações relacionadas a Alimentação Saudável no Estado de São Paulo*

Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (Pesquisa com gestores CETAB/SES-SP), 2018.

Os dados provenientes da Pesquisa CETAB/SES-SP mostram que, reforçando o que foi observado na primeira seção de resultados, as DRS e GVE apresentam proporções altas de municípios com ações relacionadas a alimentação saudável (com algumas exceções). Nas DRS estas proporções variaram de 71% em Barretos a 95% em Araraquara e nas GVEs de 67% em Mogi das Cruzes a 100% em Caraguatatuba (Figuras 14 e 15). Percentuais também elevados foram observados para ações relacionadas a Práticas Corporais e Atividades Físicas: de 72% na DRS de Bauru a 93% na de Registro e 60% na GVE de Osasco a 100% nas de Caraguatatuba, Santo Andre e Franco da Rocha (Figuras 22 e 23)

Figura 22 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a alimentação adequada e saudável. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018

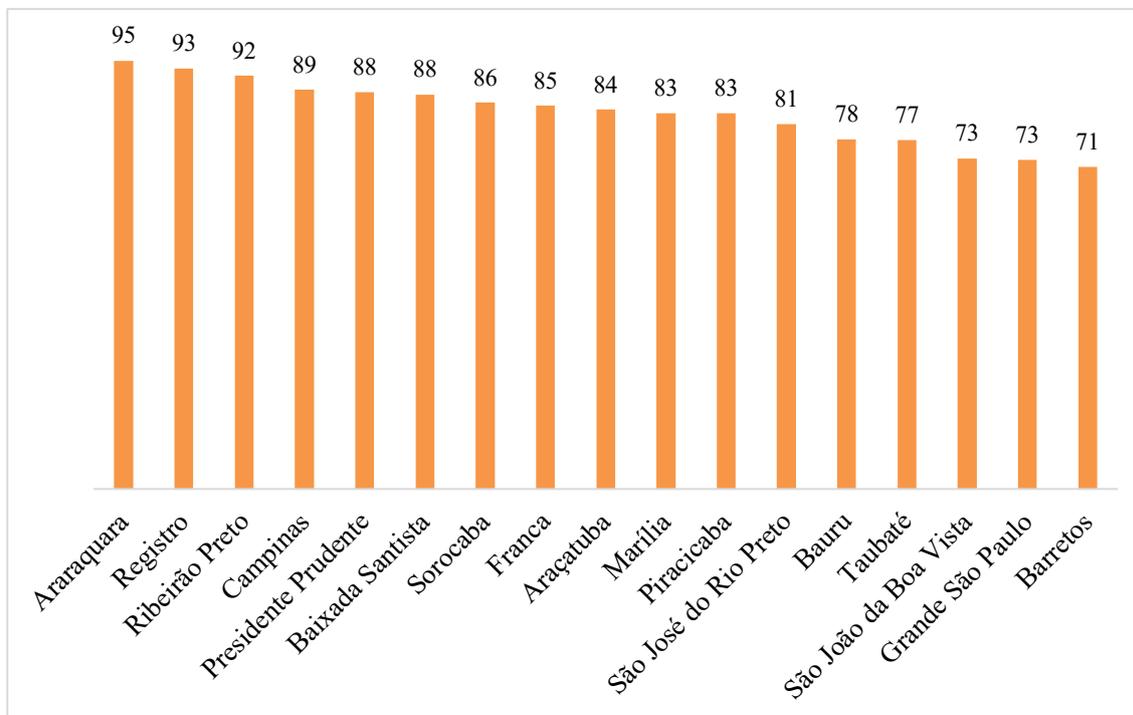
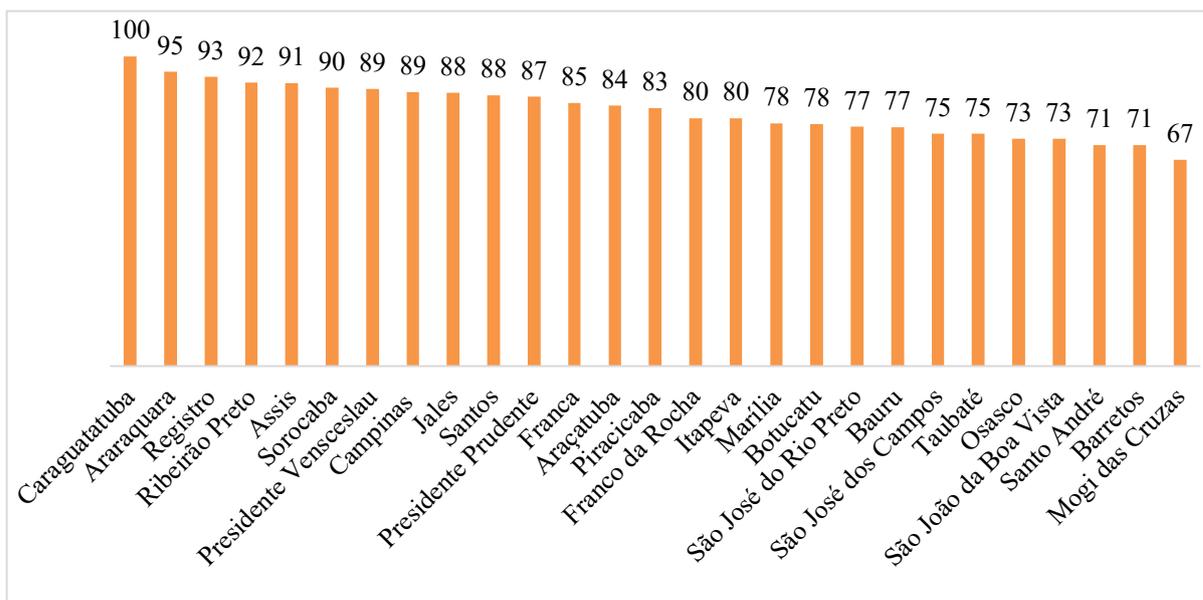


Figura 23 - Proporção de municípios das GVE que desenvolvem ações relacionadas a alimentação adequada e saudável. Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo CETAB/SES-SP), 2018



Dados do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

Os recursos financeiros transferidos para o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) devem ser utilizados para a efetiva implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com base em suas diretrizes: I - promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; II - monitoramento da situação alimentar e nutricional; III - prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; e IV - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.

Visando o apoio a estes municípios que recebem o FAN, são realizadas quatro reuniões anuais com o objetivo de, entre outros, orientar na implementação da PNAN. A Grande São Paulo é o DRS com maior proporção de municípios com FAN, seguida da Baixada Santista. Campinas, a terceira DRS com maior proporção de municípios, tem menos da metade da Baixada Santista e Piracicaba apenas 11%. Os demais DRS tem percentuais muito baixos. O percentual do total de municípios que apresenta Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB) foi maior do que os que tem FAN. Presidente Prudente, Piracicaba e Ribeirão Preto são as DRS com maiores proporções de municípios com EAAB. Como essas GRS apresentavam baixas proporções de municípios com FAN, parece que alguns optam por uma alternativa e outros por outra (Tabela 9). Santo André, Santos e Mogi das Cruzes foram as GVE com maiores proporções de municípios com FAN. Presidente Venceslau, Piracicaba e Presidente Prudente as GVE com maiores proporções de EAAB (Tabela 10).

Tabela 9 - Número e percentual de Municípios cadastrados no Fundo de Alimentação e Nutrição e na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil por DRS, Estado de São Paulo, 2016.

DRS	Número de Municípios por DRS	Municípios com FAN		Municípios com EAAB	
		n	%	n	%
Total	645	50	7,7	79	12,2
Grande São Paulo	39	20	51,3	10	25,6
Araçatuba	40	1	2,5	14	35,0
Araraquara	24	2	8,3	0	0,0
Baixada Santista	9	4	44,4	0	0,0
Barretos	18	0	0,0	1	5,6
Bauru	68	1	1,5	1	1,5
Campinas	42	8	19,0	1	2,4
Franca	22	1	4,5	0	0,0
Marília	62	1	1,6	1	1,6
Piracicaba	26	3	11,5	12	46,2
Presidente Prudente	45	1	2,2	22	48,9
Registro	15	0	0,0	0	0,0
Ribeirão Preto	26	1	3,8	10	38,5
São João da Boa Vista	20	0	0,0	1	5,0
São José do Rio Preto	102	1	1,0	1	1,0
Sorocaba	48	2	4,2	1	2,1
Taubaté	39	4	10,3	4	10,3

Tabela 10 - Número e percentual de Municípios cadastrados no Fundo de Alimentação e Nutrição e na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil por GVE, Estado de São Paulo, 2016.

GVE	Número de Municípios por GVE	Municípios com FAN		Municípios com EAAB	
		n	%	n	%
Total	645	50	7,7	79	12,2
Capital	1	1	100,0	1	100,0
Santo André	7	5	71,4	1	14,3
Mogi das Cruzas	11	5	45,5	2	18,2
Franco da Rocha	5	1	20,0	0	0,0
Osasco	15	8	53,3	6	40,0
Araçatuba	40	1	2,5	14	35,0
Araraquara	24	2	8,3	0	0,0
Assis	25	0	0,0	0	0,0
Barretos	18	0	0,0	1	5,6
Bauru	38	1	2,6	1	2,6
Botucatu	30	0	0,0	0	0,0
Campinas	42	8	19,0	1	2,4
Franca	22	1	4,5	0	0,0
Marília	37	1	2,7	1	2,7
Piracicaba	26	3	11,5	12	46,2
Presidente Prudente	24	1	4,2	11	45,8
Presidente Venceslau	21	0	0,0	11	52,4
Registro	15	0	0,0	0	0,0
Ribeirão Preto	26	1	3,8	10	38,5
Santos	9	4	44,4	0	0,0
São João da Boa Vista	20	0	0,0	1	5,0
São José dos Campos	8	2	25,0	3	37,5
Caraguatatuba	4	0	0,0	1	25,0
São José do Rio Preto	67	1	1,5	1	1,5
Jales	35	0	0,0	0	0,0
Sorocaba	33	2	6,1	1	3,0
Itapeva	15	0	0,0	0	0,0
Taubaté	27	2	7,4	0	0,0

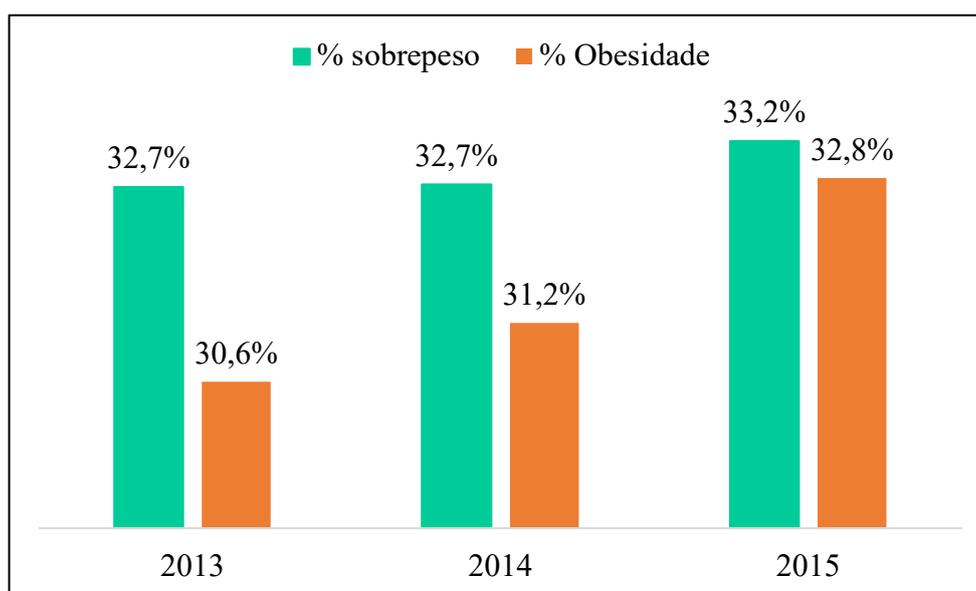
Dados do Sistema de Vigilância de Alimentar e Nutricional (SISVAN - Web)

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um sistema de informação em saúde (SIS), que possibilita o armazenamento de dados e a geração contínua de informações sobre o estado nutricional e o consumo alimentar dos usuários da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SISVAN Web tem por objetivo consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios.

Porém grande parte dos estudos que visam avaliar a cobertura do SISVAN nos municípios do Brasil apontam para baixas cobertura do sistema e concordâncias de classificações, o que pôde ser observado na captação dos dados para esse projeto. Contudo avaliamos os percentuais de sobrepeso e obesidade em adultos nos anos de 2013, 2014 e 2015 para o estado de São Paulo. Nota-se que o percentual de sobrepeso foi semelhante no período (33% aproximadamente), porém o percentual de obesidade aumentou cerca de 2% (Figura 24)

Figura 24 - Percentual de Sobrepeso e Obesidade em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.



Na maior parte dos DRS e dos GVE houve um discreto aumento do percentual de sobrepeso (Figuras 25 e 26) e de obesidade (Figuras 27 e 28) entre os usuários cobertos pelo SISVAN no ano mais recente (2015)

Figura 25 - Percentual de Sobrepeso em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por DRS, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.

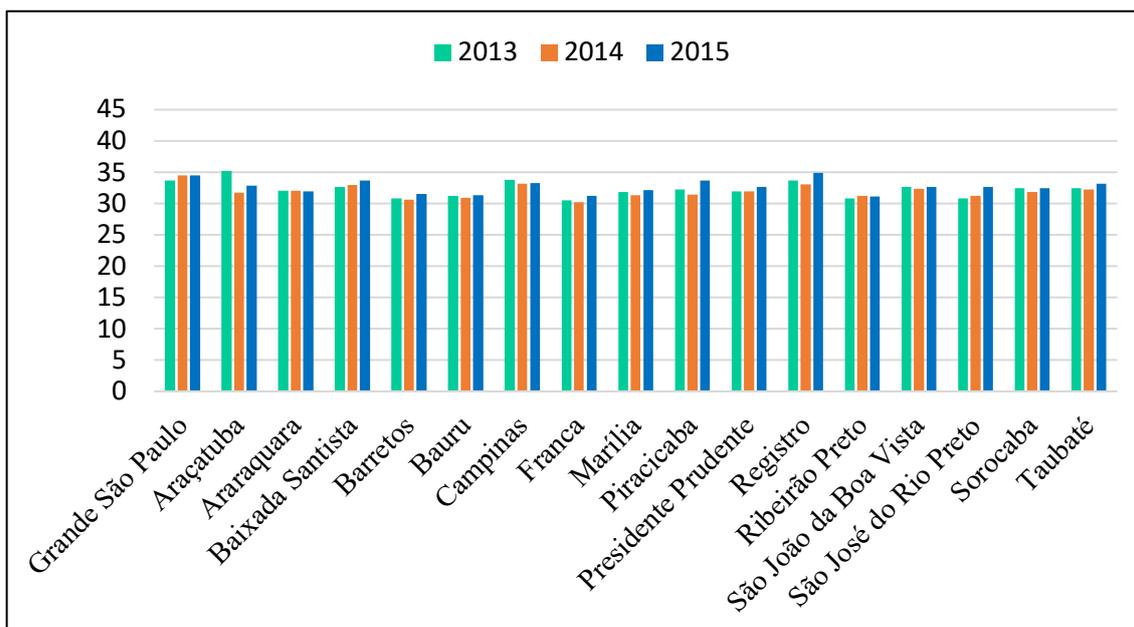


Figura 26 - Percentual de Obesidade em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por DRS, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.

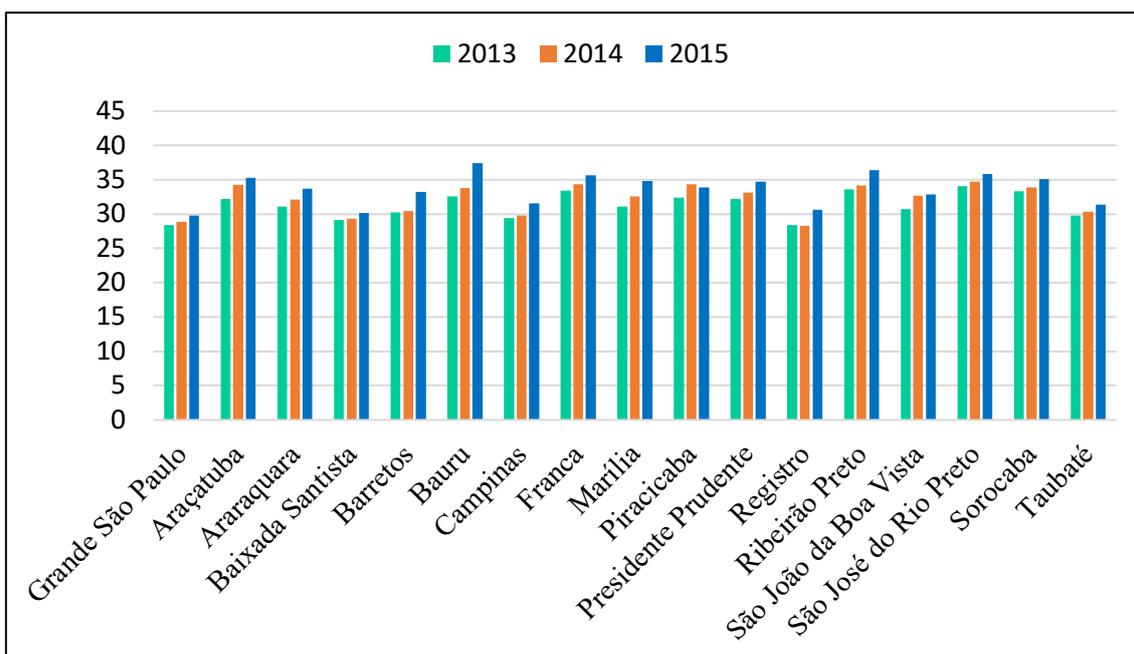


Figura 27 - Percentual de Sobrepeso em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por GVE, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015.

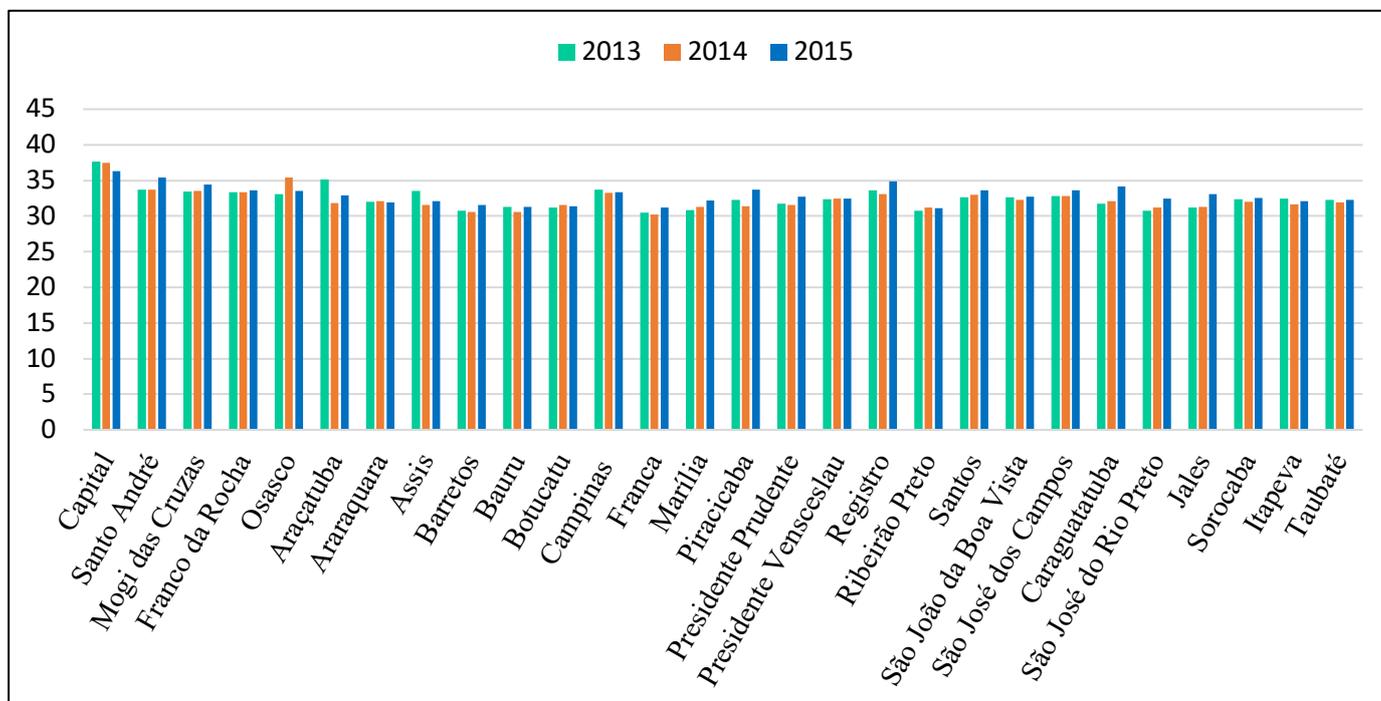
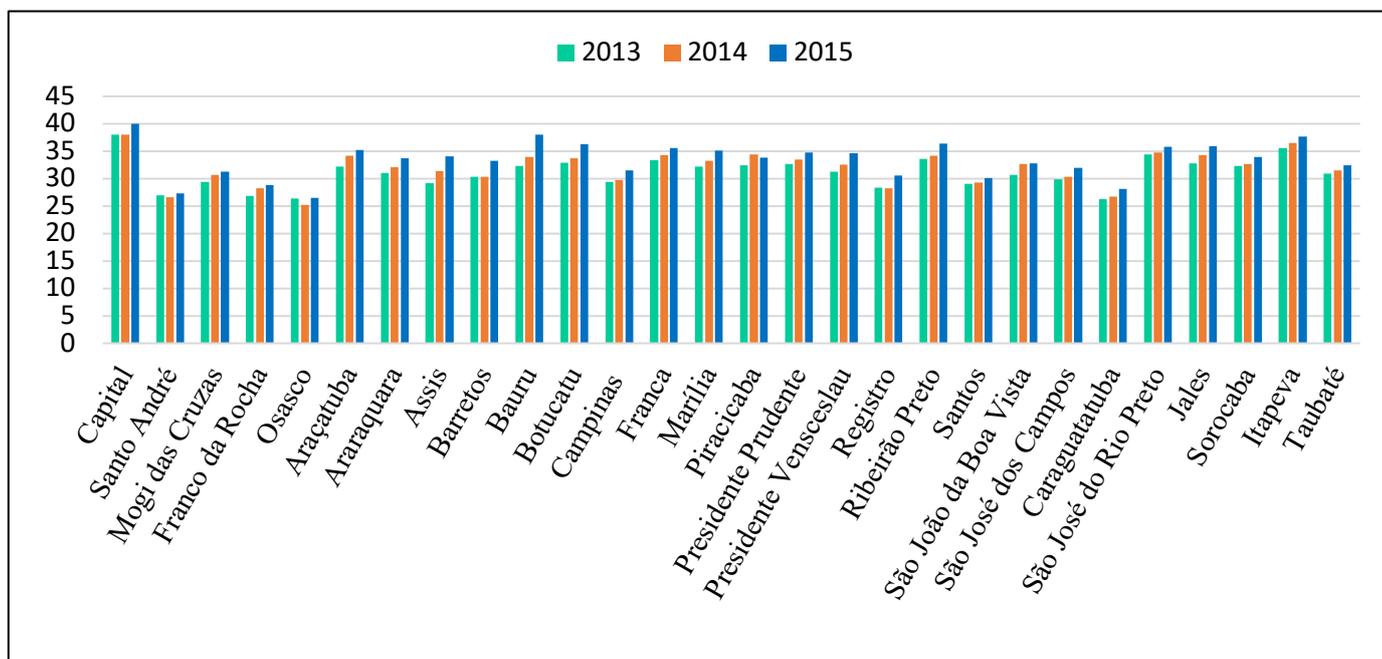


Figura 28 - Percentual de Obesidade em adultos de 20 a 59 anos no Estado de São Paulo, por GVE, segundo SISVAN nos anos de 2013, 2014 e 2015



5.1.1.4 Tabagismo

Pesquisa com gestores da Promoção da Saúde nos municípios do Estado de São Paulo (Pesquisa com gestores CETAB/SES-SP), 2018.

Nos resultados por DRS e GVE, referentes as ações de tabagismo, destaca-se a avaliação da distribuição das unidades de tratamento do tabagismo, assim como a possibilidade de todos os Polos da Academia da saúde terem atividades para o enfrentamento dessa temática. O percentual de municípios com ações voltadas a prevenção e controle do tabagismo nas DRS variou de 50% (Marília) a 80% (Campinas). Depois de Campinas, Araçatuba e Barreto mostraram maior cobertura por municípios. O percentual dos municípios que tem unidades com tratamento da dependência da nicotina variou de 33% em Registro a 83% em Campinas (Figuras 29 e 30)

Figura 29 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao Tabagismo (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

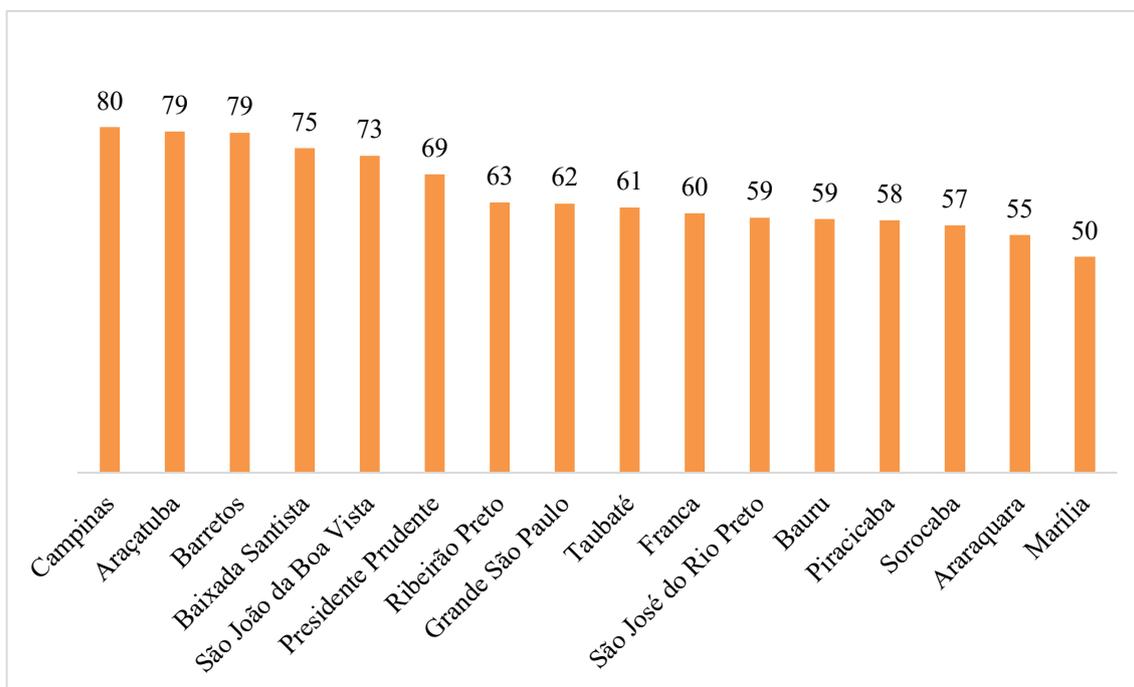
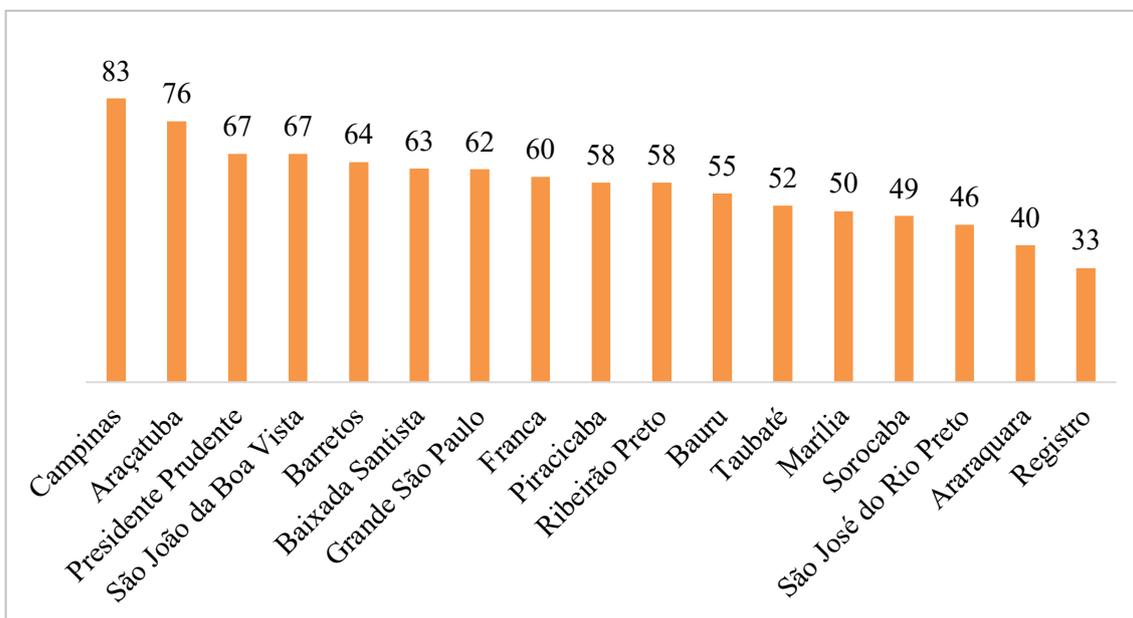


Figura 30 - Proporção de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a tratamento da dependência da Nicotina (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018



Quanto aos GVE, o percentual de municípios com ações de prevenção e controle do tabagismo variou de 40% em Itapeva a 100% em Caraguatatuba e os com tratamento da dependência da nicotina de 33% em Registro e Itapeva a 100% em Caraguatatuba (Figuras 31 e 32).

Figura 31 - Proporção de municípios dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao Tabagismo (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

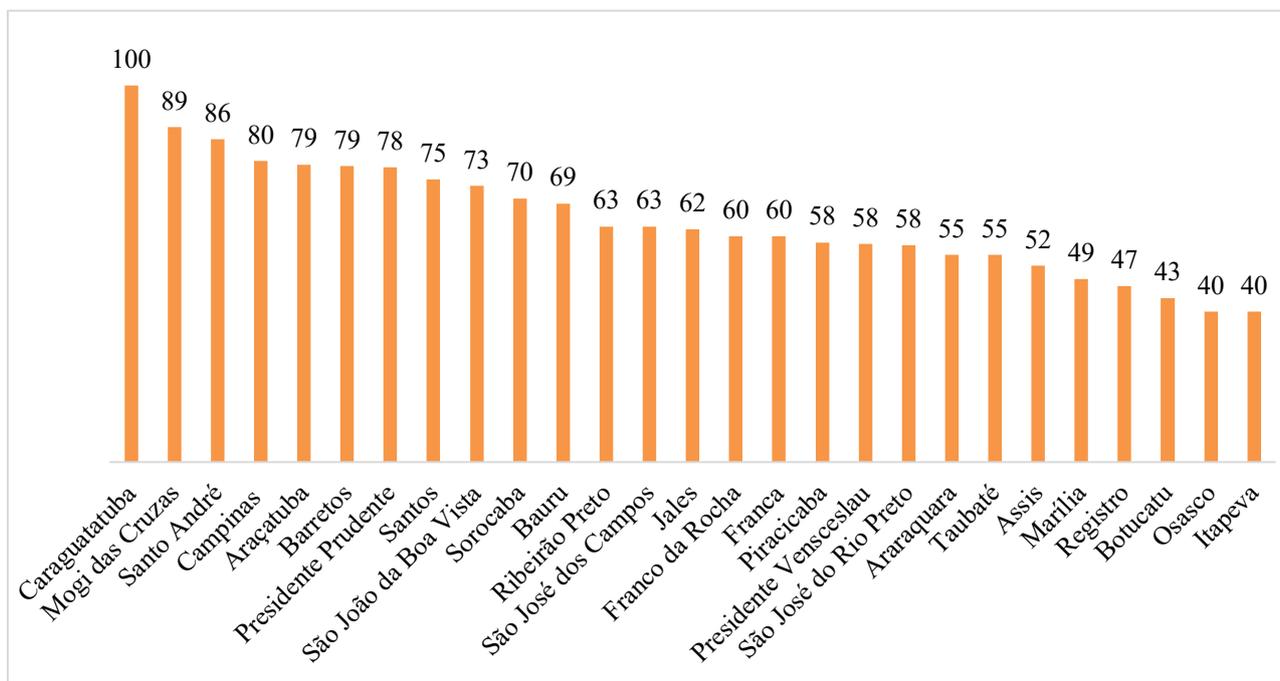
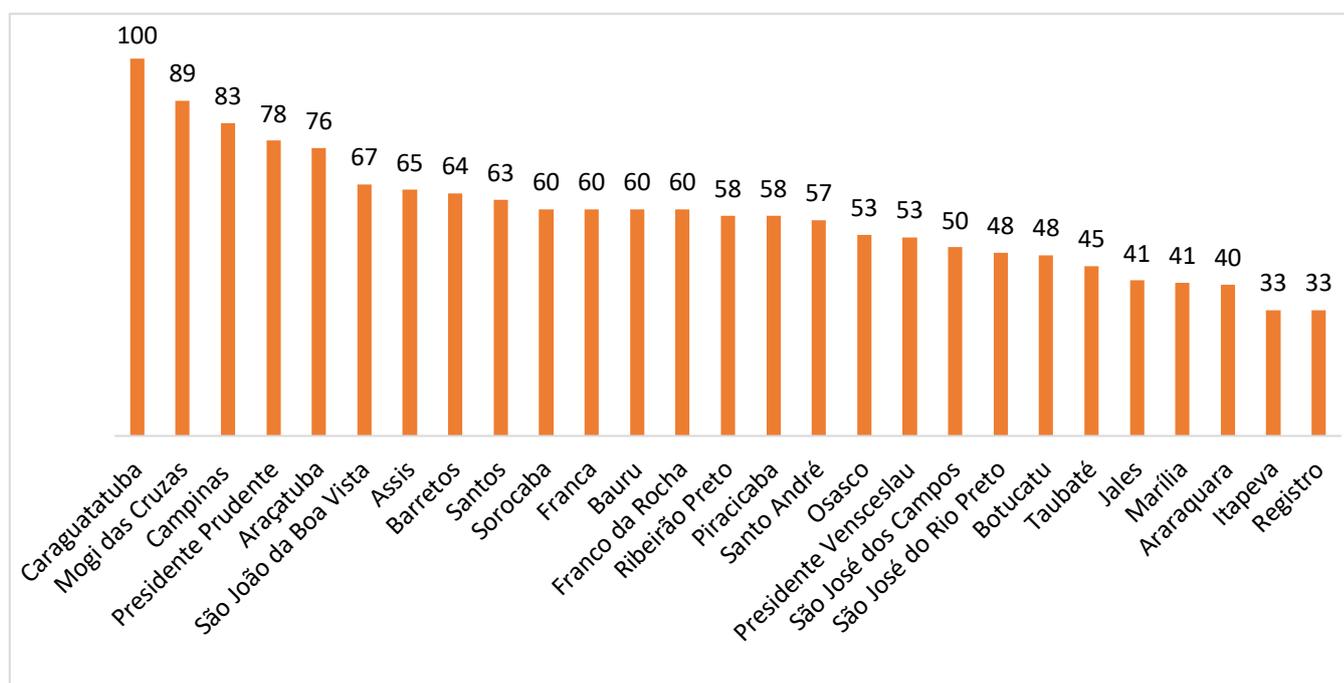


Figura 32 - Proporção de municípios dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a tratamento da dependência da Nicotina (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018



Quanto as frequências relativas da proporção de municípios que desenvolvem ações de prevenção e controle do tabagismo em relação a população, há um destaque dos DRS de Presidente Prudente, Registro e Araçatuba e dos GVE de Presidente Venceslau, Presidente Prudente e Registro (Figuras 33 e 34). Mapas com a distribuição espacial desta medida relativa, reforça o observado para outras ações em que o Noroeste do Estado e Registro se destacam com melhores indicadores (Figuras 35 e 36).

Figura 33 - Número de Unidades de Tratamento da dependência da Nicotina (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo DRS (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

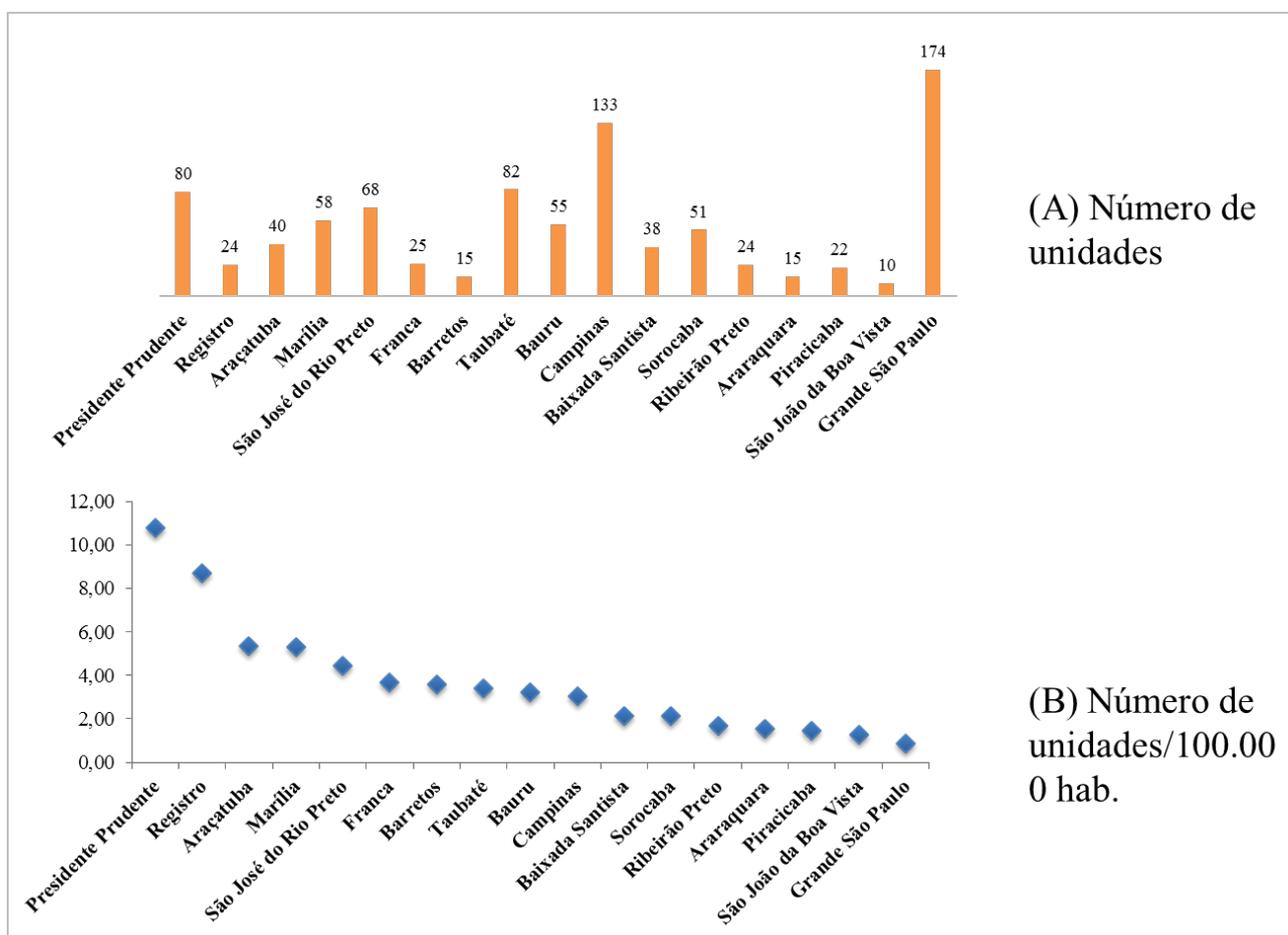


Figura 34 - Número de Unidades de Tratamento da dependência da Nicotina (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo GVE (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

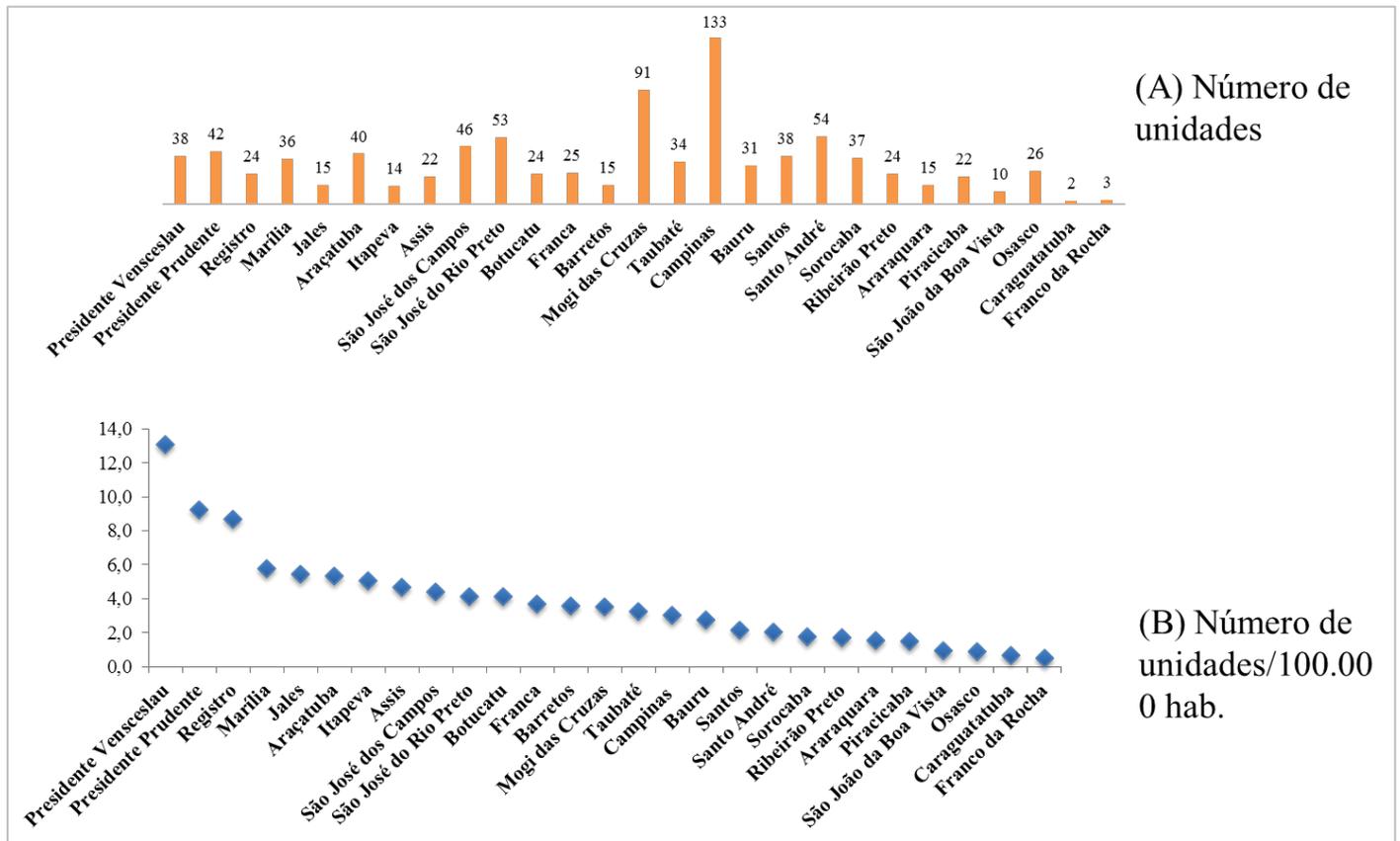


Figura 35 - Número de Polos da Academia da Saúde com enfrentamento ao tabagismo por 100.000 hab. Segundo DRS. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016

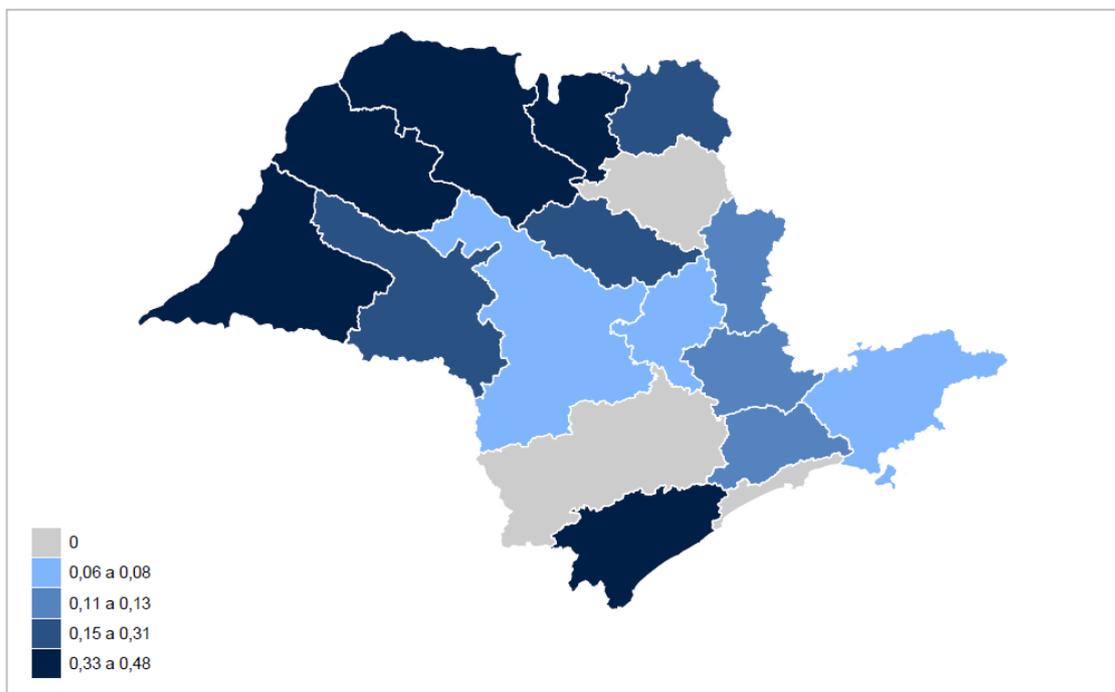
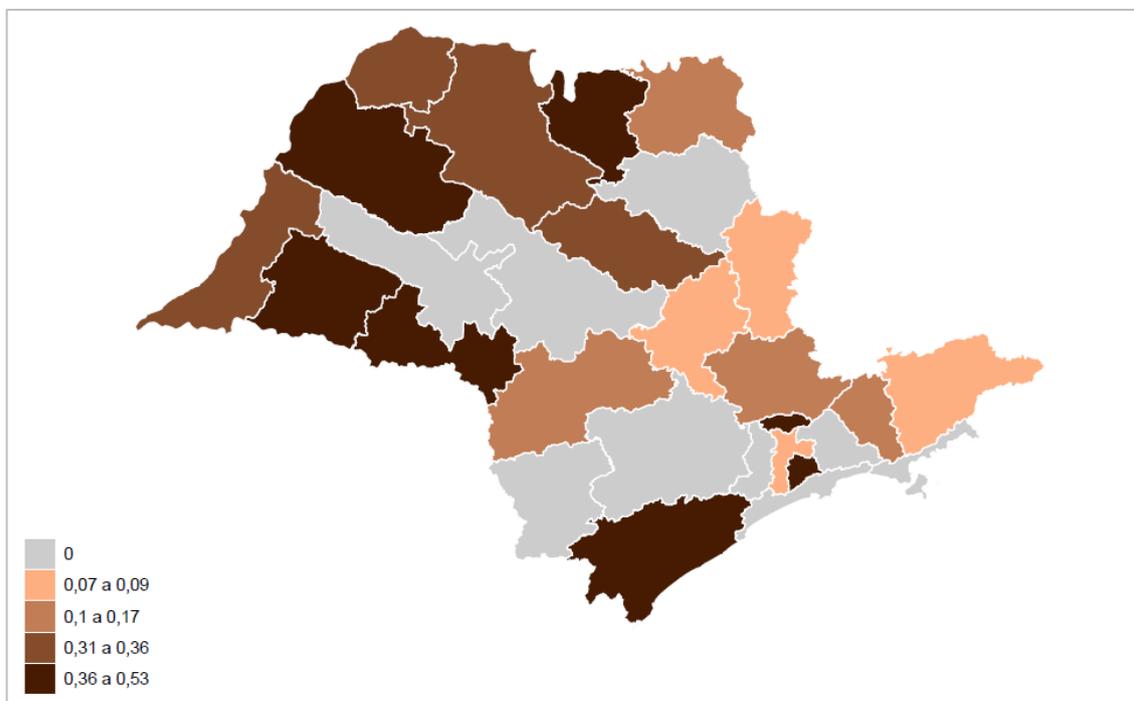


Figura 36 - Número de Polos da Academia da Saúde com enfrentamento ao tabagismo por 100.000 hab. Segundo GVE. Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016



Nas Figuras 37 e 38 evidenciam que há uma correlação positiva entre o percentual de municípios dos DRS e dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao tabagismo e o índice de riqueza do município IPRS (Riqueza-2014). Tanto para DRS como para GVE que quanto maior o índice do IPRS riqueza, a proporção de municípios com ações de prevenção e redução do tabagismo aumenta.

