



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2021

(Versão submetida à análise do Conselho Municipal de Saúde em abril de 2020)

São Paulo
Abril de 2020

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 4 |
| 1. ATENÇÃO BÁSICA | 5 |
| 1.1. Atenção Básica | 5 |
| 1.2. Consultório na Rua | 9 |
| 1.3. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde – PICS | 10 |
| 1.4. Saúde da Criança e do Adolescente | 11 |
| 1.5. Saúde da Mulher | 12 |
| 1.6. Saúde do Homem | 14 |
| 1.7. Saúde do Idoso | 15 |
| 1.8. Saúde da População Indígena | 16 |
| 1.9. Saúde da População Negra | 18 |
| 1.10. Saúde da População de Imigrantes | 20 |
| 1.11. Saúde da População LGBTI | 20 |
| 1.12. Saúde da Pessoa em Situação de Violência | 21 |
| 1.13. Saúde Bucal | 24 |
| 1.14. Saúde Nutricional | 25 |
| 1.15. Saúde Ocular | 26 |
| 1.16. Saúde da Pessoa com Deficiência | 26 |
| 1.17. Saúde Mental | 27 |
| 1.18. Redenção | 27 |
| 1.19. Tabagismo | 28 |
| 1.20. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS | 29 |
| 1.21. Atenção Domiciliar | 29 |
| 1.22. Bolsa Família | 31 |
| 1.23. Doenças Raras | 32 |
| 2. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA | 33 |
| 2.1. Oncologia | 33 |
| 2.2. IST – AIDS | 33 |
| 2.3. Saúde Bucal | 35 |
| 3. ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 37 |
| 3.1. Cardiologia | 37 |
| 3.2. Saúde Bucal | 37 |
| 3.3. Rede de Urgência e Emergência e SAMU | 38 |
| 4. ATENÇÃO HOSPITALAR | 41 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.1. | Saúde da Criança | 41 |
| 4.2. | Saúde da Mulher | 41 |
| 4.3. | Saúde do Idoso | 42 |
| 4.4. | Saúde Bucal | 42 |
| 4.5. | Saúde Ocular | 43 |
| 4.6. | Autarquia Hospitalar Municipal | 43 |
| 4.7. | Hospital do Servidor Público Municipal | 46 |
| 5. | VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 48 |
| 5.1. | Área temática Saúde do Trabalhador | 59 |
| 6. | GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO | 61 |
| 6.1. | Gestão de Qualidade | 61 |
| 6.2. | Gestão de Pessoas | 61 |
| 6.2.1. | Escola Municipal de Saúde | 62 |
| 6.3. | Coordenadoria de Tecnologia da Informação e Comunicação – CTIC | 65 |
| 6.4. | Regulação do SUS Municipal | 66 |
| 6.5. | Coordenação de Epidemiologia da Informação – CEInfo | 67 |
| 6.6. | Auditoria | 69 |
| 6.7. | Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos | 70 |
| 6.8. | Judicialização da Saúde | 71 |
| 6.9. | Contratos de Gestão, Convênios e outras parcerias | 72 |
| 7. | PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E TRANSPARÊNCIA | 73 |
| 7.1. | Ouvidoria | 73 |
| 7.2. | Conselho de Saúde | 73 |

APRESENTAÇÃO

A Programação Anual de Saúde 2021 segue as diretrizes do processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS.

A Portaria nº 1 agrega a Portaria nº 2.135/2013, entre outras legislações, e define como instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório de Gestão. De acordo com essa legislação, “a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados” e deve conter:

- I. a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II. a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS;
- III. a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Em síntese, a Programação Anual de Saúde mostra o preparo das diferentes unidades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para operacionalizar as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (PMS). A PAS 2021 é apresentada neste documento em um esforço coletivo e permanente de aprimoramento da elaboração e organização dos instrumentos de Gestão e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Em continuidade ao Plano Municipal de Saúde, a estrutura de cada Programação Anual segue as recomendações do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP) contendo as metas, indicadores, ações programadas e estimativa de custos das ações para atingir as metas inseridas no PMS. Além disso, sua organização contém os seguintes eixos: Atenção Básica, Atenção Ambulatorial Especializada, Atenção à Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, além de tópicos voltados à Vigilância em Saúde e à Gestão do SUS Municipal.

Conforme determinam as normativas que regulamentam o SUS, a Secretaria envia o documento para análise pelo Conselho Municipal de Saúde. A Secretaria reitera seu compromisso com a plena participação social e coloca-se, novamente, à disposição para futuros e eventuais encaminhamentos necessários, conforme está previsto na legislação. Ressalta-se que a compatibilização das necessidades da população e a disponibilidade orçamentário-financeira requer um permanente e contínuo movimento coletivo que envolva os diversos níveis de gestão e valorize a participação e controle social na política de saúde.

