

CHAMADA PÚBLICA SF/OPCRED Nº 01/2017

ANEXO nº 01 – CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO MUNICÍPIO / CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PROJETO

1. MARCO DE REFERÊNCIA

1.1. Diagnóstico

1.1.1 Contexto Socioeconômico do Município de São Paulo

O Município de São Paulo – MSP faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios, constituindo a quarta maior aglomeração urbana do mundo, com estimativa de 20.579.717 habitantes (IBGE, 2013).

São Paulo, capital do estado de São Paulo, é o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. Cidade transnacional, pois exerce forte influência nos modos de vida de outros contextos urbanos.

Um dos maiores centros financeiros do Brasil e do mundo, São Paulo passa hoje por uma transformação em sua economia. Durante muito tempo a indústria constituiu uma atividade econômica bastante presente na cidade, porém São Paulo tem atravessado nas últimas décadas, uma clara mudança em seu perfil econômico: de uma cidade com forte caráter industrial, o Município tem se transformado num pólo de serviços e negócios para o país. Agrega as mais diversas atividades econômicas, o que reduz os riscos para a cidade em casos de turbulências financeiras. Em São Paulo está sediada a Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo (BM&F Bovespa) e a bolsa oficial do Brasil, uma das mais importantes bolsas de valores do mundo em capitalização de mercado.

A cidade de São Paulo é detentora de um Produto Interno Bruto (PIB) próximo de R\$ 450 bilhões e se fosse um país seria a 36ª economia mundial, à frente de diversos países. O PIB paulistano representa 12% do nacional. Entre as regiões do país, a economia paulistana representa 21% do PIB da Região Sudeste, 65% da Sul e 87% da Nordeste. O PIB de São Paulo é ainda 27% maior do que o PIB do Centro-Oeste e quase duas vezes e meia o da Região Norte (IBGE, 2010).

É a cidade mais populosa do Brasil e de todo o hemisfério sul, com população estimada, em 2016, de 12.038.175 habitantes (IBGE, 2016), dentre os quais 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural, com uma densidade demográfica de 7.398,26 habitantes por quilômetro quadrado.

Sua infraestrutura urbana é abrangente, sendo que 99,5% dos domicílios têm acesso à rede de água, 93,6% à rede de esgoto e 99,8% à coleta de lixo (IBGE, 2010). Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto (0,805), o que coloca a cidade na 28ª posição entre os 5.561 municípios do país. Esse quadro acima descrito é revelador da potência político-econômica e cultural dessa cidade. Entretanto, esse padrão de desenvolvimento não é distribuído de forma homogênea em todo o seu território, resultando em perfis marcantes de desigualdades sociais entre as suas regiões, como também nos interiores das mesmas. Os distritos mais centrais, em geral, apresentam IDH próximos a 0,9, gradualmente diminuindo à medida que se afastam do Centro. Boa parte desta situação se deve ao processo de crescimento econômico e a apropriação pela elite econômica e política da ocupação no espaço social. A área central, sobretudo é localizada entre os rios Pinheiros, Tietê e Tamanduateí. Foi o local onde mais se concentraram os investimentos e o planejamento urbano, bem como onde se instalou, historicamente, quase a totalidade da elite econômica da cidade. As populações de mais baixa renda, por não terem como arcar com o custo de vida dessas áreas, foram ocupando as periferias do Município. Essa configuração espacial tem sido revertida a partir dos anos 1990, modificando a relação centro-periferia, isto é, novos centros financeiros e comerciais surgem, sem articulações; contingente importante de segmentos populares voltam para as áreas centrais, acrescido por fluxos de imigrantes de origem africana, asiática e de países da América Latina em precárias condições de inserção social, provocando o fenômeno chamado de “periferização do centro”.

São Paulo é uma cidade complexa e contraditória, isto é, polo moderno e dinâmico da economia, com expressivo e importante segmento da elite política, econômica e cultural brasileira, expressando padrões de consumo e serviços semelhantes aos países desenvolvidos; possui, por outro lado, situações críticas de pobreza e condições de vida desfavoráveis: 1.565 favelas (SEHAB, 2008), 15.509 pessoas em situação de rua (SMADS/FIPE, 2015) e 13,5% da população moram em aglomerados subnormais (IBGE, 2010). Essa realidade se espalha ou se concentra pelas regiões do Município, transformando-se em particularidades regionais, com demandas e necessidades sociais desiguais e heterogêneas para as diferentes áreas sociais, exigindo novas formulações de políticas públicas, dentre elas as de Saúde, que destacaremos nesse documento.