Figura 37 - Correlação entre o percentual de municípios dos DRS que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao tabagismo e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018 e Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016

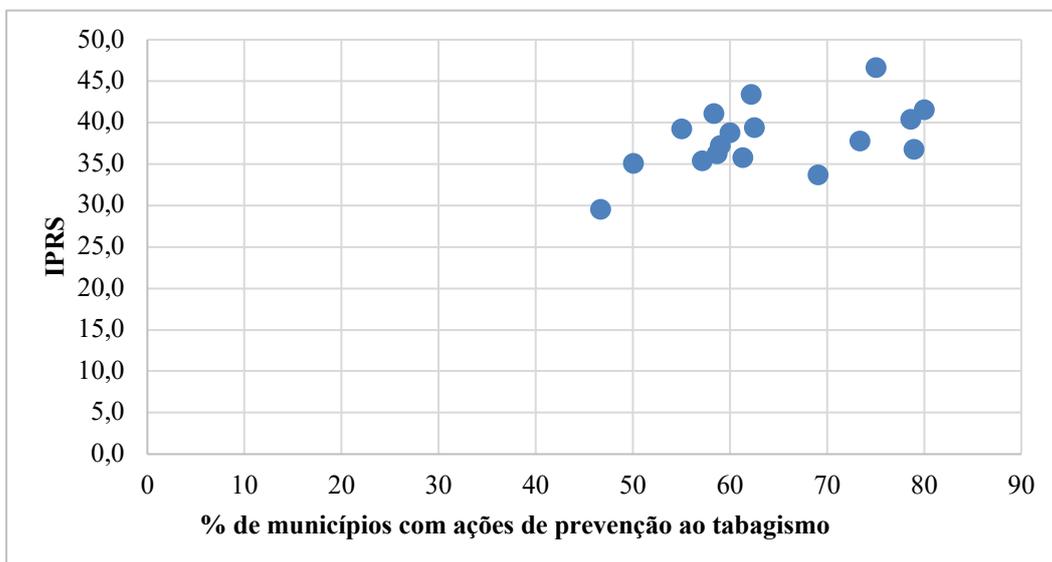
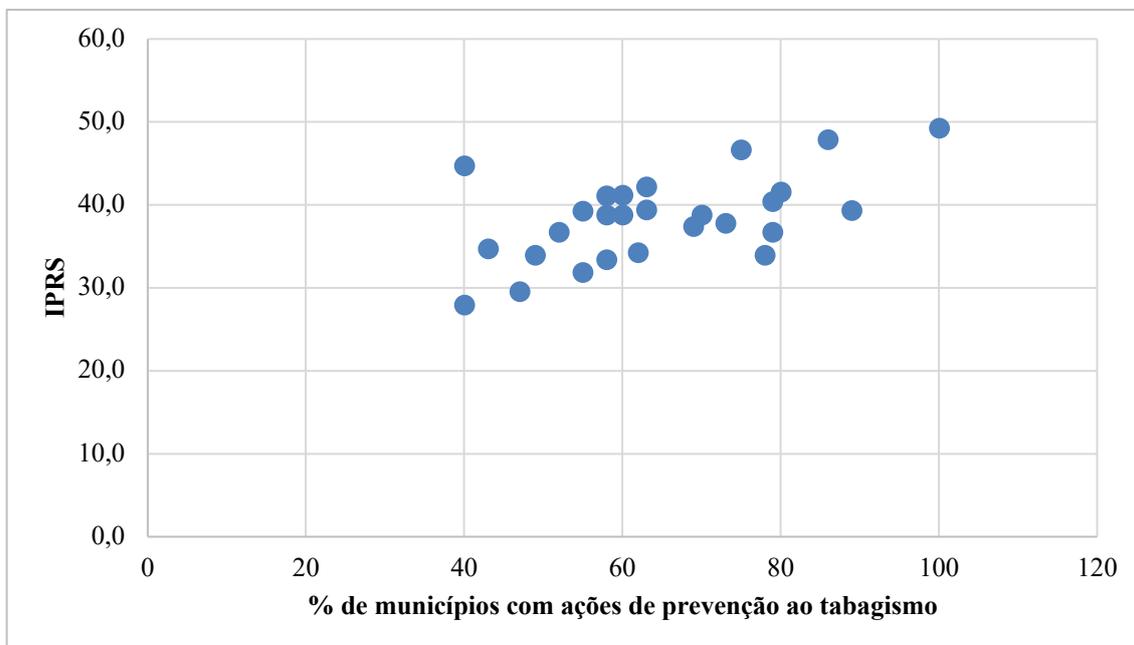


Figura 38 - Correlação entre o percentual de municípios dos GVE que desenvolvem ações relacionadas a prevenção e redução da exposição ao tabagismo e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018 e Dados fornecidos pela DVDCNT, 2016



Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD)

Atualmente, existem diversas modalidades de CAPS, sendo elas os CAPS I, II, III, o CAPSi e o CAPS AD. Os CAPS AD são destinados ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência dessas substâncias. É importante ressaltar que os CAPS AD funcionam em cinco dias úteis da semana, em municípios com populações acima de 100.000 habitantes (BRASIL, 2004).

Nas tabelas 11 e 12 observa-se o número de municípios com mais de 100.000 habitantes, o total de CAPS AD e o número de CAPS AD/ 100.000 habitantes de cada DRS e GVE no ano de 2016.

Tabela 11 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, segundo DRS. São Paulo, 2016

DRS	Nº de Municípios com mais de 100.000 hab	Total CAPS AD	Número de CAPS AD/ 100.000 hab
São João da Boa Vista	1	5	0,63
Araraquara	2	4	0,41
Presidente Prudente	1	3	0,41
Araçatuba	2	3	0,40
São José do Rio Preto	2	6	0,39
Baixada Santista	5	6	0,34
Piracicaba	4	5	0,34
Marília	2	3	0,27
Taubaté	6	6	0,25
Bauru	3	4	0,24
Campinas	12	8	0,18
Grande São Paulo	25	37	0,18
Sorocaba	6	4	0,17
Franca	1	1	0,15
Ribeirão Preto	2	2	0,14
Barretos	1	0	0
Registro	0	0	0

Tabela 12 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, segundo GVE. São Paulo, 2016

GVE	Nº de Municípios com mais de 100.000 hab	Total CAPS AD	Número de CAPS AD/ 100.000 hab
Jales	0	2	0,72
São João da Boa Vista	1	5	0,47
Presidente Prudente	1	2	0,44
Araraquara	2	4	0,41
Araçatuba	2	3	0,40
Presidente Venceslau	0	1	0,34
Santos	5	6	0,34
Piracicaba	4	5	0,34
Caraguatatuba	1	1	0,32
Marília	1	2	0,32
São José do Rio Preto	2	4	0,31
Osasco	10	9	0,31
São José dos Campos	2	3	0,29
Bauru	2	3	0,27
Santo André	6	7	0,27
Assis	1	1	0,21
Sorocaba	6	4	0,19
Taubaté	3	2	0,19
Campinas	12	8	0,18
Franco da Rocha	2	1	0,18
Botucatu	1	1	0,17
Capital	1	19	0,16
Franca	1	1	0,15
Ribeirão Preto	2	2	0,14
Mogi das Cruzas	6	1	0,04
Barretos	1	0	0,00
Registro	0	0	0,00
Itapeva	0	0	0,00

5.1.1.5 Consumo abusivo de Bebidas Alcoólicas

Figura 39 - Proporção de municípios das DRS cujo gestor referiu desenvolver ações relacionadas a Prevenção e Redução do Consumo Excessivo de Álcool. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

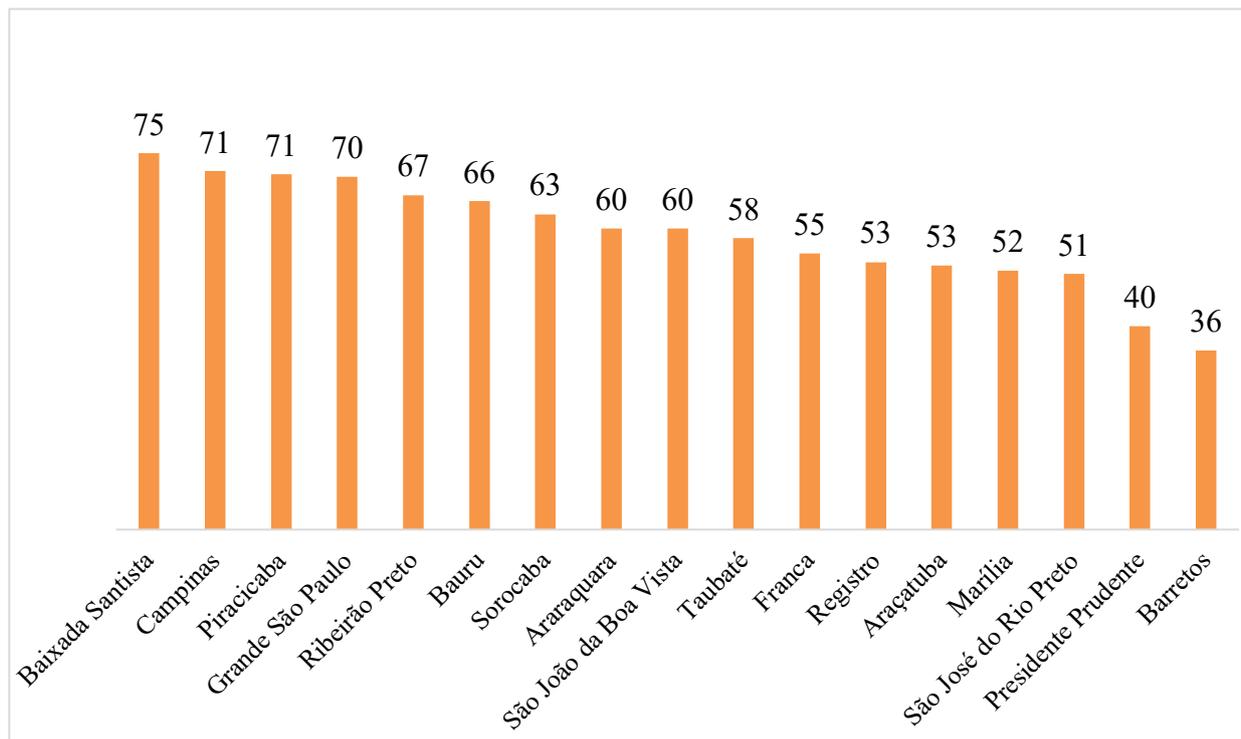


Figura 40 - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações relacionadas a Prevenção e Redução do Consumo Excessivo de Álcool. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

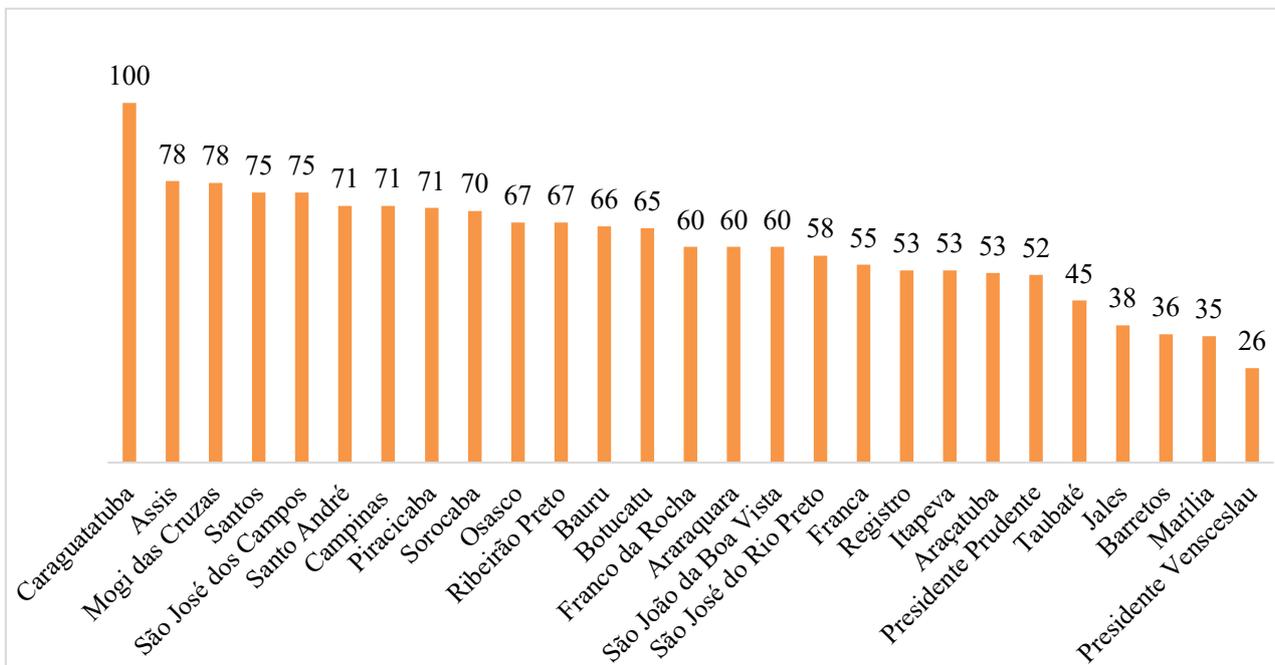


Figura 41 - Número de Unidades de Tratamento da dependência ao Álcool (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo DRS. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

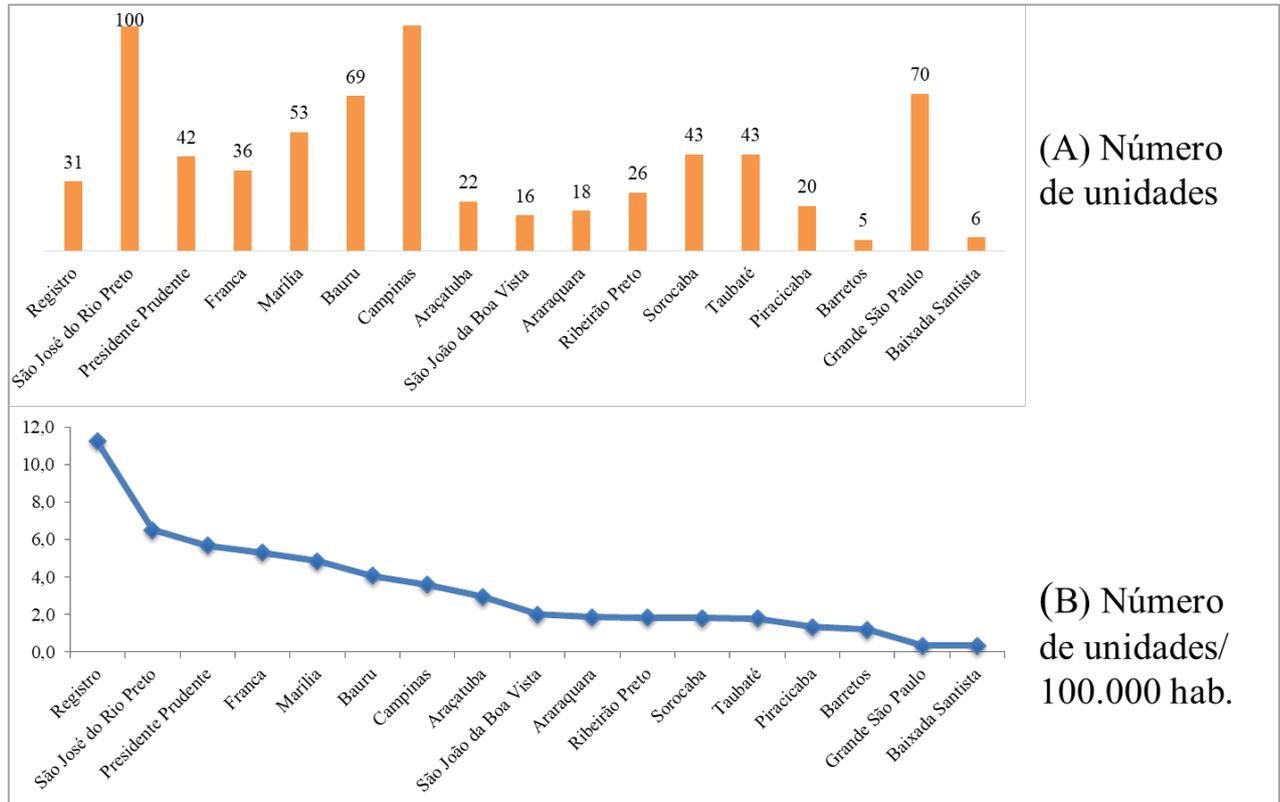
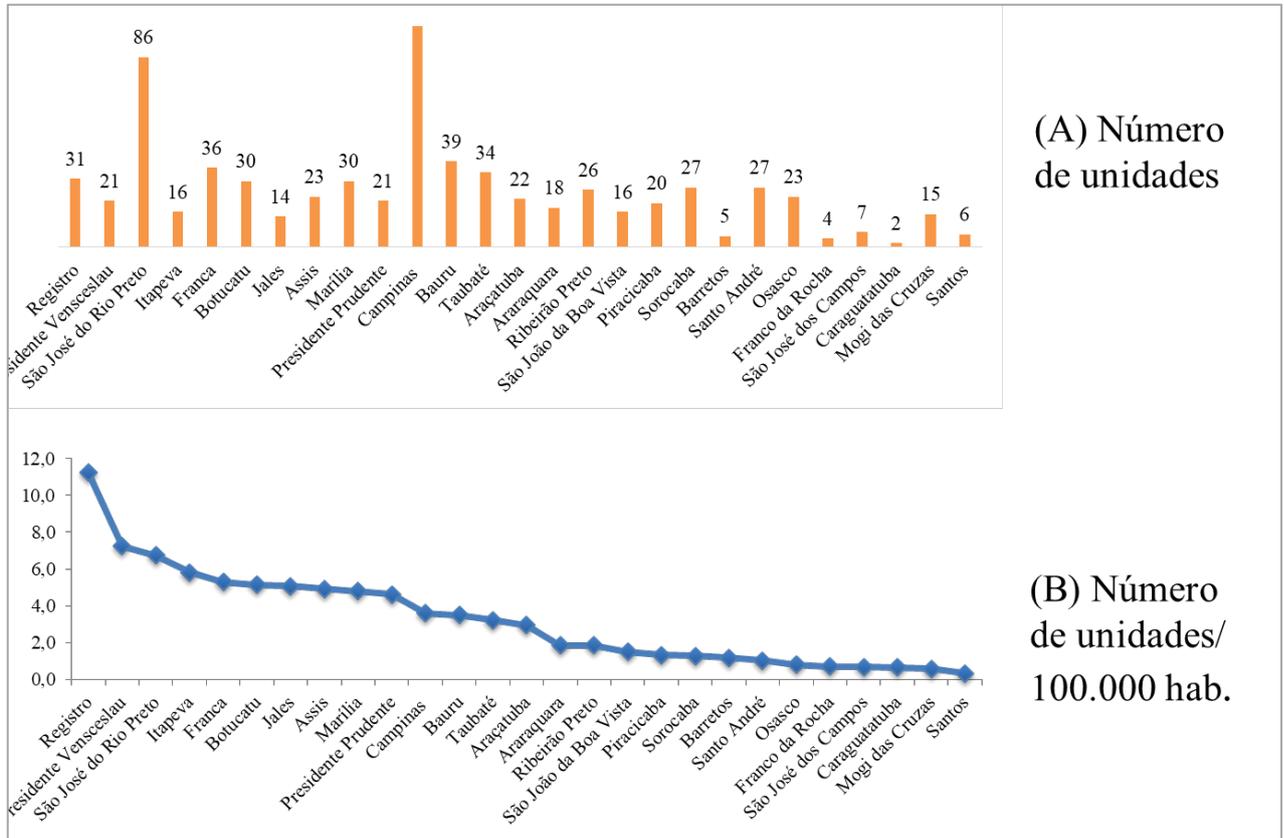


Figura 42 - Número de Unidades de Tratamento da dependência ao Álcool (A) total e (B) por 100.000 hab. Segundo GVE. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018



5.1.1.6 *Cultura da paz e Direitos Humanos, Mobilidade Segura e Sustentabilidade*

Figura 43 - Proporção de municípios dos DRS cujo gestor referiu desenvolver ações de Cultura da Paz e Direitos Humanos. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

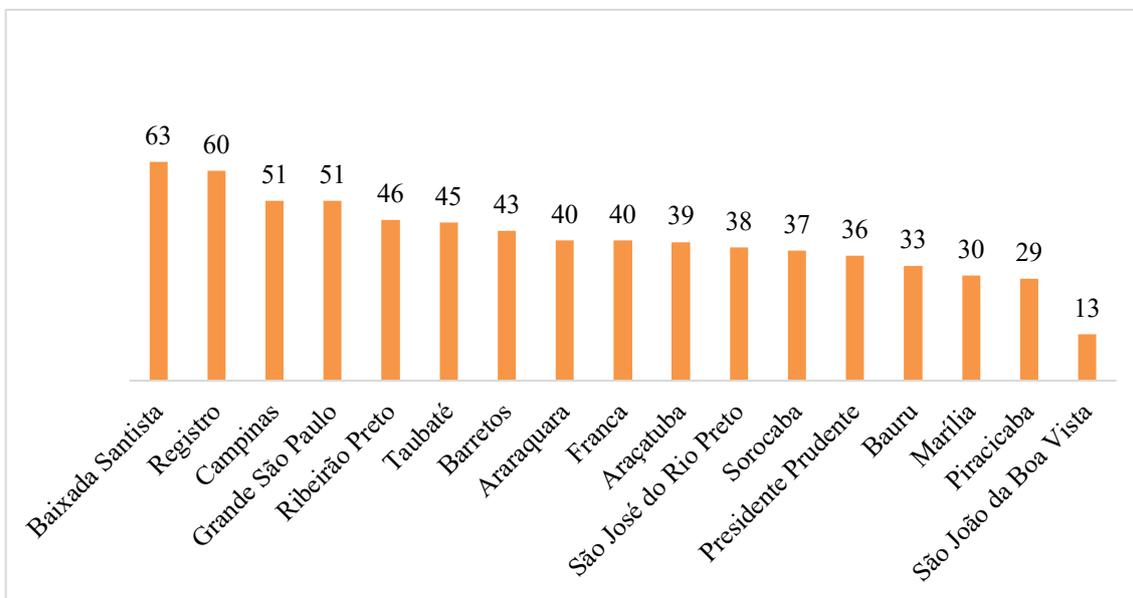


Figura 44 - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações de Cultura da Paz e Direitos Humanos. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

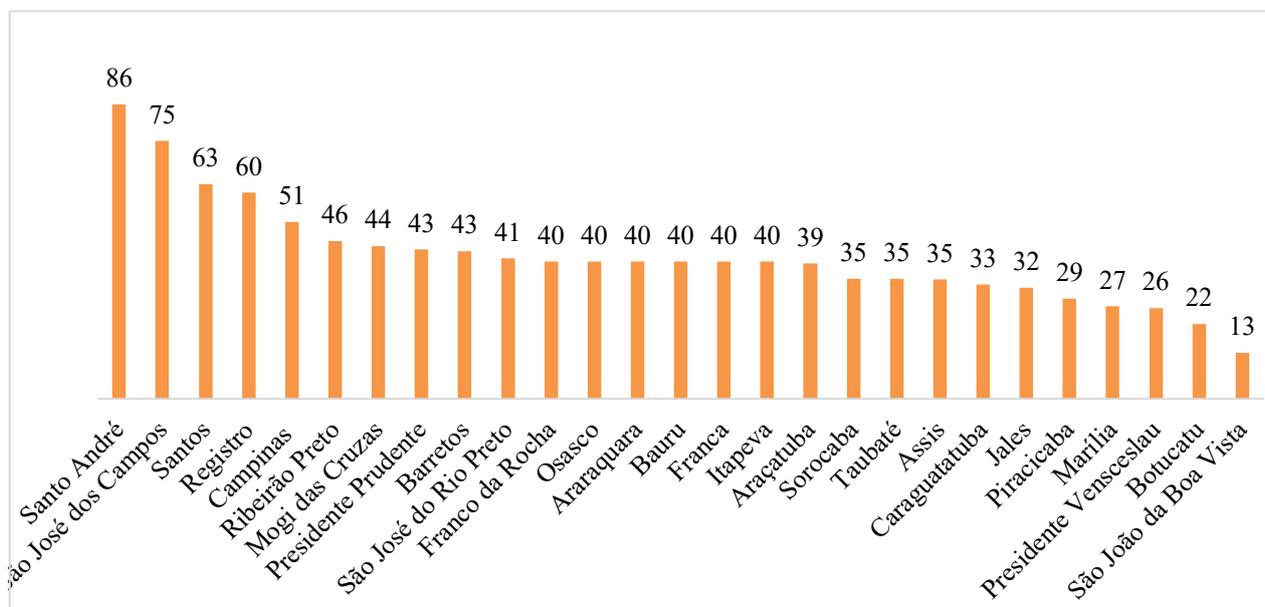


Figura 45 - Proporção de municípios dos DRS cujo gestor referiu desenvolver ações de Mobilidade Segura (Acidentes e Violências). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

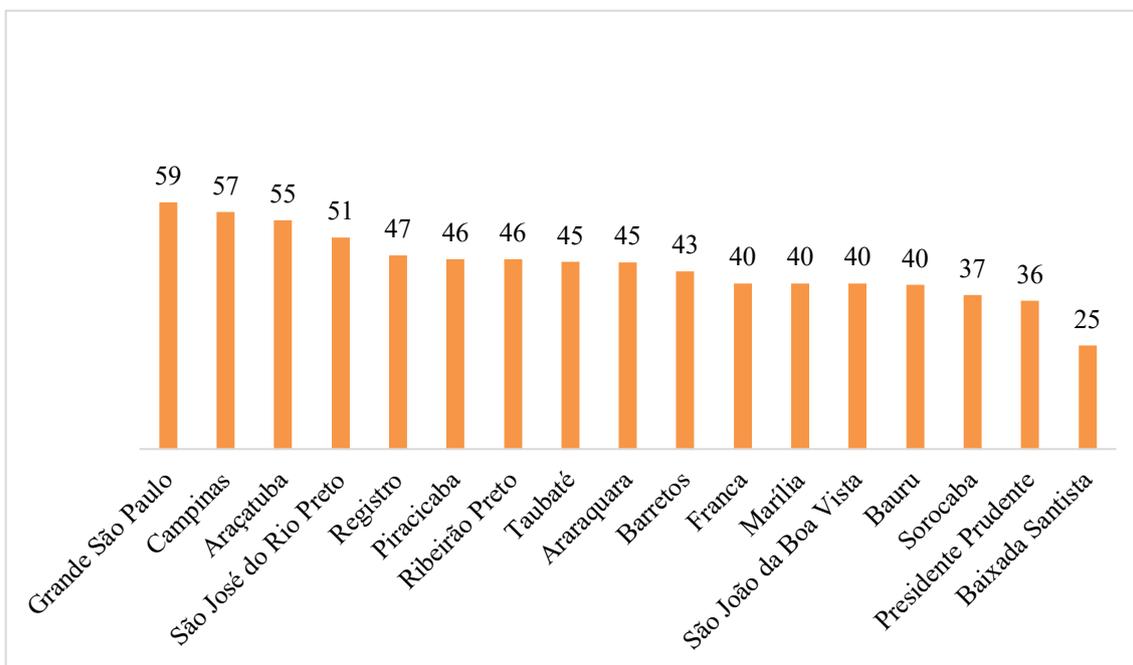


Figura 46 - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações de Mobilidade Segura (Acidentes e Violências). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

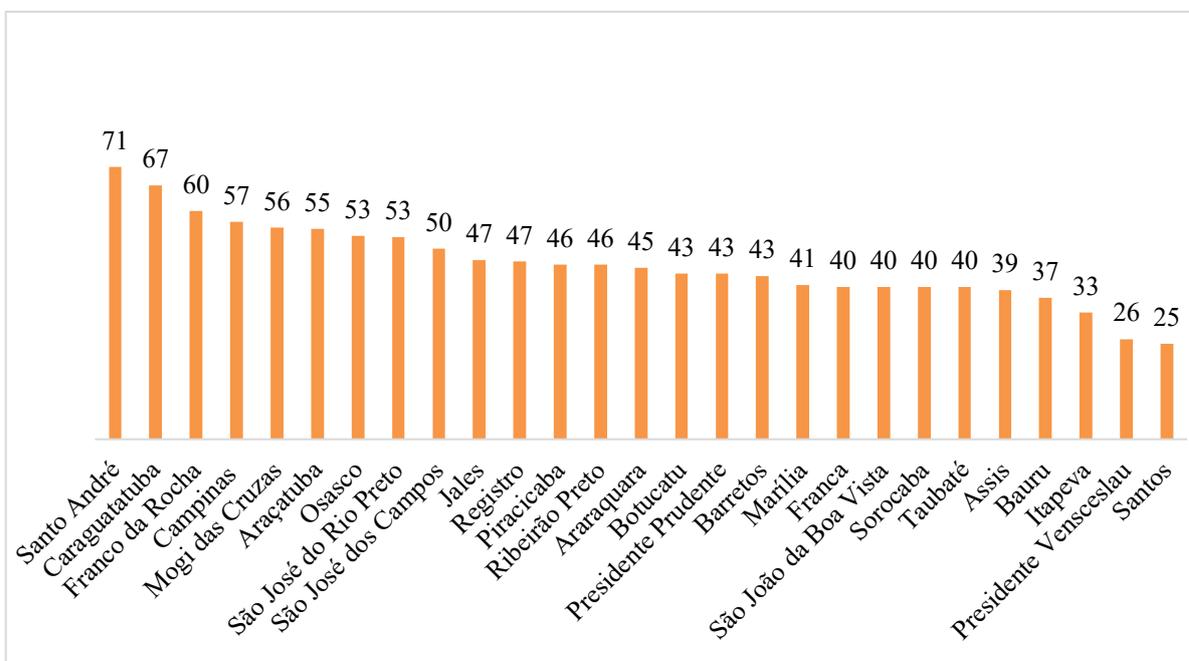


Figura 47 - Proporção de municípios dos DRS cujo gestor referiu desenvolver ações de Sustentabilidade. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

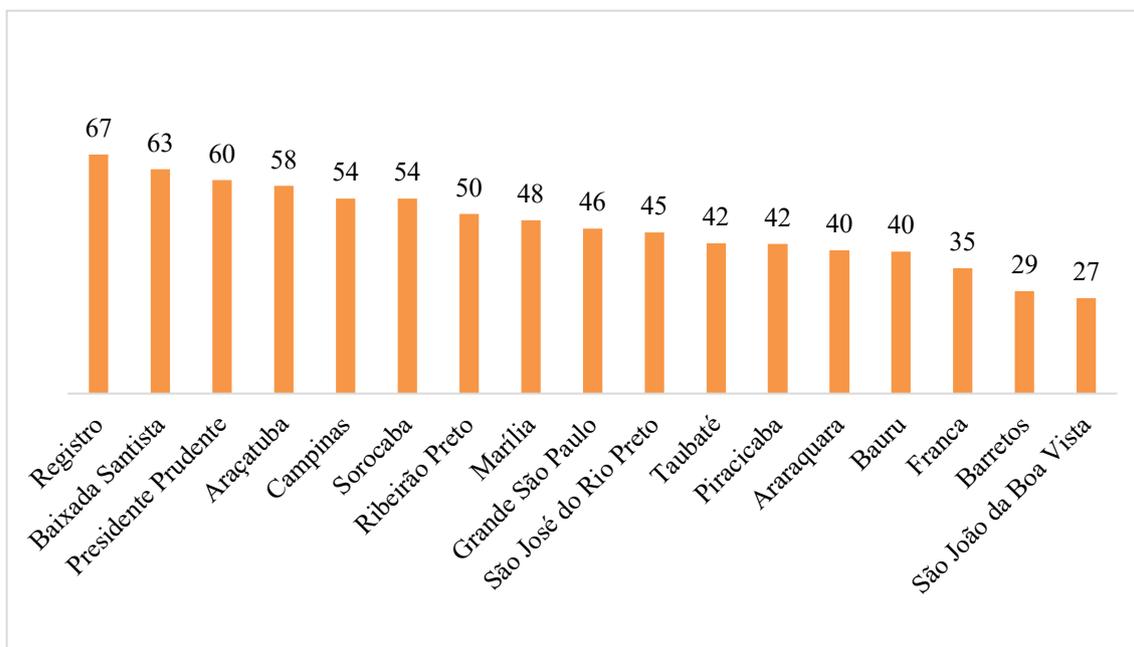


Figura 48 - - Proporção de municípios dos GVE cujo gestor referiu desenvolver ações de Sustentabilidade. (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

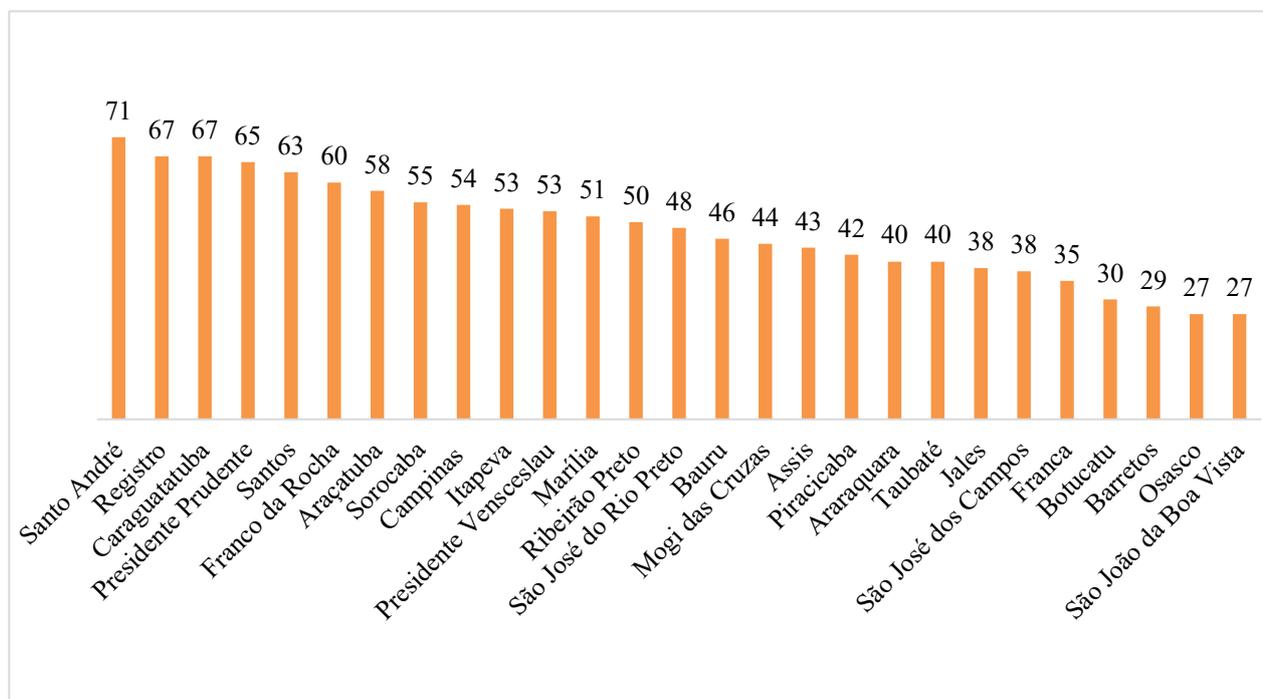


Figura 49 - Distribuição dos três maiores e menores percentuais de ações para prevenção e controle das DCNT, segundo DRS e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

cod_drs	DRS	IPRS	Ações									
			Prevenção Tabagismo	Cessaçãodo tabagismo	Prevenção Álcool	Tratamento consumo álcool	Estímulo Alimentação saudável	Estímulo Atividade Física	Polos Academia da Saúde	Mobilidade segura	Sustentabilidade	Projetos
3504	Baixada Santista	46,6										
3501	Grande São Paulo	43,4										
3507	Campinas	41,6										
3510	Piracicaba	41,1										
3505	Barretos	40,5										
3513	Ribeirão Preto	39,4										
3503	Araraquara	39,3										
3508	Franca	38,8										
3514	São João Da Boa Vista	37,8										
3515	São José Do Rio Preto	37,3										
3502	Araçatuba	36,8										
3506	Bauru	36,2										
3517	Taubaté	35,8										
3516	Sorocaba	35,4										
3509	Marília	35,1										
3511	Presidente Prudente	33,7										
3512	Registro	29,6										

■ 3 Melhores ■ 3 Piores

Figura 50- Distribuição dos três maiores e menores percentuais de ações para prevenção e controle das DCNT, segundo GVE e IPRS (Riqueza-2014). (Pesquisa CETAB/SES-SP), 2018

cod_gve	GVE	IPRS	Ações										
			Prevenção Tabagismo	Cessaçãodo tabagismo	Prevenção Álcool	Tratamento consumo álcool	Estímulo Alimentação saudável	Estímulo Atividade Física	Polos Academia da Saúde	Mobilidade segura	Sustentabilidade	Projetos	
7	Santo André	47,9											
28	Caraguatatuba	49,3											
25	Santos	46,6											
10	Osasco	44,7											
27	São José dos Campos	42,2											
17	Campinas	41,6											
9	Franco da Rocha	41,2											
20	Piracicaba	41,1											
14	Barretos	40,5											
24	Ribeirão Preto	39,4											
8	Mogi das Cruzas	39,3											
12	Araraquara	39,3											
18	Franca	38,8											
29	São José do Rio Preto	38,8											
31	Sorocaba	38,8											
26	São João da Boa Vista	37,8											
15	Bauru	37,4											
11	Araçatuba	36,8											
13	Assis	36,7											
16	Botucatu	34,8											
30	Jales	34,3											
19	Marília	34,0											
21	Presidente Prudente	34,0											
22	Presidente Venceslau	33,4											
33	Taubaté	31,9											
23	Registro	29,6											
32	Itapeva	27,9											

5.1.2 Análise do perfil de morbimortalidade por DCNT selecionadas

5.1.2.1 Doenças Cerebrovasculares

Nesta seção encontram-se as taxas de internação hospitalar por doenças cerebrovasculares (CID I60-I69) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os DRS e os GVE do estado de São Paulo.