1. ATENÇÃO BÁSICA

1.1. Atenção Básica

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|--|---|
| Alcançar cobertura de 68% da atenção básica PROGRAMA DE METAS 1.1; 1.2; SISPACTO - INDICADOR 17 | Nº de equipes ESF + EAB existentes / população do MSP Fonte: CNES Linha de base: 62,40% | Alcançar cobertura de 68%(meta SISPACTO) de Atenção Básica | Realizar a implantação de equipes de Saúde da Família, visando atingir a meta pactuada. |
| Promover a educação permanente de 25% dos profissionais da saúde para adesão a protocolos da Atenção Básica | Percentual de profissionais da Atenção Básica capacitados Fonte: Escola Municipal de Saúde Linha de base: 14,6% (2017) | Acompanhar a realização de 50% das capacitações presentes no PLAMEP. | Monitorar a execução das capacitações previstas no PLAMEP junto à área técnica de educação permanente da Atenção Básica. |
| Entregar 16 novas Unidades Básicas de Saúde PROGRAMA DE METAS 23.5 | Nº de novas UBS entregues Fonte: CNES Linha de base: 452 (2016) | Construção de 1 UBS. | Implantar nova UBS, levando em consideração critérios de vulnerabilidade para sua localização. |
| Reformar e/ou reequipar 350 equipamentos de saúde PROGRAMA DE METAS 22.2 | Nº de equipamentos de saúde reformados e/ou reequipados Fontes: GDRF Linha de base: N/A | Reformar 68 UBS. | Acompanhar as reformas e aquisição de equipamentos e mobiliários. |
| Contratar 33 equipes NASF | Nº de novos NASF implantados Fonte: CNES Linha de base: 100 | Meta atingida em 2019 | Meta atingida em 2019 |
| Implantar 3 Centros Especializados de Reabilitação (CER) | Nº de novos centros de reabilitação implantados. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência: Sandra Fonte: CNES | | a) Dar suporte às CRS para as questões técnicas inerentes a implantação destes CER; b) Acompanhar junto as CRS e GDRF a realização de obras para ajuste do espaço físico; c) Acompanhar junto às CRS os processos de compra dos equipamentos e materiais; |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | Linha de Base: 2 | | d) Acompanhar a inclusão do RH necessário nos contratos de gestão pela CRS. |
| Criar 200 vagas em Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), destinadas a desospitalização do Hospital de Sorocaba | Número de novas vagas criadas em SRT Fonte: CNES Linha de base: 192 | Previsão de alcance da meta em 2020 | O alcance dessa meta está previsto para final de 2020, quando há previsão de finalizarmos a implantação das 60 vagas restantes através dos SRTs Grajaú I, Grajaú II, Grajaú III, Lapa II, Capela do Socorro III, Mooca I e Sapopemba II. |
| Criar 180 novas vagas em Centros de Atenção Psicossocial, por meio da reclassificação de CAPS II para III e implantação de novos CAPS PROGRAMA DE METAS 15.a e 15.b | Número de novas vagas criadas em CAPS Fonte: CNES Linha de base: 160 (2016) | | Programa previsto até o final de 2020. As metas e as ações decorrentes serão reavaliadas. |
| Implantar o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS IV PROGRAMA DE METAS 15.b | Unidade instalada Fonte: CNES Linha de base: 0 | Previsão de alcance da meta em 2020. | O alcance dessa meta está previsto para 2020 a partir da inauguração do serviço. |
| Reduzir, no quadriênio, o Coeficiente de Incidência da Tuberculose (TB) no MSP para 42,1 | Nº de casos novos de TB/população do MSP Fonte: SINAN/IBGE/ Linha de base: 47,7/2016 | Reduzir, no quadriênio, o Coeficiente de Incidência da Tuberculose (TB) no MSP para 42,1 | a) Realizar campanhas informativas em redes de comunicação para alerta de sintomas ligados a Tuberculose e enfatizar a importância para procurar uma Unidade Básica de Saúde para assistência em caso de sintomas ou contato com pessoas diagnosticadas com tuberculose; b) Acompanhar a capacitação dos médicos e enfermeiros da Atenção Básica prevista no PLAMEP com relação às afecções respiratórias com ênfase para a realização de tratamento de infecção latente e a importância do levantamento de todos os contatos e do TDO; c) 1º semestre : realizar campanha de busca ativa nas unidades básicas e sistema prisional; d) 2º semestre: realizar campanha de busca ativa na unidades básicas e sistema prisional; e) Capacitar profissionais da área da saúde para que seja realizada o mais precocemente possível a avaliação de contatos e instituição de tratamento de forma latente quando necessário. f) Incentivar a avaliação de contatos para a instituição de tratamento de TB latente, através da identificação e avaliação de |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | | <p>contatos de bacilíferos;</p> <p>g) Melhorar o fluxo entre AB e COVISA (UVIS Regional) para avaliação de contatos para a instituição de tratamento de TB latente;</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste , Centro:</p> <p>a) Melhorar busca ativa e investigação de contato: Monitorar e avaliar mensalmente as atividades de busca ativa nas regiões à partir do Sinresp;</p> <p>b) Qualificar os ACS quanto à importância da Busca Ativa no território;</p> <p>c) Monitorar e discutir sobre a importância do levantamento de todos os contatos e do TDO com as unidades de saúde.</p> |
| <p>Garantir 100% dos Comitês Regionais de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação (CRASAs) com banco de dados atualizado dos casos atendidos em seu território de abrangência, conforme Decreto Municipal 57.570/2016</p> | <p>(Nº de CRASAs com banco de dados atualizado dos casos de PSA atendidos/Nº de CRASAs existentes)x100</p> <p>Fonte: DVZ</p> <p>Linha de base: N/A</p> | <p>Garantir 100% dos Comitês Regionais de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação (CRASAs) com banco de dados atualizado dos casos atendidos em seu território de abrangência, conforme Decreto Municipal 57.570/2016</p> | <p>Trabalho integrado com COVISA, CRSs e Subprefeituras para as ações abaixo descritas:</p> <p>a) Manter o mapeamento atualizado dos casos de pessoas em situação de acumulação no município de São Paulo;</p> <p>b) Capacitar equipes de vigilância das UVIS para atendimento da Política Municipal de Atenção integral às Pessoas em Situação de Acumulação, de acordo com o previsto no Decreto Municipal 57.570/2016, pertinentes à Vigilância em Saúde;</p> <p>c) Orientar as CRSs para constituir comitê e estabelecer estratégias.</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste , Centro:</p> <p>a) Participar ativamente das reuniões de discussão dos casos com membros do comitê e representantes das UBS para articulação de ações de promoção, fortalecimento da linha de cuidado e fluxos de atendimento;</p> <p>b) Fomentar a implantação de ferramenta para captação das informações de forma sistemática e contínua que facilite a alimentação, manutenção e consulta dos dados gerados pelos CRASAs Regionais.</p> |
| <p>Manter em menos de 12% os casos novos de Hanseníase com grau II de incapacidade física no diagnóstico</p> | <p>Casos novos de Hanseníase com grau II de incapacidade física no diagnóstico</p> <p>Fonte: SINAN</p> | <p>Manter em menos de 12% os casos novos de Hanseníase com grau II de incapacidade física no diagnóstico</p> | <p>a) Realizar Campanha Janeiro Roxo em todo o município de São Paulo (MSP) com Distribuição de 1 milhão de folhetos educativos para a população com a finalidade de divulgar os sinais e sintomas de Hanseníase;</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Linha de base: N/A</p> | | <p>b) Sensibilizar os profissionais de saúde para a suspeição diagnóstica nas unidades básicas de saúde;</p> <p>c) Realizar 03 Encontros interdisciplinares para os profissionais responsáveis por Hanseníase nas Unidades de Referência (UR), UVIS e CRS;</p> <p>d) Realizar 01 Encontro anual de atualização técnica com discussão clínica para os médicos das Unidades de Referência em Hanseníase (UR) e treinamentos em serviço dos profissionais das UR;</p> <p>e) Garantir a existência de pelo menos 1 unidade de Referência para Hanseníase em todas as regiões do município;</p> <p>f) Supervisionar tecnicamente as 28 Unidades de Referência que tratam da Hanseníase no município.</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro:</p> <p>a) Aprimorar, em parceria com a atenção básica, ações de busca ativa de pacientes com suspeita clínica e manter acompanhamento por cinco anos dos casos confirmados;</p> <p>b) Avaliar as Incapacidades Físicas no primeiro mês na Unidade de Referência .</p> |
| <p>Vacinar 95% da população elegível nas áreas com recomendação de vacina para evitar a ocorrência de casos de Febre Amarela (FA) no MSP</p> | <p>(Nº de doses aplicadas/população elegível)x100 Fonte: Siga Módulo Vacina e API Web Linha de base: N/A</p> | <p>Vacinar 95% da população elegível nas áreas com recomendação de vacina para evitar a ocorrência de casos de Febre Amarela (FA) no MSP</p> | <p>a) Distribuir regularmente a vacina FA às salas de vacina;</p> <p>b) Realizar o registro das doses aplicadas adequadamente no Siga vacina, na caderneta da criança e na ficha espelho;</p> <p>c) Realizar busca dos faltosos;</p> <p>d) Elaborar estratégias regionais para intensificar a cobertura vacinal nos bolsões de baixa cobertura vacinal;</p> <p>e) Facilitar o acesso da população à vacinação, com as vacinas oferecidas nos locais de grande circulação de pessoas, como estações do Metrô, CPTM, Rodoviária, Escolas, Faculdades, Shoppings, entre outros, além das UBS;</p> <p>f) Verificar caderneta de vacina e intensificar a busca ativa de suscetíveis a FA, de todas as faixas etárias, nas regiões do Município;</p> <p>g) Sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos nas ações de vacinação para abordagem dos pais e responsáveis, enfatizando a importância das vacinas para o controle das doenças imunopreveníveis, objetivando a não perda de oportunidade de</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>vacinação.</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste , Centro:</p> <p>a) Capacitar as equipes e supervisionar todas as salas de vacina;</p> <p>b) Oferecer vacinação para todos os usuários que procurem atendimento nos serviços, Postos de vacinação, vacinação extra muros, ação de vacinação nas escolas.</p> |
|--|--|--|--|