O Município de São Paulo é dividido em seis regiões. Em termos absolutos, as Regiões Centro, Oeste e Sudeste abrigam a maior parte da população de alta renda, enquanto os mais pobres se concentram nas Regiões Leste, Sul e Norte. Conforme o Gráfico 1 (anexo) 71,8% da população da Região Leste, 66,6% da Região Sul e 59,2% da Região Norte recebem até dois salários mínimos. Por outro lado, nas Regiões Centro e Oeste apenas 32,8% da população vive com esse valor e 6,8% recebem acima de 20 salários mínimos por mês (IBGE 2010). Cabe destacar aqui que é na Região Centro a maior concentração de população em situação de rua, pessoas vivendo em imóveis ocupados e inadequações sanitárias, imigrantes e refugiados.

1.1.2 – Dados Gerais da Área de Saúde do Município de São Paulo

1.1.2.1 Perfil Epidemiológico

Um dos pontos que merece maior destaque em relação ao perfil da população paulistana é seu envelhecimento crescente e de forma desigual entre as regiões da cidade. A pirâmide populacional do Município (Figura 3) demonstra a concentração de adultos na faixa etária entre 20 e 59 anos (59,9% da população). As pessoas com mais de 60 anos já representam 11,8% da população (SEADE, 2011).

A fecundidade vem diminuindo desde os anos 1980, influenciando no ritmo de crescimento populacional. Para os 96 distritos que compõem a capital a taxa de fecundidade não é homogênea, sendo as menores taxas registradas nas áreas centrais e as maiores, à medida que se afastam para as áreas mais periféricas. Essas disparidades nos ciclos de vida, associadas às condições sociais existentes em cada região exigem organização de serviços e modelos de atendimento diferenciados, pressionando por novas formas de gestão e formulação de políticas públicas.

As principais causas de mortalidade no Município são: Doenças do Aparelho Circulatório (32.61%); Neoplasia (19.39%); e Doenças do Aparelho Respiratório (12.34%).

Nesse sentido, cabe destacar a magnitude das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) no processo saúde-doença e cuidado, elevando sobremaneira a “carga de doença” pela sua cronicidade. Guarda estreita relação com o envelhecimento populacional, como também pelos modos de andar a vida nos espaços sociais pelos diferentes grupos populacionais.

Nesse contexto de adoecimento crônico, os transtornos mentais e o uso abusivo de álcool e outras drogas agravam essa situação, adicionando novos desafios assistenciais. As “Cracolândias” são expressões contemporâneas desse problema. A que se localiza na Região Centro é uma das mais emblemáticas e desafiadoras para as políticas públicas.

Por outro lado, observa-se o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) que vem apresentando tendência de queda constante nas três últimas décadas no Município e estabilização nos últimos cinco anos. Observam-se importantes desigualdades espaciais no CMI, isto é, nas regiões mais periféricas são significativamente mais altos do que os das demais áreas. Vale destacar que na região Central devido ao fenômeno de “periferização”, existem distritos administrativos com alto CMI refletindo as desigualdades regionais.

Verifica-se predomínio das mortes no período neonatal, representando cerca de 70%. As principais causas de mortes foram as infecções, malformação congênita, prematuridade, asfixia/hipoxia e fatores maternos e relacionados à gravidez e parto, sendo que as três primeiras foram responsáveis por quase dois terços destes óbitos. O Coeficiente de Mortalidade Materna segue o mesmo padrão, enquanto na Região Norte, o índice é de 85,40, nas Regiões Centro e Oeste, ele é de 27,92 (SMS-SP, 2012).

Esse cenário que caracteriza a mortalidade materno-infantil no Município é passível de redução, em sua maior parte, por intervenções na assistência ao pré-natal, ao trabalho de parto, ao parto e ao recém-nascido, o que envolve ações de rastreamento, diagnóstico e procedimentos oportunos numa rede de atenção à saúde articulada.

Mudanças nesses perfis exigirão novos arranjos tecno-assistenciais, que estejam intrinsecamente relacionados com as realidades regionais, orientados por ações intersetoriais fortemente amparadas no referencial da Promoção da Saúde.