Análise DRS

A taxa de mortalidade variou no sexo masculino de 113,6 (Araçatuba) a 156,1 óbitos por 100.000 habitantes (Barretos) no período de 2003-2005, e de 92,5 (Taubaté) a 126,2 (Baixada Santista) em 2013-2015. Para o sexo feminino, no primeiro triênio avaliado, houve variação de 81,3 a 107,5 óbitos por 100.000 (em Ribeirão Preto e Barretos, respectivamente) e no segundo triênio, os valores encontrados variaram de 67,5 a 95,1 (em São José do Rio Preto e São João da Boa Vista, respectivamente) (Figura 51). Na Figura 52, ao observar a diferença entre as taxas ajustadas nos dois triênios avaliados, nota-se que em ambos os sexos e em todas as DRS houve decréscimo das taxas no período avaliado.

Figura 51 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

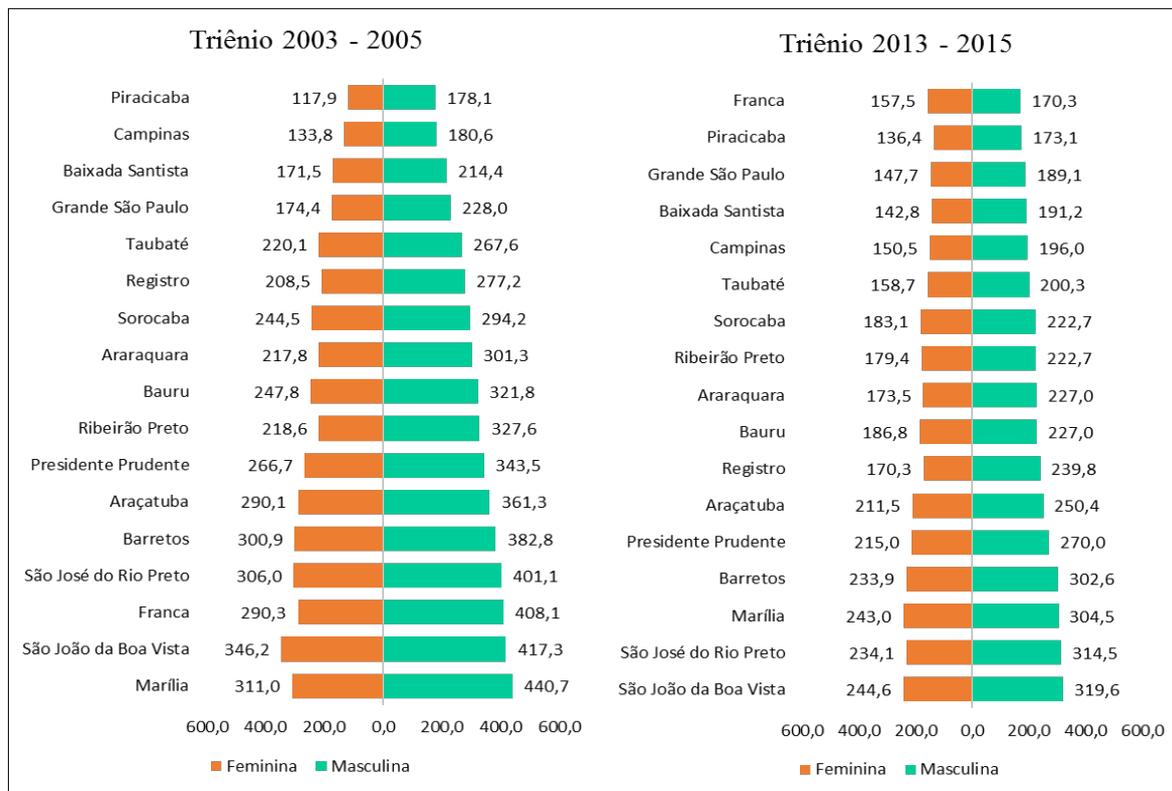
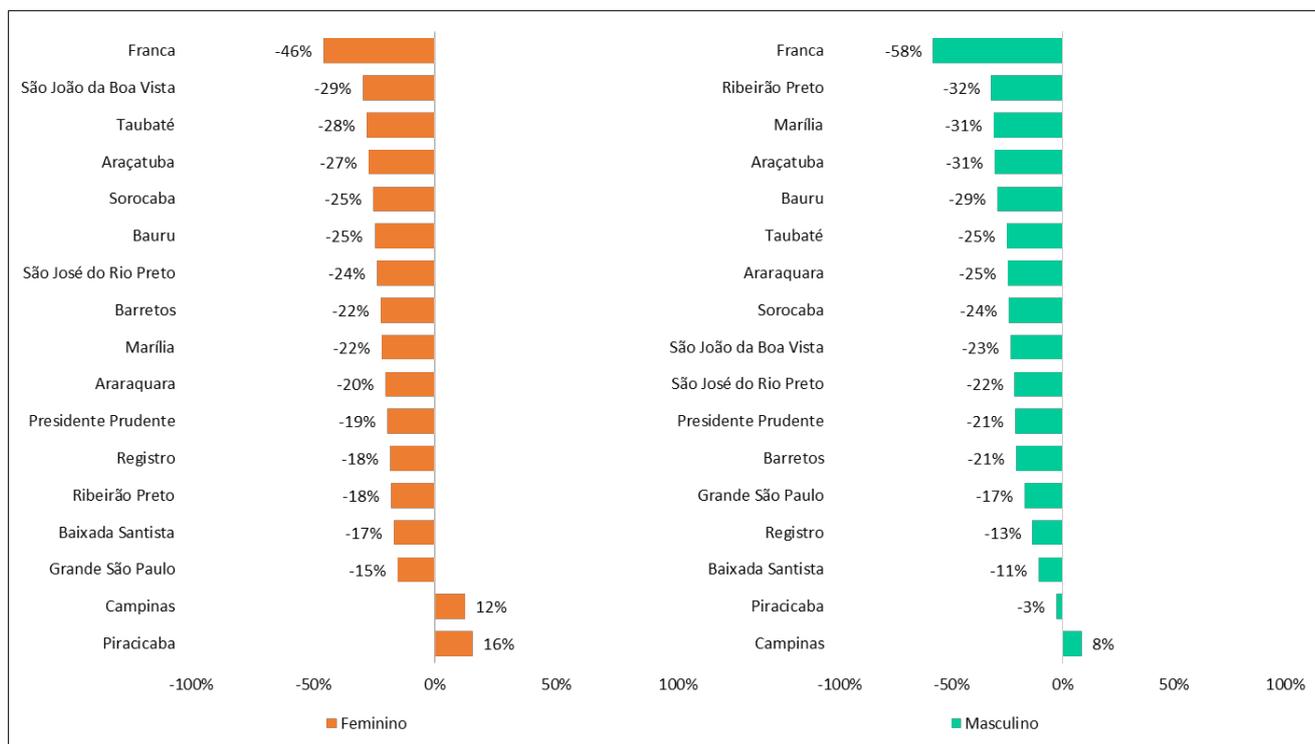


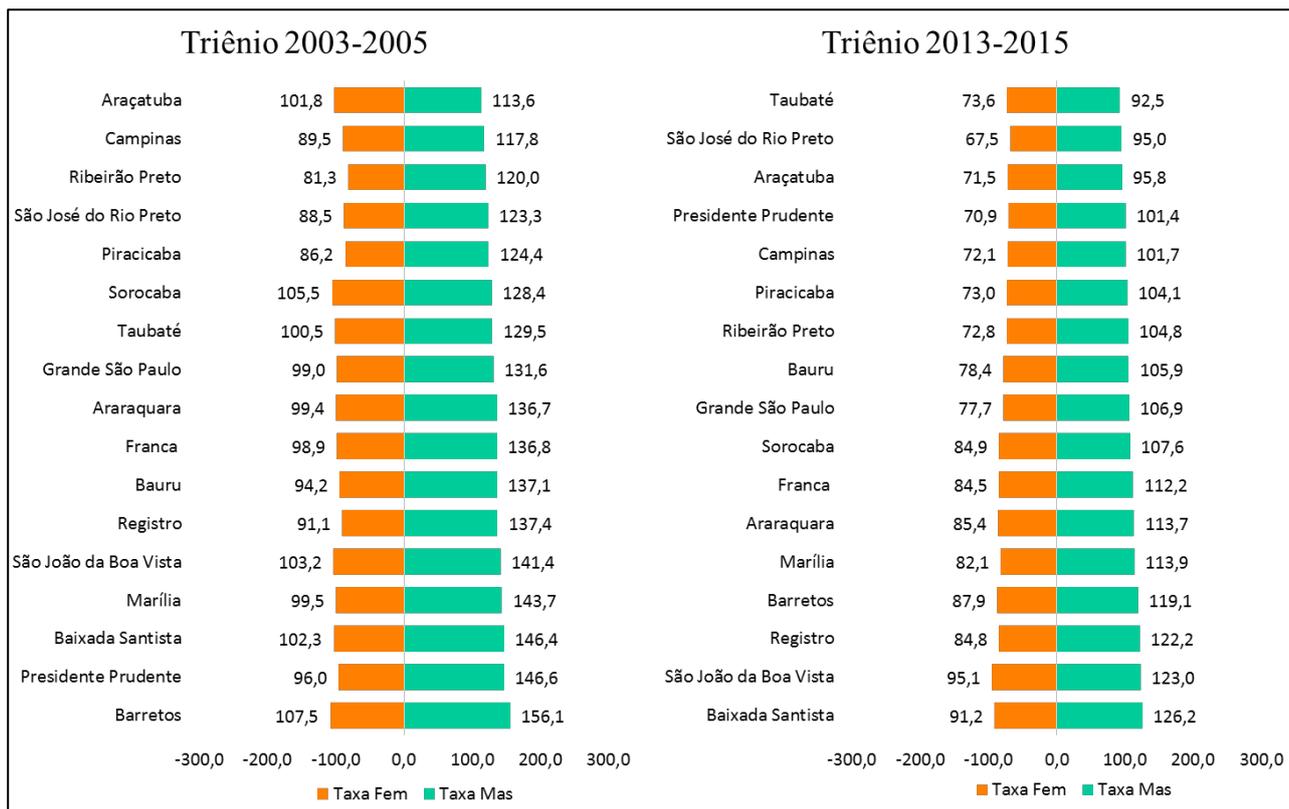
Figura 52 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.



Análise GVE

As taxas de mortalidade apresentaram variação entre o sexo masculino de 98,7 (Jales) a 164,6 óbitos por 100.000 habitantes (Presidente Venceslau) no período de 2003-2005, e de 82,4 (São José dos Campos) a 141,5 (Itapeva) em 2013-2015 e no sexo feminino, no primeiro triênio avaliado, houve variação de 75,5 a 131,5 óbitos por 100.000 (em Jales e Itapeva, respectivamente) e no segundo triênio, os valores encontrados variaram de 64,5 a 125,0 (em São José dos Campos e Itapeva, respectivamente) (Figura 55). Na Figura 56, ao observar a diferença entre as taxas ajustadas nos dois triênios avaliados, nota-se que em ambos os sexos e em todas as GVEs houve decréscimo das taxas no período avaliado.

Figura 53 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



*População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 54 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.

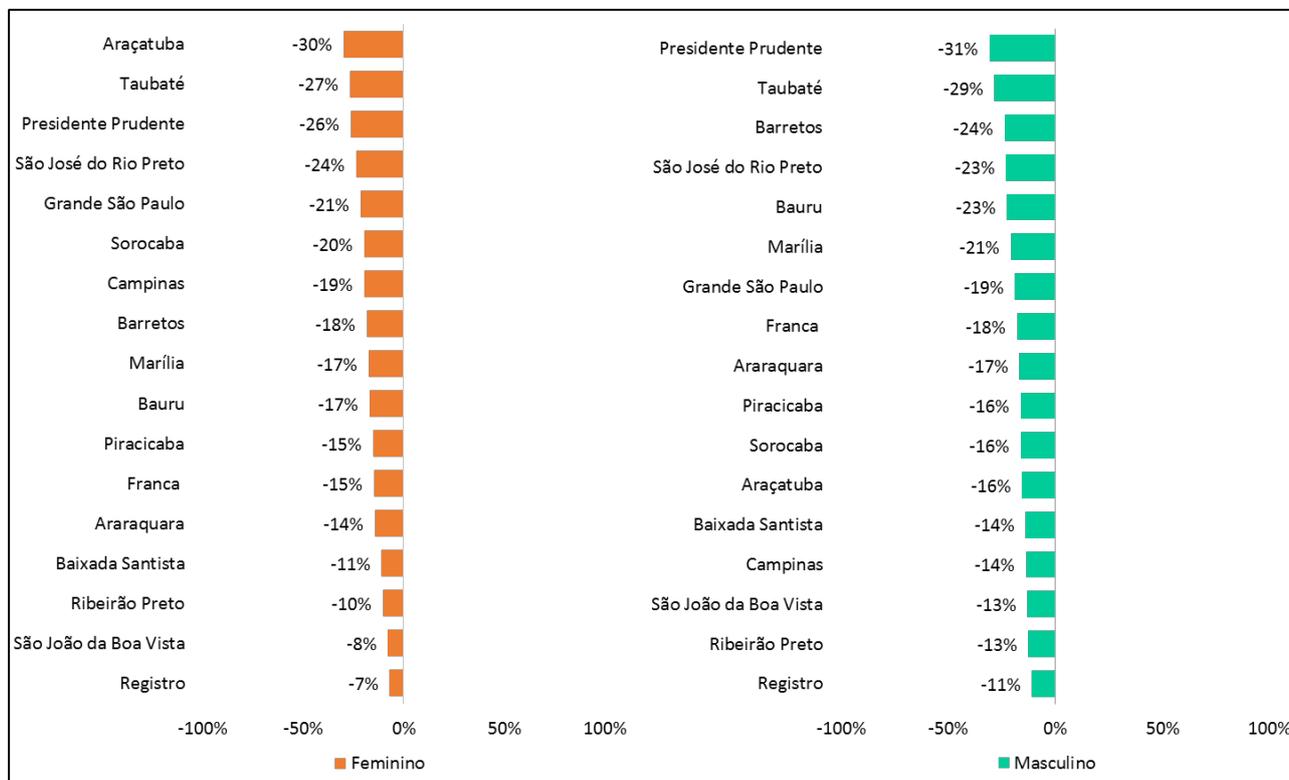


Figura 55 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

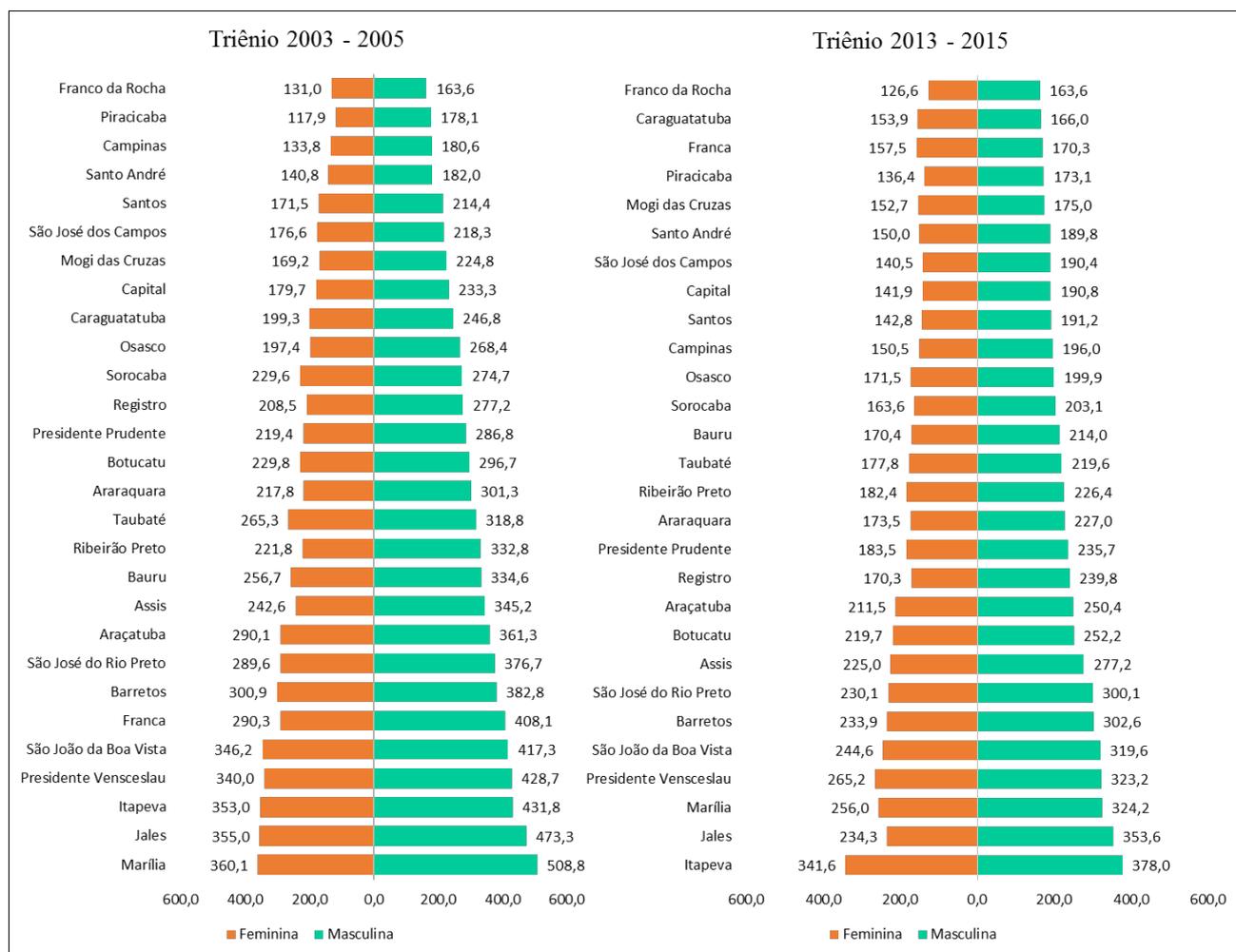


Figura 56 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças cerebrovasculares, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

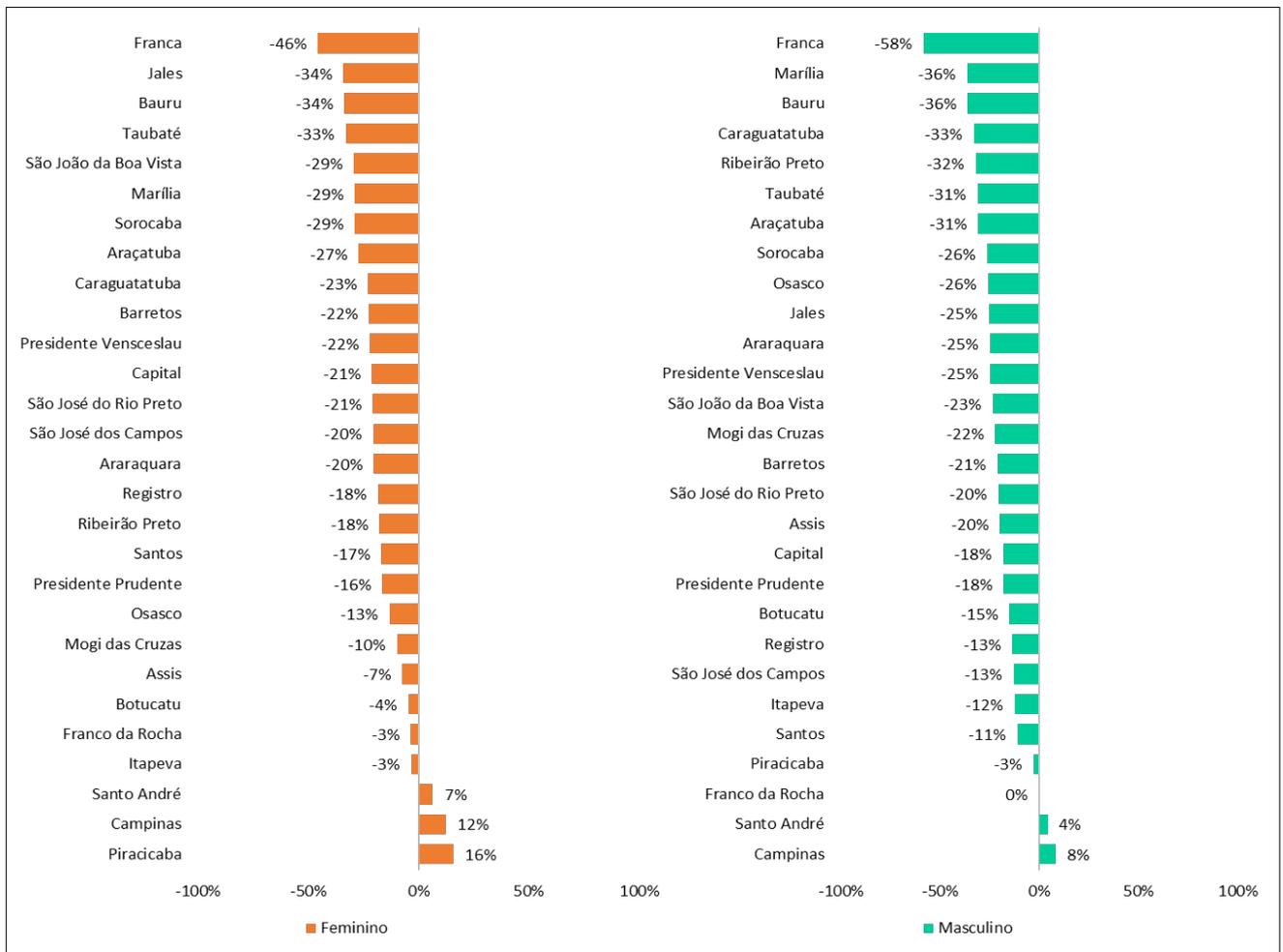
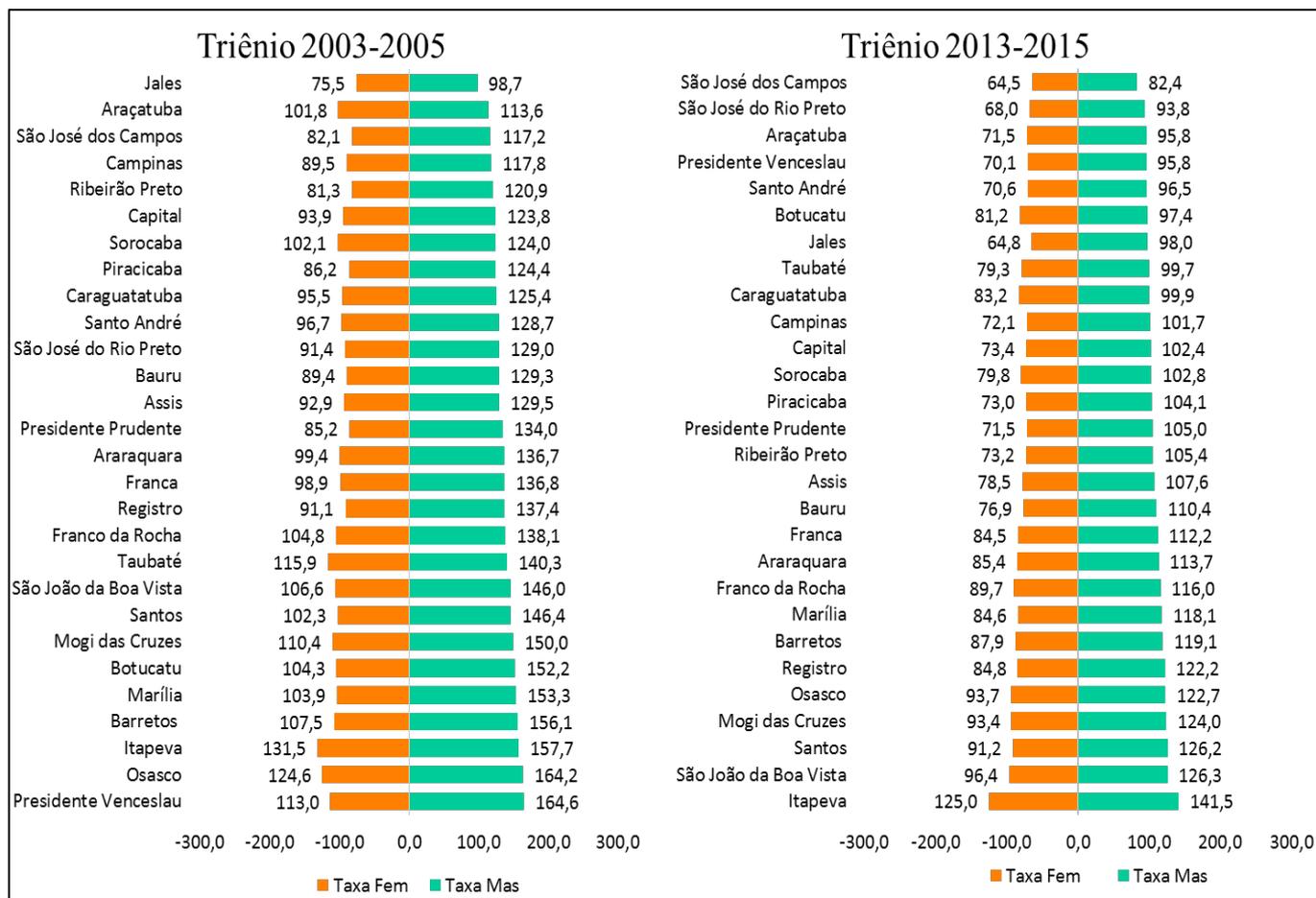
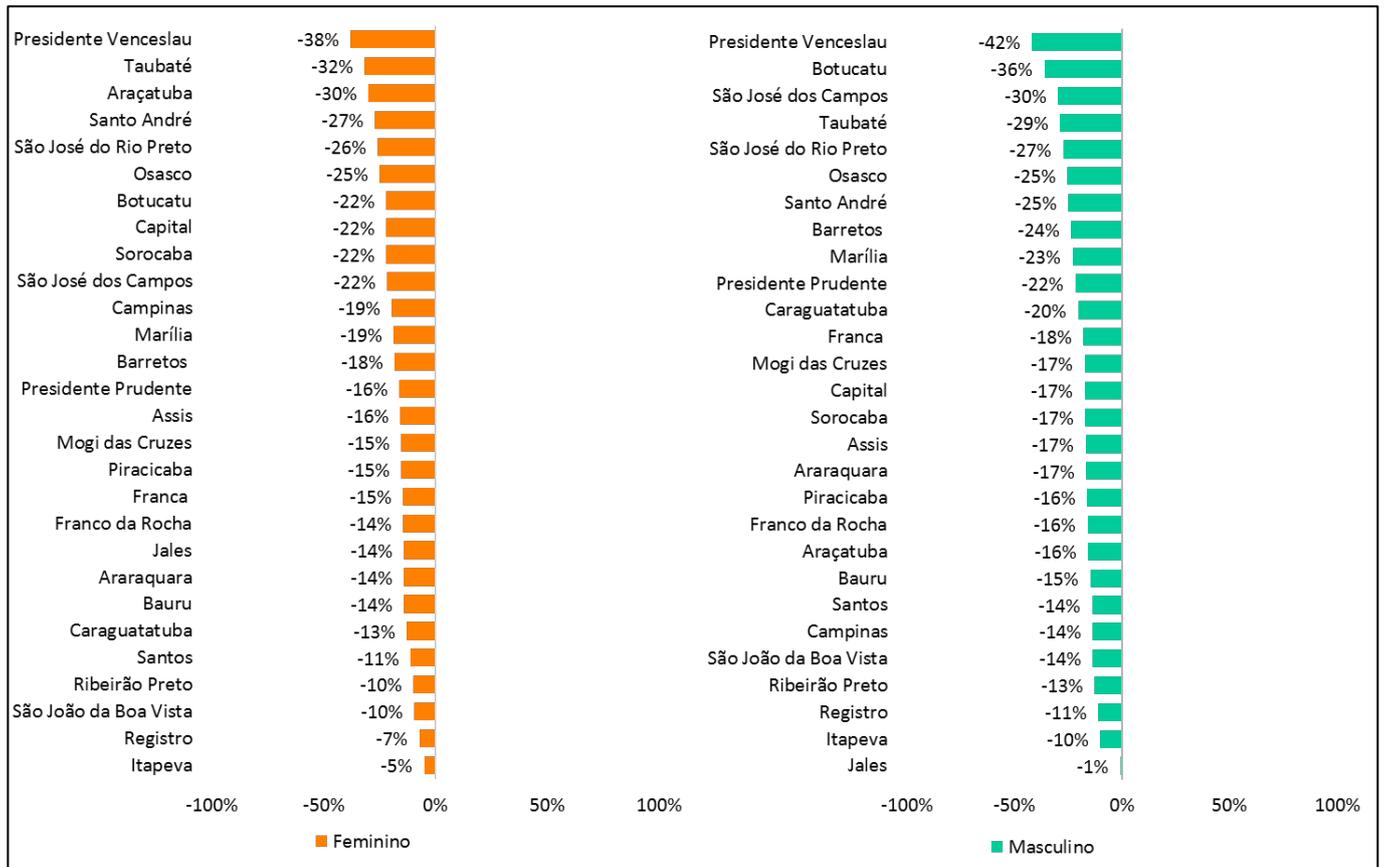


Figura 57- Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



*População-referência: total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 58 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Cerebrovasculares, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.1.2.2 Doenças Isquêmicas do Coração

As figuras de 57 a 64 apresentam as taxas de internação hospitalar por doenças isquêmicas do coração (CID I20-I25) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo.

Análise DRS

Para as DRS, no sexo masculino, a taxa de mortalidade acima de 30 anos variou de 87,9 (Araçatuba) a 232,8 óbitos por 100.000 habitantes (Grande São Paulo) no período de 2003-2005, e de 93,3 (Araçatuba) a 226,8 (Baixada Santista) em 2013-2015. No sexo feminino, para o primeiro triênio avaliado, houve variação de 55,5 a 128,9 óbitos por 100.000 (em Araçatuba e Grande São Paulo, respectivamente) e no segundo triênio, os valores encontrados variaram de 51,4 a 112,0 (em Araçatuba e Baixada Santista, respectivamente) (Figura 59). Ao observar a diferença entre as taxas ajustadas nos dois triênios avaliados, nota-se que no sexo feminino houve aumento das taxas somente nas DRS de São João da Boa Vista, Araraquara e Baixada Santista (1, 2 e 54% respectivamente). No sexo masculino esse aumento esteve presente em sete DRS (Marília, São João da Boa Vista, Araçatuba, Araraquara, Barretos, Presidente Prudente e Baixada Santista). Ressaltando que a Baixada Santista foi a DRS com maior aumento nas taxas de mortalidade por doenças Isquêmicas do Coração em ambos os sexos (Figura 60).

Figura 59 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

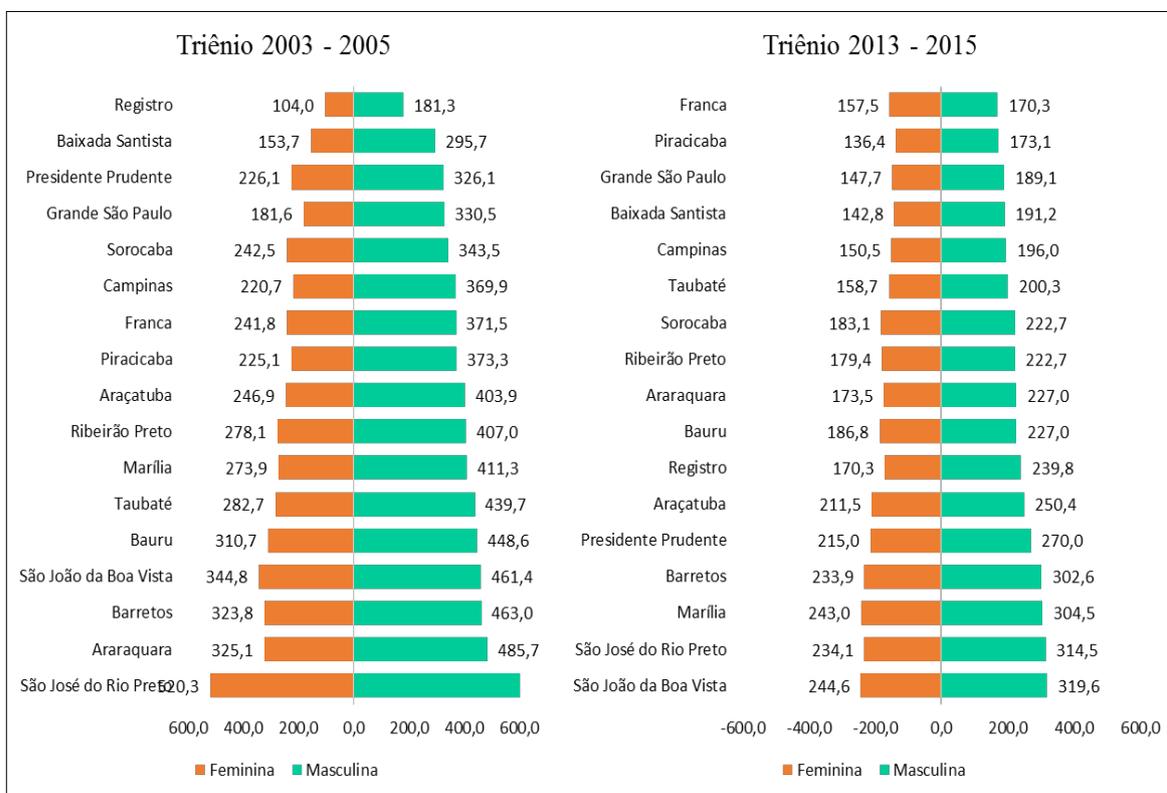


Figura 60 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

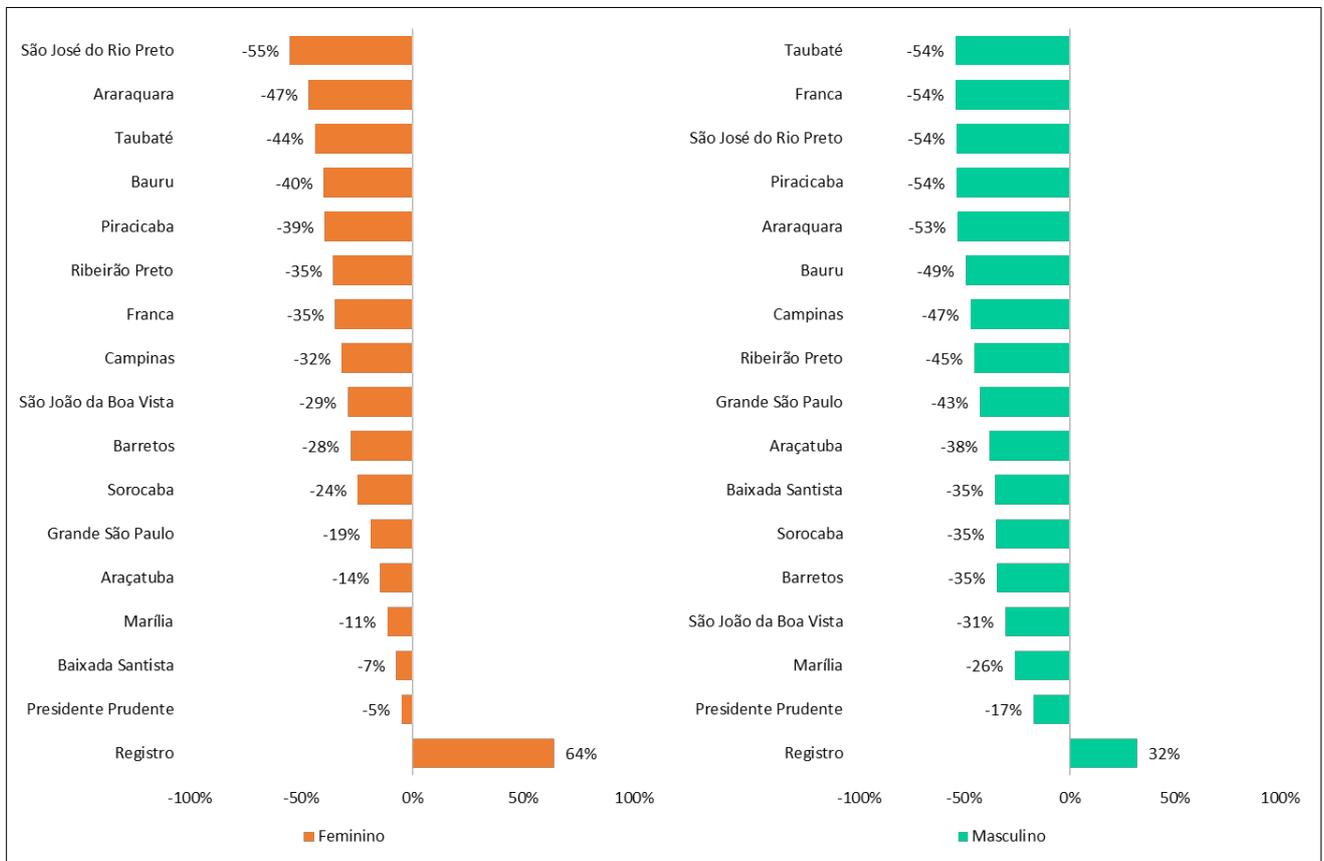
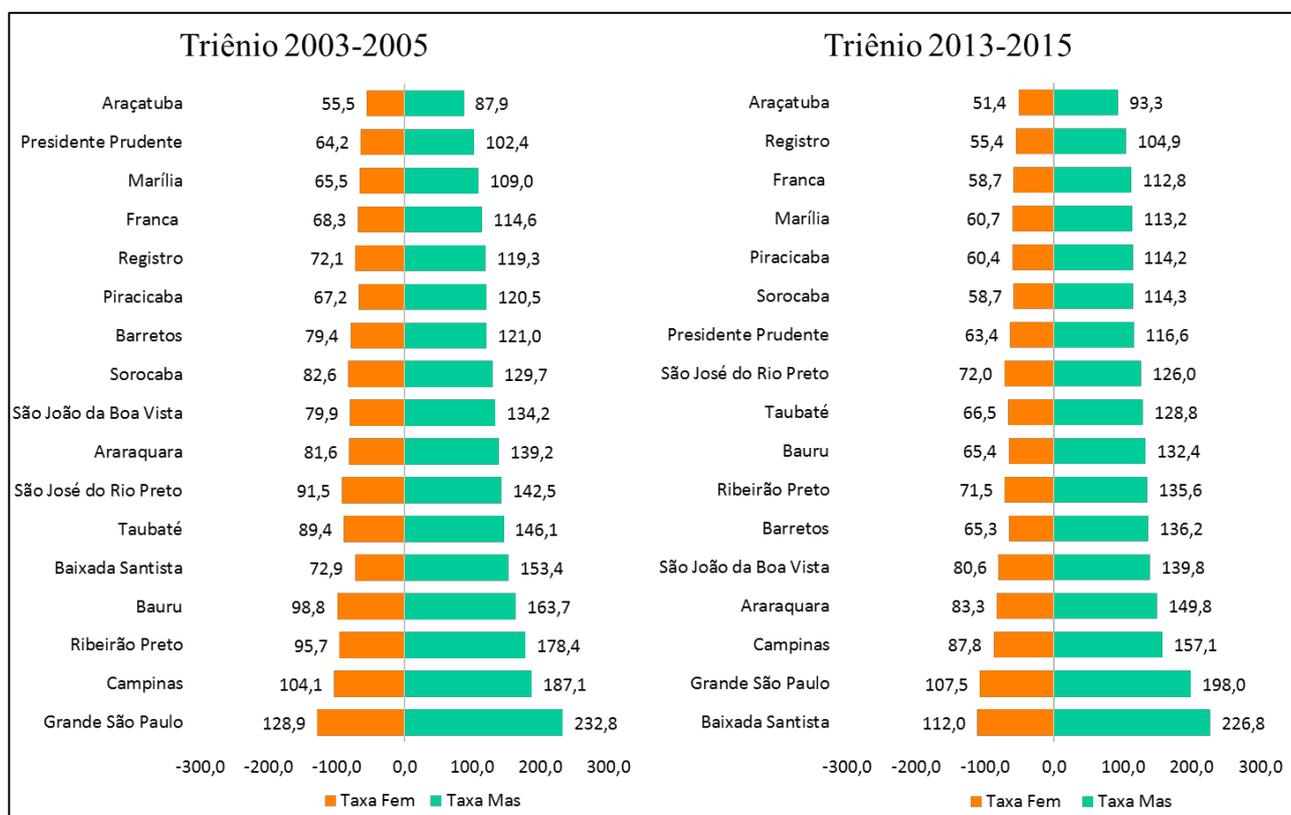
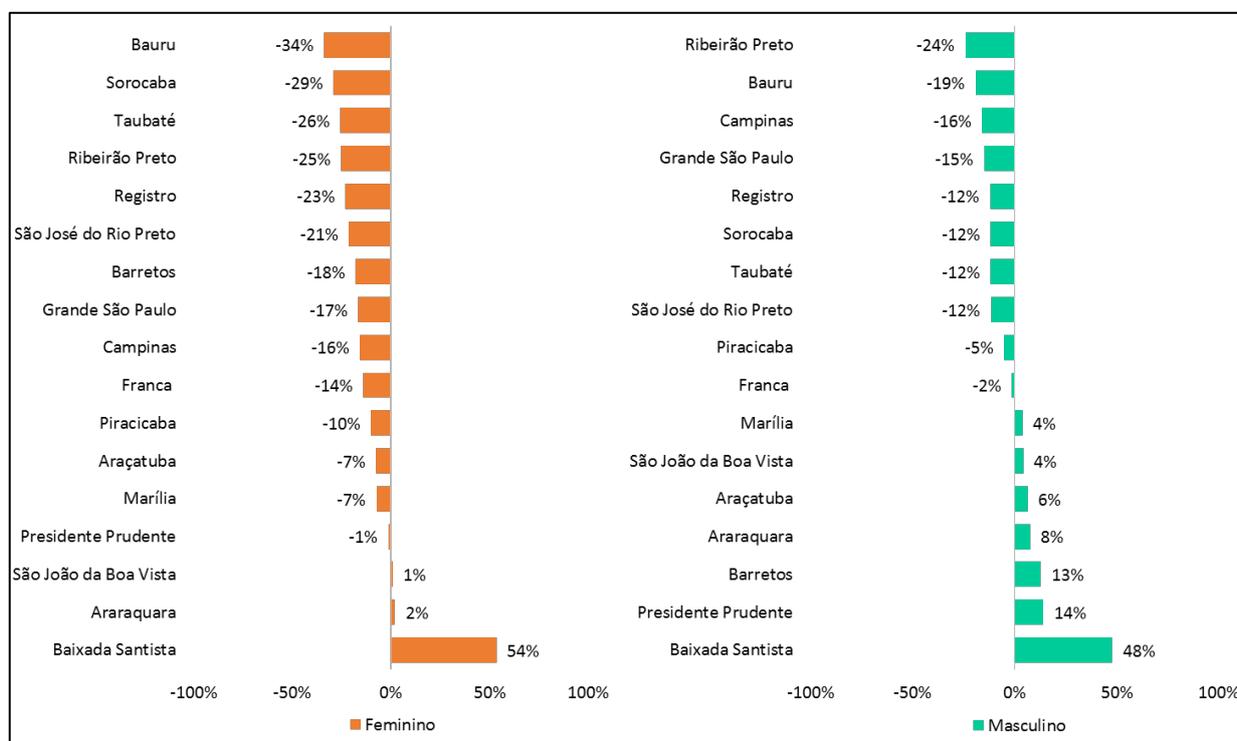


Figura 61- Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 62 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



Análise GVE

Na figura 63 são mostradas as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, para as doenças Isquêmicas do Coração (CID I20-I25) nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e a diferença entre eles, por sexo, nos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo. Para o sexo masculino, essa taxa variou de 84,7 (Jales) a 265,8 óbitos por 100.000 habitantes (Santo André) no período de 2003-2005, e de 88,7 (Jales) a 238,5 (Osasco) em 2013-2015. Para o sexo feminino, no primeiro triênio avaliado, houve variação de 55,5 a 157,3 óbitos por 100.000 (em Araçatuba e Franco da Rocha, respectivamente) e no segundo triênio, os valores encontrados variaram de 40,8 a 141,2 (em São José dos Campos e Osasco, respectivamente). Na **Figura 64**, ao observar a diferença entre as taxas ajustadas nos dois triênios avaliados, nota-se que no sexo feminino houve aumento das taxas somente nas GVEs de Araraquara, Presidente Prudente e Santos (2, 6 e 54% respectivamente). No

sexo masculino esse aumento ocorreu em nove GVEs (Assis, Marília, Jales, Araçatuba, Presidente Prudente, Araraquara, Barretos, Presidente Venceslau e Santos).