1.2. Consultório na Rua

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---|--|
| Ampliar a cobertura de equipes de Consultório na Rua de acordo com os parâmetros de cobertura Municipais, totalizando 23 equipes | <p>Nº de equipes ampliado e Nº de equipes cadastradas no CNES do Município/Censo SMADS/FIPE</p> <p>Linha de Base: 2018 - 16</p> <p>Equipes credenciadas pelo MS modalidade III, 3 modalidade III em processo de credenciamento pelo MS/19 equipes</p> <p>Fonte: CNES</p> <p>Linha de base: 18</p> | <p>Implantar 7 equipes de Consultório na Rua, atingindo 100% da meta.</p> | <p>Solicitar o credenciamento das novas equipes junto ao Ministério da Saúde.</p> |
| Construir a Linha de Cuidados da População em Situação de Rua em sua integralidade, no cuidado às diversas situações e ciclos de vida, como as mulheres, gestantes e puérperas, crianças e | <p>Linha de cuidado da População de Rua formulada e publicada</p> <p>Fonte: AT Consultório na Rua</p> <p>Linha de base: N/A</p> | <p>Documento "Atenção Integral em Saúde às Pessoas em Situação de Rua" elaborado em 2019, contemplando essa linha de cuidado, será publicado em 2020.</p> | <p>A Prefeitura realizará ações de sensibilização de 75% dos profissionais da Atenção Básica, quanto ao conteúdo documento "Atenção Integral em Saúde das Pessoas em Situação de Rua".</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| adolescentes, adultos e idosos, bem como nas diversas morbidades como hipertensão, diabetes, transtornos mentais, usuários e dependentes de drogas, tuberculose, iST, de forma a contemplar a circulação destes indivíduos nos serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada, Rede de Urgência e Emergência e Serviços Hospitalares | | | |
| Incluir a temática das vulnerabilidades da situação de rua nos processos de educação permanente dos territórios | Nº de capacitações do PLAMEP com a temática da vulnerabilidade Fonte: Área Técnica Consultório na Rua Linha de base: N/A | São estimadas 60 capacitações para os profissionais da Atenção Básica, incluindo: Gabinete, CRS, STS, Instituições Parceiras e OSS. | Acompanhar as capacitações previstas no PLAMEP com a inclusão da temática vulnerabilidade. |

1.3. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde – PICS

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---|---|
| Ampliar para 95% o número de Unidades de Saúde com ofertas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde | Número de UBS com PICS/Total de UBS Fonte: SIASUS/CNES Linha de Base: 68,8% (dez 2017) | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 |
| Ampliar em 10%, em cada ano, o número de grupos de usuários com práticas corporais e meditativas na rede da Atenção Básica | Nº de grupos voltados às PICS Fonte: Área Técnica de PICS Linha de Base: cerca de 18.000 (dez 2017) | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 |

1.4. Saúde da Criança e do Adolescente

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|---|---|
| <p>Desenvolver pelo menos 4 das 12 ações de saúde elencadas na Portaria nº 1055 de 20/04/2017/MS nas Unidades Educacionais em 80% das Escolas cadastradas</p> | <p>% de escolas cadastradas que desenvolveram 4 das 12 ações elencadas na Portaria nº1055 de 20/04/2017/MS Fonte: Ministério da Saúde Linha de base: 70%.</p> | <p>Desenvolver pelo menos 4 das 12 ações de saúde elencadas na Portaria nº 1055 de 20/04/2017/MS nas Unidades Educacionais em 80% das Escolas cadastradas</p> | <p>Ações do Programa Saúde na Escola: a) Atualizar a carteira de vacina dos estudantes; b) Promover alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; c) Promover ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti; d) Avaliar Saúde Bucal; e) Avaliar Saúde auditiva e identificar possíveis sinais de alteração; f) Promover ações de prevenção das violências e dos acidentes; g) Identificar sinais de agravos de doenças em eliminação; h) Promover ações de prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; i) Realizar práticas corporais, atividade física e lazer; j) Realizar ações de prevenção de IST/AIDS e orientar sobre direito sexual e reprodutivo; h) Promover cultura de paz, cidadania e direitos humanos. k) Realizar reuniões bimestrais entre SMS e SME nos 5 Polos Regionais (norte, Sul, Sudeste, Leste e Centro-Oeste), com o objetivo de pactuar e monitorar as ações. l) Promover um encontro anual entre os polos regionais para apresentação das experiências exitosas.</p> |
| <p>Manter o número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano no MSP abaixo de 1.200 casos/ano INDICADOR 8 - SISPACTO</p> | <p>Número de novos casos de Sífilis Congênita por ano Fonte: SINAN Linha de base: PACTO 2018 (1200)</p> | <p>Manter o número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano no MSP abaixo de 1.200 casos/ano INDICADOR 8 - SISPACTO</p> | <p>a) Monitoramento do cumprimento dos protocolos do MSP, relacionados à assistência e vigilância da sífilis em gestante e sífilis congênita e do RN exposto pelos Serviços envolvidos; b) Fortalecer a integração da Rede de Atenção Básica com a Rede de Atenção Hospitalar, pela troca de informações técnicas e relatórios dos atendimentos nos Serviços envolvidos; c) Atualização técnica anual para a AB, da abordagem da sífilis na gestação e sífilis congênita; d) Participar de reuniões regionais com as DRVS e membros dos Comitês Regionais de Transmissão Vertical das CRS para monitoramento do indicador com avaliação das ações locais de</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | | vigilância, avaliação das investigações de oportunidades perdidas para a prevenção da TV da sífilis e atualização técnica; |
| Assegurar a cobertura vacinal adequada em 95% das vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) INDICADOR 4 - SISPACTO | % de crianças menores de dois anos de idade vacinadas {pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)} considerando a cobertura vacinal preconizada Fonte: Siga Módulo Vacina e API Web Linha de base: N/A | Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada Fonte: Siga Módulo Vacina e API | a) Monitorar a supervisão das salas de vacinas do MSP por meio de instrumento próprio (FORMSUS). b) Monitoramento da cobertura vacinal com periodicidade mensal. c) Disponibilizar regularmente os imunobiológicos às salas de vacina. d) Realizar a busca ativa dos faltosos; e) Realizar o registro das doses aplicadas adequadamente no Siga vacina, na caderneta da criança e na ficha espelho; f) Propor estratégias regionais para intensificar a vacinação nos bolsões de baixa cobertura vacinal, para aumento da cobertura vacinal; g) Facilitar o acesso da população à vacinação, com as vacinas sendo oferecidas nos Estabelecimentos de Educação Infantil, além das UBS; |