1.1.2.2 O SUS na Cidade de São Paulo

O Município de São Paulo implanta e organiza o SUS (Sistema Único de Saúde) a partir de 2001. Em 2003 a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) é habilitada na Gestão Plena do SUS, com atraso de 10 anos em relação ao conjunto dos municípios brasileiros. Esse processo contribuiu sobre maneira para a fragilidade e fragmentação dos mecanismos de

qualificação, organização e gerenciamento do sistema e dos serviços de saúde, isto é, áreas estratégicas como regulação, informação, logística de insumos, gestão de redes, capacitações técnicas entre outras, foram enormemente afetadas. Essa dimensão técnico-gerencial possibilitou condições para a consolidação do modelo tecno-assistencial com baixa integração dos pontos de atenção, centrado na “queixa-conduta” e no pronto atendimento. A implantação privilegiada das unidades de Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), particularmente no período entre 2004 e 2011, referenciadas na assistência de urgência/emergência, pode-se considerar como exemplar dessa racionalidade.

A municipalidade possui uma rede de saúde complexa, potente e densidades tecnológicas diversificadas, não levando em consideração que grande parte dos serviços de média e alta complexidade encontra-se sob gestão estadual. Por outro lado, evidencia-se a presença significativa do setor suplementar de saúde, girando em torno de 35% de beneficiários. Nesse cenário, temos 70% da população paulistana e um grande número de habitantes de municípios vizinhos atendidos pela rede pública municipal, com 40% de cobertura da Atenção Básica, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na área hospitalar há um déficit de mais de cinco mil leitos, sendo as áreas mais periféricas da cidade as mais prejudicadas, isto é, contam com menos de um leito para cada mil habitantes.

São Paulo é uma cidade com desfavorável perfil epidemiológico e padrão importante de desigualdades sociais e iniquidades em saúde. O enfrentamento e superação dessa realidade sanitária passam pela reorientação e fortalecimento da Gestão Pública de Saúde, estabelecendo e definindo condições técnico-gerenciais que propiciem respostas adequadas e efetivas às heterogêneas e complexas demandas e necessidades de saúde.

1.1.2.3 Diagnóstico da rede de Urgência e Emergência no município

A organização do sistema de saúde e sua hierarquização em níveis de complexidade demandam que a rede de serviços de urgência/emergência e de hospitais diferencie-se em focos de assistência populacional de acordo com a gravidade e complexidade clínica, a disponibilidade de tecnologia em cada serviço e suas especificidades previstas a partir dos conceitos de hospital

estruturante, estratégico e geral, além dos serviços voltados a assistência às pequenas urgências (UPA, PS, PA, AMA etc.).

Dados obtidos do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), elucidam que grande parte das remoções das urgências e emergências são encaminhadas para os hospitais (78,22%), sendo que mais da metade destas demandas (51,61%) são encaminhadas para hospitais do tipo estratégico.

TIPO DE UNIDADE	PRIVADO		PÚBLICO	
	No.	%	No.	%
AMA		0,00%	655	2,34%
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES		0,00%	4	0,01%
CLÍNICA DE ESPECIALIDADE	8	0,26%		0,00%
HOSPITAL	3.065	99,13%	21.851	78,22%
ESTRATÉGICO		0,00%	11.278	51,61%
GERAL		0,00%	7.396	33,85%
ESTRUTURANTE		0,00%	2.939	13,45%
OUTRAS UNIDADES	3.065	100,00%	222	1,02%
ESPECIALIZADO		0,00%	16	0,07%
PRONTO SOCORRO	19	0,61%	3.184	11,40%
SERVIÇO SAÚDE MENTAL		0,00%	9	0,03%
OUTRAS UNIDADES			9	100,00%