Figura 63 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

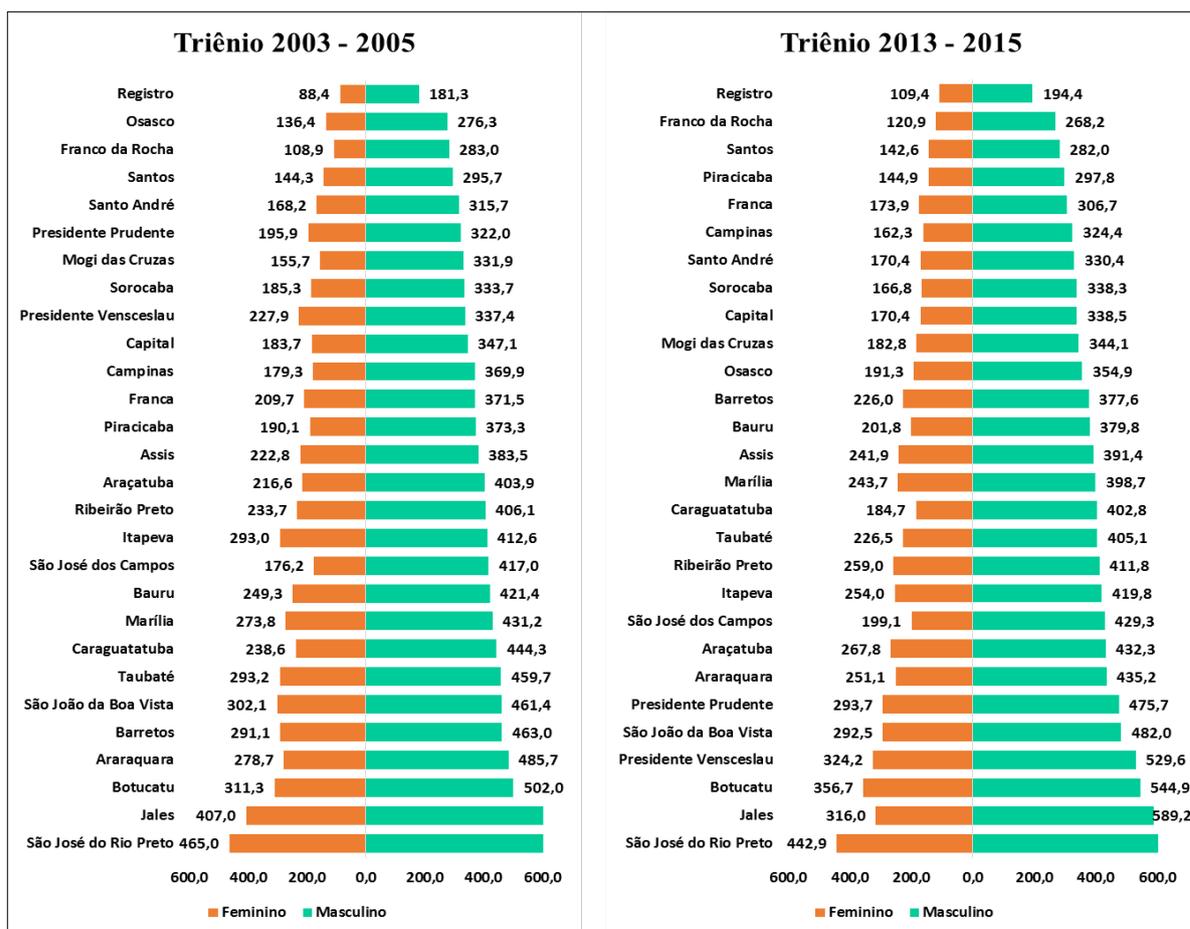


Figura 64- Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por doenças isquêmicas do coração, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

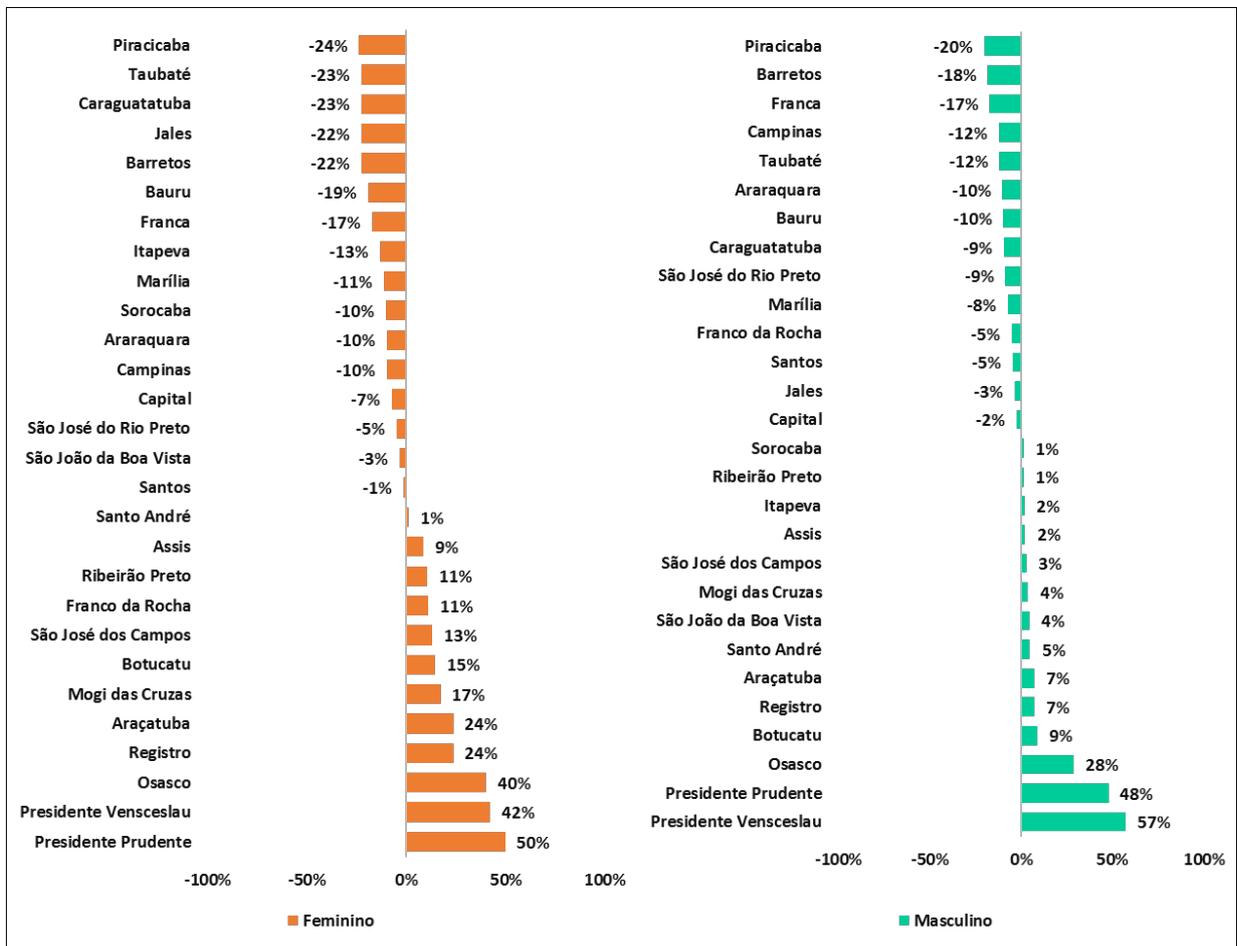
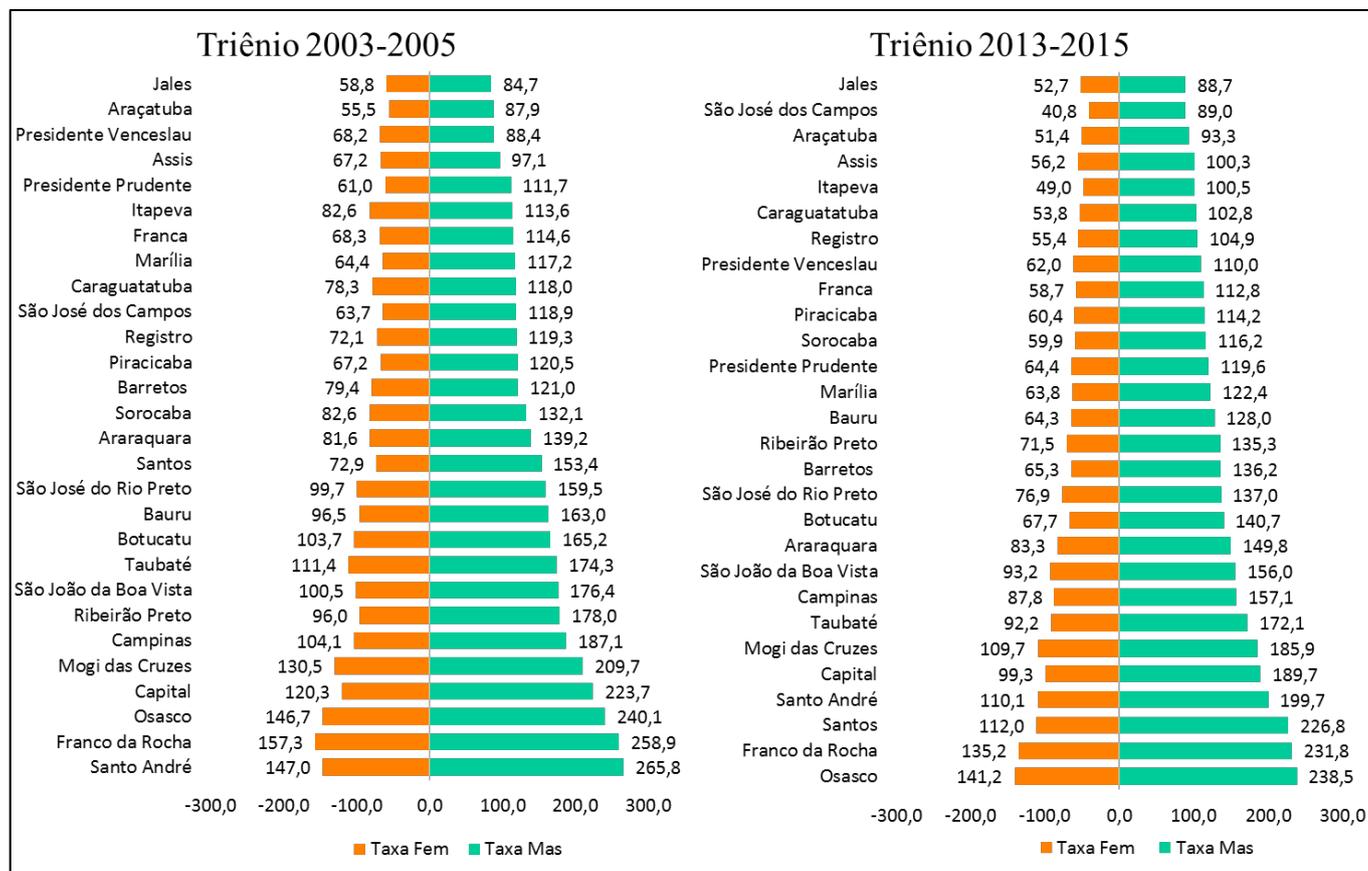
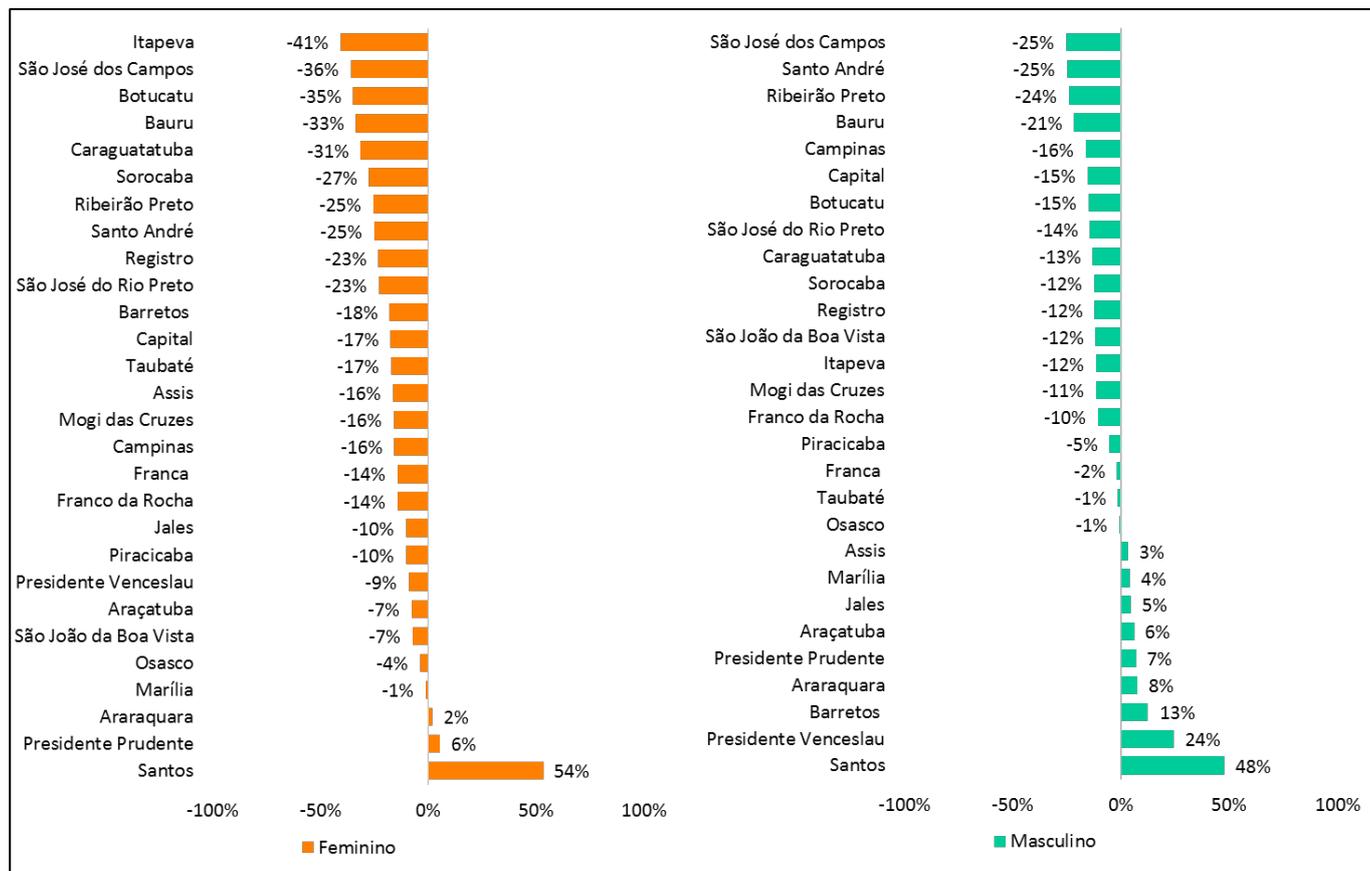


Figura 65 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 66 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doenças Isquêmicas do Coração, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.1.2.3 Diabetes mellitus

As figuras de 65 a 72 apresentam as taxas de internação hospitalar por diabetes mellitus (CID E10-E14) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo.

Análise DRS

Para Diabetes mellitus (CID E10-E14), as taxas de mortalidade nas DRS foram de 28,6 (São José do Rio Preto) a 60,2 (Barretos) no triênio de 2003-2005, e de 34,9 (São José do Rio Preto) a 66,7 (Baixada Santista) em 2013-2015. Para o sexo feminino, no primeiro triênio a taxa de mortalidade variou de 35,0 (Ribeirão Preto) a 62,0 (Taubaté), e no segundo triênio, de 33,4 (Campinas) a 66,9 (Registro) (Figura 67). Quanto as diferenças entre os dois triênios nas DRS, para o sexo feminino, apenas seis DRS tiveram suas taxas aumentadas variando de 3 a 11%. Com relação ao sexo masculino, em quase todas as DRS as taxas de mortalidade apresentaram aumento, com exceção de três DRS (Barretos, Grande São Paulo e Taubaté) (Figura 68).

Figura 67 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

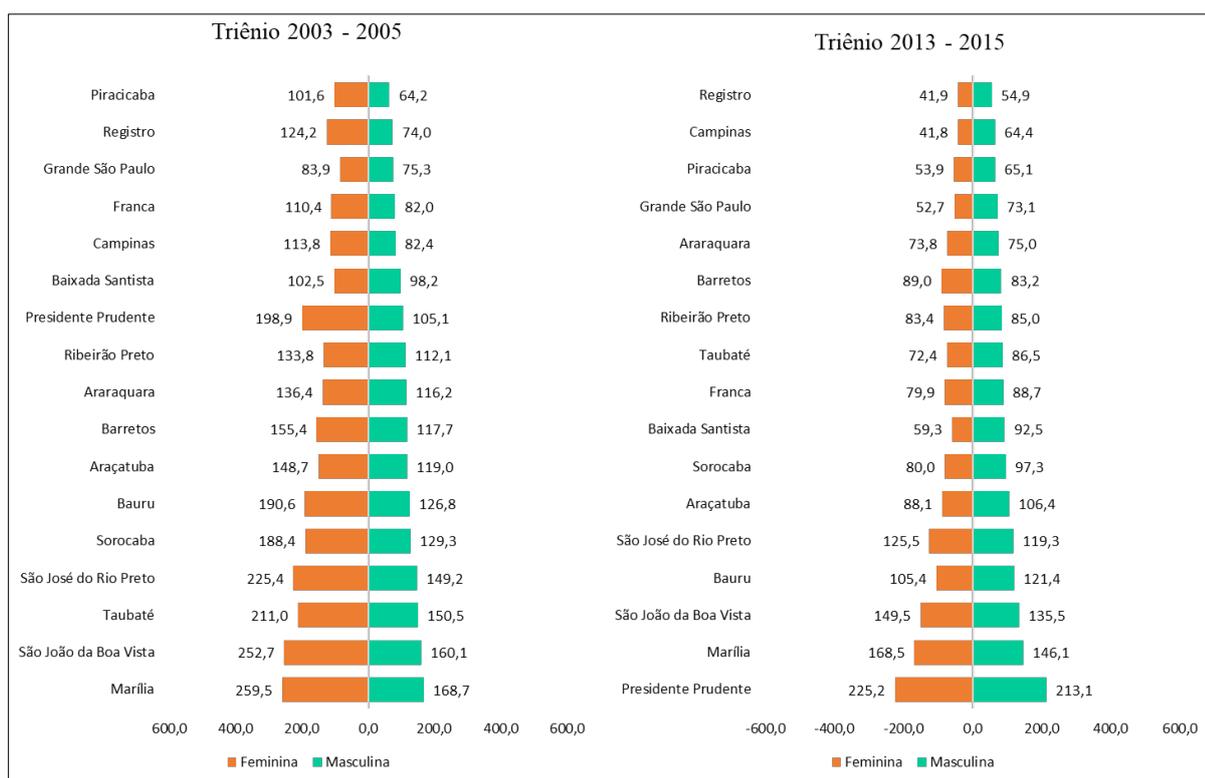


Figura 68 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

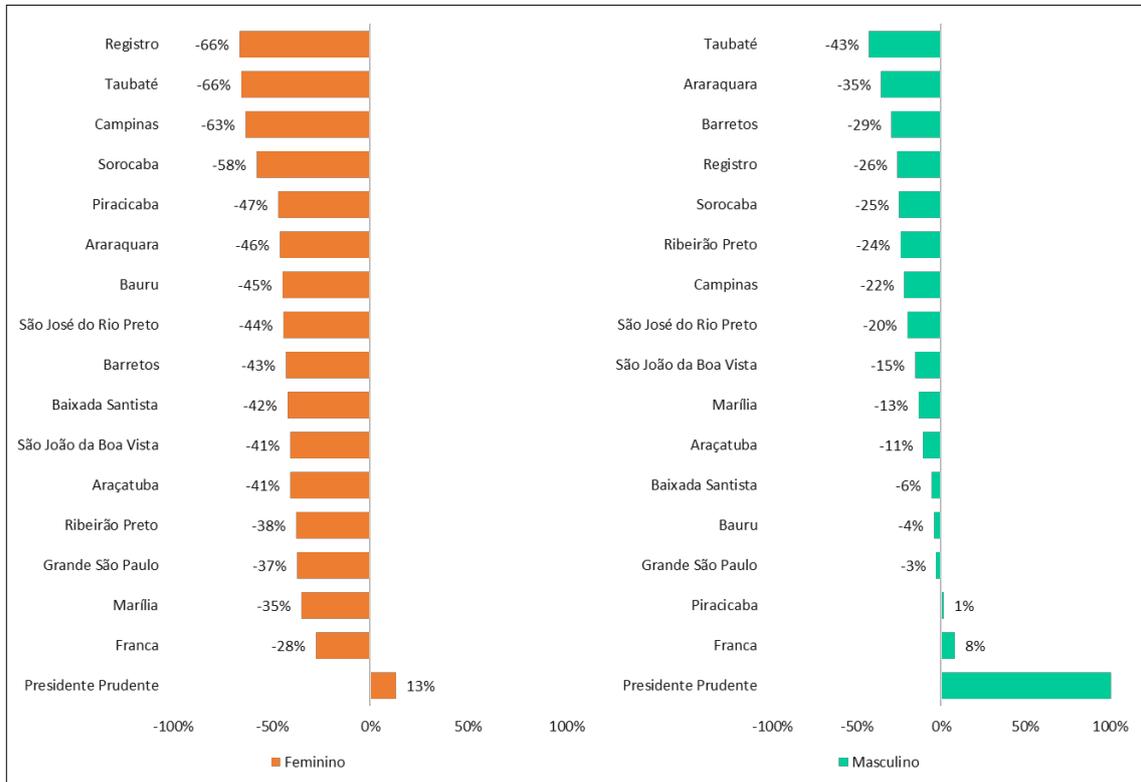
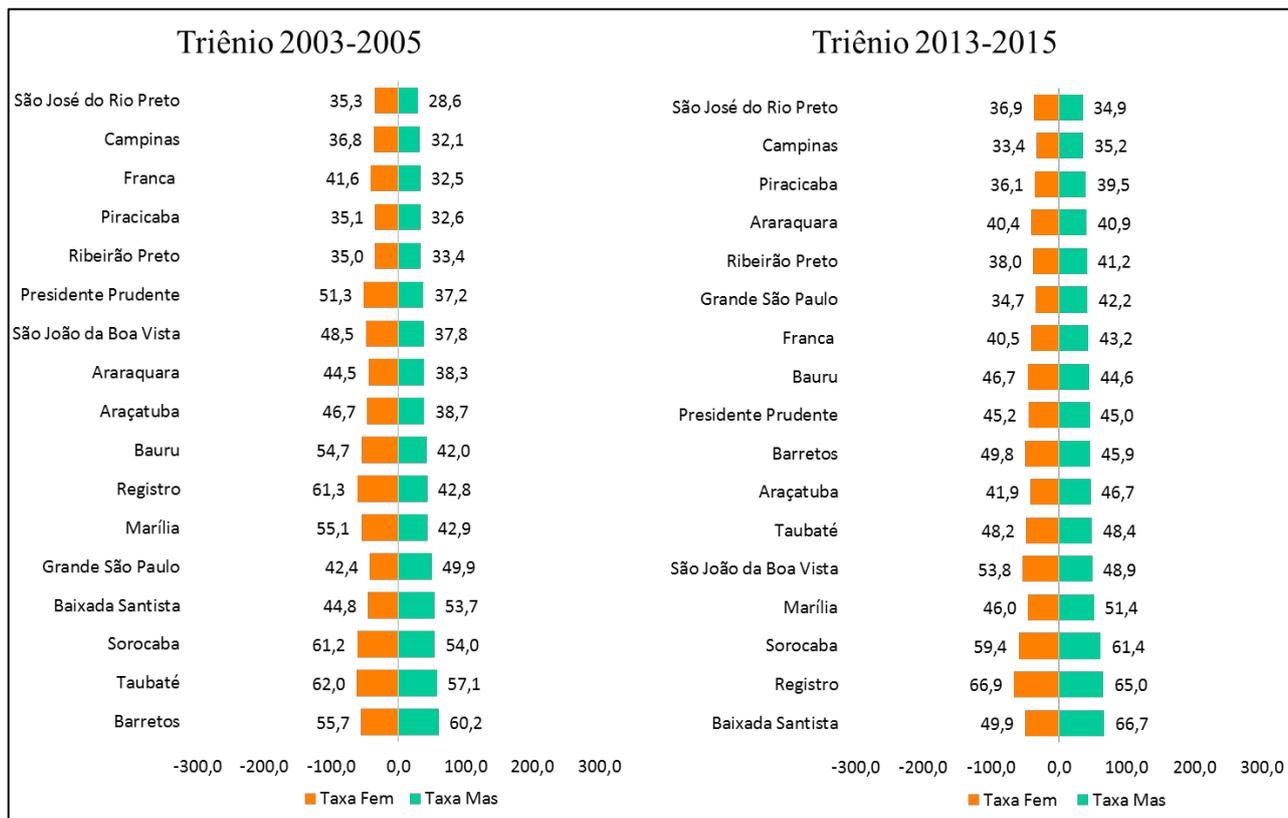
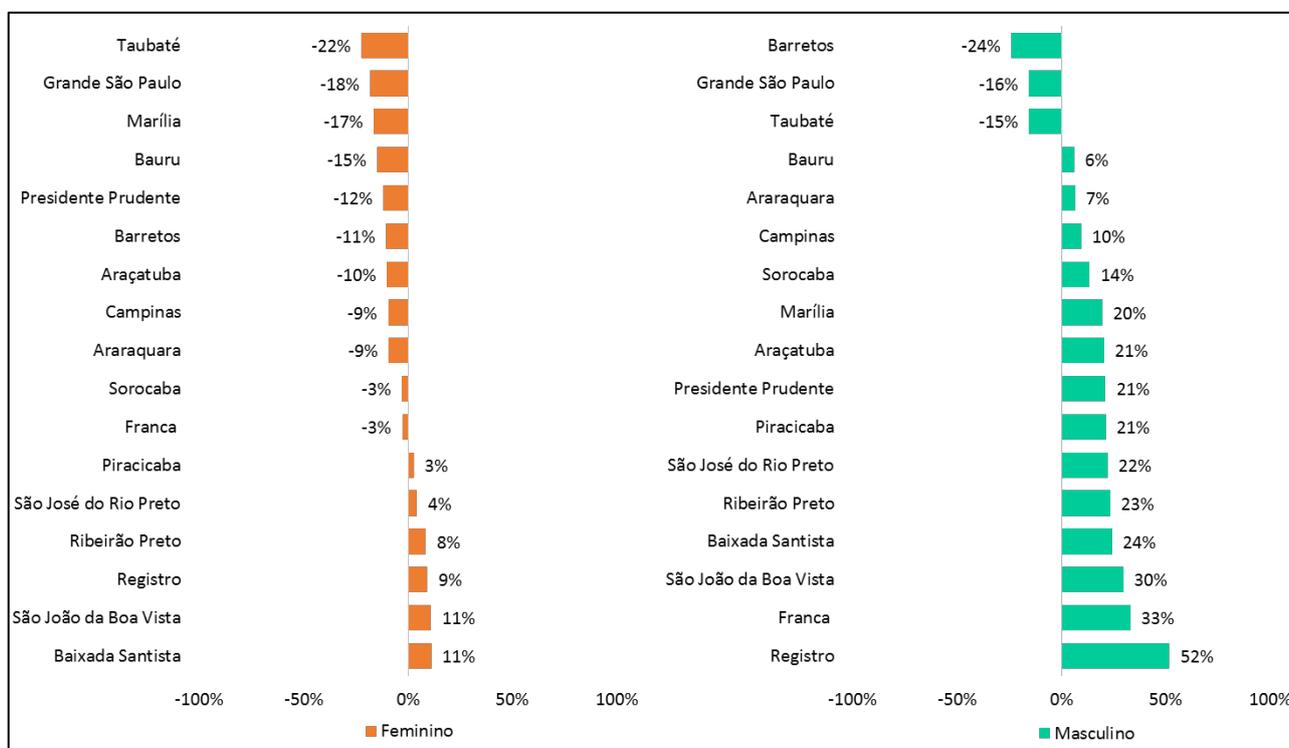


Figura 69 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 70 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



Análise GVE

Para as GVEs, as taxas de mortalidade variaram no sexo masculino de 28,3 (São José do Rio Preto) a 71,1 (Franco da Rocha) no primeiro triênio, e de 32,6 (São José do Rio Preto) a 75,7 (Itapeva) no segundo. Para o sexo feminino, o intervalo foi de 32,1 (São José do Rio Preto) a 76,2 (Franco da Rocha) e de 30,0 (Santo André) a 85,7 (Itapeva), no primeiro e segundo trimestre, respectivamente (Figura 71). Ao avaliar as diferenças entre os dois triênios, no sexo feminino, a maioria das GVEs apresentaram diminuição das taxas, apenas seis tiveram suas taxas aumentadas (Piracicaba, São José do Rio Preto, Registro, Ribeirão Preto, Santos e Itapeva), variando de 3 a 33%. Já no sexo masculino, grande parte das GVEs apresentaram aumento das suas taxas, e esse aumento foi entre 5 e 52%, incluindo dezenove GVEs (Figura 72).

Figura 71- Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

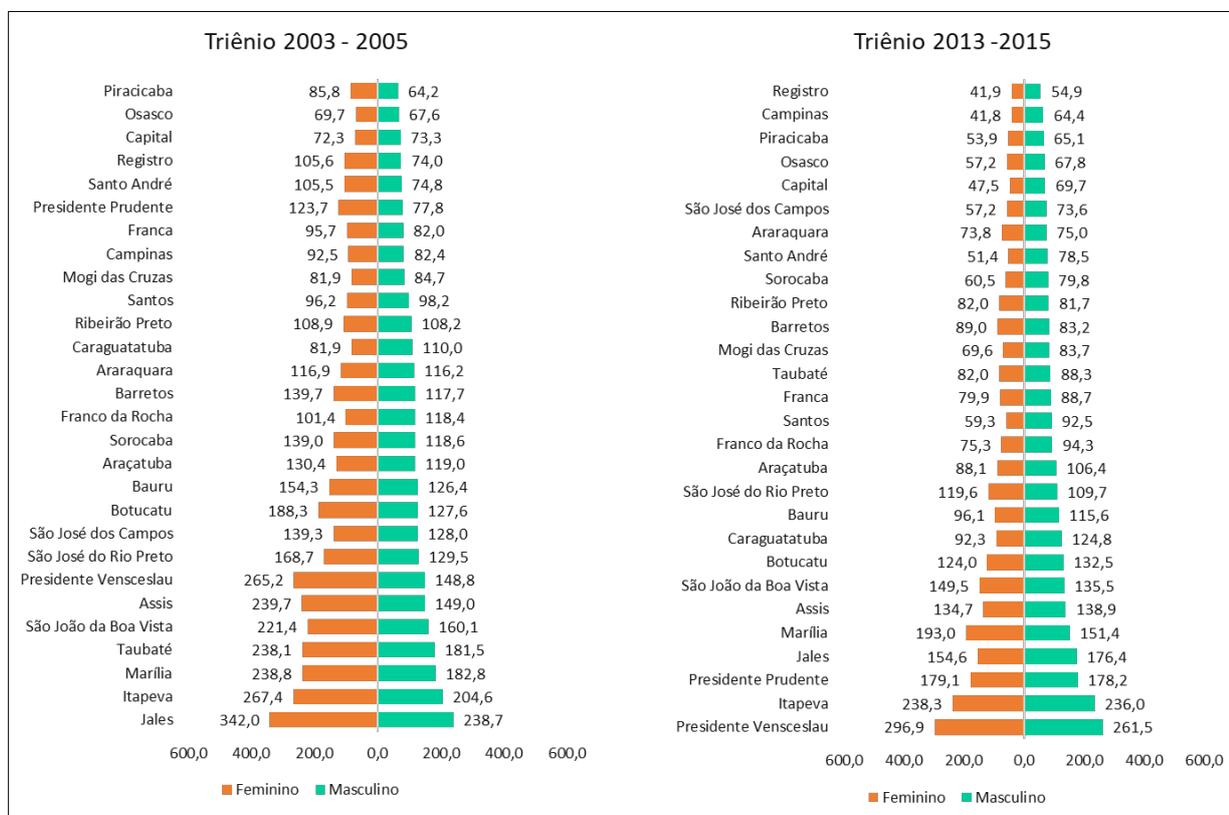


Figura 72 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

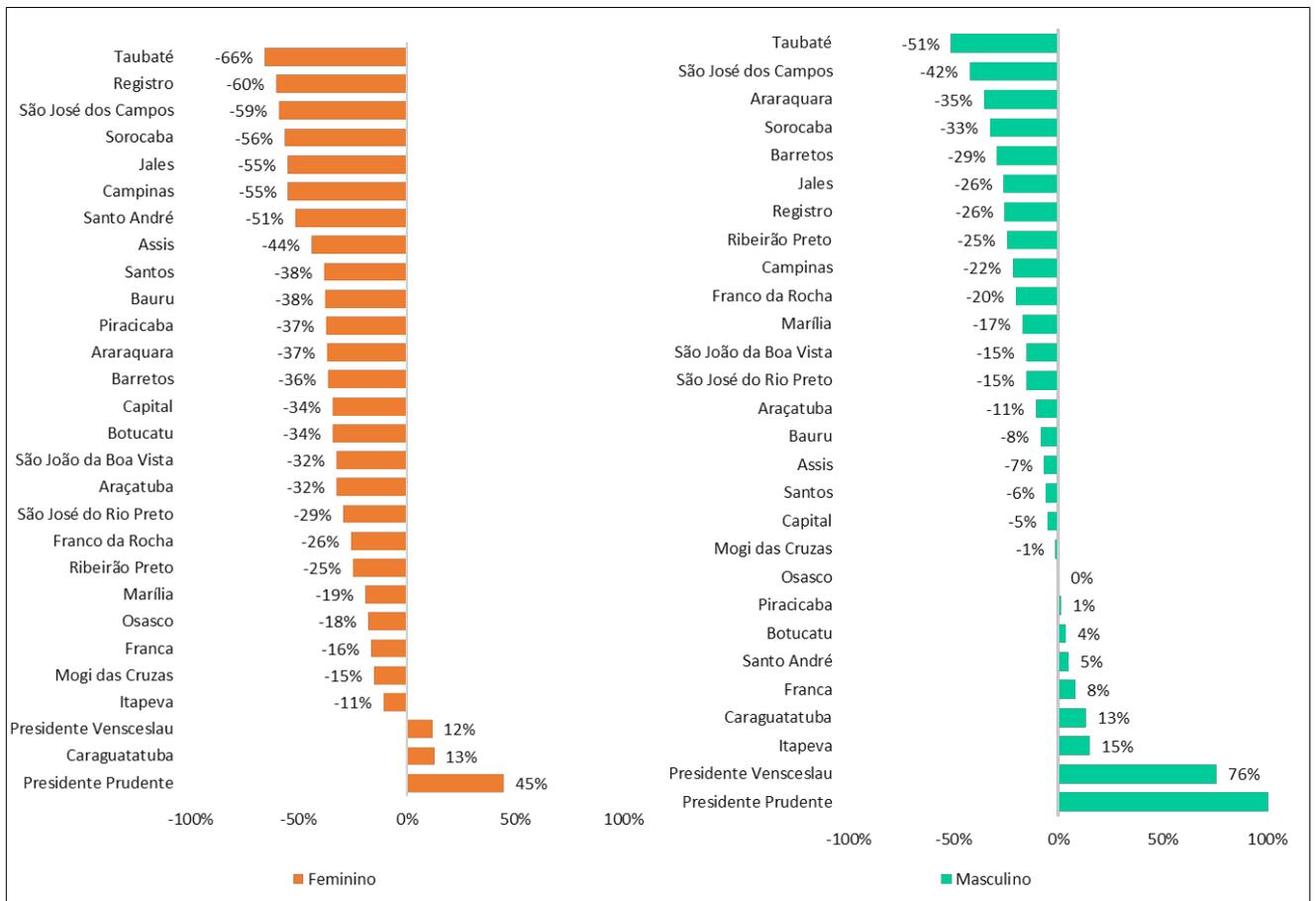
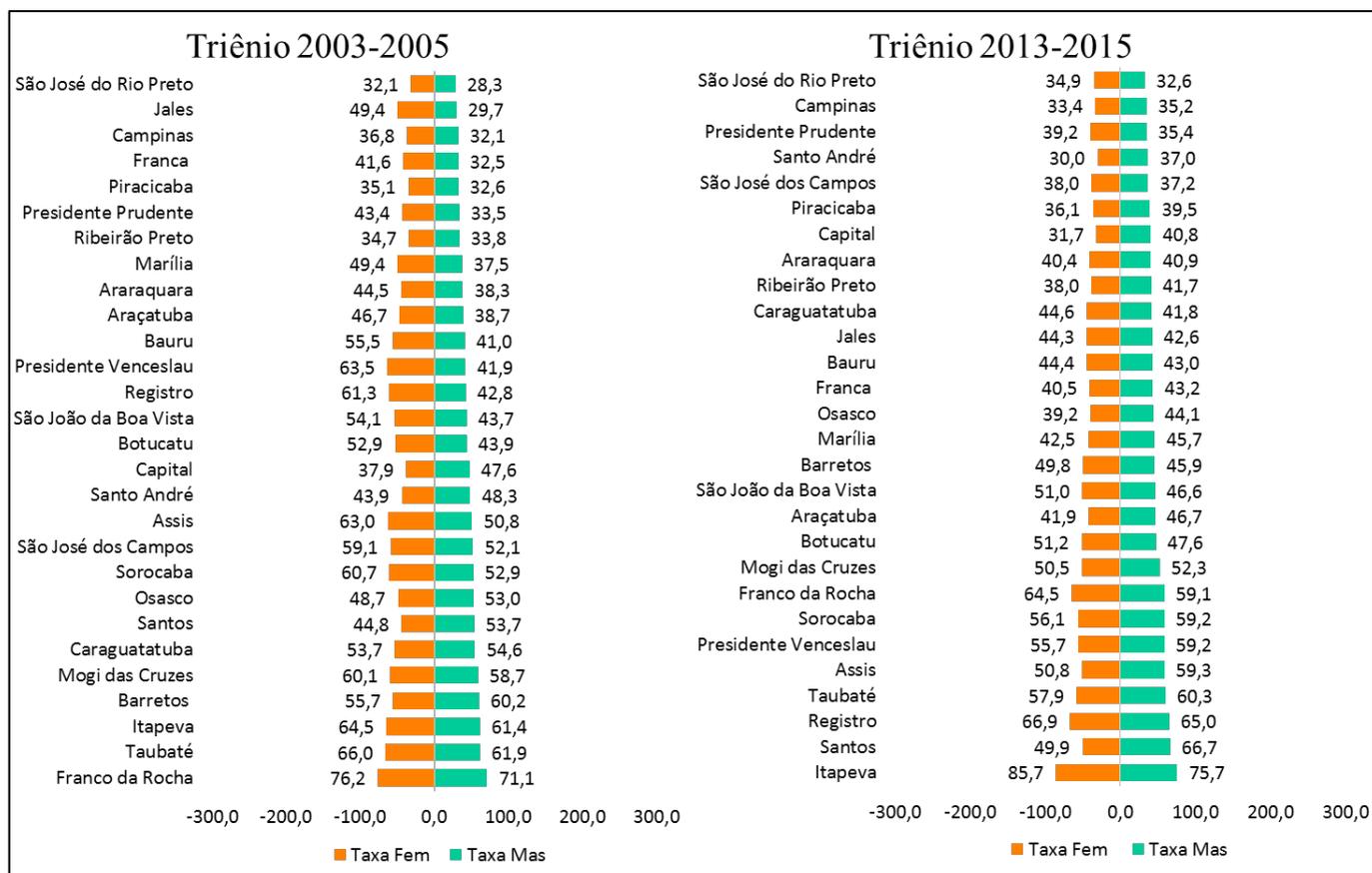
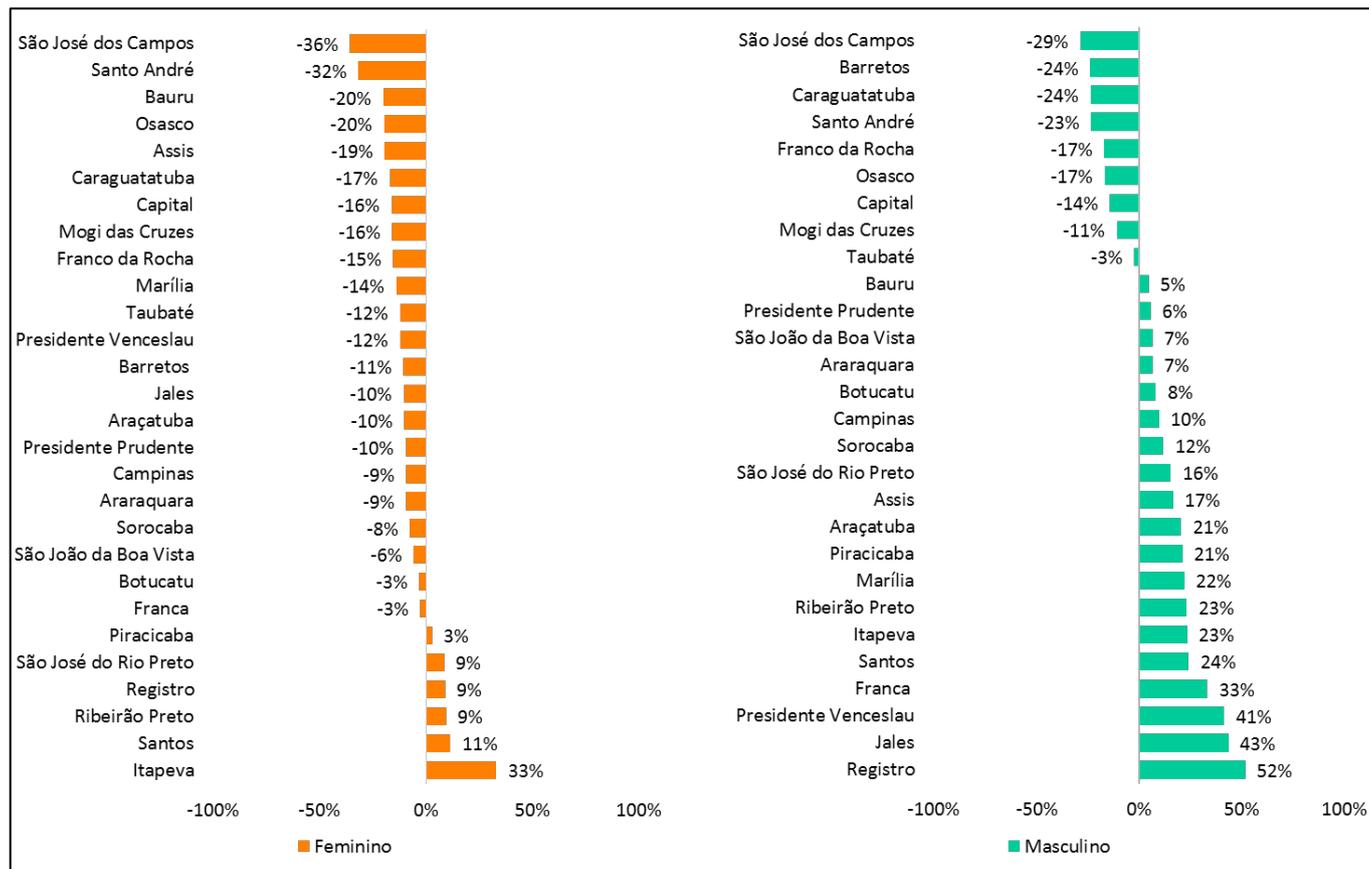


Figura 73 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 74 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Diabetes mellitus, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.1.2.4 *Câncer de Estômago*

As figuras de 73 a 80 apresentam as taxas de internação hospitalar por Câncer de Estômago (CID C16) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os **Departamentos Regionais de Saúde (DRS)** e os **Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE)** do estado de São Paulo.