1.5. Saúde da Mulher

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---|---|
| Aumentar a razão de exames de Papanicolau na faixa etária alvo (25-64 anos) para 0,5 | Nº de exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos dividido pela população alvo Fonte: SISCOLO Linha de base: 49% | Aumentar a coleta de CO em relação a 2019 | a) Busca ativa das mulheres da população alvo com exames em atraso; b) Abordar e sensibilizar a mulher da população alvo em todas as oportunidades disponíveis, com o objetivo de aumentar a efetividade do rastreamento; c) Reforçar a coleta de CO de livre demanda na UBS; d) Monitorar mensalmente a coleta de CO por UBS segundo a meta mensal estabelecida; e) Monitorar mensalmente a coleta de CO por cada profissional (médico e enfermeiro) de cada UBS; f) Monitorar, trimestralmente, o acesso a exames preventivos para câncer de colo de útero da população feminina na faixa etária |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | de 25 a 64 anos por CRS/STS; g) Monitorar trimestralmente a oferta dos métodos complementares diagnósticos (colposcopia, vulvoscopia, biópsia) em unidades de referência por CR e STS.g) Intensificar a coleta de CO no Outubro Rosa; h) Promover a educação permanente do câncer do colo uterino e coleta de colpocitopatologia para médicos e enfermeiros, buscando capacitar todos os médicos e enfermeiros não treinados. |
| Disponibilizar 2 mil implantes subdérmicos (método de longa ação hormonal) por ano | Nº de implantes subdérmicos disponibilizados ao ano Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher Linha de base: 1.000 | Disponibilizar 2.000 implantes subdérmicos | a) Acionar a ata de registro de preços para aquisição de 2000 implantes subdérmicos; b) Fortalecer a divulgação do protocolo para inserção do Implante subdérmico; c) Treinar médicos na inserção do implante subdérmico; d) Aumentar as Unidades para inserção do implanon nas CRs. |
| Aumentar em 25% a cada ano a inserção do DIU de cobre na Atenção Básica e Hospitalar | Nº de dispositivos intrauterinos utilizados na Atenção Básica e Hospitalar Fonte: SIA e SIH/SUS Linha de base: 5.089 (2017) | Garantir a inserção do DIU de cobre em 10.000 mulheres na Atenção Básica/Hospitalar do Município de São Paulo. | a) Capacitar 150 médicos da AB na inserção do DIU de cobre; b) Aumentar a disponibilidade de UBS com inserção de DIU (Linha de Base: 258 -2019); c) Monitorar mensalmente o número de profissionais treinados por CRS; d) Monitorar mensalmente o número de DIUS inseridos por profissional treinado e pela UBS em que atua; e) Disponibilizar 10.000 DIUs de cobre no ano. |
| Capacitar e atualizar 100% das UBS no atendimento ao Planejamento Familiar | % de UBS capacitadas Fonte: saúde da Mulher Linha de Base: 464 RAG: Nº de grupos qualificados e implementados Fonte: Ficha de Atividade Coletiva Linha de base: N/A | Oferecer capacitação em 100% das UBS no atendimento ao Planejamento Familiar | Atualização em métodos contraceptivos e abordagem em Planejamento Familiar para os profissionais de 100% das UBS responsáveis pela realização dos grupos de Planejamento familiar. |
| Melhorar a qualidade do registro dos casos de Morte Materna nos 26 comitês de morte materna existentes | Nº de comitês de morte materna capacitados Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher Linha de base: Capacitação | Capacitar 100% dos Comitês de Mortalidade Materna | a) Realizar reuniões em 5 CRS para discussão dos resultados de mortalidade materna e discussão de estratégias para melhorias; b) Identificar territórios mais vulneráveis e desenvolver ações de enfrentamento; c) Realização de reuniões dos Comitês Regionais de Mortalidade |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | feita a cada dois anos 2015 – 25 | | Materna com cronograma pré-estabelecido para o ano, sendo no mínimo, duas por semestre. |
| Monitorar o protocolo de boas práticas de assistência ao parto nas 4 maternidades municipais | Nº de maternidades com checklist implantado Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher Linha de base: 0 | Meta cumprida em 2019 | Meta cumprida em 2019 |
| Qualificar a assistência pré-natal, ampliando o percentual de gestantes captadas precocemente com 1ª consulta realizada até 12 semanas (inclusive) em UBS | Percentual de gestantes captadas precocemente com 1ª consulta realizada até 12 semanas (inclusive) em UBS Fonte: Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde – SIGA/SMS Linha de base: 75,0% | Qualificar a assistência pré-natal, ampliando o percentual de gestantes captadas precocemente com 1ª consulta realizada até 12 semanas (inclusive) em UBS | a) Fortalecer o pré-natal, garantindo a primeira consulta da gestante até a 12ª semana de gestação, através da busca ativa desta gestante, com ênfase nos grupos vulneráveis; b) Sensibilizar as UBS e garantir o primeiro atendimento da gestante no mesmo momento da positividade do teste de gravidez. |
| Ampliar e qualificar a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, articulando a Rede de Atenção Básica e da média e alta complexidade (SMS) | Percentual de gestantes captadas precocemente com 1ª consulta realizada até 12 semanas (inclusive) em UBS. Fonte: Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde – SIGA/SMS Linha de base: 75,0% | Aumentar o número de consultas agendadas para o RN até 7 dias de vida | a) Monitorar mensalmente a disponibilidade de vagas para o Pré-Natal de risco; b) Monitorar mensalmente o acesso ao pré-natal de risco; c) Monitorar permanentemente as gestantes de risco, estabelecendo intervenções para minimizar o risco de Morte Materna e neonatal; d) Incentivar e fortalecer os Fóruns regionais Materno -Infantis, com integração da AB e Atenção hospitalar; e) Identificar fragilidades no atendimento na AB e Hospitalar e delinear ações para melhoria. |
| Fortalecer a divulgação e promover a integração da rede de atenção com a rede de partos naturais | Nº de ações assistenciais realizadas pelas Casas de Parto Fonte: AT Saúde de Mulher Linha de base: N/A | Garantir as ações previstas em contrato Do MSP com as Casas de Parto. | a) Monitorar trimestralmente o número de ações assistenciais realizadas pelas casas de parto; b) Fortalecer a integração das Casa de Parto com a AB através de reuniões de integração e troca de conhecimento; c) Fortalecer a integração entre as Casa de Parto e a AB através da divulgação de Protocolos e diretrizes assistenciais. |

1.6. Saúde do Homem

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Formular a política municipal de atenção integral à saúde do homem | Indicador original: Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem implantada Fonte: ATSH Linha de base: N/A | Meta alcançada em 2019 | Meta alcançada em 2019 |

1.7. Saúde do Idoso

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|--------------------------------|--|
| Realizar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) em 100% das Unidades Básicas de Saúde | % de UBS que realizam a AMPI-AB Fonte: BI SIGA | 100% | a) Acompanhar a aplicação da AMPI-AB nas UBS; b) Capacitar os profissionais da UBS sobre a AMPI-AB. |
| Manter e expandir o Programa de Acompanhante de Idosos (PAI) PROGRAMA DE METAS 16.i | Nº de equipes PAI Fonte: ATSPI Linha de base: 39 equipes | 8 | Estratégia para implantação em redefinição, em decorrência da pandemia da COVID-19. |

| | | | |
|--|--|------------------------|---|
| Implantar a Sala do Idoso (Programa Nossos Idosos) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) | Nº de UBS com Programa Nossos Idosos Fonte: ATSPI Linha de base: 0 | 100% | Capacitar as equipes da UBS para desenvolver as ações do Programa. |
| Editar e publicar a Portaria Conjunta SMS/SMADS que regulamenta a intersetorialidade entre as duas secretarias PROGRAMA DE METAS 11.11* | Portaria publicada Fonte: ATSPI - Linha de base: N/A | Meta alcançada em 2018 | Meta alcançada em 2018 |
| Contratar profissionais de saúde para atuação nas Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPIs) e Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAEI) PROGRAMA DE METAS 16.j | % de ILPI com equipes de saúde Fonte: ATSPI Linha de base: 1 em 2016 | 100% | Acompanhar as ações realizadas pelos profissionais da enfermagem nos equipamentos socio sanitários. |