UBS		0,00%	227	0,81%
UPA		0,00%	2.004	7,17%
TOTAL GERAL	3.092	100,00%	27.934	100,00%

CRS	classificação RUE	Atendimento de urgência	Classificação de Risco
Norte			
	AMA 12H	207.204	43.783
	AMA 24H	351.934	193.946
	ESTRATÉGICO	491.378	224.448
	ESTRUTURANTE	155.926	
	GERAL	390.317	71.911
	PRÉ-HOSPITALAR FIXO	629.257	223.384
	UBS INTEGRADA	769.931	379.652
Sudeste			
	AMA 12H	175.546	
	AMA 24H	803.118	673.786
	ESPECIALIZADO	168.732	
	ESTRATÉGICO	669.724	1.546
	ESTRUTURANTE	52.144	
	GERAL	387.234	70.123
	PRÉ-HOSPITALAR FIXO	243.448	126.795
	UBS INTEGRADA	980.711	7.931
Sul			
	AMA 12H	317.240	
	AMA 24H	512.895	110.906
	ESTRATÉGICO	685.023	149.890
	ESTRUTURANTE	146.090	
	GERAL	20.936	
	PRÉ-HOSPITALAR FIXO	815.625	340.647
	UBS INTEGRADA	785.684	18.623

CRS	classificação RUE	Atendimento de urgência	Classificação de Risco
Centro			
	AMA 12H	43.018	
	AMA 24H	187.972	22.325
	ESPECIALIZADO	59.013	
	ESTRUTURANTE	225.999	
	GERAL	58.828	
	PRÉ-HOSPITALAR FIXO	117.060	
Oeste			
	AMA 12H	62.655	
	AMA 24H	163.634	137.235
	ESPECIALIZADO	10.099	
	ESTRATÉGICO	156.125	
	ESTRUTURANTE	180.016	
	GERAL	35.811	
	PRÉ-HOSPITALAR FIXO	257.182	87.182
	UBS INTEGRADA	149.157	2.188
Leste			
	AMA 12H	60.434	461
	AMA 24H	510.344	301.217
	ESTRATÉGICO	984.345	289.694
	ESTRUTURANTE	59.954	
	PRÉ-HOSPITALAR FIXO	585.705	399.770
	UBS INTEGRADA	1.197.745	537

Do ponto de vista da avaliação da gravidade dos casos através da estratificação de risco, observa-se que a classificação de risco não é uma prática consensual incorporada na gestão dos serviços. Este instrumento permite uma distribuição mais racional e otimizada através do critério de risco iminente de morte ou incapacidade. Neste contexto, outros equipamentos da rede de serviços de saúde poderiam absorver urgências leves e moderadas como infecções de vias aéreas superiores (IVAS), crises hipertensivas sem repercussão em órgão-alvo, pequenos traumas, etc. que representam grande parte da sobrecarga nos serviços de urgência e emergência do município e poderiam ser atendidos prontamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros equipamentos de tecnologia leve.

1.2 Solução Proposta

1.2.1 Desafios do SUS no Município de São Paulo: as principais propostas da Gestão Municipal da Saúde

No seu esforço em sanar as principais inadequações do sistema de saúde da cidade, a SMS/SP aponta diversas questões a serem enfrentadas e superadas, como a baixa e inadequada oferta de serviços, evidenciando vazios assistenciais diferenciados entre as seis Regiões de Saúde: Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul. Questão central identificada é a necessária reversão do modelo tecno-assistencial predominante, isto é, centrado na assistência médica, na “queixa-conduta”, medicalizante e em ausências de ações direcionadas para a promoção da saúde. Nessa perspectiva, apontam-se:

(1) No âmbito da atenção especializada de média complexidade necessidade de reestruturação das unidades, reunindo consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico e cirurgias eletivas ambulatoriais. Espera-se que esses serviços assumam o protagonismo na definição de protocolos clínicos para a rede de atenção à saúde, favorecendo a integração das linhas de cuidado em cada região da cidade, de acordo com as suas particularidades sociodemográficas e epidemiológicas.

(2) Qualificar a gestão de informação em saúde com maior integração entre os diferentes níveis de atenção, perseguindo a eficiência no uso de recursos assistenciais (“gestão de filas”), bem como de monitoramento e avaliação das condições de saúde. A implantação dos prontuários eletrônicos constitui ferramenta central para a concretização desses propósitos.

(3) Ainda nesse contexto, a reorientação, qualificação e aprimoramento dos sistemas de regulação são estratégicos, exigindo a organização do “Sistema Municipal de Regulação do SUS na cidade de São Paulo”, que passa necessariamente pela articulação efetiva com os serviços sob gestão estadual localizados na cidade. Portanto, há que se pactuar com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e estruturar uma “Coordenação de Gestão Estratégica do SUS”, com participação dos dois níveis de Gestão do SUS – municipal e estadual.