Análise DRS

A figura 75 mostra que entre as DRS, a taxa de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, por Câncer de Estômago (CID C16), no sexo masculino variou de 20,6 (Araçatuba) a 35,2 (Registro) em 2003-2005, e de 16,1 (Barretos) a 31,8 (Registro) em 2013-2015. Para o sexo feminino, no primeiro triênio, as taxas foram de 8,4 (Presidente Prudente) a 13,0 (Grande São Paulo), já no segundo triênio esses valores foram de 6,7 (Franca) a 10,7 (Grande São Paulo). Ao observar a diferença entre as taxas ajustadas nos dois triênios avaliados, nota-se que em ambos os sexos e em todas as DRS houve decréscimo das taxas de mortalidade por Câncer de Estômago no período avaliado (Figura 76).

Figura 75 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

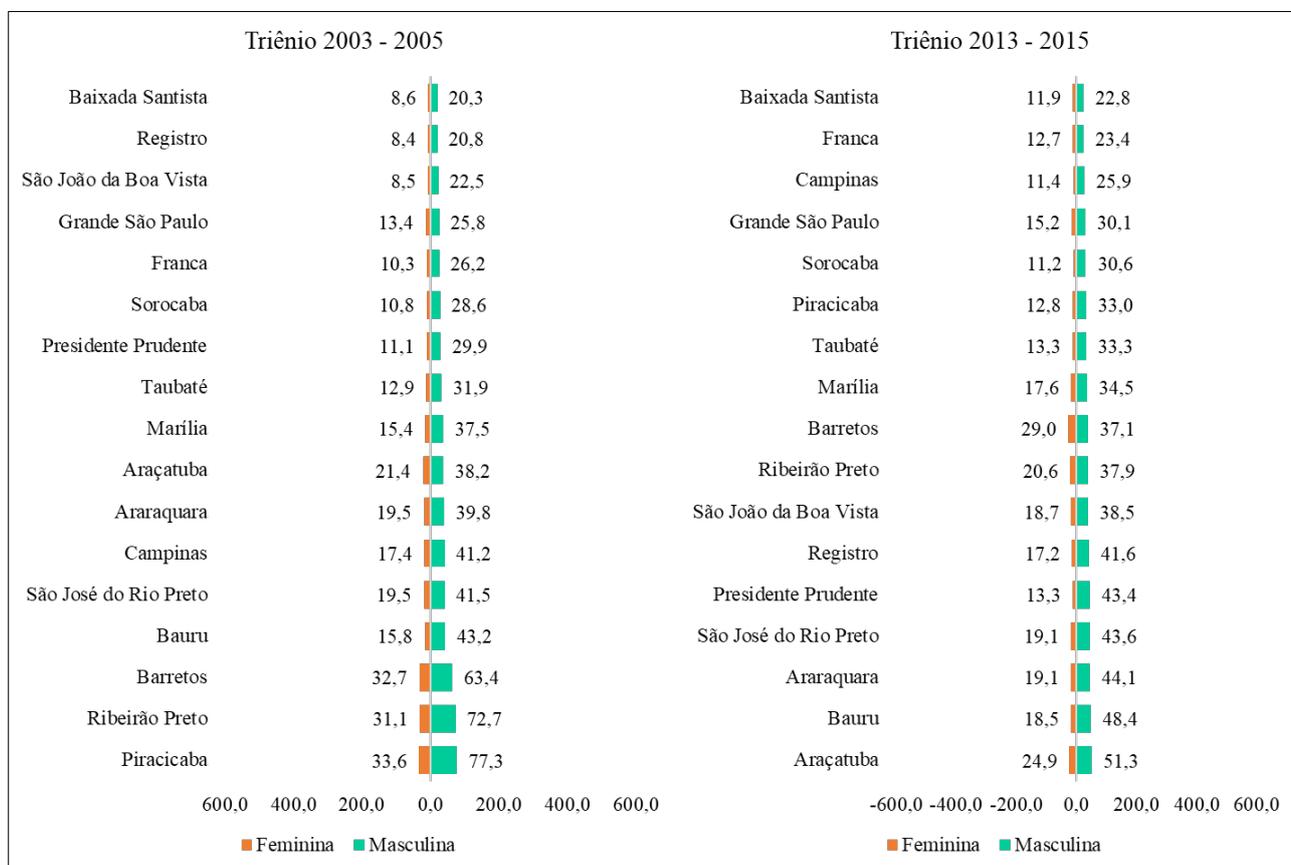


Figura 76 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

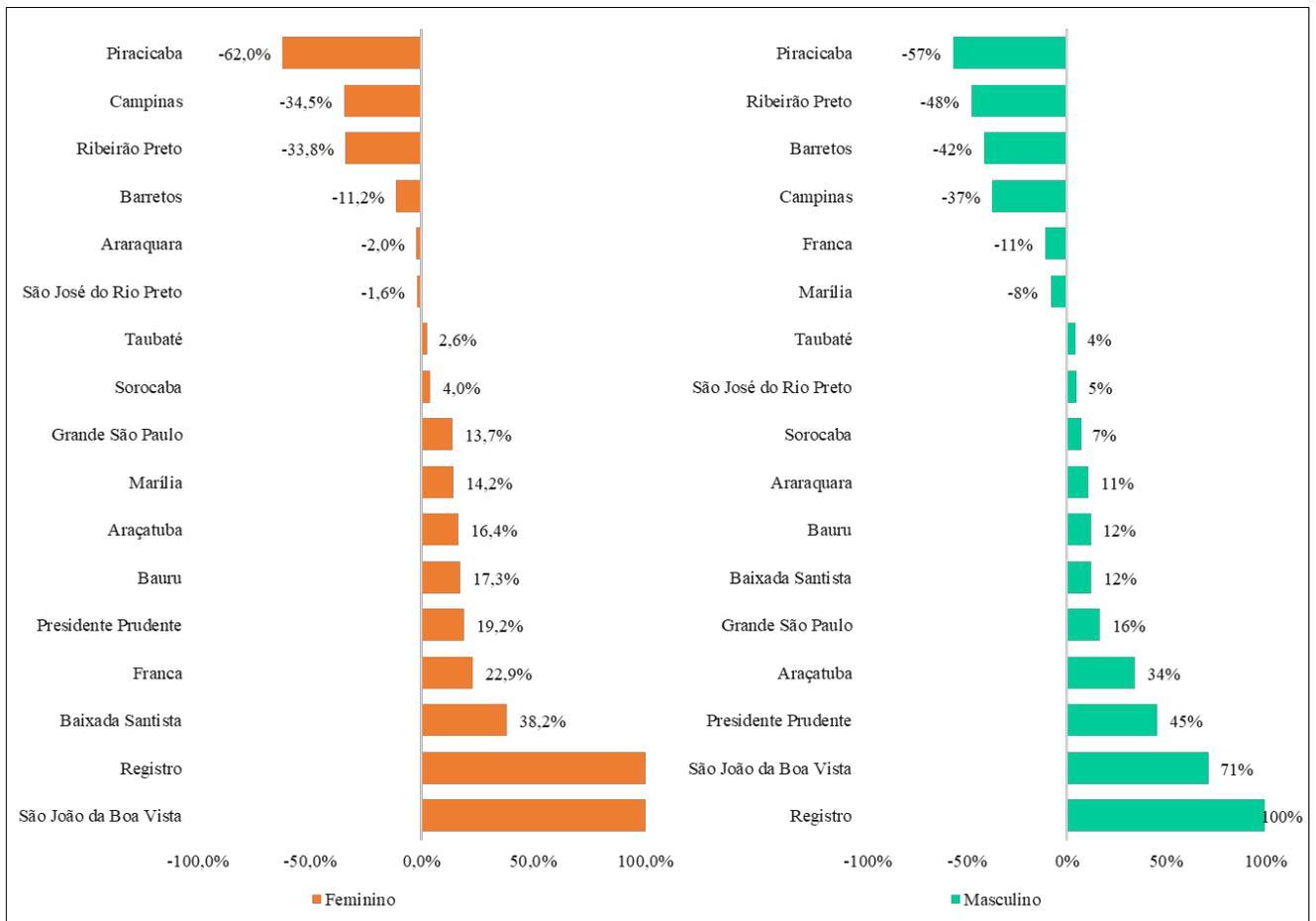
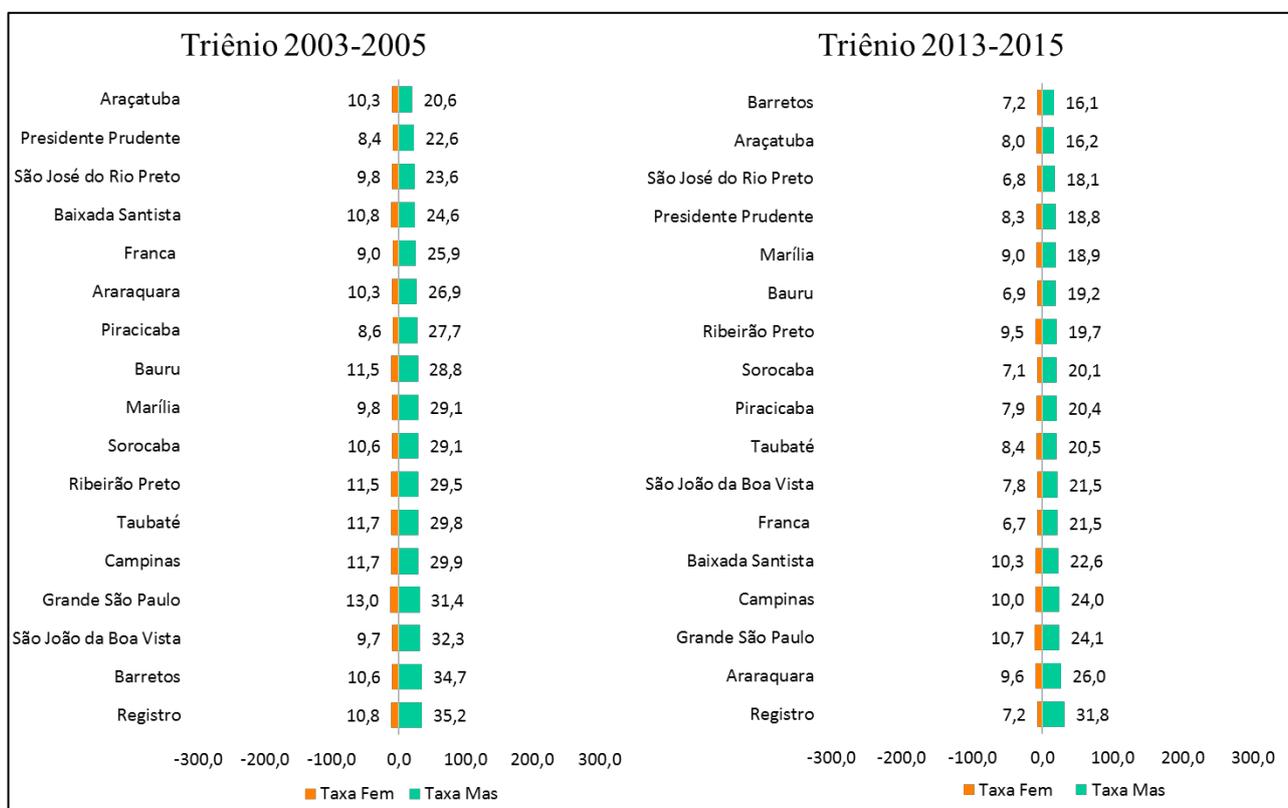
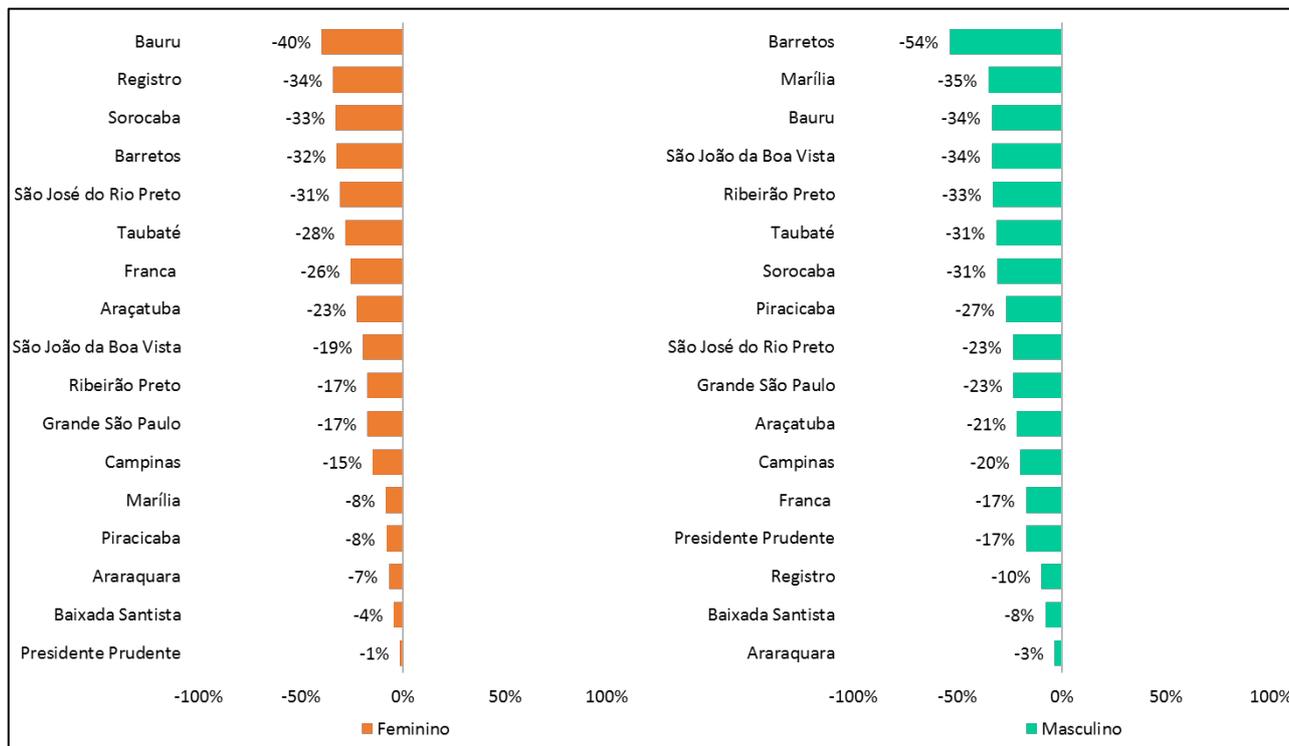


Figura 77 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 78 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



Análise GVE

Para as GVEs, as taxas de mortalidade variaram de 20,2 (Jales) a 35,2 (Registro) no triênio de 2003-2005, e de 16,1 (Barretos) a 31,8 (Registro) em 2013-2015, para o sexo masculino. Quanto ao sexo feminino, no primeiro triênio houve variação de 4,8 (Presidente Venceslau) a 14,8 (Osaco) e no segundo triênio, de 5,3 (Jales) a 11,5 (Osasco) (Figura 79). De forma geral quase todas as GVEs tiveram redução da taxa padronizada de mortalidade entre 2003-2005 e 2013-2015, com exceção da região da GVE de Itapeva e Presidente Venceslau, que apresentaram aumento de 25 e 46%, respectivamente para o sexo feminino (Figura 80).

Figura 79 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

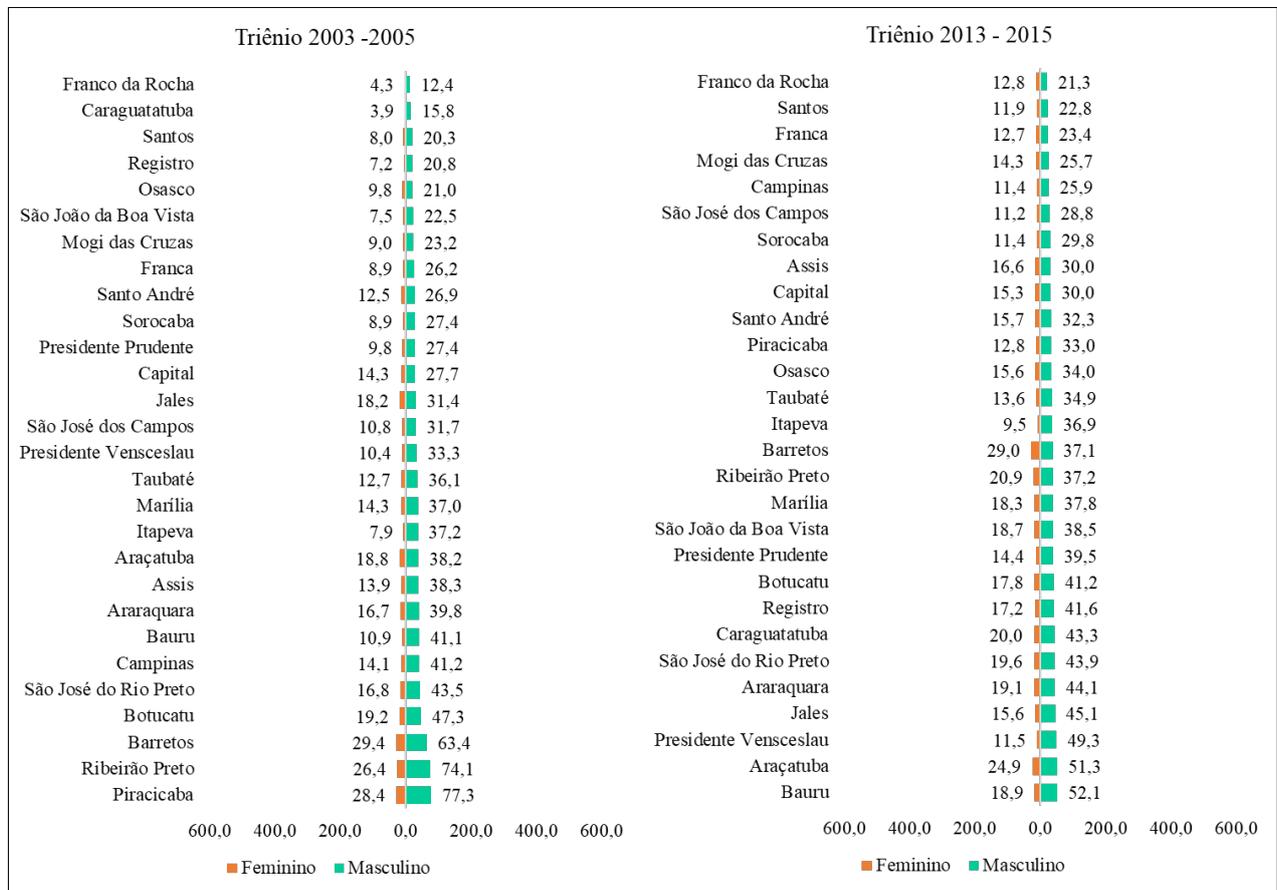


Figura 80 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

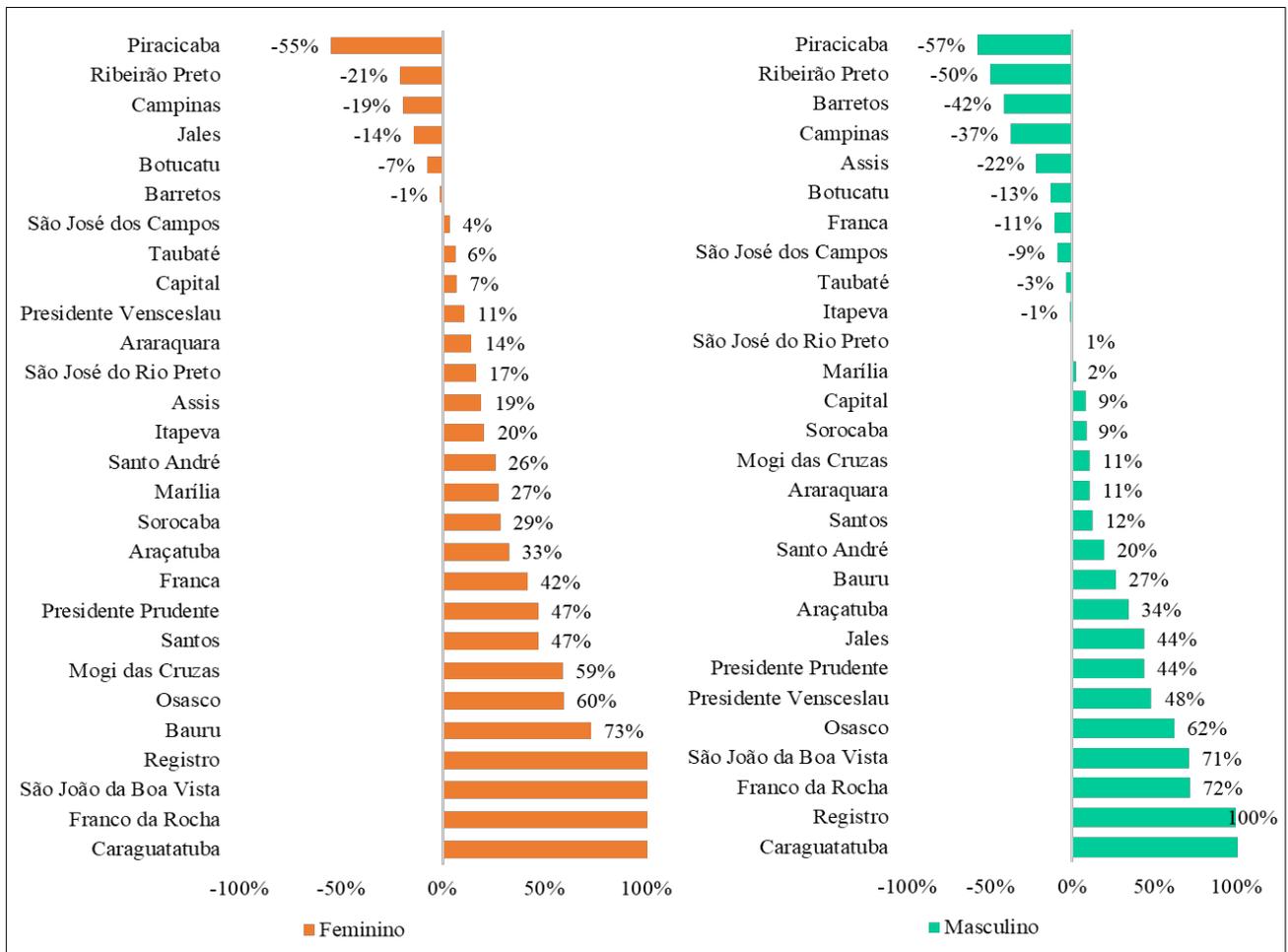
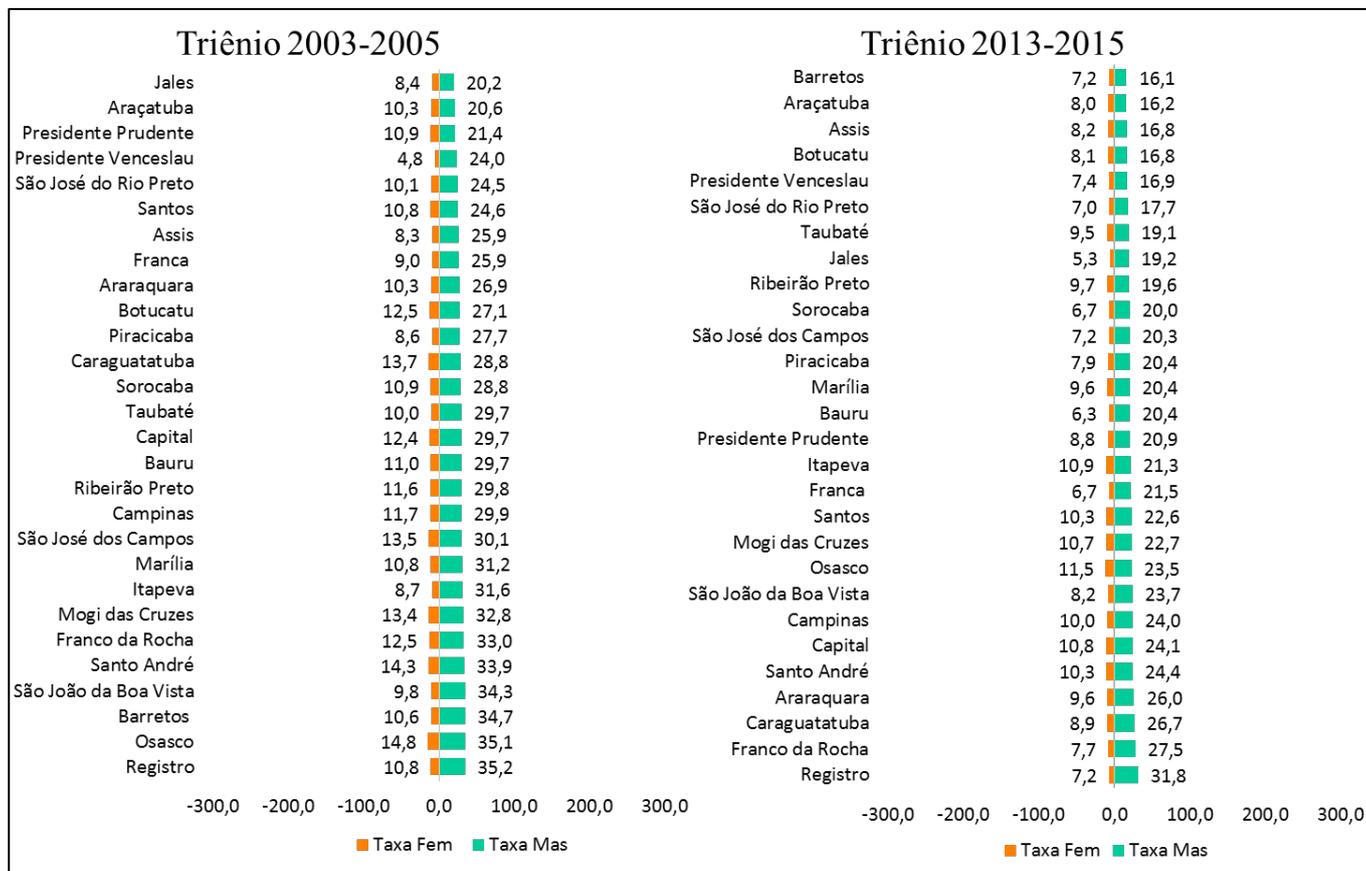
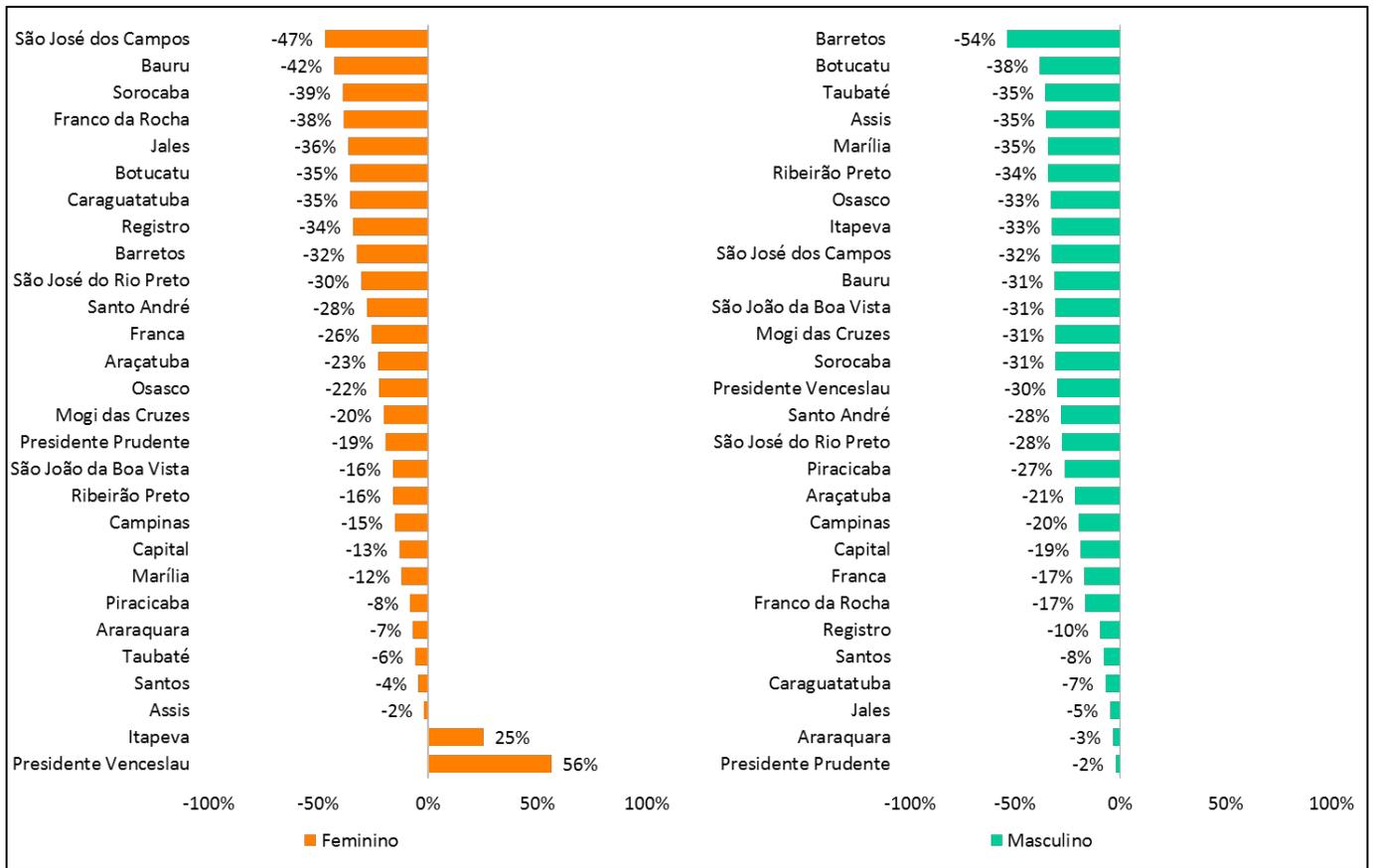


Figura 81 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 82 - Diferença percentual das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Estômago, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.1.2.5 *Câncer de Intestino (colorretal)*

As Figuras de 81 a 88 apresentam as taxas de internação hospitalar por câncer de Intestino (CID C18-C21) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo.

Análise DRS

No triênio de 2003-2005, as regiões de Araçatuba e Registro apresentaram as menores taxas tanto para o sexo masculino, como para o sexo feminino. Entre as maiores taxas, podemos destacar Barretos (para o sexo masculino) e Grande São Paulo para o sexo feminino. No triênio de 2013-2015, Registro se manteve com as menores taxas, e entre as maiores, destaca-se Baixada Santista e Grande São Paulo, em ambos os sexos (Figura 83). Ao avaliar as diferenças entre os dois triênios, essa foi a doença em que quase todas as DRS apresentaram aumento, principalmente no sexo masculino. E esse aumento variou de 3 a 27% para o sexo feminino, e de 10 a 62% para o sexo masculino (Figura 84).

Figura 83 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

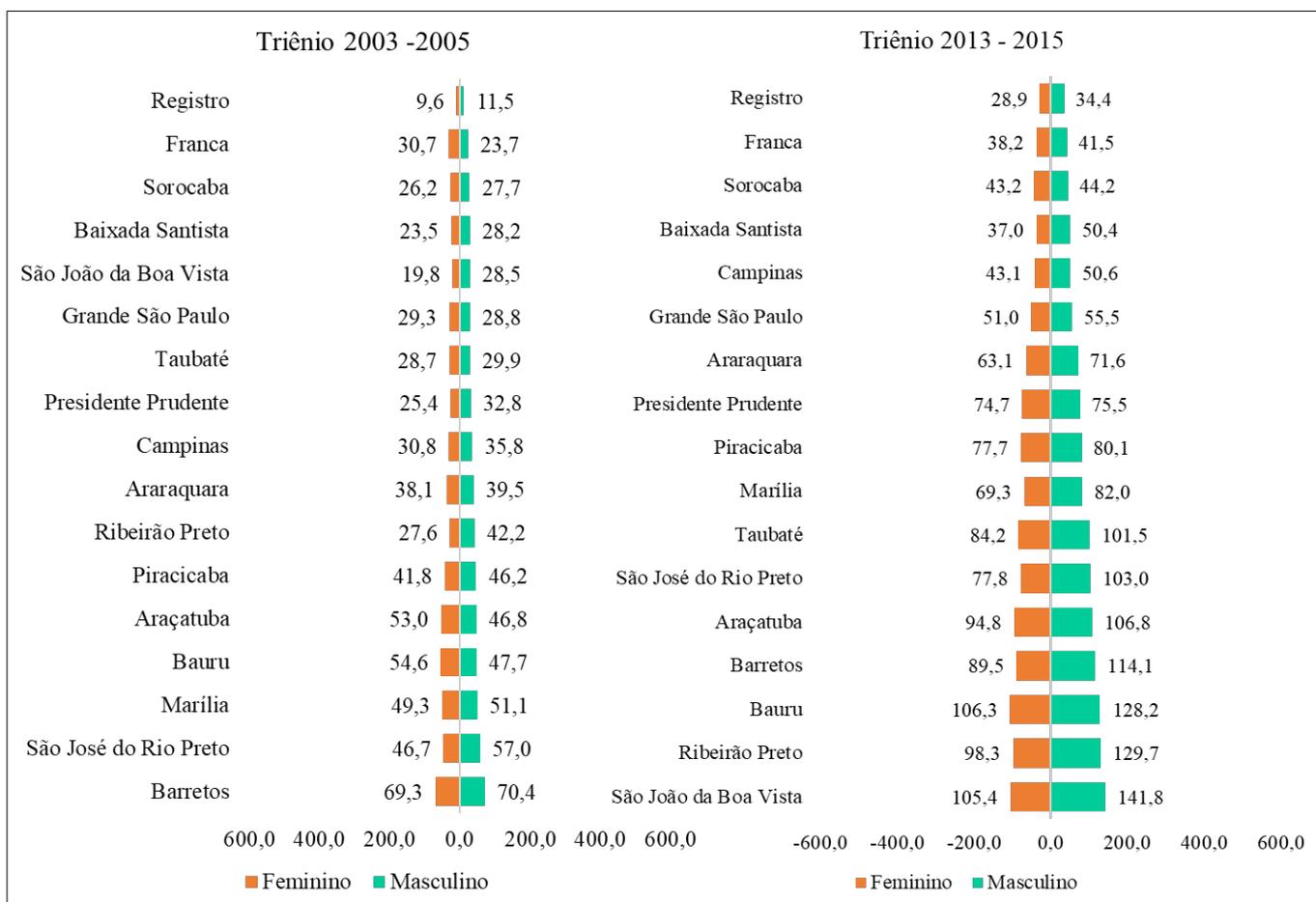


Figura 84 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

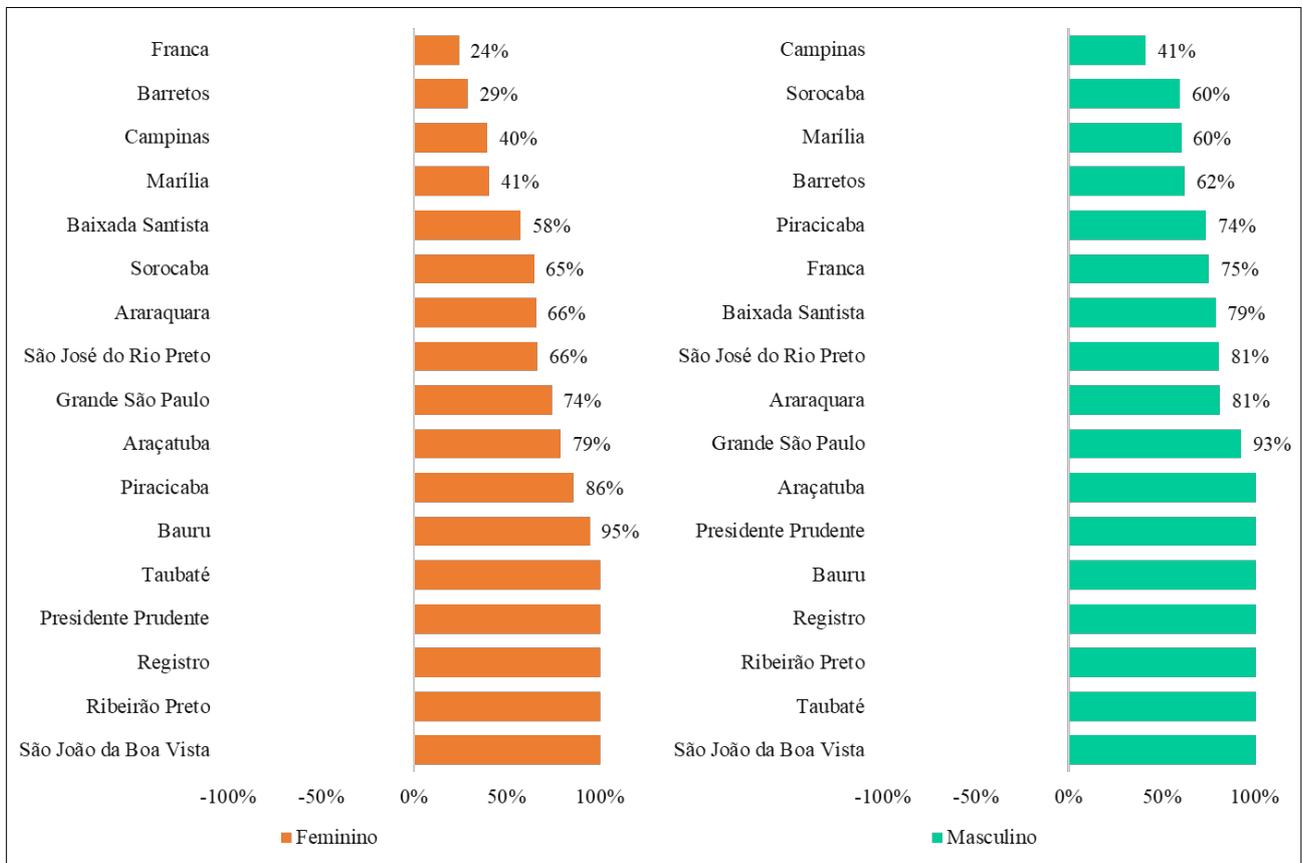
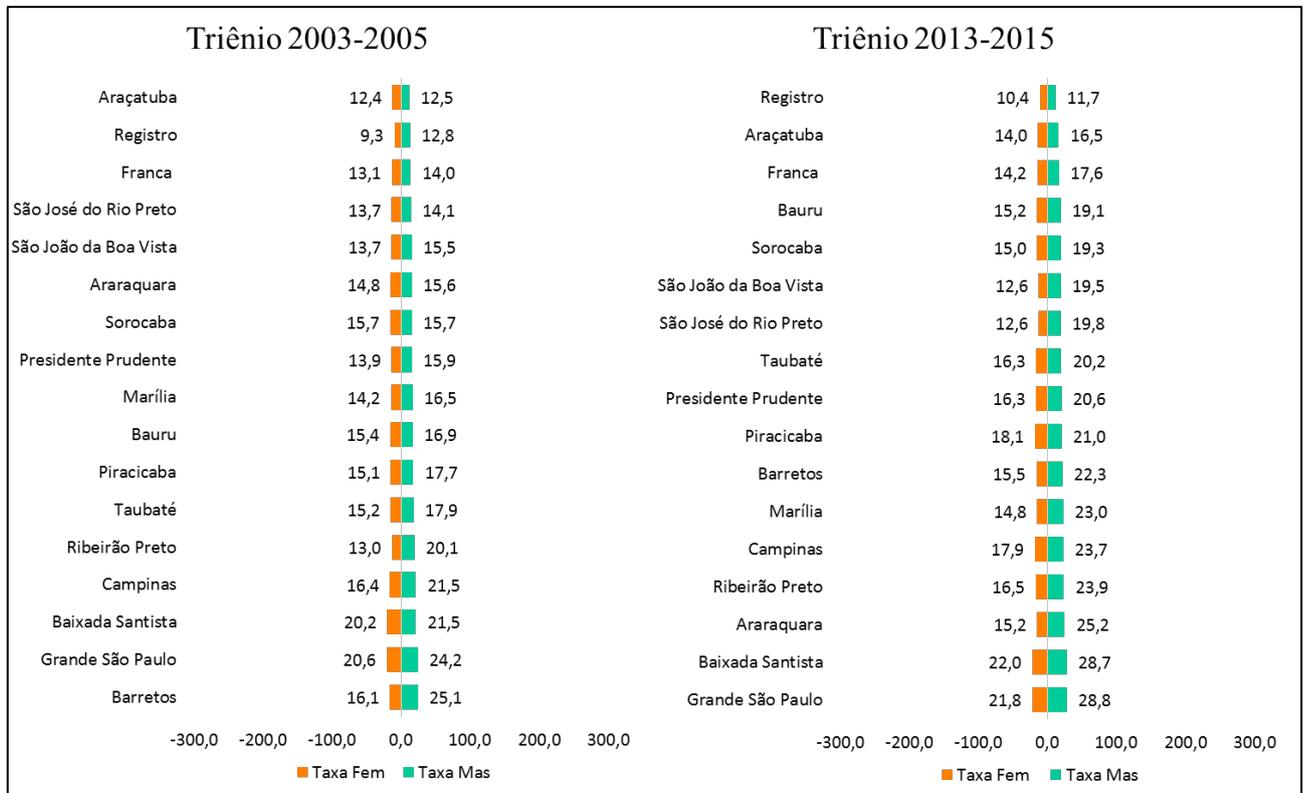
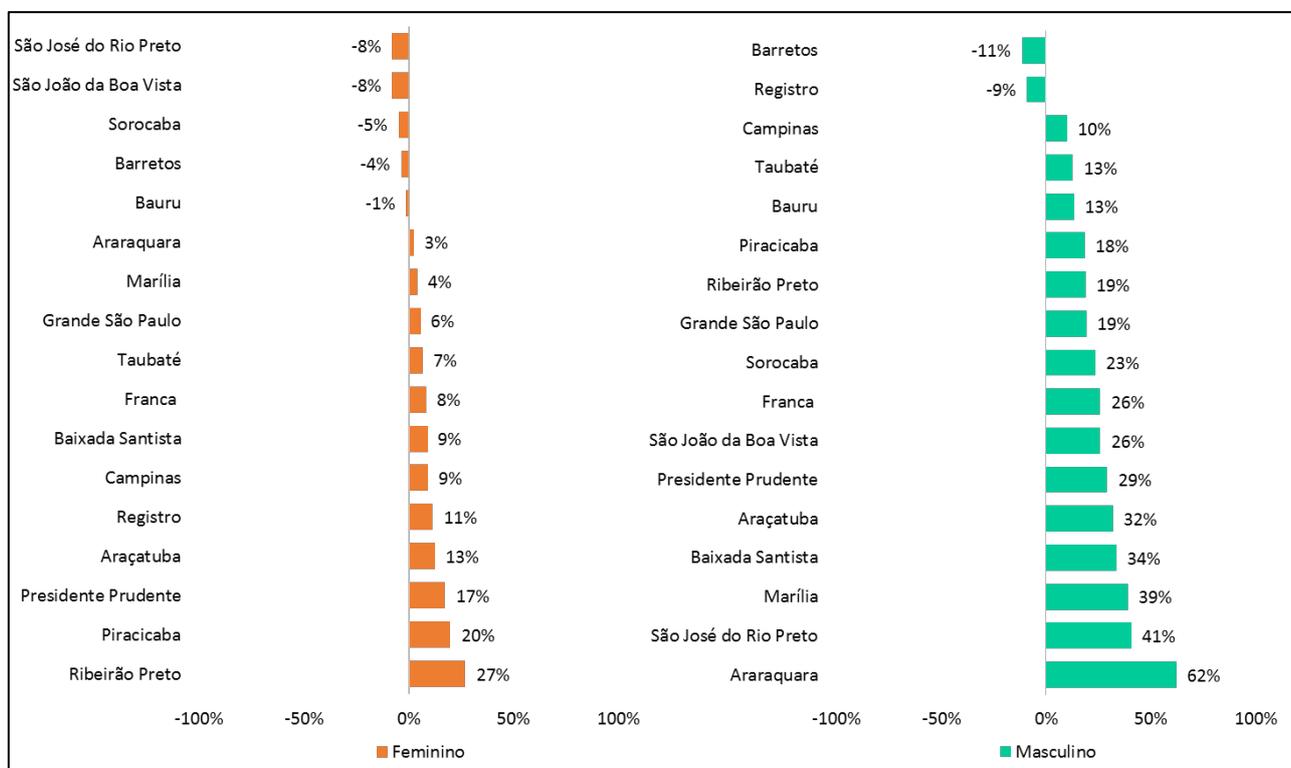


Figura 85 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, ajustadas por idade*, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



*População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 86 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



Análise GVE

A Figura 87 mostra os resultados entre as GVEs, em 2003-2005 as menores taxas de mortalidade por Câncer de Intestino na população acima de 30 anos foram observadas em Itapeva e Araçatuba para o sexo masculino, e Registro e Presidente Venceslau para o sexo feminino. No triênio 2013-2015, Itapeva e Registro tiveram as menores em ambos os sexos. As maiores taxas foram na GVE da Capital nos dois triênios. Ao avaliar a diferença entre os triênios, dez GVEs tiveram declínio nas taxas no sexo feminino e apenas quatro no sexo masculino. As outras GVEs aumentaram as taxas de mortalidade por Câncer de Intestino no período avaliado, variando de 1 a 51% no sexo feminino, e de 3 a 63% no sexo masculino (Figura 88).