1.8. Saúde da População Indígena

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|---|--|--|---|
| Garantir a cobertura vacinal em 80% das crianças Indígenas menores de 01 ano | Fonte: Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde – SIGA/SMS | Garantir 80% das Carteiras de Vacinação das crianças Indígenas menores de 1 ano das aldeias Jaraguá e Vera Poty. | a) Monitorar a Carteira de Vacina das crianças até 01 ano de idade, conforme Calendário Vacinal Indígena; b) Realizar busca ativa de crianças com Carteira Vacinal em atraso. |
| Garantir o acompanhamento Pré-Natal para 80% das mulheres indígenas grávidas | Linha de base: 75,0% | 80% de gestantes indígenas cadastradas e acompanhadas no pré-natal | a) Identificar indígenas gestantes da aldeia; b) Realizar busca ativa de gestantes para início precoce e efetivo do pré natal; c) Garantir acompanhamento das gestantes no mínimo de 6 consultas mensais e com exames realizados de acordo com protocolo. |
| Diminuir em 10% os casos de desnutrição em crianças indígenas menores de 02 anos de idade | Nº de crianças indígenas menores de 2 anos desnutridas Fonte: AT Saúde da População Indígena/Sistema de Monitoramento Indígena Linha de base: 5 (2016) | Diminuição de 2,5% do total de crianças menores de 2 anos desnutridas com tratamento instituído. | a) Identificar e notificar casos de crianças em desnutrição; b) Tratar e monitorar as crianças em desnutrição; c) Acompanhar as crianças e seus familiares através de Grupos de Trabalho de Nutrição envolvendo CAPS e equipes de saúde da unidade. |
| Diminuir em 10% o número de usuários de álcool e/ou outras drogas na população indígena | Nº de usuários de álcool e outras drogas na População Indígena em acompanhamento Fonte: Área Técnica da Saúde da População Indígena/ Sistema de Monitoramento Indígena Linha de base: 2 (2016) | Diminuição de 2,5% do total de pessoas da UBS identificadas como usuárias de álcool e outras drogas na população indígena. | Implementar estratégias para acompanhamento de indígenas usuários de álcool e outras drogas pelas equipes da UBS e CAPS. |
| Diminuir em 10% as Notificações de Violência das Aldeias | Nº de casos de Notificação de Violência nas aldeias indígenas Fonte: Área Técnica da Saúde da População Indígena/ Sistema de Monitoramento Indígena Linha de base: 23 (2016) | Dos casos de violência identificados na linha de base, verificar a diminuição de 10% de notificação em relação ao número de casos identificados e acompanhados nos quatro anos, sendo 2,5% | Verificar se a diminuição pretendida corresponde unicamente a diminuição da violência nas aldeias. |

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
| | | por ano | |
| Manter e implementar ações dos Núcleos de Prevenção de Violência em 100% dos estabelecimentos voltados à Aldeia | % de equipamentos de atendimento Indígena com NPV implantado Fonte: Sistema de Monitoramento Indígena Linha de base: 100% | Meta alcançada em 2019. 100% instituído e implementado. | Meta alcançada em 2019 |

1.9. Saúde da População Negra

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|---|--|
| Considerar as especificidades de saúde da população negra em pelo menos 50% das linhas de cuidado elaboradas | Percentual de Linhas de Cuidados com especificidades da população negra contempladas Fonte: AT Saúde da Pop. Negra Linha de base: N/A | Incluir as necessidades de saúde da população negra em 100% das linhas de cuidados a serem elaboradas em 2021 | Pactuar a inserção das necessidades de saúde da população negra com as Áreas Técnicas responsáveis pela elaboração das linhas de cuidado. |
| Incluir o tema de racismo institucional nas capacitações previstas nos Planos Municipais de Educação Permanente (PLAMEP) elaborados | Número de capacitações com o tema de racismo institucional inserido Fonte: PLAMEPs Linha de base: N/A | Incluir nos Planos Municipais de Educação Permanentes das 06 Coordenadorias Regionais de Saúde temas sobre enfrentamento do Racismo Institucional | Pactuar com as 06 Coordenadorias Regionais de Saúde para que incluam em seus Planos Municipal de Educação Permanente temas que abordem o enfrentamento do Racismo Institucional. |
| Capacitar os Núcleos de Prevenção à Violência das UBS em temáticas que abordem o preconceito na perspectiva da saúde dos jovens como: | Percentual de UBSs localizadas nos DAs referidos desenvolvendo ações com foco na temática de saúde do jovem | 10% das UBS capacitadas com Núcleo de Prevenção de Violência (NPV) desenvolvendo ações de prevenção de | Pactuar com a Área Técnica da Saúde Integral às Pessoas em Situação de Violência a inclusão do tema nas capacitações dos NPV. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Promoção da Cultura de Paz, Preconceito Racial, Geracional e de Gênero. | Fonte: AT Saúde da Pop. Negra Linha de base: N/A | violência com foco no jovem negro | |
| Desenvolver ações de saúde voltadas à juventude em pelo menos 50% das UBS localizadas nos Distritos Administrativos (DA): Campo Limpo, Capão Redondo, Jd. São Luiz, Jd. Angela, Brasilândia, Pirituba, Itaim Paulista, Itaquera, Jd. Helena, São Mateus e Cidade Tiradentes | Percentual de UBSs localizadas nos DAs referidos desenvolvendo ações com foco na temática de saúde do jovem | Introduzir ações voltadas para a saúde de jovens negros (as) em 50% das UBS dos distritos selecionados. | Implementar um plano de ação de atenção à saúde de jovens negros nas UBS localizadas nos DA prioritários. |
| Produzir um boletim bianual para publicação de informações desagregadas por raça/cor | Nº de boletins produzidos Fonte: AT Saúde da Pop. Negra Linha de base: N/A | Meta Alcançada em 2020 | Meta Alcançada em 2020. Foi elaborado o 3º Boletim CEInfo. Análise com informações desagregadas por raça/cor. |
| Garantir o preenchimento do campo raça/cor no SIGA-Saúde | % de cadastros com campo raça/cor informado Fonte: AT Saúde da Pop. Negra Linha de base: N/A | 100% dos cadastros com campo raça/cor preenchidos. | Dar continuidade à Educação Permanente por meio do curso EAD "Minha Cor Eu Declaro". |
| Incluir pelo menos 80% das crianças diagnosticadas com doença falciforme na RAS visando o cuidado integral | Percentual de crianças com doença falciforme vinculadas às UBS | 80% das crianças diagnosticadas com doença falciforme incluídas na RAS visando o cuidado integral. | a) Realizar busca ativa das crianças que estão fora da rede; b) Monitorar as crianças matriculadas nas UBS. |
| Incluir a doença falciforme na relação de doenças de notificação compulsória no município | Doença falciforme incluída na relação de doenças de notificação compulsória | Incluir a doença falciforme na relação de doenças de notificação compulsória no município | Dar continuidade às tratativas para a inclusão. |
| Implementar em 100% das UBSs, atendimento humanizado, visitas domiciliares, vigilância e acompanhamento compartilhado às gestantes encaminhadas aos | Taxa de mortalidade materna de mulheres negras Fonte: Comitê de Mortalidade Materna MSP | 10% da UBS com Estratégia de Saúde da Família capacitada no atendimento humanizado às | Articular junto as áreas Técnicas da Saúde da Mulher e Estratégia de Saúde da Família para que insiram nas suas capacitações o tema proposto. |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| serviços de pré-natal de risco | Base (triênio 2015/2016/2017): RMM: 51,7 | gestantes, visitas domiciliares, busca ativa de faltosas e acompanhamento compartilhado entre UBS e Serviço de Pré Natal de Risco | |
|--------------------------------|--|---|--|