(4) A recuperação e potencialização da rede de assistência às urgências e emergências (RUE) é área sensível e prioritária nessa proposta da SMS/SP. Sob o ponto de vista epidemiológico,

no contexto das condições que implicam em risco iminente de morte ou incapacidade, e, portanto, sensíveis à atuação da RUE, destaca-se a alta prevalência da mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Em 2016 foram registrados 19.764 óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos no município, predominando as seguintes causas: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Traumas (acidentes de trânsito em sua maioria).

Nesse sentido, torna-se prioritário o investimento na melhoria estrutural (física e equipamentos) e qualificação tecno-assistencial dos pontos de atenção da rede de urgência e emergência na cidade de São Paulo. Essa escolha é decorrente do cenário de estrangulamento da capacidade resolutiva desse nível assistencial, constatado pela insuficiência quantitativa de serviços, pela desarticulação e não clareza da especificação das modalidades Pronto-Socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Atendimentos Médico Ambulatoriais (AMA), pelo déficit de serviços para os casos psiquiátricos, pela fragmentação da RUE com os demais serviços do Sistema Municipal de Saúde e pela inexistência de equipamentos de apoio às situações crônicas e de vulnerabilidades sociais dos usuários. Podemos resumir, desse modo, os obstáculos que limitam o adequado funcionamento da RUE em quatro componentes essenciais:

a) Modelo tecno-assistencial hegemônico da Rede de Atenção Primária que não garante o acesso (prontidão, abordagem e tratamento) às demandas clínicas de baixa e média complexidade que não implicam em risco iminente de morte ou incapacidade, direcionando-as, em geral, para a RUE, provocando a sobrecarga e distorção de suas competências. Necessidade, portanto, de melhor integração desses pontos de atenção.

b) Déficit na própria RUE, caracterizado pelo número insuficiente de serviços que garantam a cobertura populacional do município de São Paulo, potencializado com as inadequações de infraestrutura – rede elétrica, hidráulica, arquitetura, gases medicinais, etc. – que comprometem a efetividade da assistência prestada.

c) Não diferenciação da rede hospitalar em hospitais estruturantes, estratégicos e de apoio, de acordo com os níveis de complexidade, levando, em muitos casos, à ocupação de leitos de alta complexidade com perfis patológicos não correspondentes a essa densidade tecnológica. Há necessidade de integração dos serviços municipais e estaduais, redefinindo vocações e capacidades das estruturas hospitalares.

d) A lógica de atuação da assistência pré-hospitalar, que encaminha, em geral, paciente sem classificação de complexidade para os serviços da RUE.

(5) A área de saúde mental constitui outro ponto crítico, apresentando fragilidades no enfrentamento dos transtornos mentais, que têm alta prevalência na população. A questão do uso de drogas é um fenômeno de dimensões quantitativas e qualitativas desafiadoras, exigindo, portanto, a estruturação e investimentos na implantação de serviços específicos – Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Serviços de Emergência, entre outros, que estejam fortemente articulados à rede de atenção à saúde nas diferentes regiões da cidade. Nesse sentido, as configurações dessa rede obedecerão às realidades locais, como por exemplo, na Região Centro, onde há necessidade de arranjos tecno-assistenciais inovadores para lidar com uma atuação efetiva no território da “Cracolândia”. Deve se salientar que o município de São Paulo conta com em torno de 20 (vinte) leitos de urgência e emergência psiquiátrica.

(6) A gestão da rede de atenção à saúde na cidade, por meio da regionalização, traz a necessidade de promover a capacitação dos gestores, como também da sua equipe técnica, nos diferentes níveis da organização técnico-administrativa da SMS/SP, de forma a aumentar o potencial e habilidades de coordenação, planejamento estratégico, monitoramento e avaliação, particularmente no acompanhamento dos contratos de gestão das Organizações Sociais (OS), quando temos atualmente boa parte da rede de atenção à saúde municipal gerida pelas OS. A Educação Permanente é fundamental para qualificação e consolidação desse novo modo de agir em saúde.