Figura 87 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

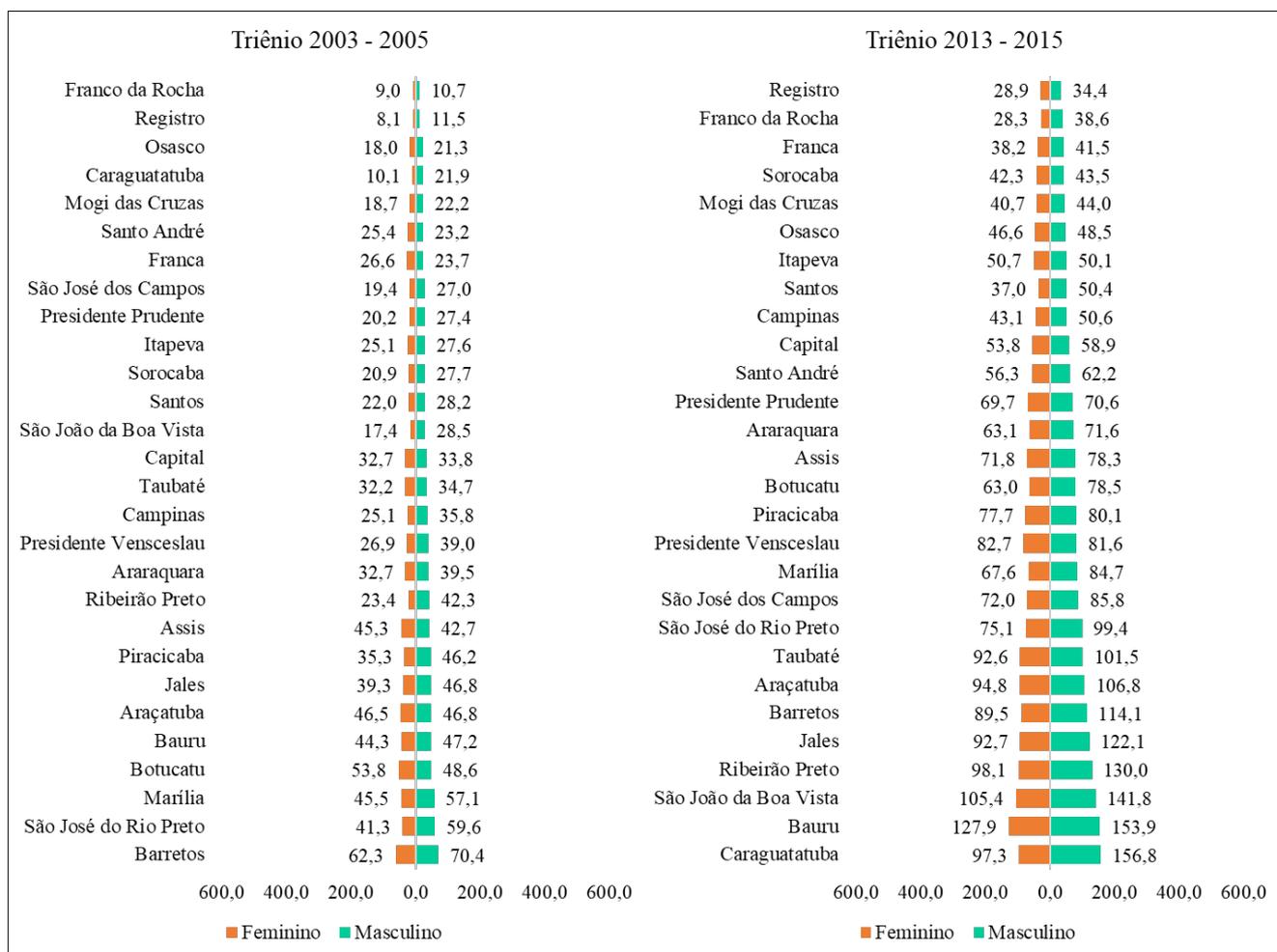


Figura 88 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

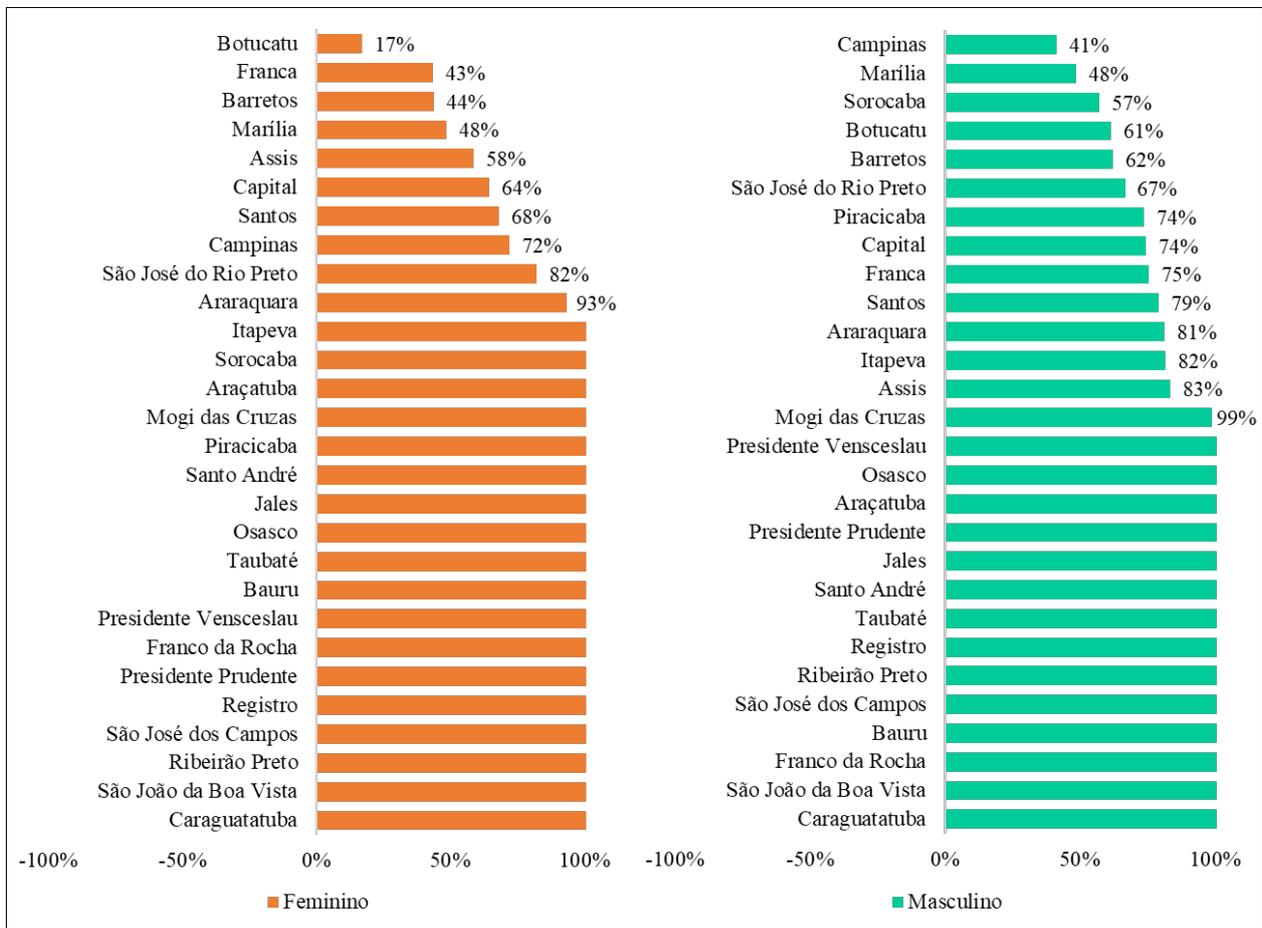
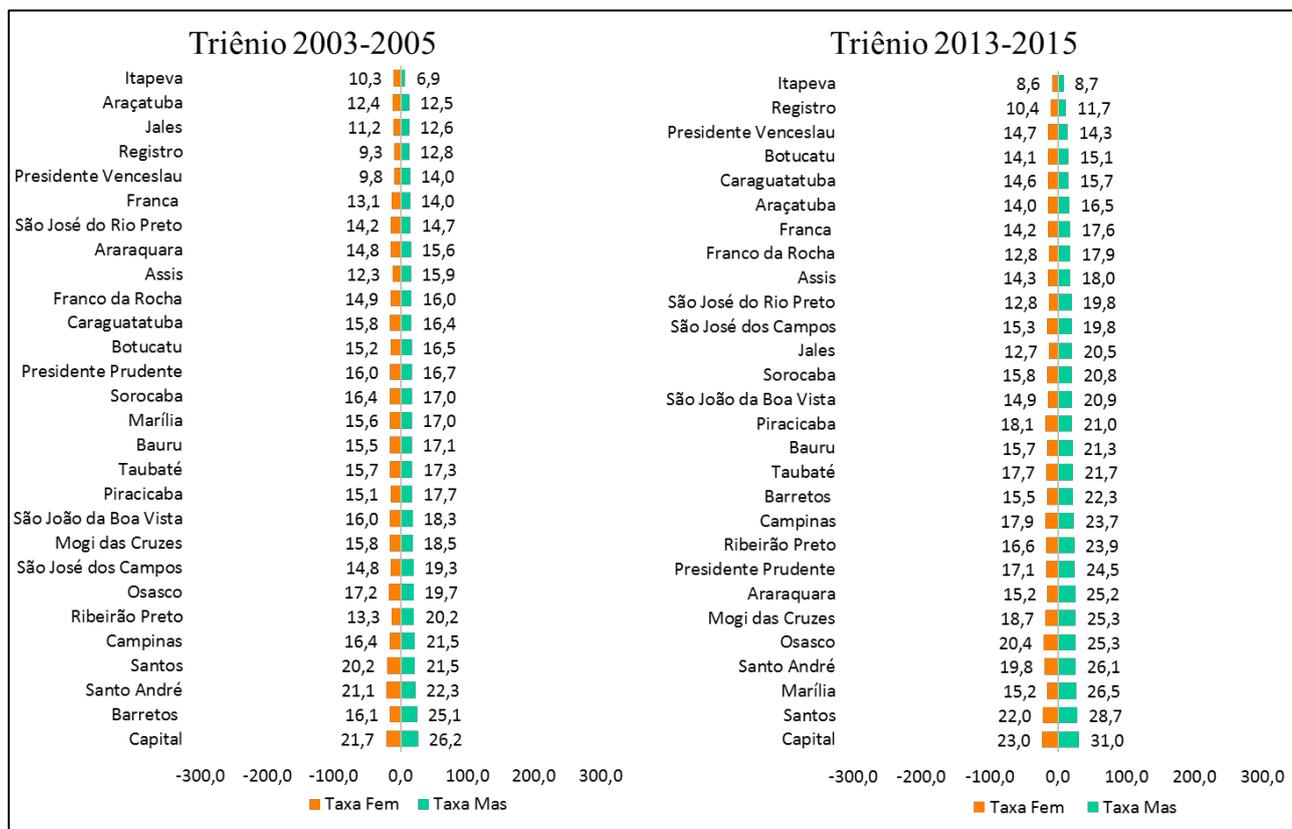
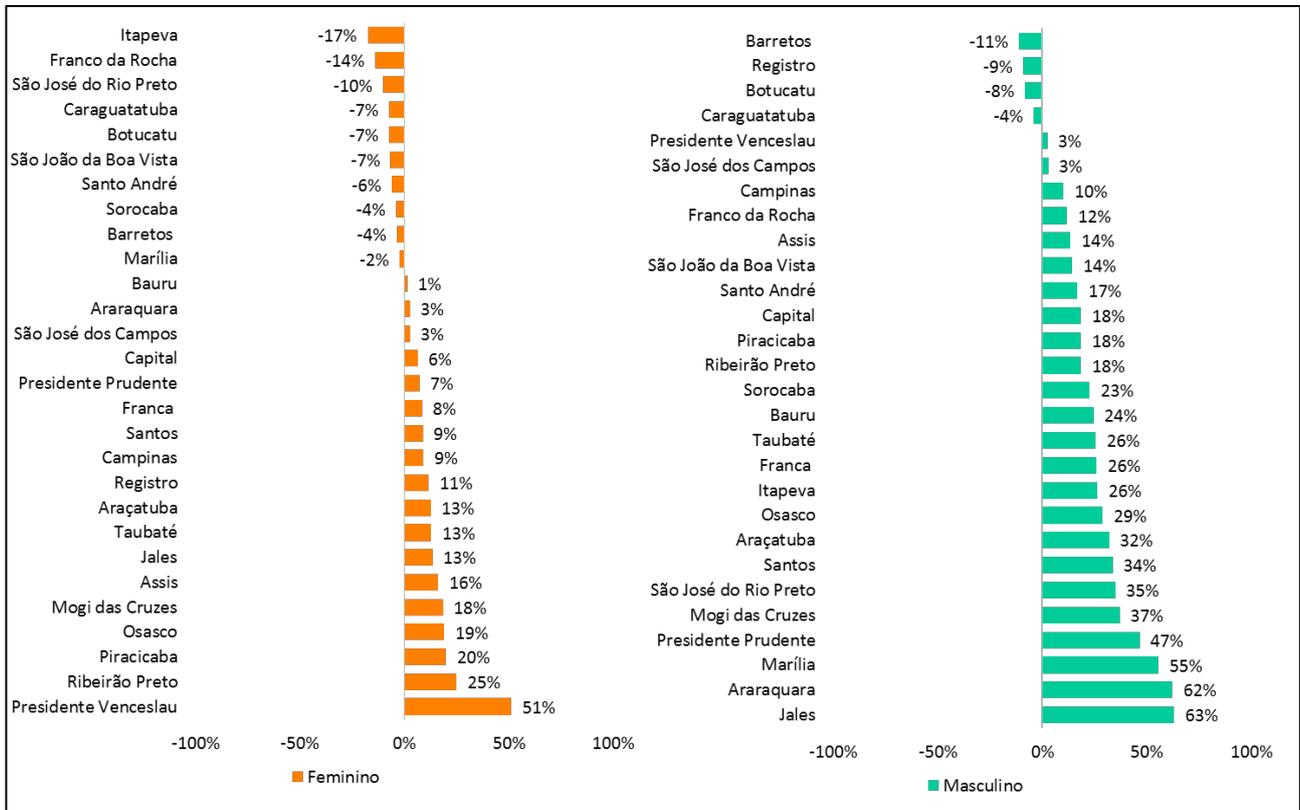


Figura 89 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 90 - Diferença percentual das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Intestino, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.1.2.6 *Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões*

As figuras de 89 a 96 apresentam as taxas de internação hospitalar por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões (CID C33-C34) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo.

Análise DRS

As taxas de mortalidade foram menores na DRS de Registro nos dois triênios e em ambos os sexos. Já entre as maiores taxas, para o sexo masculino Ribeirão Preto foi a DRS que apresentou maiores valores nos dois triênios e para o sexo feminino foi a Baixada Santista, destacando-se que esta DRS foi a segunda maior taxa de mortalidade entre a população de sexo masculino também nos dois triênios (Figura 91). Avaliando a diferença entre os triênios, se observa que no sexo feminino todas as DRS tiveram aumento nas suas taxas de mortalidade, variando de 3 a 68%. Enquanto que, no sexo masculino esse aumento esteve presente somente em oito DRS, variando de 3 a 14% (Figura 92).

Figura 91 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

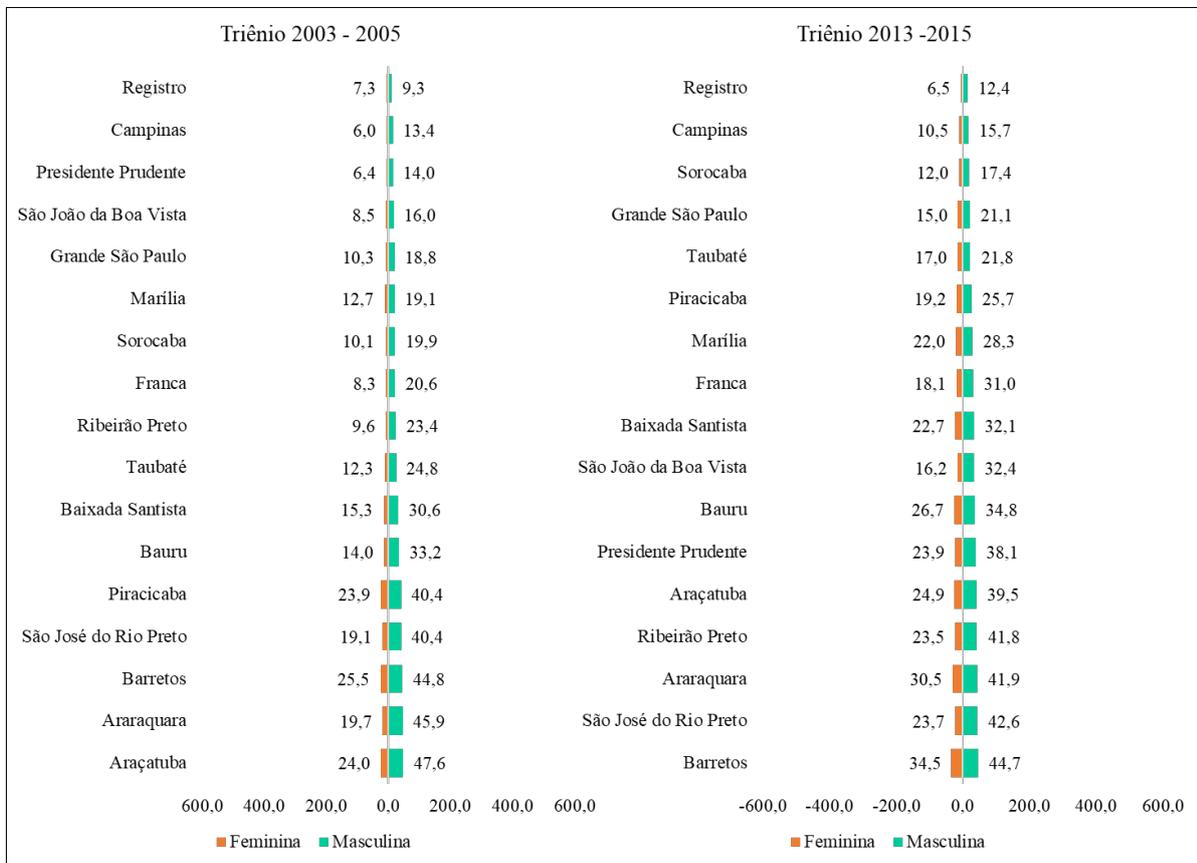


Figura 92 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

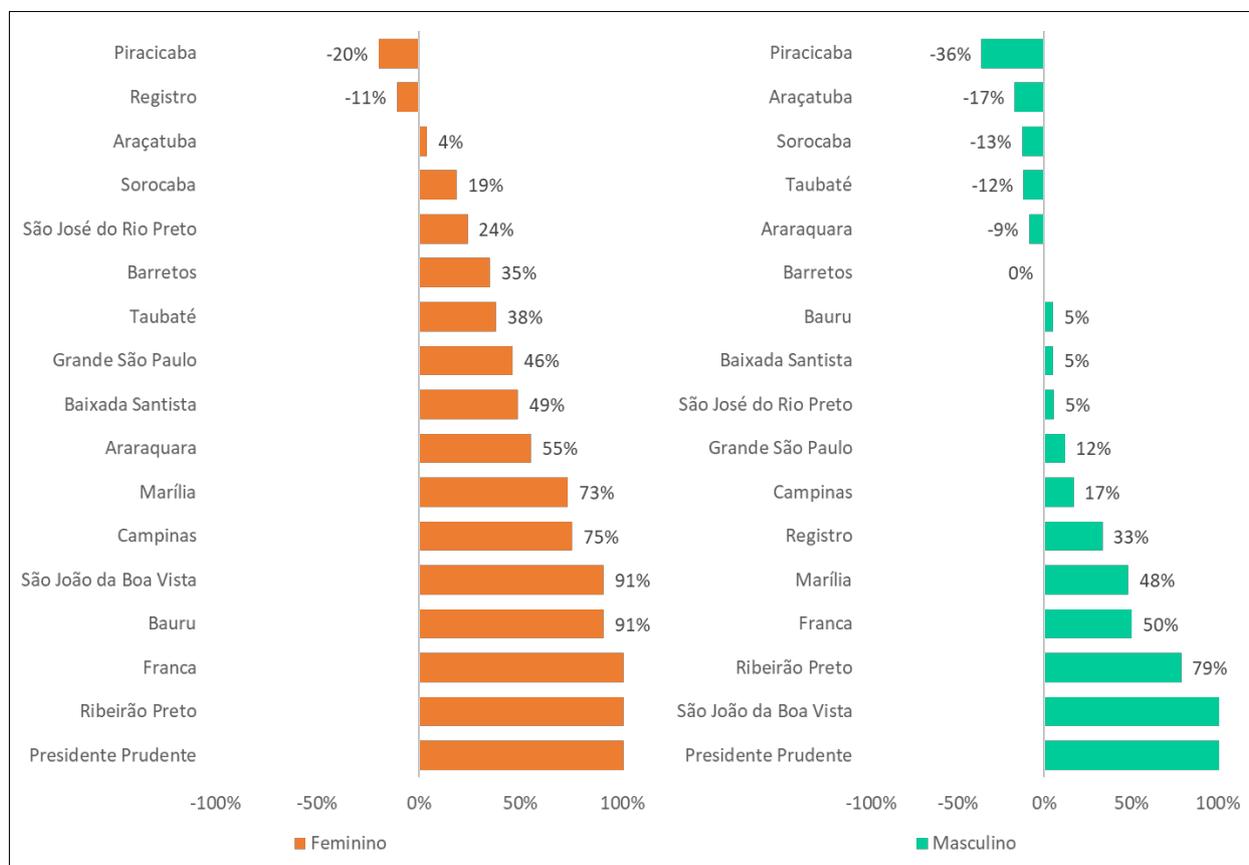
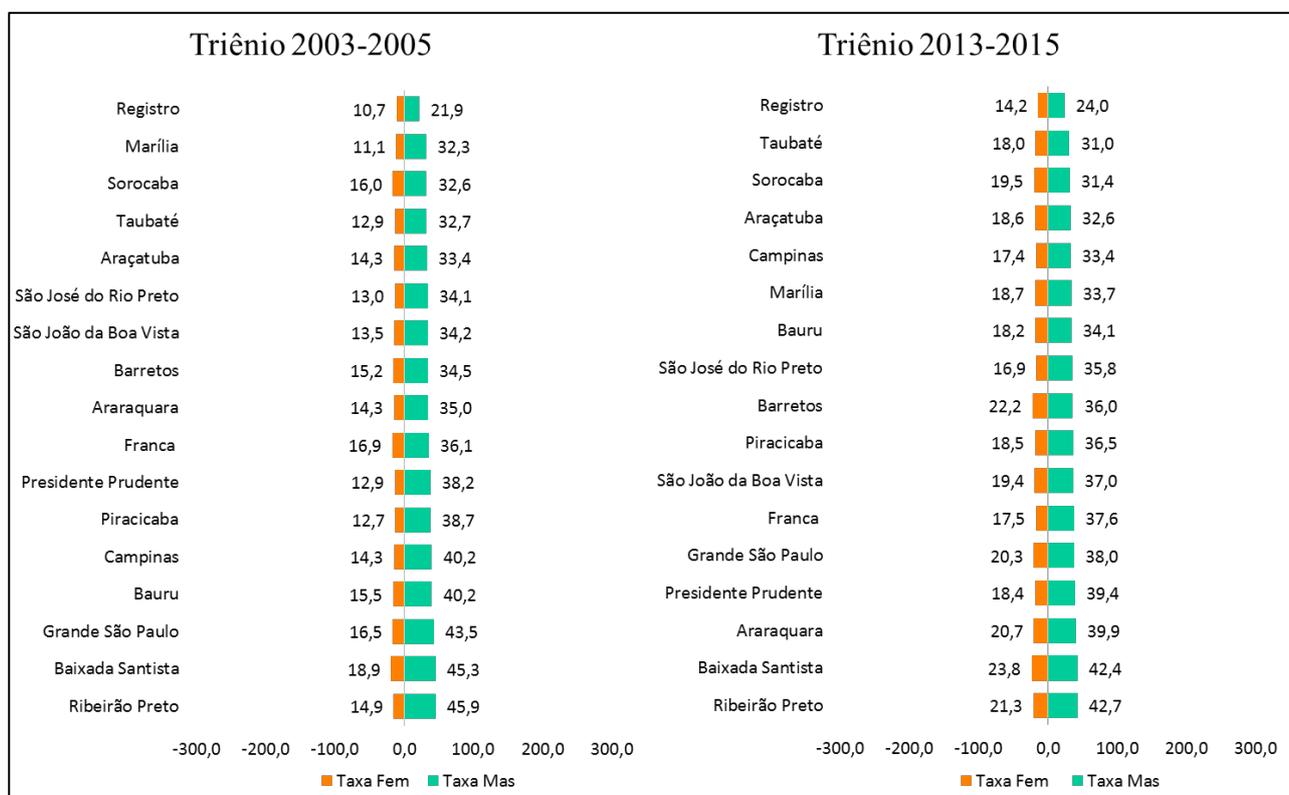
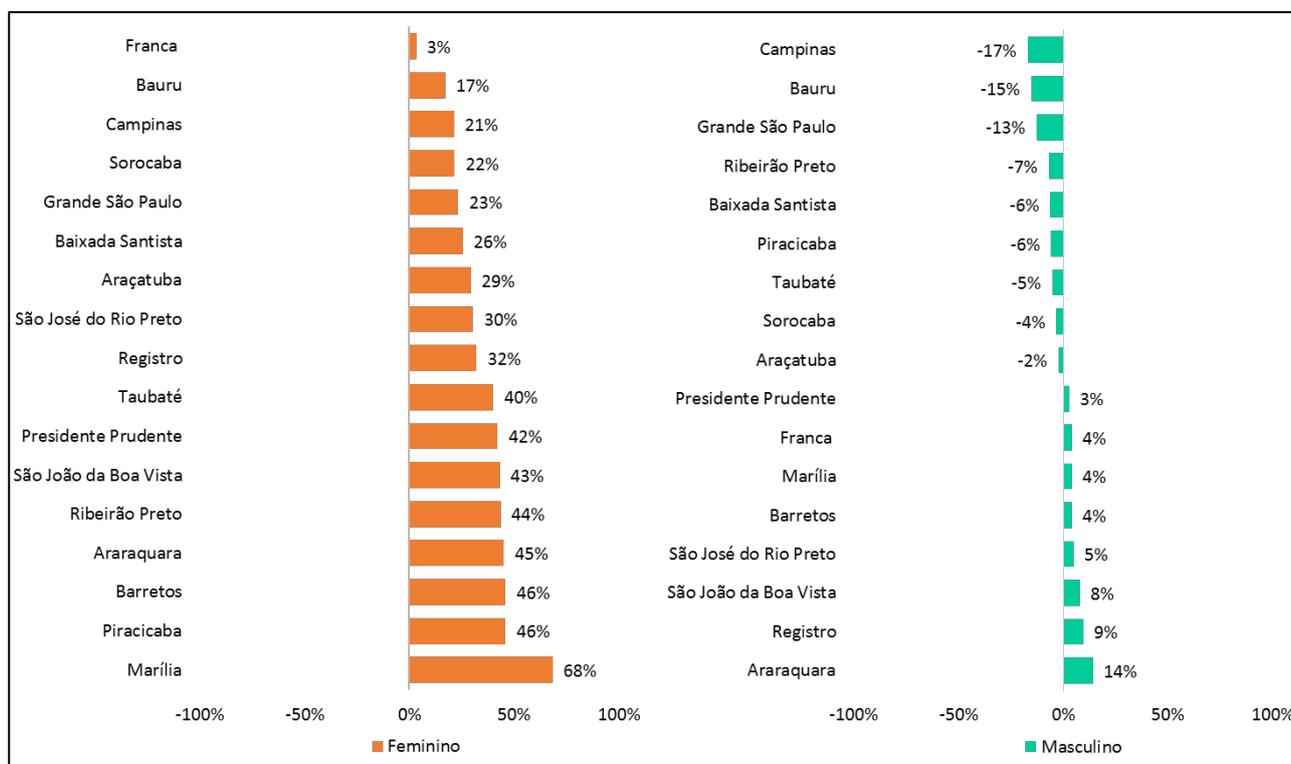


Figura 93 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 94 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



Análise GVE

Para as GVEs, em 2003-2005, as taxas variaram de 14,3 (Itapeva) a 46,1 óbitos por 100 mil habitantes (Ribeirão Preto) no sexo masculino, e de 9,5 (Marília) a 20,8 (Franco da Rocha) no sexo feminino. No triênio de 2013-2015, as taxas foram de 24,0 (Registro) a 43,6 (Caraguatatuba) no sexo masculino, e no sexo feminino de 14,2 (também em Registro) a 23,8 (Santos) (Figura 95). Similar as DRS, no sexo feminino quase todas as GVEs apresentaram um aumento nas taxas de um triênio ao outro (aumento de 3 a 103%), enquanto que no sexo masculino, doze das trinta e três GVEs tiveram essas taxas aumentadas (variando de 1 a 100%), o restante diminuiu (Figura 96).

Figura 95 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

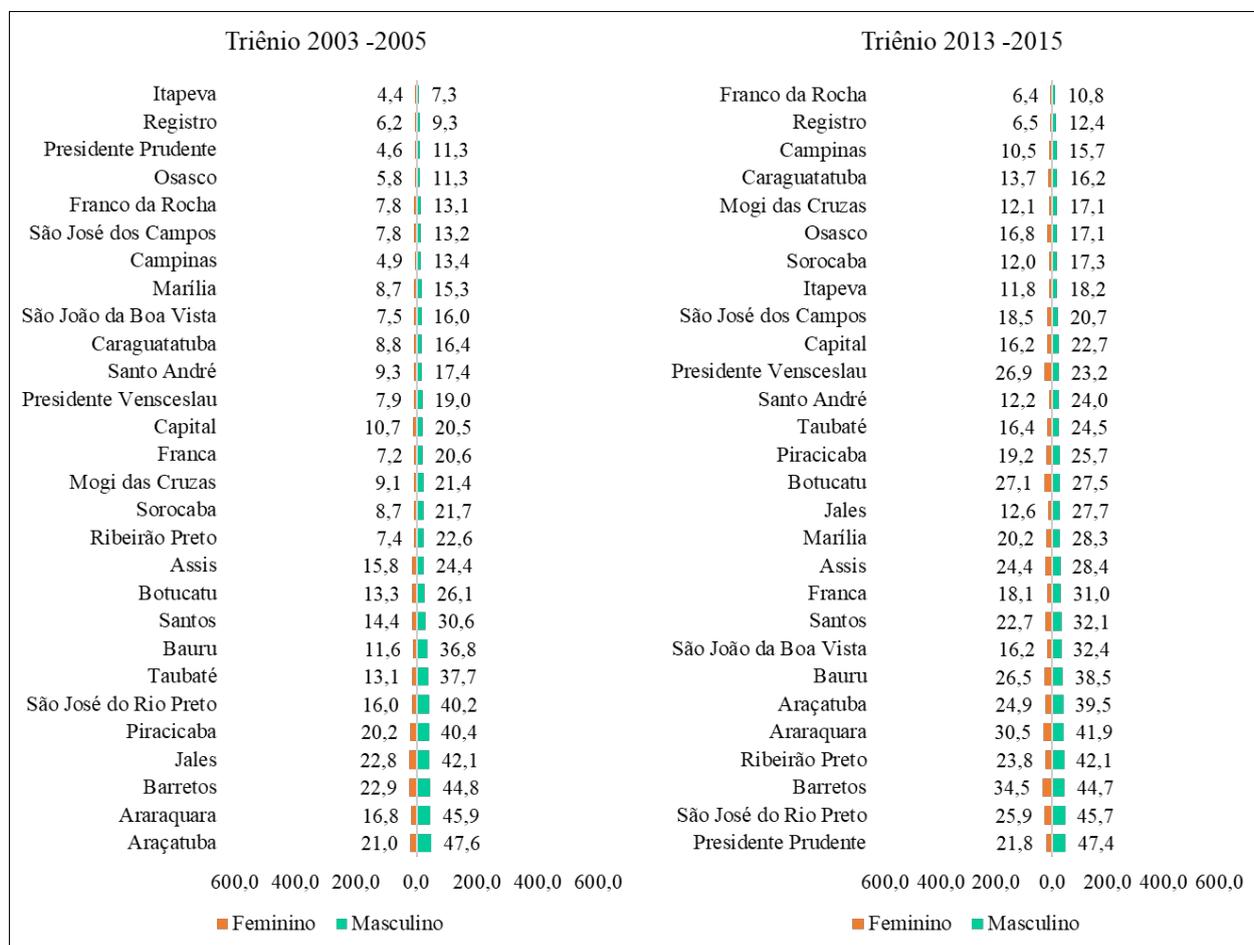


Figura 96 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

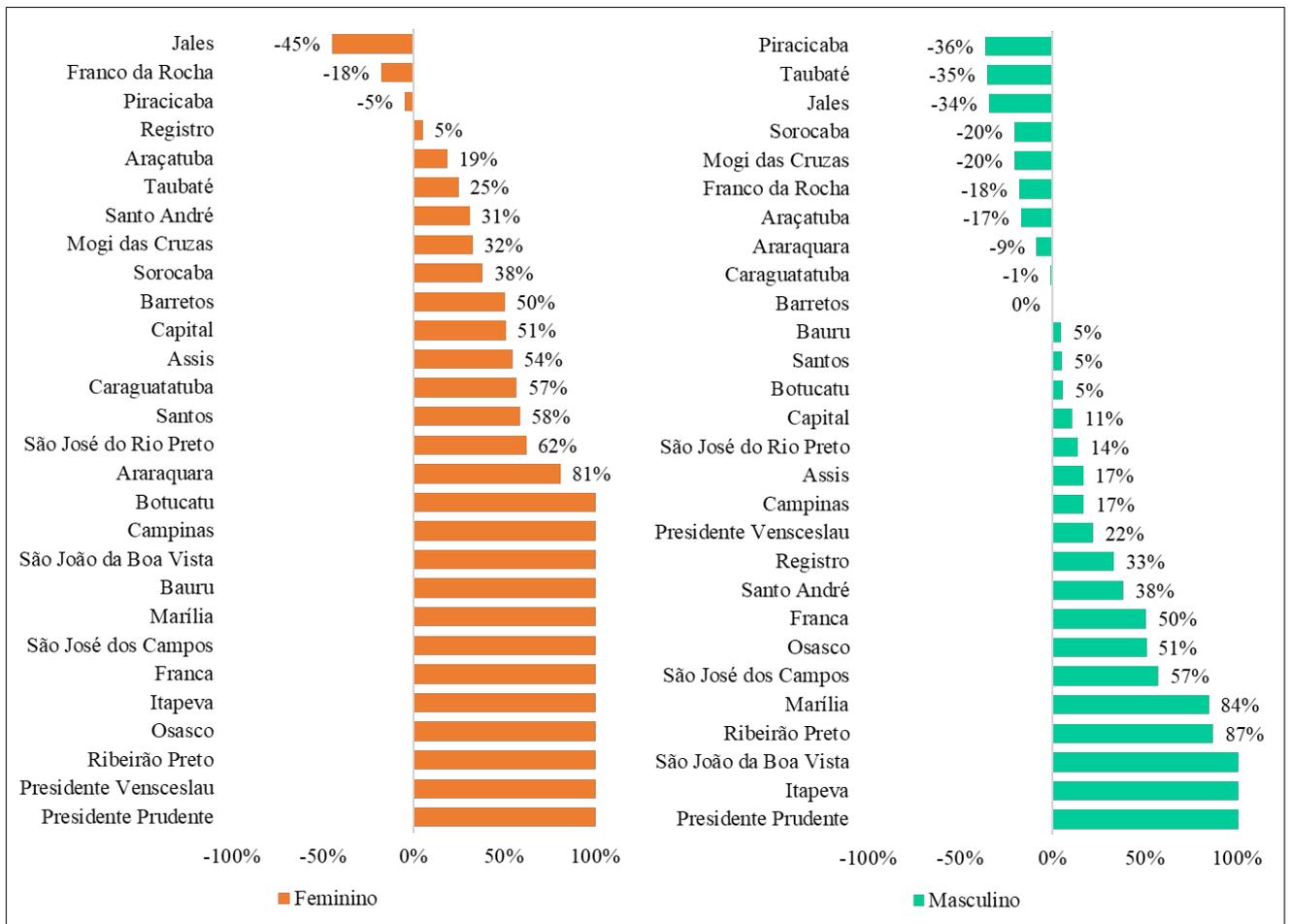
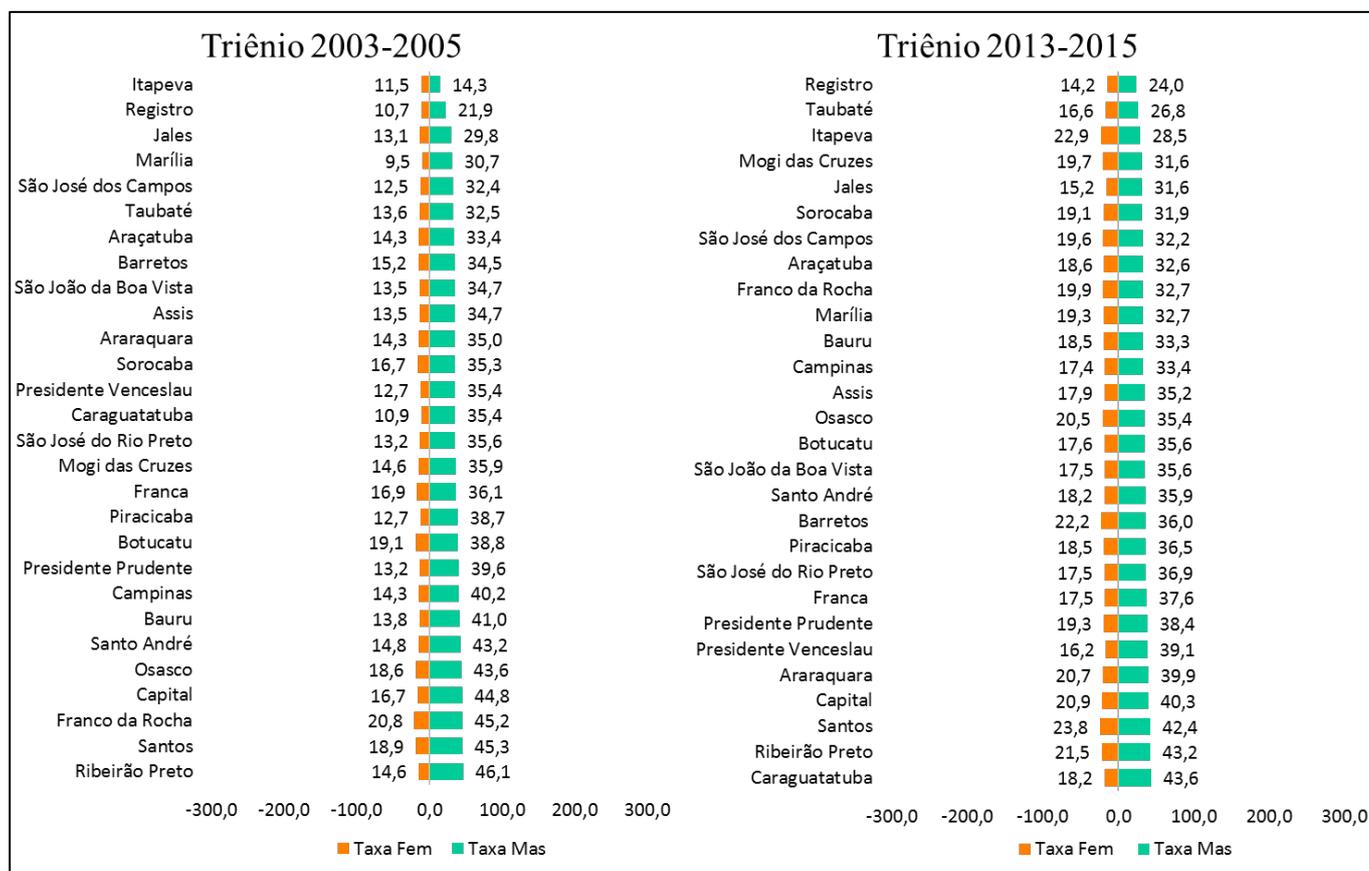
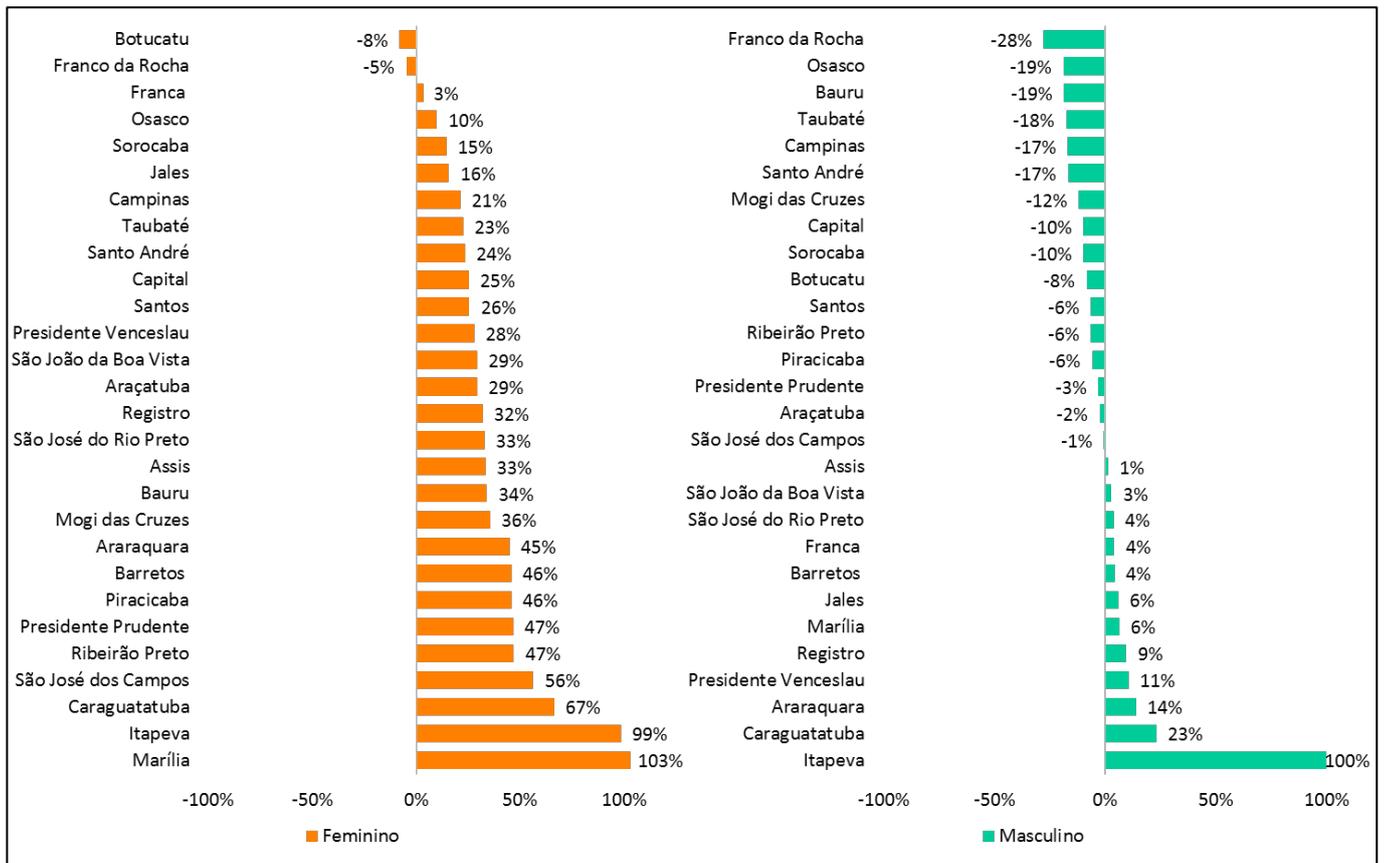


Figura 97 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 98 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Câncer de Traqueia, brônquios e pulmões, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.1.2.7 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

As figuras de 97 a 104 apresentam as taxas de internação hospitalar por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CD J40-J44) segundo população residente nos triênios de 2003-2005 e 2013-2015 e suas diferenças, por sexo, nos períodos estudados; são apresentadas também as taxas de mortalidade na população acima de 30 anos, ajustadas por idade, e suas diferenças, por sexo, segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica (GVE) do estado de São Paulo.