1.10. Saúde da População de Imigrantes

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|---|---|
| Incremento de 50% de registro de País de origem no Cadastro do Cartão Nacional de Saúde no SIGA | % dos CNS com país de origem informado Fonte: SIGA-Cadastro Linha de base: dezembro de 2017- 42.129 CNS com registro de País | Incremento de 15% de registro do país de origem no cadastro do Cartão de Saúde efetivado. (15% em 2019, 20% em 2020) | Sensibilizar os profissionais das UBS para importância do registro do país de origem no sistema de informação vigente em SMS. |
| Instrumentalizar 100% das UBSs das áreas de abrangências dos Centros de Acolhida na padronização de conduta, quando da chegada dos imigrantes venezuelanos, advindos do "processo de interiorização de imigrantes venezuelanos" no município de São Paulo | % das UBS das áreas de abrangências dos Centros de Acolhida informadas sobre a padronização do atendimento dos imigrantes venezuelanos, advindos do "processo de interiorização" no município de São Paulo | 100% das UBS das áreas de abrangência com padronização de conduta estabelecida. | Monitorar a padronização estabelecida pela UBS nas áreas de abrangência dos Centros de Acolhida. |

1.11. Saúde da População LGBTI

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| Elaborar a Política Municipal de Saúde LGBTI | Política Municipal de Saúde LGBTI elaborada Fonte: Área Técnica da Saúde da População LGBTI Linha de base: N/A 2017 | Meta alcançada em 2019 | Meta alcançada em 2019 |
| Implantar um serviço ambulatorial de Hormonioterapia para população transexual em cada Coordenadoria Regional de Saúde | Nº de serviço ambulatorial de Hormonização para população transexual Fonte: CNES Linha de base: 02 serviços implantados (CRS Centro e CRS Norte), em fase de credenciamento | Meta alcançada em 2019 | Meta alcançada em 2019 |

1.12. Saúde da Pessoa em Situação de Violência

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|---|---|
| Fortalecer a Linha de Cuidado de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em Situação de Violência nas seis CRS | Nº de CRS com Linha de Cuidado de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em Situação de Violência | 6 CRS com Linha de Cuidado de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em Situação de Violência | Realizar fóruns com a participação dos Núcleos de Prevenção a Violência das Unidades Básicas de Saúde e também com outras secretarias e outros órgãos com intuito de alinhar os fluxos de atendimento e assim fortalecer a linha de cuidados. |
| Ampliar os Núcleos de Prevenção à Violência em 10% nos equipamentos de SMS segundo Portaria Municipal nº 1.300/2015 | % de equipamentos de saúde com NPV Fonte: ATSPSV Linha de base: 20% das unidades de saúde com NPV (2017) | 70% dos equipamentos de saúde com NPV implantados ao final de 2021 | Realizar trabalho de sensibilização, por meio de fóruns e reuniões, com as unidades + CRS +STS sobre a importância do atendimento e do acolhimento das situações de violência com qualidade e de acordo com a linha de cuidados. |
| Fortalecer protocolo às situações de violência em 80% das unidades da rede de | % de unidade de saúde com protocolo implantado Fonte: ATSPSV | 70% | Sensibilizar os profissionais por meio de fóruns de discussão de casos quanto a implantação dos NPVs nos territórios e capacitações: 500 profissionais serão capacitados no manejo do |

| | | | |
|---|---|----------------|--|
| serviços de saúde | Linha de base: N/A (2017) | | atendimento em violência contra crianças e adolescentes com a EMS e Instituto SEDES. Capacitação: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REFLEXÕES TEÓRICAS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO - carga horaria 32 horas - Público Alvo: ACS, Assistentes Sociais, médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, entre outros. |
| Aumentar em 1%, em relação ao ano anterior, o número de notificações de situação de violência | Nº de notificações no ano recém-terminado / Nº de notificações do ano anterior)*100 Fonte: SINAM Linha de base: 22.608 - 2016 / 29.956 - 2017 / 35.028 - 2018 / 41.681 - 2019 | Ampliar em 1% | a) Monitorar as notificações de situação de violência junto com COVISA e garantir a notificação imediata; b) Realizar duas Oficinas de monitoramento ao ano, em conjunto com as seis CRS, 27 UVIS e 27 STS, sendo uma por semestre; c) Realizar um curso de capacitação específica para o manejo de indicadores e VPI, para a rede de vigilância, 6 CRS e 27 UVIS, no ano. |
| Ampliar em 10% ao ano a anticoncepção de emergência em casos de violência sexual | (Nº de casos mulheres vítimas de estupro entre 10 e 55 anos incompletos que tenham feito contracepção de emergência no serviço de entrada de saúde no ano/Nº total de mulheres vítimas de estupro entre 10 e 55 anos incompletos no ano)x100 Fonte: SINAN Linha de base: "(92/507)x100=18,15% (2016) 16% (2019) | Ampliar em 10% | Garantir a notificação imediata de violência sexual, a fim de oferecer anticoncepção de emergência em tempo oportuno: adequar a Serviço de Assistência Especializada (SAE) e sistematizar os registros de Pré-exposição. Os locais para atendimento a violência sexual e aborto legal, realizam primeiro atendimento, colhem exames, fornecem medicações (pílula do dia seguinte e profilaxia de IST/Aids), fazem seguimento e realizam aborto previsto por lei nos casos indicados. REGIÃO SUL • H.M. DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA - CAMPO LIMPO ESTRADA DE ITAPECERICA, 1661 - CAMPO LIMPO FONE: 3394-7503 / 7504 / 7730 – serviço social (localizado no Pronto-Socorro) REGIÃO OESTE • H.M. PROF. MARIO DEGNI - HOSPITAL JARDIM SARAH Rua LUCAS DE LEYDE, 257 - V. ANTONIO FONE: 3394-9394 (ramais 9395/ 9396/ 9397) – serviço social (localizado próximo à recepção) REGIÃO SUDESTE • H.M. DR. CARMINO CARICCHIO - TATUAPÉ AV. CELSO GARCIA, 4815 - TATUAPÉ |

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| | | | <p>FONE: 33947149 ou 33946980</p> <p>REGIÃO LESTE</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL- SÃO MIGUEL PAULISTA</p> <p>Rua Dr. José Guilherme Eiras, 123</p> <p>(11) 3394-8840 – serviço social (localizado no primeiro andar)</p> <p>REGIÃO NORTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • H.M.M. ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA <p>AV. DEPUTADO EMILIO CARLOS, 3.100 – V. NOVA CACHOEIRINHA</p> <p>FONE: 3986-1151 – serviço social (localizado no ambulatório – sala 12)</p> <p>(11) 3986-1128 / 3986-1159 – Pronto-Socorro</p> <p>COVISA</p> <p>a) Realizar 02 Oficinas de monitoramento ao ano, em conjunto com as seis CRS, 27 UVIS e 27 STS, sendo uma por semestre;</p> <p>b) Realizar 01 curso de capacitação específica para o manejo de indicadores e VPI, para a rede de vigilância, seis CRS e 27 UVIS;</p> <p>c) Ações AB, Assistência farmacêutica, entre outros.</p> |
| Ampliar em 10% ao ano a profilaxia de IST em casos de violência sexual | <p>(Nº de casos de estupro que tenham feito profilaxia de Hep B + IST + HIV/Nº total estupros)x100</p> <p>Fonte: SINAN</p> <p>Linha de base: (90/813)x100=11,07% (2016) 16% (2019)</p> | ampliar em 1% | <p>a) Garantir a notificação imediata de violência sexual, a fim de oferecer profilaxia em tempo oportuno: adequar a Serviço de Assistência Especializada (SAE) e sistematizar os registros de Pré-exposição;</p> <p>b) Realizar 02 Oficinas de monitoramento ao ano, em conjunto com as seis CRS, 27 UVIS e 27 STS, sendo uma por semestre;</p> <p>c) Realizar 01 curso de capacitação específica para o manejo de indicadores e VPI, para a rede de vigilância, seis CRS e 27 UVIS;</p> |
| Instituir Grupo de Trabalho para desenvolver campanha educativa do Projeto de Prevenção de Violência Doméstica na equipe de Saúde da Família, de acordo com a Lei nº 16.823/2018. Sugestão da área: implantar o projeto de prevenção PVDESF em 30% das UBS com ESF - SMS | <p>Nº de cartilhas distribuídas nos domicílios</p> <p>Fonte: ATSPSV</p> <p>Linha de Base: 136.000 cartilhas distribuídas nos domicílios (7,6% do total de família) (2017).</p> <p>Sugestão da área: Percentual de UBS com ESF com o Projeto implantado sobre o nº total de</p> | 30% | <p>a) Publicar o Decreto;</p> <p>b) Instituir Grupo de Trabalho;</p> <p>c) Capacitar os ACS sobre a Prevenção de Violência Doméstica.</p> |