(7) As estratégias de articulação das políticas municipais e desenvolvimento de ações intersetoriais são fundamentais para a eficácia de respostas às necessidades e demandas cada vez mais complexas da população, em especial, as em situações de vulnerabilidades sociais. Portanto, implantação de Centros de Cuidado Integrado (CCI), modelo inovador de atenção sócio-sanitária é urgente na resolução de vários agravos em saúde, funcionando como importante ponto de apoio aos demais serviços da rede de atenção, particularmente os da RUE. O CCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça os cuidados primários de saúde, apoiando assim a sua adequação às necessidades de saúde emergentes. Desse modo, atendem as pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de

apoio social, de natureza psicossocial, preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento, ambulatorios e de equipas domiciliárias.

(8) Por fim, a inversão dos padrões de adoecimento deve ser assumida como desafio para as políticas de saúde. Nesse sentido, a estruturação da “Coordenação Estratégica de Promoção da Saúde” é fundamental no exercício do papel catalisador e dinamizador dos processos de trabalho setoriais e intersetoriais, investindo na oferta de serviços e ações de promoção da saúde, numa racionalidade de gestão em redes. Dessa forma, propiciará de forma efetiva atuações no enfrentamento as Doenças e Agravos Não transmissíveis (DANT), na prevenção de mortes evitáveis, como as que ocorrem com crianças e mulheres gestantes entre outras condições desfavoráveis de saúde.

2. PROJETO: Reestruturação e Qualificação das Redes Assistenciais da Cidade de São Paulo – Avança Saúde SP

2.1. Objetivo Geral

Organizar o Sistema Único de Saúde na Cidade de São Paulo, por meio da Estruturação e Qualificação das Redes Regionais de Saúde – Avança Saúde/SP para todos os usuários do sistema, estimulando a corresponsabilidade e a cidadania na produção da saúde.

2.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do projeto são:

Ampliar a cobertura nas regiões Norte, Centro e Oeste;

Ampliar e organizar o acesso;

Promover a melhoria da qualidade na Atenção à Saúde;

Promover a segurança do paciente.

Esses objetivos serão alcançados por meio da execução dos componentes a seguir descritos.

2.3 Componentes do Projeto

2.3.1 Componente I: Reestruturação das redes de urgência/emergência (RUE)

A organização do sistema de saúde e sua hierarquização em níveis de complexidades demandam que a rede de serviços de urgência/emergência e de hospitais se diferencie em focos de assistência populacional de acordo com a gravidade e complexidade clínica, a disponibilidade de tecnologia em cada serviço e suas especificidades previstas a partir dos conceitos de hospitais estruturante, estratégicos, geral e de apoio, além dos serviços voltados à assistência das pequenas urgências (UPA, PS, PA, AMA etc.).

Nesse sentido, torna-se prioritário o investimento na melhoria estrutural (física e equipamentos) e qualificação tecno-assistencial dos pontos de atenção da rede de urgência e emergência na cidade de São Paulo. Essa escolha é decorrente do cenário de estrangulamento da capacidade resolutiva desse nível assistencial, constatado pela insuficiência quantitativa de serviços, pela desarticulação e falta de clareza da especificação das modalidades de Urgência/Emergência e pelo déficit de serviços para os casos psiquiátricos, pela fragmentação da RUE com os demais serviços do Sistema Municipal de Saúde e pela inexistência de equipamentos de apoio às situações crônicas e de vulnerabilidades sociais dos usuários.

O componente I é representado pelas seguintes ações:

- Estudo para diagnóstico da RUE no município com vistas a organização do sistema e ao impacto dessa estruturação;
- Readequação das estruturas físicas e modernização dos equipamentos médico-hospitalares da RUE;
- Ampliação de serviços de urgência psiquiátrica;
- Aquisição de materiais, equipamentos e apoio logístico;
- Capacitação de Profissionais para a implantação da classificação de risco nas unidades da RUE e capacitação da atenção básica na referência e contrarreferência das pequenas urgências na RUE.

2.3.2 Componente II: Tecnologia e Qualificação da Gestão em Saúde

Qualificar a gestão da informação em saúde com maior integração entre os diferentes níveis de atenção, perseguindo a eficiência no uso dos recursos assistenciais (“gestão de filas”), bem como de monitoramento e avaliação das condições de saúde. A implantação dos prontuários eletrônicos constitui ferramenta central para a concretização desses propósitos.