Análise DRS

Por último, as taxas de mortalidade acima de 30 anos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CD J40-J44) ajustadas por idade mostraram que, entre as DRS, no sexo masculino, os menores valores foram em Registro (55,9 e 44,5) e os maiores valores em Barretos (89,6 e 73,7), em ambos os triênios. Para o sexo feminino, no triênio de 2003-2005 o menor valor foi em Ribeirão Preto (23,4) e o maior em Sorocaba (47,1), e no triênio de 2013-2015, Araçatuba (21,4) e Sorocaba (41,5) (Figura 99). Observando a Figura 100 que mostra a diferença entre os triênios, nota-se que no sexo masculino todas as DRS tiveram suas taxas diminuídas, enquanto que no sexo feminino, oito DRS aumentaram suas taxas, variando de 2 a 26%.

Figura 99 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por DRS residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

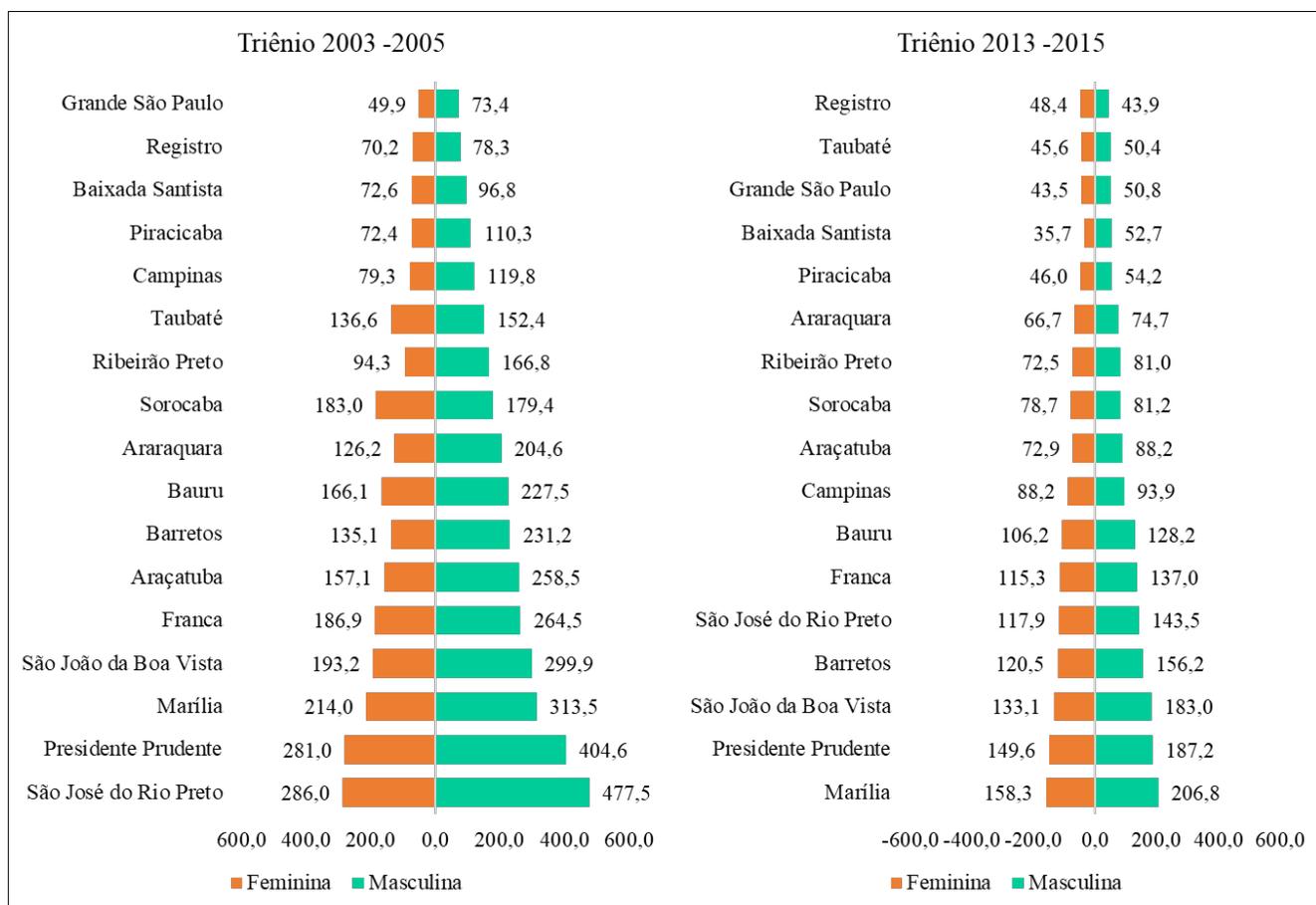


Figura 100 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por sexo e DRS residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

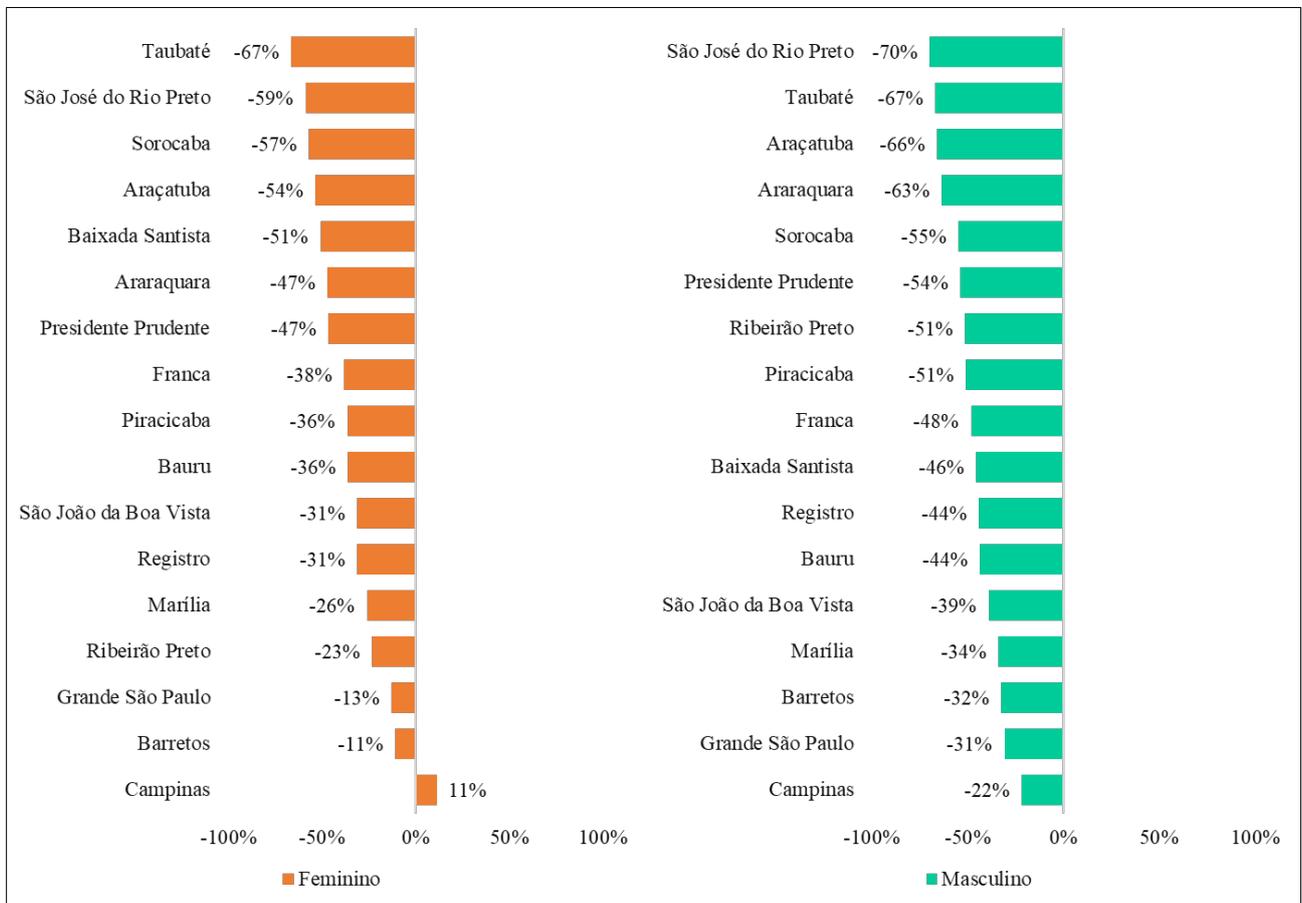
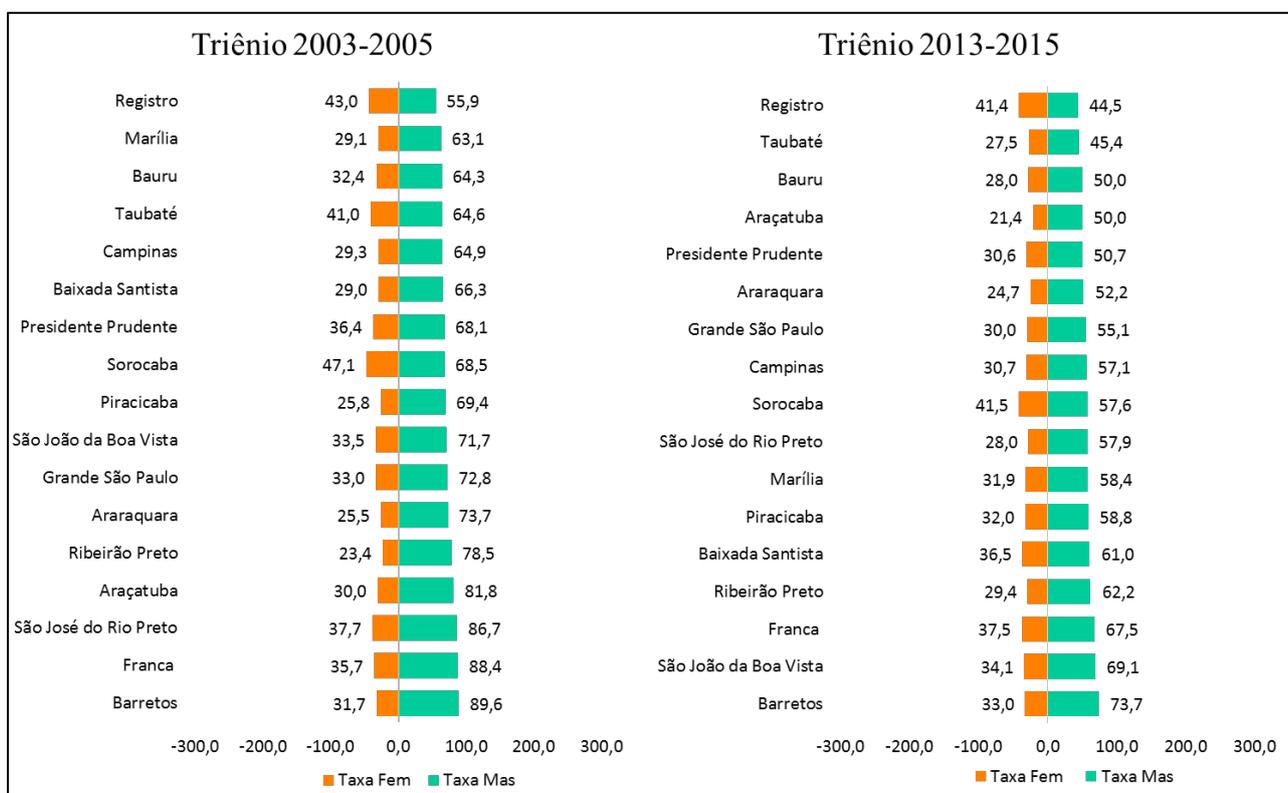
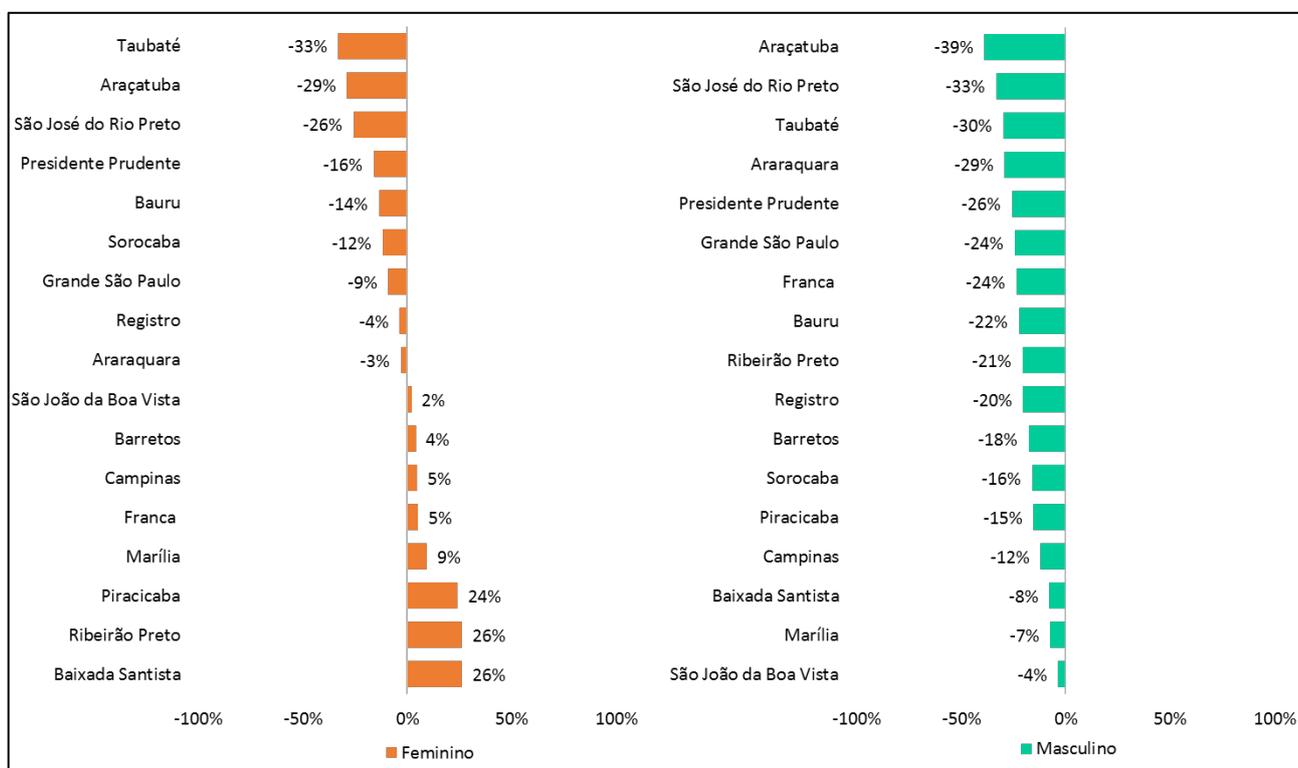


Figura 101 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, ajustadas por idade, segundo sexo e DRS para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 102 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, segundo sexo e DRS, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



Análise GVE

Nas figuras 103 e 104, é possível avaliar que nas GVEs, as taxas variaram no primeiro triênio de 55,9 (Registro) a 89,6 (Barretos) no sexo masculino, e de 23,6 (Ribeirão Preto) a 50,8 (Itapeva), no sexo feminino. Para o triênio de 2013-2015, a variação foi de 40,3 (São José dos Campos) a 73,7 (Barretos) no sexo masculino e de 21,4 (Araçatuba) a 57,1 (Itapeva) no sexo feminino. Entre os triênios observou-se declínio das taxas na maioria das GVEs, independente do sexo, porém oito contra duas GVEs tiveram suas taxas aumentadas (feminino e masculino, respectivamente).

Figura 103 - Taxa de internação hospitalar por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por GVE residente e sexo, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

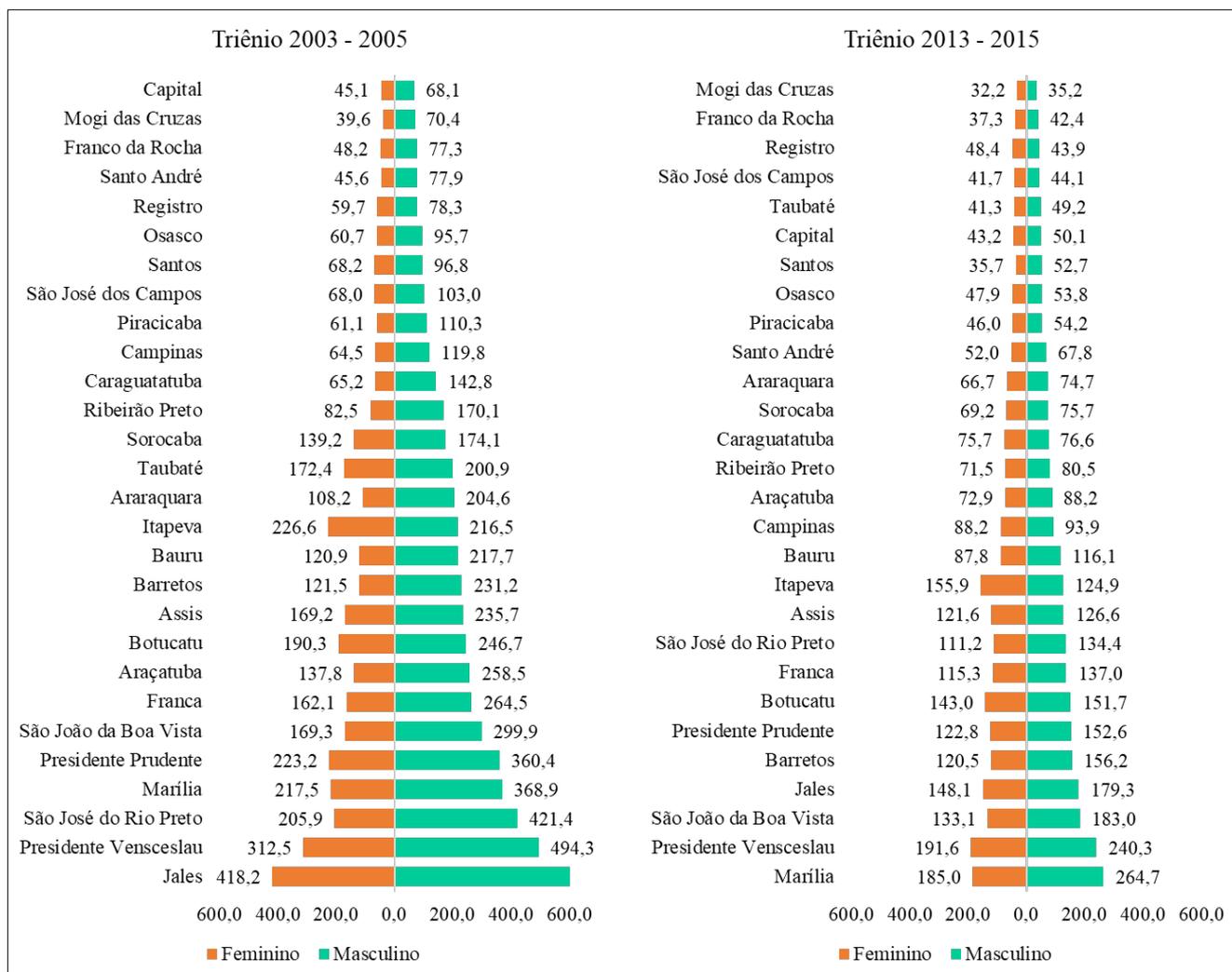


Figura 104 - Diferença relativa na taxa de internação por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, para população acima de 30 anos, por sexo e GVE residente, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, Estado de São Paulo.

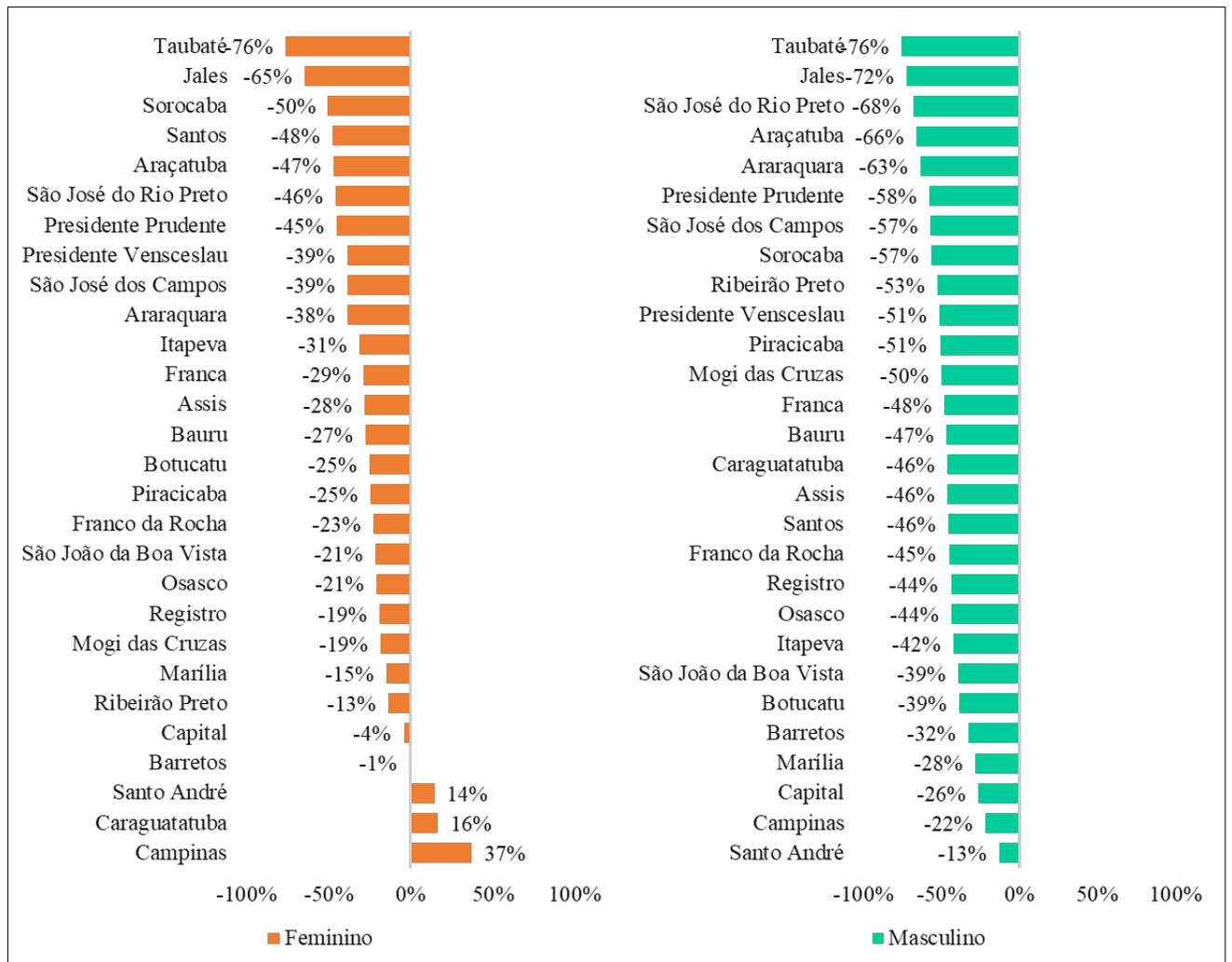
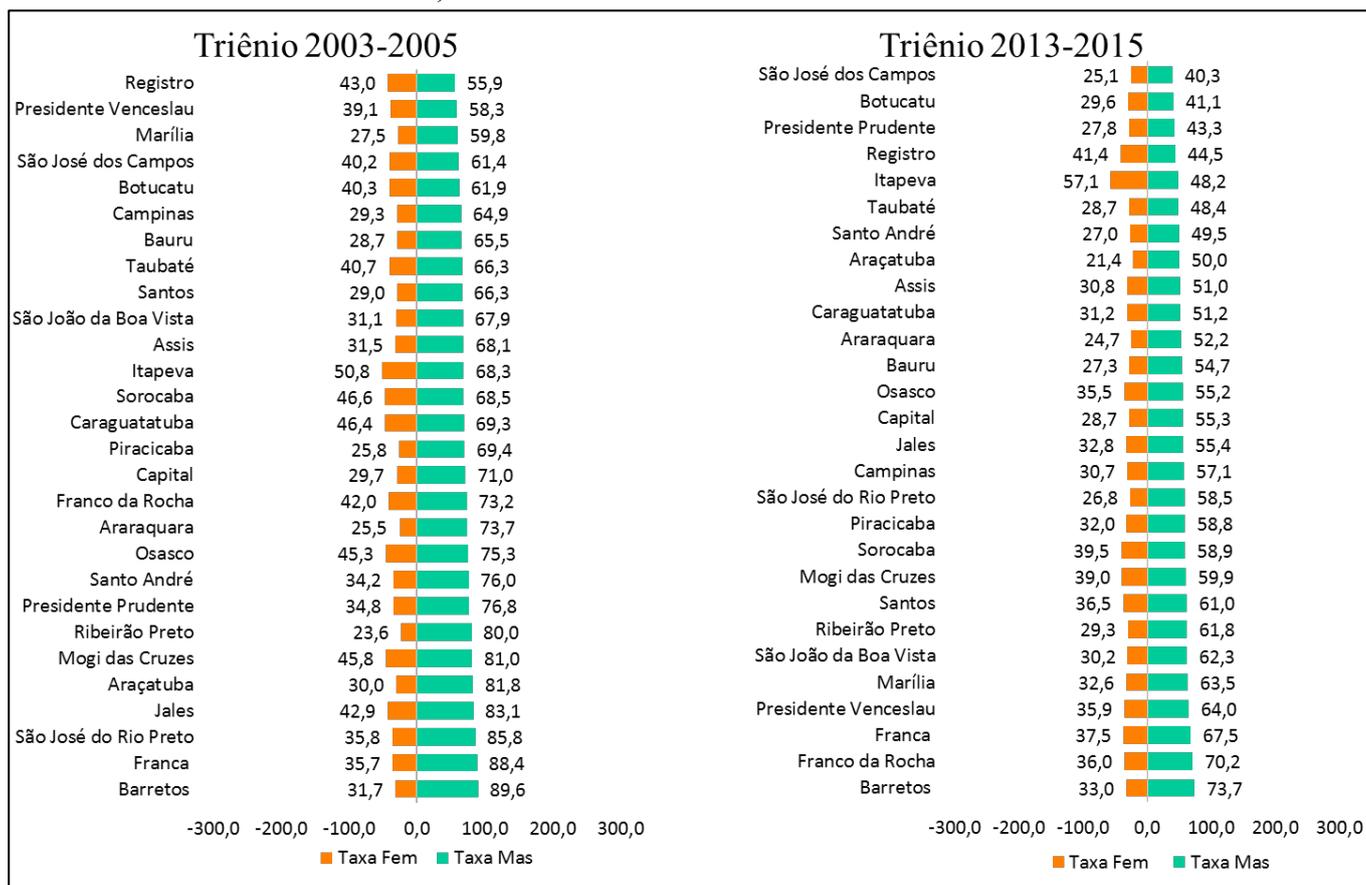
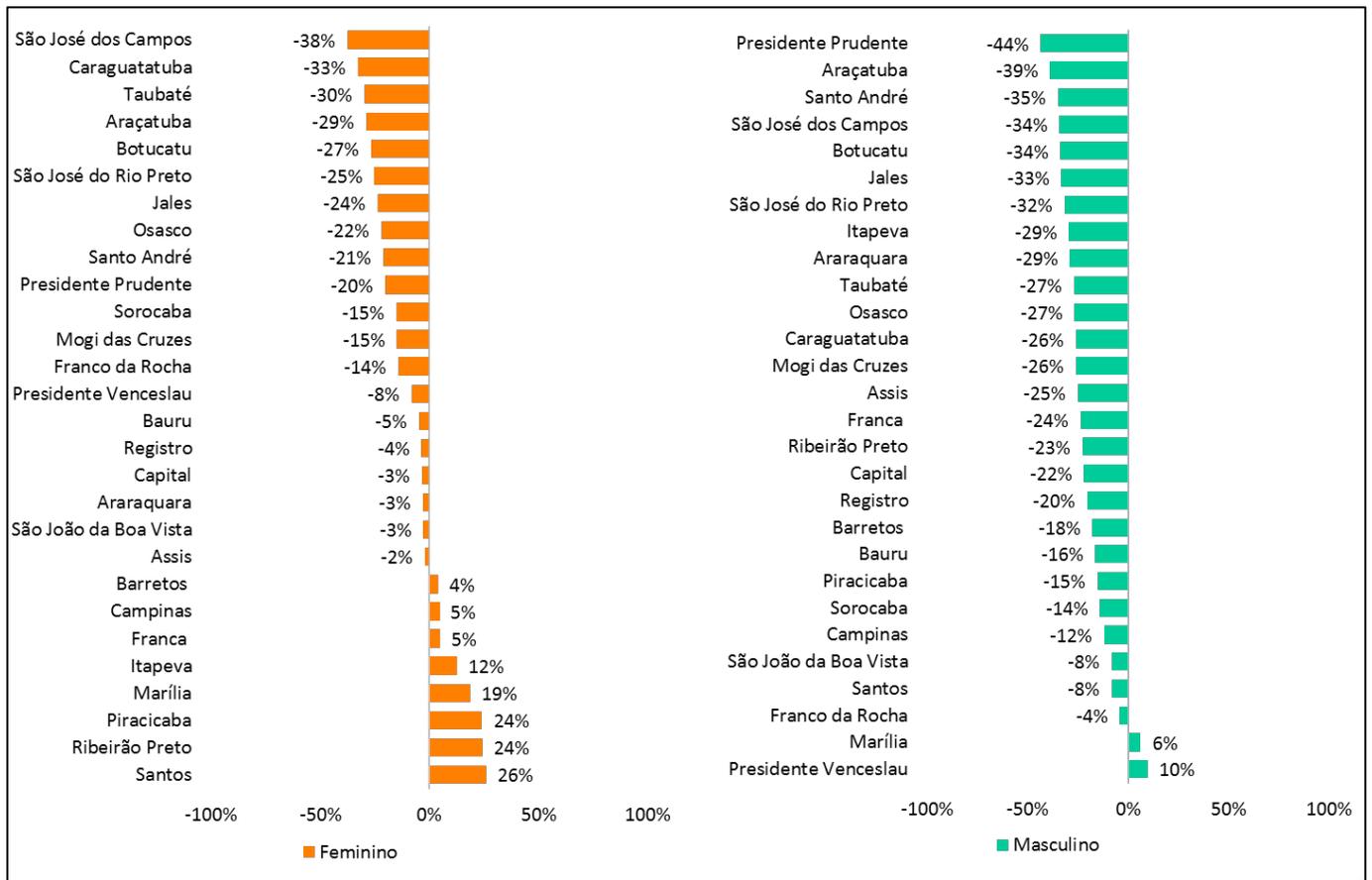


Figura 105 - Taxas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, ajustadas por idade, segundo sexo e GVE para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



* População-referência: a total do Estado de São Paulo em cada triênio (2003-2005 e 2013-2015).

Figura 106 - Diferença relativa das taxas padronizadas de mortalidade acima de 30 anos por 100.000 habitantes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, segundo sexo e GVE, para os triênios 2003-2005 e 2013-2015, São Paulo.



5.2 ETAPA 2 - PESQUISA QUALITATIVA COM ENTREVISTAS A GESTORES CHAVES

O referencial teórico da promoção da saúde, conforme Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) redefinida na portaria nº 2.446/2014 (Brasil, 2014c), do Ministério da Saúde (MS), é definido como “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.”

O conceito de **construção compartilhada** é partícipe do Sistema Único de Saúde (SUS) que se constrói com instâncias tanto de controle social e gestão dos serviços quanto com as instâncias colegiadas de pactuação, o que potencializa o fato da pesquisa se desenvolver dentro do sistema de saúde estadual, uma vez que, possibilita uma visão ampliada do SUS dentro de regionais, as quais possuem municípios com diferentes perfis. A construção compartilhada é também um conceito que coaduna com o referencial teórico da PNPS.

É a partir da análise qualitativa, visando identificar os pontos fortes / oportunidades e fragilidades para implantação e manutenção dos programas e políticas de promoção da saúde nos municípios abrangidos pelos DRS e GVE, que se busca contribuições que possam ajudar a refletir sobre possíveis soluções locais para ampliação da efetividade das políticas de prevenção dos fatores de risco das DCNT.

5.2.1 Referencial teórico

Como referencial teórico utiliza-se Rivera e Artmann (2012) que contribuem para a reflexão do planejamento em saúde como uma necessidade irrenunciável da gestão de redes e a PNPS por compreender a importância da aplicabilidade da mesma como forma de ampliação da efetividade das políticas de prevenção de fatores de risco de DCNT.

5.2.2 Dados gerais das entrevistas

Realizadas entre 2017 e 2018, as entrevistas foram feitas presencialmente em São Paulo (2017) e por telefone (2018), a partir de um roteiro pré-determinado e com perguntas abertas, sendo gravadas conforme autorização dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente transcritas com uso do software Express Scribe versão livre. Após transcrição criou-se banco de dados das entrevistas a fim de realizar a análise de conteúdo.

Devido a impasses, das 32 entrevistas previstas realizaram-se 7, sendo 5 presenciais e 2 por telefone. Foram entrevistadas 3 gestoras chaves de GVE, 2 de DRS e 2 de municípios. Das entrevistadas, 6 são de formação cujas categorias são reconhecidas como profissionais de saúde de nível superior, conforme resoluções nº 218/97 e nº 287/98 do Conselho Nacional de Saúde. Em relação ao cargo / função ocupado, apenas 1 profissional cuja formação não se encontra dentre as carreiras da saúde de nível superior disse não ter cargo, das demais 3 são interlocutoras, 2 coordenadoras e 1 articuladora. O tempo médio de atuação destas profissionais em suas funções é de 6 anos, sendo a de menor tempo 2 meses e a de maior 19 anos.

5.2.3 Oportunidades e obstáculos: resultados da pesquisa

Conforme Fleury e Ouverney (2012, p. 25) a política de saúde é uma política social, o que resulta do fato de que além de “voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades”, “está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios”. Como política social que é, a política de saúde deve ser desenvolvida pelo Estado a finalidade do bem-estar e proteção social das coletividades, mas envolver outros atores sociais. Fleury e Ouverney (2012, p. 37) assinalam que

“como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e

atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços, etc.”

Em relação às **principais atividades desenvolvidas nos DRS ou GVE em que atuam**, as gestoras entrevistadas apresentaram múltiplas experiências, todas dentro do escopo da PNPS. Uma gestora em específico trouxe uma resposta contraditória ao afirmar que “no momento nós não estamos realizando nada especificamente” (gestora 1, 2017), pois enquanto profissional de saúde alocada em um GVE, ainda que sua atuação no setor tenha limitações, não há como não realizar nada relacionado as DCNT.

As principais atividades apresentadas pela maioria das gestoras entrevistadas se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial, com atenção especial para atuação junto às escolas, o que evidencia o caráter de promover a saúde de forma articulada a medidas de prevenção. A principal diretriz da PNPS é “o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2014c).

As principais atividades enumeradas pelas gestoras constam do plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT no Brasil, a partir de agora denominado Plano, como intervenções efetivas em DCNT. Destas destacamos prevenção do tabagismo que está relacionado a fatores de risco para as quatro principais DCNT e a programas de atividades físicas.

Uma das gestoras citou questões administrativas, inclusas as relacionadas às questões judiciais, como principal atividade, mas também apresentou a atividade de articular com os municípios, com todos os articuladores municipais da rede de doenças crônicas. Ela tem articulador das linhas de cuidado, das redes de atenção nos municípios e pontuou que seu papel junto com eles é construir a política regional ou as linhas de cuidado.

Em quais são os programas ou ações de promoção da saúde desenvolvidos nos municípios abrangidos pelo DRS ou GVE, enquanto uma das entrevistadas contraditoriamente reafirma que “pelo GVE nada especificamente”, as demais apresentaram linha de cuidado sobrepeso e obesidade, linha de cuidado doenças crônicas, programa de controle de diabetes, programa de incentivo a amamentação, programa saúde da criança e adolescente, programa saúde na escola (PSE) e outras ações como prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nas escolas, ações ligadas a prevenção do tabagismo, combate ao sedentarismo, alimentação saudável, Agita SP, Agita Galera, Agita Idoso, Academias da Saúde, ações em conjunto com a estratégia de saúde da família, com o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) além de ações de vigilância de violência e acidentes (VIVA). Todas essas ações e programas estão dentro dos temas prioritários da PNPS (BRASIL, 2014c).

Chama atenção a fala dos GVEs ressaltando que “tem uma responsabilidade mais direta com a violência” porém como se sua atuação fosse mais limitada a essa especificidade, não tendo como fazer promoção da saúde. Importante pontuar o entendimento do SUS do que seja vigilância epidemiológica: “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Para além do significado da vigilância epidemiológica cabe ao GVE, dentre outras atividades, “analisar epidemiologicamente o comportamento das doenças sob vigilância epidemiológica”¹. Sem uma atuação articulada com a rede, e apropriação de

1 Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/institucional/sobre-o-cve> Acesso em abril de 2019.

seu lugar enquanto potencial apoiador de políticas públicas de promoção da saúde, sua possibilidade estratégica de intervir nas condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais fica secundarizada.