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| | UBS com ESF x100 | | |
|--|------------------|--|--|

1.13. Saúde Bucal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---|--|
| Expandir a cobertura de saúde bucal com a contratação de 100 novas equipes SISPACTO - INDICADOR 19 | Nº de UBS com Saúde Bucal/Nº total de UBS Fonte: CNES Linha de base: 769 (2017) ESF + EAB | Contratação de 26 novas ESB para complementação das 74 ESB contratadas no período de 2018 e 2019. | Concluir a contratação de novas equipes de SB para totalizar as 100 propostas inicialmente. |
| Revisar e publicar as Diretrizes da Saúde Bucal para o Município de São Paulo, atualizando-as de acordo com os novos parâmetros de acesso, atendimento, referência e contrarreferência | Documento de Diretrizes publicado e vigente Fonte: ATSB Linha de base: N/A | Publicação do Documento de Diretrizes atualizado. | Capacitar um multiplicador em cada CRS, STS e OSS nas novas diretrizes para que estes realizem as capacitações em serviço. |
| Acompanhar mensalmente os 10 principais insumos odontológicos para garantir sua disponibilidade na Rede (UBS e CEOs): anestésicos, agulhas gengivais, fios de sutura, cimento ionômero de vidro, cápsulas de amálgama, resina fotopolimerizável, agente de união, limas endodônticas rotatórias, cones de guta percha e alginato | Número de meses com item zerado/12 meses Fonte: GSS Linha de base: N/A | Dar continuidade ao acompanhamento mensal dos 10 principais insumo odontológicos. | Dar continuidade ao acompanhamento mensal dos 10 principais insumo odontológicos. |
| Realizar triagens de risco para câncer bucal, em pelo menos | % de pessoas com 60 anos e mais de idade que foram | Realizar triagens de risco para câncer bucal em 30% dos | Realizar triagens de risco para câncer bucal em 30% dos idosos durante a campanha de vacinação contra Influenza |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 30% dos vacinados com 60 anos a mais de idade, durante a campanha de vacinação contra a gripe | vacinados com exame de boca para busca ativa de lesões de tecidos moles bucais realizado Fonte: Área Técnica de Saúde Bucal ou COVISA Linha de base: 0 | idosos durante a campanha de vacinação contra Influenza | |
| Ampliar em 3% a cada 2 anos o número de escolares cadastrados e triados em ações coletivas de Saúde Bucal | % de escolares cadastrados e triados no PSE Fonte: Área Técnica de Saúde Bucal Linha de base: 180.000 escolares | O cadastro na SME acontece a cada 2 anos, sendo o último realizado em 2017/2018, com 608.751 crianças cadastradas. Em 2019, temos 519.547 crianças cadastradas. A meta é de 627.013,53 crianças cadastradas. | Acompanhar o nº de crianças cadastradas em PSE, de acordo com meta estabelecida em diretrizes vigentes e o nº de profissionais CD em atendimento. Parâmetros: 1 ESB Mod II- 1900 cçs; 1 ESB Mod I - 1000 cçs; 1 CD e ASB - 40h- 1000 cçs; 1 CD e ASB 20h- 1000 cçs; 1 CD sem ASB- 600cçs. Todos com 4hs/semana para PSE. |

1.14. Saúde Nutricional

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|---|---|
| Ampliar em 50% a cobertura de atendimento nutricional | Nº de vínculos profissionais de 40h de nutricionistas/população Fonte: CNES/MS Linha de base: 1,3 | Alcançar 1,7 da relação entre vínculos de novos profissionais para UBS, por meio da contratação de 10 nutricionistas. | Contratar 10 novos profissionais Nutricionistas para UBS, por meio dos contratos de gestão com as instituições parceiras. OBS: Com base no valor de dez/2019 teríamos uma razão de 1,7 com mais 10 nutricionistas em 2021 |
| Matriciar as equipes de Atenção Básica quanto à saúde nutricional em 20% das UBS, realizada pelo profissional nutricionista | Nº de UBS com atendimento nutricional matriciado/Total de UBS x 100 Fonte: SISRH Linha de base: N/A | | Meta alcançada em 2018. |
| Monitorar o estado nutricional de crianças e gestantes atendidas nas Unidades Básicas da Saúde, através de marcadores antropométricos e | Número de informações registradas e analisadas/populações atendidas mês x 100 Fonte: SIGAMAB | 100% | Dar continuidade ao monitoramento, ampliando a vigilância alimentar nutricional com acompanhamento longitudinal, inserindo no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde. |

| | | | |
|---|--|-------------------------|-------------------------|
| de consumo alimentar para identificação das vulnerabilidades | Linha de base: 0 | | |
| Ampliar em 10% o número de atividades de Educação Alimentar e Nutricional | Número de atividades de Educação Alimentar e Nutricional realizadas Fonte: SIASUS/MS Linha de base: 16.263 | Meta alcançada em 2018. | Meta alcançada em 2018. |

1.15. Saúde Ocular

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Realizar Teste de Snellen em 100% dos idosos que referirem alteração da acuidade visual ao responderem o questionário inicial da AMPI | Nº de testes de acuidade visual realizado em idosos na UBS/Número de AMPI realizadas Fonte: AT de Saúde da Pessoa Idosa Linha de base: N/A | Meta vinculada à meta de AMPI. | Meta vinculada à meta de AMPI. |

1.16. Saúde da Pessoa com Deficiência

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|--|---|--|
| Realizar 54 encontros anuais da Rede de Cuidados à PcD | Nº de encontros da Rede de Cuidados à PcD realizados por ano Fonte: AT da Saúde da Pessoa do deficiente Linha de base: N/A | Realizar 54 encontros da Rede de Cuidados à PcD | a) Monitorar a realização de encontros nas diversas STS, de forma que cada STS organize ou participe de no mínimo 3 fóruns no ano; b) Realizar no mínimo 3 encontros na AT. |
| Ampliar em 15% (5.059) o | % de ampliação de | Ampliar em 15% (5.059) o | a) Desencadear a solicitação e acompanhar a contratação das |

| | | | |
|--|--|--|---|
| fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) nos serviços de reabilitação, garantindo o cumprimento de critérios éticos para contratação de empresas fornecedoras | fornecimento de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIASUS Linha de base: 33.723 (2016) | fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) nos serviços de reabilitação, garantindo o cumprimento de critérios éticos para contratação de empresas fornecedoras | empresas que fornecem as OPM; b) Realizar ações de educação permanente junto aos serviços de forma a qualificar este atendimento; c) Monitorar com as CRS os processos de dispensação nos diversos CER. |
|--|--|--|---|

1.17. Saúde Mental

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--------------------------------------|--|
| Realizar 01 reunião mensal por coordenadoria regional de saúde | Nº de reuniões/72 reuniões anuais | Ao menos uma reunião mensal por CRSA | Realizar ao menos uma reunião mensal por CRS sobre Saúde Mental, que pode compreender também os fóruns que ocorrem nas STSs. |
| Realizar 01 matriciamento mensal por CAPS | Nº de CAPS com matriciamento realizado mensalmente/Total de CAPS Fonte: Área Técnica da Saúde Mental/RAAS S Mental Linha de Base: N/A | Um matriciamento mensal por CAPS | Discussões junto às interlocuções regionais para assegurar o lançamento correto do procedimento, além de estimular que haja maior número de lançamentos deste procedimento pelos CAPS. |