Ainda nesse contexto, a reorientação, qualificação e aprimoramento dos sistemas de regulação são estratégicos, exigindo a organização do “Sistema Municipal de Regulação do SUS na cidade de São Paulo” que passa, necessariamente, pela articulação efetiva com os serviços sob gestão estadual localizados na cidade. Portanto, há que se pactuar com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e estruturar uma “Coordenação de Gestão Estratégica do SUS”, com participação dos dois níveis de Gestão do SUS – municipal e estadual.

O componente II é representado pelas seguintes ações:

- Fortalecimento da Gestão da Informação em Saúde de forma a favorecer e fortalecer os mecanismos de governança do sistema e integração Estado/Município, gerando eficiência na operação do sistema, ampliando a cobertura e o acesso na perspectiva de melhorias das condições de vida dos usuários e a otimização dos serviços nos níveis de atenção primária, atenção secundária, urgência/emergência e hospitalar:
 - ✓ Implantação do PEP (prontuário eletrônico), sistema que integra informação aos usuários da Saúde, por meio do E-SUS. Em conformidade com a versão preliminar Plano de Metas 2017-2020, o qual se baseia no Plano de Governo, as linhas de ação contemplam a implantação do prontuário eletrônico em 70% dos hospitais, 50% dos ambulatórios de especialidades e 100% das unidades básicas de saúde;
 - ✓ Capacitação dos profissionais de Saúde e gestores para utilização do E-SUS;
 - ✓ Estruturação da assistência técnica permanente à informatização da Saúde através de tecnologia, qualificação e capacitação da gestão.
- Fortalecimento da gestão clínica e gerencial:
 - ✓ A prontidão no atendimento às pequenas urgências na atenção básica aumenta a fidelização do usuário às ações programáticas;
 - ✓ Recuperação do papel de acesso preferencial na rede de atenção básica em saúde;

- ✓ Elaboração e implantação das linhas de cuidado, apoiada pela rede especializada de média complexidade;
 - ✓ Reestruturação do Sistema Municipal de Regulação/Complexos Reguladores Regionais, com integração ao Sistema Estadual de Regulação Integração loco-regional dos diferentes pontos de atenção em saúde;
 - ✓ Definição da rede hospitalar de acordo com sua vocação e inserção loco-regional em hospitais estruturantes, estratégicos e de apoio;
 - ✓ Estruturação da Coordenação Estratégica de Promoção da Saúde com vistas ao enfrentamento do perfil das DANTS (doenças e agravos não transmissíveis) no município de SP, favorecendo a articulação das ações assistenciais;
 - ✓ Estudos diagnósticos da rede hospitalar de acordo com sua vocação e inserção loco-regional em hospitais estruturantes, estratégicos e de apoio;
 - ✓ Reestruturação e qualificação do Núcleo de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão e Convênios, particularmente nos níveis loco-regionais
 - ✓ Estudo para a definição de um modelo técnico-assistencial inovador em saúde para o município de SP.
- Implantação da coordenação de gestão estratégica do SUS
 - ✓ Reestruturação do Sistema Municipal de Regulação/Complexos Reguladores Regionais, com integração ao Sistema Estadual de Regulação;
 - ✓ Reestruturação e qualificação do Núcleo de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão e Convênios, particularmente nos níveis loco-regionais;
 - ✓ Aprimoramento tecno-gerencial das Coordenadorias Regionais de Saúde;
 - ✓ Desenvolvimento de propostas de educação permanente e continuada.

2.3.3 Componente III: Implantação de Rede de Centros de Cuidados Integrados (CCI)

Refere-se à estruturação da rede de serviços de apoio e suporte à integralidade e complementaridade do cuidado.

O componente III é representado pelas seguintes ações:

- Estruturação e Implantação de 06 (seis) Centros de Cuidado Integrado - CCI, um por Coordenadoria Regional de Saúde;
- Organização de serviços inovadores que atuem na complexidade dos transtornos mentais e nas diferentes formas de dependência química;
- Estudo de viabilidade de modelos sóciosanitários.

2.3.4 Componente IV: Gestão, monitoramento e avaliação do Programa

O componente IV é representado pelas seguintes ações:

- Gestão do Programa Avança Saúde SP – Redes Assistenciais;
- Acompanhamento e avaliação do Programa;
- Contratação de auditoria independente.