Com tantas ações e programas sendo desenvolvidos é importante que se tenha compreensão das escolhas sobre quais devem ocorrer, como e quando. Ao indagar sobre **quais são os critérios para estabelecer prioridades**, todas as respostas recebidas deixam explícito que quando há critérios esses podem não ser necessariamente priorizados, uma vez que, as gestoras não sabem quais são esses: “na verdade assim, esses critérios são definidos pela própria Secretaria de Estado e Ministério da Saúde” (gestora 2, 2017); “E aí eu confesso que como foi o critério de escolha a gente não sabe” (gestora 5, 2017).

Como é feito o planejamento é outra questão que precisa ser refletida, pois planejar no sentido efetivo é projetar com método para o alcance do que se anseia, requer sistematização, monitoramento e avaliação. Para Rivera e Artmann (2012, p. 15) “planejar é buscar formas de coordenação da ação por meio do diálogo supondo um ambiente de comunicação e de cooperação, sem ignorar o conflito mas tematizando-o.”

Uma das gestoras respondeu que o planejamento é feito “pegando o plano municipal a gente depois desmembra com a programação anual” (gestora 3, 2018), vai muito além disso, é preciso pensar o planejamento como processo (Rivera e Artmann, 2012). Outra gestora não soube dizer porque são os municípios que executam, a justificativa de que “não, nós orientamos tecnicamente” (gestora 5, 2017) se mostra incipiente diante do fato de que orientação deve ser acompanhada de monitoramento que consequentemente requer planejamento.

Um dos valores fundantes do processo de efetivação da PNPS é o da corresponsabilidade, “enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos” (BRASIL, 2014c), são valores que devem ser assumidos pela gestão.

Segundo gestoras entrevistadas, a realização de reuniões, capacitações que incluem oficinas e sensibilizações, o desenvolvimento de linhas de atenção são **como são executadas as iniciativas**, todas articuladas com os diferentes níveis das redes de atenção

à saúde, mediando as necessidades mais latentes. Aqui uma das gestoras (3, 2018) relatou o acompanhamento sistemático de indicadores para superá-los, isso também faz parte do planejamento.

Sobre **quais são os setores da saúde e externos envolvidos**, foram citados tanto o GVE quanto DRS. Também citaram Ambulatório Médico de Especialidades (AME), hospitais, saúde da mulher, saúde mental, academias, vigilância epidemiológica, ANVISA, residência multiprofissional, controle de zoonoses, secretaria de cultura, secretaria de esportes, secretaria de educação, mobilidade urbana, universidades, creche, assistência social, conselho tutelar, sociedade civil e outros conselhos.

Em **quais impactos (ou sinais de efetividade) tiveram sobre a saúde da população** uma das gestoras respondeu apresentando o longo tempo de duração de determinado programa, pontuando como se tal durabilidade validasse sua efetividade sobre a saúde da população, cita também as manifestações da população atendida cobrando pela atuação do serviço quando há troca de profissionais ou recesso. Outra gestora apresentou uma experiência exitosa de uma atuação pontual em um programa, inclusive com feedback positivo de usuários e familiares.

O vínculo estabelecido entre profissionais de saúde, o serviço e a população atendida é extremamente relevante e deve ser incentivado, inclusive colabora com os valores como a solidariedade, a felicidade e humanização, que são fundantes do processo de efetivação da PNPS. Porém, isolados não são validadores de efetividade das políticas públicas, assim como o exemplo de um exitoso estudo de caso apresentado em congresso. Existem ferramentas para avaliação do SUS que são disponibilizadas aos gestores pelo MS a fim de colaborar para a avaliação de efetividade e eficiência.

Uma gestora apresentou dados comparativos referentes internações por doenças crônicas no país e regional, porém sem avançar na análise sobre efetividade, o que acaba por enfatizar a fala de outra gestora quando diz que “normalmente são sempre os mesmos processos, sempre a mesma maneira e não tem nenhum tipo de avanço nesse sentido, por mais que seja o trabalho, se tem é pouco, né?” que conclui: “então a gente tem um pouco andamento em relação a isso, mas tem que ir tentando” (gestora 4, 2017).

Os municípios que tem atuação direta junto a população e é importante que eles compartilhem com as regionais as matrizes de avaliação e deem retorno sobre as ações compartilhadas pois o trabalho conjunto ganha novas dimensões quando os resultados são visualizados a contento. A solidariedade, “entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias” é outro valor fundante da PNPS.

“O que eu percebo é que é assim, quando a gente faz, por exemplo, uma boa avaliação do banco você percebe as vezes situações que vão se repetindo. E aí se você leva para o município, o município acolhe isso e dá um andamento. Assim, um trabalho em cima desses casos que você percebe, por exemplo, de casos de várias ocorrências, né? Então uma pessoa que tem várias situações de notificação às vezes o município não tem atenção a isso. A hora que você vai, você orienta o município, e ele propõe, aí conversa, pensa num projeto, você teve uma melhora, né? Para aquelas, pra aquela pessoa ou aquele grupo. Então eu acho que assim, a avaliação do banco e essa orientação ao município é importante, né? É quando você percebe também que os profissionais, eles entendem (...). Mas quando você percebe que eles começam a ter esse olhar, que eles começam a ampliar a forma, né?! Isso também se percebe que vai tendo um impacto na modulação. Então é através desses feedback, vamos dizer, que o município, os profissionais, vão nos dando, do trabalho”. (gestora 7, 2017)

Conhecer os pontos fortes/oportunidades e fragilidades para implantação de programas e políticas de promoção da saúde no território do DRS e GVE é central para esta pesquisa, para tanto, foi perguntado **quais são as facilidades (ou pontos fortes) para a implantação e manutenção de programas e políticas de promoção da saúde nos municípios abrangidos pelo DRS ou GVE onde você trabalha**, foram pontuadas: bom relacionamento com DRS, bom relacionamento com a direção da regional, parceria com

municípios, apoio da gestão, parceria entre as equipes, ter uma equipe técnica e poder dar continuidade ao trabalho implantando.

As **facilidades** apresentadas parecem não vir acontecendo **nos últimos anos** na realidade de todas as profissionais, embora uma das gestoras tenha dito que, na experiência de seu muito tempo de trabalho, sempre existiram “porque muda o gestor mas ele sempre vem com essa forma de cuidar dos programas” (gestora 3, 2018). Há o relato de que “então a gente teve um município que tinha um trabalho super constituído e de repente mudou a prefeitura, mudou o prefeito, aí teve toda uma mudança e assim... e o trabalho que já estava constituído, que já estava começando a ter bastante fruto, né? Ele acabou porque já não era mais interesse daquela gestão, entendeu?” (gestora 7, 2017).

E, na questão sobre **quais são as dificuldades (ou fragilidades) para a implantação e manutenção de programas e políticas de promoção da saúde nos municípios abrangidos pelo DRS ou GVE onde você trabalha**, ressalta-se: número reduzido de profissionais, o que resulta em todos sobrecarregados, sendo a questão do RH apontada como fragilidade tanto no GVE quanto nos municípios, de profissionais de saúde mas administrativo (por exemplo motorista); o perfil de gestão em desacordo com a PNPS, como a antiga que não acreditava na atenção básica e privilegiava a área hospitalar em detrimento da promoção da saúde; falta de estrutura (inclui vários tópicos, inclusive transporte); recursos financeiros que vem sendo reduzidos, do qual cabe trazer a fala de uma gestora:

“a gente faz milagre todo o dia. Com o pouco que tem a gente faz muita coisa, né? A cada dia que passa acho que com essa questão de fechar conta, né? Por vinte anos, e não ter investimento, e cada vez menos investimento no SUS eu acho que isso tem um impacto nas nossas ações sim. A gente aumenta a população, o valor, o custo das pessoas aumenta, o salário das pessoas aumenta, mas o dinheiro é o mesmo e as coisas vão ficando difíceis de pagar” (gestora 3, 2018)

Outra dificuldade pontuada é a rotatividade nos municípios, que fragiliza o trabalho a ser desenvolvido:

“Os treinamentos existem mas assim, não tem pessoa suficiente e tem muita troca, né? Os municípios têm muita troca, muda gestão, o prefeito e o secretário, muda a equipe. Porque são questões políticas. E aí fica difícil, né? Você tem que treinar tudo de novo, né? Começar tudo de novo. Tem muitos municípios que funciona nessa lógica. Nem todos mas têm vários que funcionam assim” (gestora 4, 2017).

São dificuldades que vem acontecendo nos últimos anos e tendem a se intensificar com o congelamento dos gastos públicos com as políticas sociais. Perguntou-se sobre a opinião das gestoras a respeito de **quais medidas poderiam ser adotadas para superar as dificuldades encontradas para a implantação e manutenção de programas e políticas de promoção da saúde** nos municípios abrangidos pelo DRS ou GVE onde trabalham. Entre crenças e descrenças as proposições apresentadas citam a importância da questão das DCNT serem abordadas com todos os gestores regionais e secretário de saúde, a fim de ter um discurso e ação coesos na prioridade nas ações; financiamento de projetos via MS, conforme já houve; maior inter-relação entre as coordenações das redes assim como entre GVE e DRS, inclusive com a proposição de encontros regionais por micro ou macrorregiões de saúde. A fala de uma das gestoras é alarmante, mas real:

“Eu acho assim que as medidas vão desde nível central, de Ministério da Saúde, até ações mesmos assim legislativas, pro próprio legislativo do país. A gente está com um risco muito grande de você ter corte de verbas de repasses do SUS para os municípios, o próprio Ministério da Saúde, ele está jogando muito das funções que ele exercia pros municípios, então chegou um momento em que uma equipe tiver diminuição de arrecadação e também de uma diminuição de repasse dos recursos das verbas do SUS com risco a mais, com o risco dessas verbas serem diminuídas mais ainda, certo?” (gestora 6, 2018)

O resultado da análise temática possibilitou **duas categorias de análise: construção compartilhada e precarização da estrutura do SUS.**

Na categoria construção compartilhada as gestoras referiram todo tempo o desenvolvimento dos programas e políticas em conjunto com outros sujeitos e/ou instituições, intra ou intersetorialmente, o que evidencia o forte potencial da construção das soluções locais compartilhadamente.

A intrassetorialidade inclusive “diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas” (BRASIL, 2014), conforme um dos princípios da PNPS. Abaixo alguns recortes ilustrativos:

Construção Compartilhada

“é articular com os municípios, com todos os articuladores municipais da rede” (gestora 2, 2017)

“a gente fez reunião com todos os AMEs, com todos os hospitais, para estabelecer quais seriam as pactuações, os protocolos, etc... nós capacitamos os municípios para a questão dos protocolos de atenção básica, da média complexidade, construída junto com a média complexidade, com alta complexidade” (gestora 2, 2017)

“a prevenção, com início do tabagismo, com as escolas, a gente trabalha com o tabagismo também nas unidades de saúde” (gestora 3, 2018)

“a gente está muito ligada às unidades, as parcerias com as equipes” (gestora 3)

“a cada dois meses, faz um encontro com os interlocutores municipais, é um grupo que vem para a gente poder sentar, a gente se reuni, agora a gente está fazendo com que cada município, mas não sou eu sozinha, trabalha eu, mais um médico junto comigo, a V. que é do GVE participa também com a gente, outros GVEs também participa, a gente faz encontros bimestrais” (gestora 5, 2017)

“E também um trabalho conjunto com a vigilância epidemiológica, também com as doenças de notificação compulsória, e com o controle de endemias” (gestora 6, 2018)

“ideia é assim, conversar sobre questões de apoio, de prevenção das violências, trazer os municípios, né? Fazer essa experiencição de rede, né? Também com eles, né?” (gestora 7, 2017)

Precarização da estrutura do SUS

“Mas o que a gente foi percebendo com o decorrer é que assim... mudanças de governo, né? muitas vezes acabam quebrando...às vezes sai profissional, né? Ou tem mudança de governo e muda a questão do foco, né? É... aí dá uma desestabilizada” (gestora 7, 2017)

“Então, a gente faz as reuniões do núcleo que agora, antes a gente fazia reuniões mensais, mas aí, né? Com essas dificuldades todas nos municípios até de deslocamento e tal. A gente começou a fazer quatro, a gente faz quatro reuniões no ano, desde o ano passado e esse ano também, né?” (gestora 7, 2017)

“Normalmente são sempre os mesmos processos, sempre a mesma maneira e não tem nenhum tipo de avanço nesse sentido, por mais que seja o trabalho, se tem é pouco, né? (gestora 4, 2017)

“Número bem reduzido de profissionais, todos sobrecarregados com as suas ações. Então eu vejo dificuldade nesse sentido e também porque ainda tem uma cultura dentro do GVE de trabalhar com doenças transmissíveis” (gestora 1, 2017)

“Nós nunca paramos mas nós fomos muito desestimulados porque os diretores não acreditavam na promoção da saúde, não acreditavam na atenção básica, eram voltados para área hospitalar, porque eles vinham da área hospitalar, para eles só a questão curativa que importa, só questão de cirurgia, questão de teto financeiro para o hospital” (gestora 2, 2017)

“Eu acho que é questão de recurso financeiro mesmo, né? Hoje a gente tem sentido essa redução, né?” (gestora 3, 2018)

“Os municípios têm muita troca, muda gestão, o prefeito e o secretário, muda a equipe. Porque são questões políticas. E aí fica difícil, né? Você tem que treinar tudo de novo, né? Começar tudo de novo. Tem muitos municípios que funciona nessa lógica. Nem todos mas têm vários que funcionam assim” (gestora 4, 2017)

“Você vê, é a distância, o número de reuniões que eles tem que participar, então muitos municípios às vezes não vem por conta de recurso financeiro, o recurso financeiro eu acho que está..., hoje talvez o DRS só esteja ele aqui, por conta de recurso” (gestora 5, 2017)

“Uma dificuldade que a gente tem aqui também é a questão às vezes de transporte de funcionários numa região mais distante, é transporte..., você bate com o carro, a gente teve bastante problema com transporte esse ano aqui. Então s vezes você quer fazer uma ação casa a casa, uma ação mais na área rural, a gente estava com um grande problema no transporte, foi realmente uma dificuldade. A gente ficou meio um pouco limitado com relação a isso daí” (gestora 6, 2018)

“eu acho que aí é questão de recursos, né, então assim... que nem agora, eu falei das visitas aos municípios, é fácil? É. Mas a gente não tem mais é... motorista, então a gente, pra você ir tem que ir com o próprio carro. Que isso era uma coisa que facilitava porque os municípios, somente os pequenininhos, às vezes eles têm muita dificuldade de dinheiro para tudo, né? Então você poder ir lá tendo mais essa autonomia de você ir facilitava, para eles, né? E para o nosso também, para o desempenho do trabalho. Aí a gente não tem, quer dizer a gente tem que ir só com recursos próprios, né? Porque não tem, então isso tudo também assim são coisas, né? Que a forma como a secretaria vai trabalhando e vai fechando vai te dificultando também, você conseguiu ficar próximo, né?” (gestora 7, 2017)

“Eu assumi as doenças crônicas porque... por aposentadoria, né? E esses funcionários não estão sendo repostos. Nós estamos com um número bem reduzido de profissionais, todos sobrecarregados com as suas ações” (gestora 1, 2017)

“Vem piorando por que? Cada um que se aposenta o outro pega o trabalhinho que era daquele pra fazer, quer dizer, acumula numa pessoa só várias..., vários programas” (gestora 5, 2017)

“Não, a questão do transporte esse ano foi uma situação à parte, porque a gente teve muita dificuldade mesmo no transporte, foi muito mais difícil que 2016 e 2017 e isso foi uma coisa assim que pressionou muito a gente, marcou bastante” (gestora 6, 2018)

“A questão por exemplo dos problemas de informatização das unidades básicas de saúde, o próprio PIUBS também, né? é um programa que ele começou e depois foi cortada a verba, o próprio tribunal de contas da união cortou a verba do governo federal e a gente fica tentando uma tentativa de informatização da saúde e o Ministério da Saúde queria fornecer a verba para os municípios, acabou que não forneceu nada, o município está tendo que arcar com todo esse ônus de informatização da saúde. Então só que são coisas que assim, é uma falta de planejamento central impactando à nível municipal diretamente” (gestora 6, 2018)

5.2.4 Considerações finais

Observa-se que tanto as DRS como os GVE tem desenvolvido trabalhos importantes para a ampliação da efetividade das políticas de prevenção de fatores de risco das DCNT. Mas contraditoriamente, os relatos das entrevistas também sugerem pode haver uma lacuna na articulação entre esses dois grupos (DRS e GVE), uma vez que, a priori a compreensão do que seja articulação e cooperação intra e intersectorial conforme definição da PNPS, “entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor” (BRASIL, 2014c) precisa ser melhor trabalhada. É uma lacuna que a princípio parece de fácil resolução.

São muitas as fragilidades e obstáculos que se apresentam para a ampliação da efetividade das políticas de prevenção dos fatores de risco de DCNT, que vão desde impasses que se apresentam desde as micro até as ++ esferas das relações políticas das organizações. É importante pontuar que apesar dos limites impostos ao SUS é urgente construir conjuntamente, mais do que isso, somente a construção coletiva é capaz de barrar os retrocessos e precarização das estruturas do SUS.

“Qual o desafio nosso hoje? Esse modelo está falido. Por quê? Porque nós conseguimos todo arcabouço legal e democrático de reformar o Estado, mas o conteúdo dele continuou sendo o da medicalização da vida. Continuou sendo o conteúdo não da saúde, mas da doença. Continua sendo o conteúdo do hospital e não do atendimento básico na família.” (Sérgio Arouca)

5.3 ETAPA 3 - CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SOLUÇÕES LOCAIS VISANDO A AMPLIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO – RELATÓRIO TÉCNICO

Sistematização da produção de conhecimentos e planejamento de ações realizadas durante o Seminário Construção Compartilhada de Soluções Locais para a Promoção da Saúde realizado em São Paulo nos dias 24 e 25 de Abril de 2019.

5.3.1 Apresentação

O presente relatório registra os dois dias de atividades realizados com representantes da Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde do estado de São Paulo, especificamente do Departamento Regional de Saúde (DRS) e Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), realizada sob a coordenação de Marco Antônio Porto.

O objetivo do encontro, no que tange ao projeto Construção Compartilhada de Soluções em Saúde foi refletir sobre possibilidades para o fortalecimento das ações de promoção da saúde, a partir da análise sobre resultados da pesquisa feito pelo Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (CETAB) da FIOCRUZ e as discussões realizadas pelos participantes.

No relatório técnico aqui apresentado, registram-se os principais passos e resultados das análises e discussões realizadas durante o percurso metodológico proposto.



Em anexo, possível acompanhar o programa elaborado e importante que os materiais de apoio produzidos pelo CETAB/Fiocruz também sejam considerados.

Em linhas gerais, o Seminário nos permitiu sistematizar as visões e conhecimentos expressos pelos participantes, bem como possibilitou a construção de alguns consensos e um exercício de planejamento a ser aplicado em nível local.

A vivência do percurso metodológico proposto com suas dinâmicas e técnicas buscou ainda instrumentalizar os participantes para novas aplicações em nível local de atividades de reflexão e planejamento. Os resultados foram sistematizados em matrizes identificando oportunidades e obstáculos para a promoção da saúde bem como recomendações para construção de novas soluções. Ao final cada grupo representado construiu uma Matriz de Ação para a Promoção da Saúde a ser desenvolvida em âmbito local.

5.3.2 Sistematização dos Produtos gerados

A seguir, o registro e sistematização dos produtos gerados durante os dois dias de Seminário em São Paulo.

5.3.2.1 PRIMEIRO DIA (24 DE ABRIL DE 2019)

Interação inicial (aproximação) e introdução à metodologia

A primeira atividade foi realizada com o objetivo de promover a interação e maior aproximação entre os participantes. A descrição da “biografia” feita por cada um possibilitou a identificação de pontos de interesse e práticas em comum ao grupo, como os exemplos abaixo citados.

- *Militantes do SUS*
- *Apaixonadas pelo que fazem*

- *Querem melhorar a saúde*
- *Ligadas aos familiares e sua vizinhança*
- *Com locais diversificados de atuações*
- *Movimento de crescimento e conquistas nas histórias*



Em seguida, foi feita breve introdução à metodologia Contextualização da Construção Compartilhada (Anexo II – PPT de apresentação) e a Dinâmica da Percepção, simbolizando a importância da soma de diferentes visões e perspectivas para a construção de um trabalho potente para a Promoção da Saúde.

Trabalho em grupo

Os participantes foram divididos em quatro grupos. Eles listaram as facilidades e os obstáculos para a Promoção da Saúde, para em seguida, trazerem as recomendações.

De modo geral, os grupos sentiram ter mais obstáculos dos que facilidades – mesmo com os esforços empenhados em buscar os pontos positivos. Em diálogo, foi

alertado sobre a importância de olhar para os obstáculos, mas junto com eles, identificar os recursos que estão disponíveis para sobrepor a eles. As facilidades são os recursos que já temos disponíveis e fazemos uso. É importante identificar o que temos disponíveis para não criarmos soluções que não sejam factíveis.

Resultado dos grupos

Os grupos foram divididos segundo critérios da Secretaria a partir dos municípios presentes.

Grupo 1: Sala José Maria Gomes

Obstáculos	Facilidades	Recomendações
Falta de sensibilização dos gestores e dos profissionais, especialmente médicos, sobre o tema Promoção da Saúde (resistência e autonomia)	Grupos de gestão comprometidos com as ações de PS	Maior integração e interdisciplinaridade nas ações de PS
Falta de comunicação entre as secretarias	Território envolvido com a PS	Sensibilizar e co-responsabilizar a população sobre o autocuidado
Falta de vontade política sobre o tema	Horário noturno com boa adesão de pessoas que trabalham, em especial homens	Distribuir cestas básicas com orientação sobre nutrição e alimentação
Dificuldade de atuar com homens e jovens	Facilidade de maior aderência, especialmente de mulheres e idosos	Engajar as equipes de saúde nas ações de Promoção da Saúde

Descontinuidade das ações de PS	Profissionais engajados que estimulam ações de PS na equipe de saúde	Instituir e fortalecer grupo de apoio gestor ao polo, conforme preconizado no Programa de Academia de Saúde – para garantir a perenidade (controle social).
Horário de funcionamentos das UBS - que não tem horário estendido	Profissionais estatutários, que garantem a permanência dos projetos	Substituir o fornecimento de cesta básica por ticket alimentação em locais previamente credenciados, com recomendação de aquisição de alimentos saudáveis
População mais carente que não acompanham as atividades de PS		Programa de descentralização do Programa de Tabagismo em seis encontros semanais com integrantes do PAIT, profissional da UBS e farmacêutico do NASF, com a entrega de medicamento local
Contratação temporária dos profissionais, que não permitem a continuidade das ações		Inclusão posterior: Participar do curso de aperfeiçoamento e implementação em PNPS
Lentidão no investimento dos recursos		

Observação: O grupo relatou que alguns fatores considerados obstáculos em uns municípios foram tratados como facilidade em outros.

Grupo 2: Sala Diógenes Augusto

Obstáculos	Facilidades	Recomendações
Divulgação e informação que, por vezes, não alcança a população (abordagem): não é planejado qual a melhor forma de atingir a população e promover o engajamento	Acesso à população por parte do facilitador em busca de conscientizar	Trabalhar interação com Secretarias (equipamentos)
Cultura curativa, que traz a questão de medicalizar a população	O vínculo com o PSE – articulação com Educação facilita a entrada na escola	Lembrar que somos seres humanos
A falta do trabalho em equipe ou não ter a equipe multisetorial ou interdisciplinar	Integração com Educação e outras Secretarias, como Esporte (benefício mútuo)	Ampliar os momentos de troca entre os municípios com foco na PS
A falta de prioridade da temática PS entre os gestores, falta de apoio	Boa vontade e diversidade dos profissionais nas equipes	Reposição de recursos humanos
A alta rotatividade de equipes de OS, falta de reposição de funcionários públicos	Apoio e alinhamento com o gestor/governo	Integração intersetorial
Falta de recursos, equipamentos e manutenção predial	Ter momentos de troca de experiência entre as equipes – transformar a experiência do local para o município e transferir experiências exitosas	A-há: Estabelecer contato com a Divisão de DCNT para obter indicadores de DCNT de cada município de São Paulo para comparar os dados do meu município. Exemplo: Taxa de mortalidade precoce

Falta de articulação entre os entes federativos (sentir-se só e trocar sobre as experiências)	Ter na equipe a discussão entre várias instituições e elaborar o PTS	
Consolidação do conceito de PS para todos os profissionais		
Funcionários desmotivados		

Grupo 3: Sala Borges Vieira

Obstáculos	Facilidades	Recomendações
Alta rotatividade dos profissionais	Bom relacionamento entre DRS e GVE	Repor o quadro de profissionais
Equipe reduzida	Profissional com bom vínculo com usuário, que passa a trazer outras pessoas para participar	Definir o perfil adequado dos profissionais
Inexistência de protocolo nos pólos	Carga horária adequada de profissional, que permita que o trabalho seja realizado	Valorização dos profissionais de saúde
Má utilização dos recursos	Portaria que institucionalize a relação entre saúde e educação	Capacitação dos profissionais que estão em campo hoje
Perfil inadequado dos profissionais	Bom relacionamento com os articuladores da Atenção Básica	
Insuficiência de financiamento	Planejamento conjunto entre Atenção Básica e	

	Vigilância para capacitação dos profissionais de saúde	
Falta de esclarecimento do papel da vigilância nas DCNTs	Articulação dos profissionais da assistência com os profissionais que trabalham PS	
Co-responsabilidade do usuário inadequada		
Adesão do paciente: falta de materiais, falta de comunicação entre saúde e educação		
Promoção da Saúde raramente colocada na pauta da CIR		
Dificuldade de cumprir normativa em relação à carga horária		

Grupo 4: Edmundo Juarez

Obstáculos	Facilidades	Recomendações
Falta de profissionais	Existência dos articuladores de Atenção Básica, que quando atuam com condições adequadas o atendimento da saúde básica é melhor	Composição de uma equipe cuja a atribuição seja o planejamento de ações de promoção no território (“sala de prevenção/promoção”)
Rotatividade dos gestores	Programas específicos voltados para áreas e grupos prioritários e recursos próprios para realizar as ações programadas	Envolvimento dos gestores estaduais/municipais em ações educativas/planejamento em saúde
Diversidade regional: desigualdades entre os municípios (aporte populacional) – dificultando o planejamento das ações		Aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento/monitoramento das ações planejadas (implementação) para o alcance das metas estabelecidas
Falta de capacitação		Empoderamento da população nas questões relacionadas às ações de promoção no município
Interesse e desejo do gestor influenciam no planejamento e priorização das ações		

Falta de priorização das ações de PS (DRS e GVE)		
Pouca integração da saúde com outras áreas: meio ambiente, esporte, educação, assistência social		
Ausência de equipe específica para promover a saúde – seriam profissionais de diferentes setores atuando em prol da PS		
Falhas no planejamento – o planejamento das ações, normalmente, não tem relação com as características do território		
Cultura do imediatismo – pronto atendimento, exame		
Dificuldade de compreender o conceito da PS		
Falta de integração entre as coordenações		

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- Os grupos observaram que os desafios listados nos diferentes municípios são muito semelhantes dado que os entraves se repetem.

- A intersetorialidade pode ser um facilitador ou um obstáculo, a depender de como é trabalhada. Há uma potencialidade a ser desenvolvida.
- Uma ideia trazida em plenária é a de **intercâmbio intermunicipal**, que para além da troca de experiência, é a vivência no campo, ou seja,

Análise da informação: Matriz coletiva de recomendações

A partir das recomendações listadas foram identificados eixos de intervenção e as recomendações foram agrupadas. Este exercício possibilitou identificar a área que requer maior intervenção e aquelas que podem ser aprimoradas a partir de Ações já existentes. Ainda, o conteúdo levantado é útil tanto para gestores como técnicos.

A seguir, esta apresentada a matriz dos eixos com as recomendações correlacionadas.

Eixos		Exemplos de Recomendações
Capacitação	Conceito de PS	Participar do curso de aperfeiçoamento e implementação em PNPS
	Práticas de PS	Promover o intercâmbio entre os municípios com foco na PS Distribuir cestas básicas com orientação sobre nutrição e alimentação
Mobilização e participação social nas ações de PS		Empoderamento da população nas questões de PS Sensibilizar e co-responsabilizar a população sobre o auto-cuidado
Articulação Intersetorial		Composição de uma equipe para planejamento de ações de PS no território
Planejamento e implementação		Obter indicadores de DCNT de cada Município em São Paulo para análise comparativa

		Aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento das ações para alcance das metas
Gestão e Recursos Humanos	Articulação entre as esferas	Definir perfil dos profissionais para atuarem na PS
	Esferas do Município	

5.3.2.2 SEGUNDO DIA (25 DE ABRIL DE 2019)

No segundo e último dia de formação o objetivo foi criar linhas gerais de ação com vistas ao fortalecimento da promoção da saúde nas áreas de atuação dos técnicos. Neste dia, os debates e construção coletiva estiveram centrados na localização geográfica de cada técnico.

No primeiro momento, os grupos divididos por GVE analisaram os resultados da pesquisa apresentada na manhã do dia anterior, tendo em vista quatro exercícios: (i) elencar perguntas sobre a metodologia utilizada na pesquisa e/ou referente aos seus resultados; (ii) listar as fortalezas de sua Gerência; (iii) listar as fraquezas de sua Gerência. No período da tarde, os grupos foram convidados a construir uma proposta de intervenção.

Análise dos dados da pesquisa, fortalezas e fraquezas

Os dados pesquisados e apresentados pelo CETAB/FIOCRUZ foram analisados em grupos.

Grupo I – GVE Ribeirão Preto

Relatora: Renata (enfermeira)

Fatores que influenciaram nos resultados:

- Não envolvimento de todos os DRS e GVE no desenvolvimento desse projeto
- Baixa amostragem dos municípios dentro de cada região
- Fragmentação das áreas de atuação – pessoas diferentes responsáveis pelos programas. Nas respostas não foram consideradas todas as áreas.
- As respostas foram emitidas pelo gestor (o técnico que executa o trabalho foi consultado)

Perguntas:

- As perguntas foram direcionadas a todos os municípios?
- Todos os municípios responderam?
- Quais projetos foram considerados no questionário; o gestor poderia escolher?
- Como foram calculadas as respostas branco/nulo?

Fragilidades:

- Fragmentação entre assistência e vigilância
- Ações são fragmentadas e isoladas – as pessoas são pouco envolvidas. Ainda, caso a pessoa que cuida do programa se ausente, o programa fica parado
- O GVE lida pouco com as ações e dados relacionados à prevenção e promoção da saúde – acreditam que isto ocorra por falta de dados para análise
- Envolvem-se mais com ações imediatas, ações urgentes. Pouco planejamento é feito e assim pouco se olha para as condições de vida e saúde da população.
- Poucos indicadores epidemiológicos são produzidos e as informações produzidas não são utilizadas

Fortaleza:

- Sistema de informação amplo e de qualidade
- Incentivos financeiros
- Quantidade de capacitações oferecidos (EAD, web, etc)

Grupo II – GVE Baixada Santista

Relator: Fernando (Educador Físico)

Perguntas sobre os dados:

- Quais foram as perguntas da pesquisa?
- Qual foi a definição de doenças crônicas?
- Há interesse em uma pesquisa qualitativa – aprofundando os dados coletados?
- Foi analisado apenas o número de ação ou o número de ação com abrangência de pessoas alcançadas?
- Há interesse de levantamento de uso epidemiológico sobre uso de tabagismo – Seria viável?
- Qual foi a delimitação da pesquisa?

Fortaleza:

- Maior integração entre as secretarias
- Maior entendimento sobre o funcionamento da PS no município
- Padronização do atendimento das academias da saúde

Fraquezas:

- Falta de material, recursos humanos e estrutura
- Melhor entendimento do topo da chefia sobre o funcionamento da academia da saúde.

Grupo III – GVE São Paulo e Região Metropolitana

Relatora: Sirley

Perguntas sobre a pesquisa:

- Quem foi o respondente dos questionários e quem produziu a estatística? Não reconhecem os dados apresentados quando comparam com a realidade vivida

- Diante do não reconhecimento do dado, sentiram dificuldades de avançar com a discussão
- Sugerem que os técnicos sejam consultados na resposta do questionário

Grupo IV – Divisão de Vigilância Epidemiológica

O debate da Divisão ficou centrado em como trabalhar o dado. Os dados foram levantados na lógica de DRS e GVE. Entretanto, também é importante incluir a análise dos dados na lógica das RAs (regionais), uma vez que a divisão incorporou a lógica de trabalhar pelas regionais.

Quando o grupo analisou os dados na linha de buscar proximidade entre a realidade de alguns territórios com os dados apresentados. Exemplo disto é o dado sobre tabagismo em Campinas, que é muito bem trabalhado e não refletido nos dados. O grupo trabalhou no sentido de fazer essas análises com o intuito de dar retorno aos municípios.

No que tange Cultura da Paz e Mobilidade, a ideia é que a Divisão passe para o GVE. Os demais fatores de risco seriam passados para ambos. É explicado que tem se estimulado os GVE a atuarem com mobilidade, mas o foco tem sido no registro de ocorrências. De todo modo, o município não tem conseguido responder a esta mobilização por falta de pessoa que responda pela Temática da mobilidade, uma vez que o tema não está centrado exclusivamente na saúde e requer uma atuação intersetorial. Guarulhos, Campinas e São Paulo tem projetos bons nesta temática, mas há dificuldade de trazer para o GVE pela falta de profissional.

Foi comentado também que a pesquisa retrata uma realidade que não exaure todos os fatores. O questionário foi entregue ao gestor, que respondia diretamente ou designava alguém para fazê-lo. Os dados existem para gerar a reflexão. A Divisão devolverá os dados para as GVE e DRS para dar encaminhamento e passar pelo olhar da RA.

Resposta por parte da equipe da pesquisa

Será realizado um recorte por município para entrega dos dados e facilitar a utilização local.

Foram utilizadas as doenças que têm relação mais direta com os fatores de risco. A proposta foi buscar correlação entre as doenças principais.

No ponto de vista da mortalidade, os dados estão corretos, pois vieram da base de dados do SIM do Ministério de Saúde. Foi feito comparando os dois triênios para verificar as diferenças em 10 anos.

Quanto aos dados, a cobertura foi muito boa. Há dados. Quanto à qualidade da informação, é que devemos verificar se os gestores responderam adequadamente ou se consultou aos técnicos que tinham informação mais precisa.

Ainda, é importante lembrar que estamos falando de um conjunto de Municípios que formam a GVE ou DRS e não sobre o Município específico. No questionário, foi perguntado se havia projetos (pergunta fechada), e havendo, o município poderia incluir até 10 ações realizadas.

A pesquisa tem uma abrangência muito grande com foco nas DCNT e na Promoção da Saúde em contexto mais amplo. Foram três etapas da pesquisa, e a última está sendo concluída agora. Os resultados apresentados são parciais. Os municípios receberão os dados, porém não de imediato.

Foi solicitado que além da apresentação feita pelo CETAB/FIOCRUZ, também é importante que o município receba a metodologia e os dados.

Conclusões apontadas pelo grupo

- Aprendizagem – é necessário desenvolver uma ação mais integrada no lugar para que nossas respostas sejam o espelho que queremos ver retratado nos dados
- A discussão de dados é uma fase muito importante para compartilhar as diferentes percepções e avançar

- Podemos nos apropriar na produção e construção de dados para geração de conhecimento e ação
- A distância que existe sobre o que está escrito e preconizado e a prática pode ser reduzida pelo registro das experiências e pela contínua comunicação das ações que realizo.
- São duas perguntas importantes que surgem: (i) como fazer ações direcionadas para a Promoção da Saúde; (ii) Em que medida se tem beneficiado diretamente a população com essas ações. **Olhar os dados significa produzir novas perguntas.**

Exercício de Reflexão e Planejamento Carta de Ottawa

Tarde – Desenvolvimento de uma ação tendo em vista as diretrizes da Carta de Ottawa e os pilares de Promoção da Saúde (Exercício em anexo) e na sequência os Planos de Ação demonstrativos, destinados a fortalecer algum ponto importante. A partir do desenvolvimento das ações planejadas é possível reaplicar e/ou expandir as ações visando a promoção da saúde.

Planos dos grupos

Relator: Fernando (Educador Físico)

Optaram por fazer uma ação a partir de um plano já existente. A proposta é melhorar a atuação do NASF que é ativo em uma escola.

Grupo I – GVE Baixada Santista	
Temática	Saúde na Escola
Municípios	Praia Grande
Ações e Estratégias	Seminários, rodas de conversa, material informático, teatro

Como fazer (parcerias)	Diálogo com diferentes secretarias e intercâmbio intermunicipal (análise de estratégias), parcerias públicas e não-públicas (faculdades)
Público participante	Alunos das escolas municipais
Recursos disponíveis	Materiais informativos, audiovisual, preservativos, materiais didáticos
Recursos necessários	Aceitação e comum acordo entre as Secretarias – equipe multidisciplinar da Saúde
Resultados esperados	Diminuição de intercorrências nas escolas Gravidez, depressão, bullying, ansiedade, tóxicos, DST/IST, aumento da auto-estima, sexualidade, alimentação saudável, atividade física
Como avaliar	Observação com escola dos dados, das intercorrências anteriores, possíveis reduções ou acréscimos, desempenho escolar.

Grupo II – DRS Taubaté	
Temática	Práticas corporais e atividades físicas
Municípios	Jundiai, Piracicaba, São Paulo, Parelheiros, Taubate, Campinas, Guaratingueta, Sorocaba
Ações e Estratégias	Realizar capacitação Equipe completa e sensibilizada quanto ao programa Reconhecer as habilidades e o perfil da equipe para desempenhar as Ações Metodologia – estudo de indicadores, perfil da população – implantar boas práticas e pops
Como fazer (parcerias)	Levar para pactuar na reunião de CIR com o aval do gestor, Sensibilização da equipe – delegar as funções Planejar as Ações Envolver o conselho gestor local.

Público participante	Gestor, equipe da unidade e usuários
Recursos disponíveis	Fazer levantamento dos equipamentos disponíveis no território – reconhecer os espaços existentes no local
Recursos necessários	Recursos financeiros, recursos humanos, equipamentos adequados para realizar a ação
Resultados esperados	Maior número de pessoas envolvidas na discussão do tema Adesão ao programa Melhora nos indicadores de doenças crônicas
Como avaliar	Avaliação física e antropométrica Reuniões periódicas com equipes e usuários Acompanhamento dos usuários Índice de adesão as atividades

Grupo II – DRS	
Temática	Prevenção de alcoolismo e outras drogas – tema escolhido com base na análise dos dados
Municípios	GVE Araraquara, GVE – Ribeirão Preto, DRS – Presidente Prudente, GVE – Jales, GVE São Jose do Rio Preto, SGV – Votuporanga, GVE – São João da Boa Vista, Palmares (Município), Guapuaçu (Município), Cruzalia (Município)
Ações e Estratégias	Formação de grupo regional (conductor; apoiador) para o fomento de Ações de promoção nos territórios
Como fazer (parcerias)	Estabelecer parcerias intra e intersetores CAPS-AD, ONGS, GVE, DRS, CRAS, Secretaria de Esportes, Educação, Representantes CIRs, Sociedade Civil (conselhos municipais, alunos)
Público participante	Diferentes atores regionais
Recursos disponíveis	Motivação e desejo de realizar
Recursos necessários	Local para se reunir, transporte por parte dos integrantes do grupo, recursos para articulação, referendo dos gestores e

	levantamento de dados e informações sobre número de atendimento por número abusivo de substâncias, assim como em óbitos por uso abusivo de substâncias e outros eventos deletérios que tenham relação direta com álcool e outras drogas
Resultados esperados	Desenvolver Ações em PS voltadas para uso consciente e moderado do álcool e estimular o auto-cuidado nas pessoas
Como avaliar	Reuniões periódicas, análise acompanhamento e monitoramento das Ações desenvolvidas nos municípios, Avaliação dos indicadores a longo prazo (número de atendimento CPAS;UPA por uso abusivo de substâncias, informações escolares)

Grupo II – Central	
Temática	Desenvolvimento de habilidades, com foco no profissional
Municípios	Nível estadual e federal – a começar semana que vem
Ações e Estratégias	- Desenvolvimento de um curso para capacitação dos profissionais - Articulação com as DRS
Como fazer (parcerias)	Elaboração de materiais Realização de oficinas e webconferencias Criar uma sala de situação (Prevenção) com representantes do DRS e do nível central para que aumente a interação e que Ações concretas sejam feitas Realização de oficinas e materiais
Público participante	Interlocutores regionais e municípios prioritários a partir dos diagnósticos realizados
Recursos disponíveis	Quadro técnico do MS e da SES-SP
Recursos necessários	Diárias, passagens, alimentação, materiais didáticos
Resultados esperados	Maior conhecimento da realidade local para o planejamento das Ações
Como avaliar	- Indicadores de monitoramento - Realização de grupos focais

Ao final, o grupo concorda em dar uma devolutiva sobre o andamento das ações propostas no próximo evento. Ainda, os resultados dos dois dias de trabalho serão levados para a reunião dos diretores de todos os GRE, que acontecerá no dia 30.

5.3.3 Apresentação e Comentários sobre a matriz coletiva

Por fim, com fins de validação, no encerramento foi apresentada a organização e estruturação matriz coletiva (a partir do conteúdo trazido pelo grupo). O retorno sobre o apresentado foi também reforçar ações de caráter transversal tais como:

- Sala de situação a partir da Promoção da Saúde – *inspirada nas salas de situação a partir do agravo.*
- Comunicação como elemento central para mudanças de paradigma no diálogo entre os setores (intersetorialidade) e entre os programas e níveis (intrasetorialidade) e em especial no que tange a população participante.
- Engajamento e empoderamento da população - *Empoderar a população não seria o resultado final – a forma como nos relacionamos com a população seria fundamental para alcançarmos os resultados esperados. É fundamental mudarmos a visão sobre a população com a qual trabalhamos. O público precisa deixar de ser população alvo e se tornar público participante. Temos que mudar o paradigma. O foco principal é na Saúde, que não é bem de consumo. Ela é um direito. Não é possível quebrar paradigma sem a educação, é fundamental melhorar o nível educacional da população – isto é parte do empoderamento.*

5.3.4 Considerações Finais

Os registros aqui apontados e sistematizados se constituem em subsídios para a formulação de um planejamento estratégico tendo como elemento chave o fortalecimento das ações de Promoção a Saúde no estado de São Paulo.



6 REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. MS, SVS, DASIS – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 4/CIT, DE 19 DE JULHO DE 2012: dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP. **Diário Oficial da União**, de 20 jul. 2012. Seção 1, págs. 54/64.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. MS, SAS, DAB – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014c.

BUSS PM. **Health promotion and quality of life.** Ciênc Saúde Coletiva; 51:163-77; 2000.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=&VComp=00&VUni=. Visitado em 2012.

DUARTE, E. C. **A estrutura do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Política de saúde: uma política social.** In: GIOVANELLA, L. et all (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 p. 25-57.

GOULART, F. A. A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil:** acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

IESS - INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Envelhecimento populacional e os desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro.** São Paulo: IESS, 2013 ISBN: 978- 85-66752-00-7. Livro Eletrônico. Acessível em: <http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>.

LEVI, F. et al. C. Trends in cancer mortality in the European Union and accession countries. **Annals of Oncology.** 2004;15(9):1425-31.

MALTA, D.C. et al. Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 50, 33, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.

RIVERA F. J. U.; ARTMANN E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

SA, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849-1860, Jun. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2012. **Doenças Crônicas não Transmissíveis no Estado de São Paulo**. Dados não publicados, 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. 2011 Jun;377(9781):1949-61.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. WHO Press. Geneve, Switerland, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014.