1.18. Redenção

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Formular e Implantar a Política Municipal de Álcool e outras drogas | Política Municipal publicada Fonte: Equipe do Redenção Linha de base: N/A | Meta alcançada em 2019. | Meta alcançada em 2019. |
| Publicar o protocolo de | Protocolo publicado | Meta alcançada em 2019. | Meta alcançada em 2019. |

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| encaminhamento de pessoas em situação de uso abusivo de álcool e drogas entre os equipamentos das Redes de Atenção à Saúde | | | |
| Publicar o protocolo de atendimento intersecretarial entre SMS e SMADS voltado a pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas | Protocolo intersecretarial publicado | Meta alcançada em 2019. | Meta alcançada em 2019. |
| Implantar um cadastro unificado e integrado na rede de atendimento em álcool e outras drogas | Ferramenta de cadastro implantada | Meta alcançada em 2019. | Meta alcançada em 2019. |
| Publicar material educativo de saúde sobre os efeitos nocivos do uso abusivo de álcool e outras drogas | Material educativo publicado | Meta alcançada em 2019. | Meta em replanejamento |
| Implantar 09 novas equipes do Programa Redenção | Número de novas equipes implantadas | Meta alcançada em 2019. | Meta alcançada em 2019. |
| Capacitar 09 equipes de abordagem do Programa Redenção | Percentual de equipes capacitadas | Meta alcançada em 2019. | Meta alcançada em 2019. |
| Implantar 400 vagas em Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica (SIAT) | Número de novas vagas criadas em SIAT Fonte: CNES Linha de base: N/A | Alcance da meta previsto para 2020. | Alcance da meta previsto para 2020. |

1.19. Tabagismo

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|---|
| Ampliar em 15% o número de | Número dos profissionais | Capacitação de 400 | Capacitar aproximadamente 400 profissionais para abordagem ao |

| | | | |
|---|---|--|---|
| profissionais de saúde capacitados para abordagem do tabagista | capacitados /inscritos no curso EAD Fonte: EMS/SIGPEC/Curso Validado/CRS Linha de Base: N/A | profissionais a mais para abordagem ao tabagista de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde | tabagismo de todas CRS via EAD e dois encontros presenciais, em parceria com Escola Municipal de Saúde e manter ações de educação junto aos agentes comunitários de Saúde nas CRS |
| Desenvolver estratégias para 100% das UBS no enfrentamento ao controle de tabagismo | % de UBS desenvolvendo abordagem mínima ao tabagismo Fonte: Dados ASCOM Linha de base: N/A | Ampliar mais 5% das UBS | a) Organizar ações no dia Mundial e no Dia Nacional de Combate ao Tabagismo em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde; b) Monitorar a abordagem mínima do Programa de Tabagismo em 100% das UBS; c) Avaliar o monitoramento da qualidade do Programa. |

1.20. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--|---|
| Expandir a cobertura do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) para 68,4% Unidades Básicas de Saúde (UBS) | % de UBS com PAVS Fonte: Programa Ambientes Verdes e Saudáveis Linha de base: 59,6% (276) | Expandir a cobertura para 68,4 % das UBS | a) Pactuar autorização para contratação de novos profissionais (33 Agentes de Promoção de Saúde e 6 Gestores Locais); b) Articular com as CRS a inclusão de novos Agentes de Promoção Ambiental (APA) e Gestores Locais nos planos de trabalhos junto às instituições parceiras; c) Monitorar a contratação e capacitação dos novos APA e GL. |

1.21. Atenção Domiciliar

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Ampliar o número de equipes EMADs e EMAPs, atingindo 76 equipes para atender a cobertura populacional de 63% do município de São Paulo</p> | <p>Nº de equipes cadastradas CNES/nº de equipes ativas Fonte: DATASUS Linha de base: "ano 2017 (43 emads) Nº de pacientes novos admitidos programa = 5.200 ano 2009 a 2017 nº de pacientes beneficiados = 44.300 ano 2017 (43 emads) nº pacientes oriundos de hospitais = 3.445 ano 2017 (43 emads) média de pacientes ativos mês = 3.600 (complexidade AD2/AD3) capacidade produtiva por emad atendimento: 60/90 pacientes/mês média de pacientes oriundos de hospitais 20/30-mês"</p> | <p>Manter as 53 EMADs e as 16 EMAPs;</p> | <p>Implantar 6 novas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ampliada (EMAD + EMAP)</p> |
| <p>Contratar 100% do serviço de transporte para equipes EMADs sob Gestão Direta (locação de veículos para visita domiciliar)</p> | <p>Nº de veículos previstos para ação direta aos municípios assistidos pelas EMAD/Nº de veículos locados Fonte: contrato Linha de base: N/A</p> | <p>Acompanhar o processo de locação de veículos dos equipamentos de saúde da administração direta para cada CRS</p> | <p>Acompanhar o processo de locação de veículos dos equipamentos de saúde da administração direta para cada CRS</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Complementar o número de equipes EMADs incompletas, atingindo 76 equipes para atender a cobertura populacional de 63% do município de São Paulo | Nº de equipes cadastradas CNES/nº de equipes ativas Fonte: DATASUS Linha de base: "Capacidade produtiva por EMAD atendimento: 60/90 pacientes/mês média de pacientes oriundos de hospitais 20/30-mês" | Equipes de EMAD completas | Manter as 59 equipes completas |
| Acompanhar taxa de sinistralidade de 98% do incentivo federal utilizado no custeio das equipes EMADs/EMAPS | Incentivo federal destinado as EMADs-EMAPS do município de São Paulo/Valor previsto para destino as EMADs-EMAPS Fonte: Fundo municipal de saúde e CFO Linha de base: Extrato CFO | Acompanhar CFO, extratos do repasse Federal disponibilizado para custeio das equipes EMADs/EMAPS envolvidos (DCGC/CFO SMS.G/Melhor em Casa) | Acompanhar CFO, extratos do repasse Federal disponibilizado para custeio das equipes EMADs/EMAPS envolvidos (DCGC/CFO SMS.G/Melhor em Casa) |

1.22. Bolsa Família

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--|---|
| Alcançar 73% do registro de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF | % mensal do registro das condicionalidades de saúde - Lista de Presença Fonte: SIGA - Módulo Bolsa Família e Relatório Linha de base: 2ª Vigência 2017-51,13% | Alcançar 73% do registro de acompanhamento das condicionalidades em saúde. | a) Monitorar e avaliar o registro das condicionalidades no módulo SIGA-Bolsa Família em 100% das UBS; b) Monitorar e avaliar as Coordenadorias Regionais de Saúde quanto à evolução do registro das condicionalidades; c) Acompanhar as crianças do Programa Bolsa Família inseridos no Programa Primeira Infância. |

1.23. Doenças Raras

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|---|---|
| Elaborar a Política Municipal das Pessoas com Doenças Raras | Política Municipal das Pessoas com Doenças Raras elaborada RAG: Política Municipal das Pessoas com Doenças Raras para consulta pública, estabelecida e publicada | Meta alcançada em 2019 com a publicação da Lei municipal nº 17.083/19 de 14/05/2019 institui no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Apoio às Pessoas com Doenças Raras, e Apoio a seus Familiares | Continuidade da implementação da Lei Municipal em consonância com o contido na Linha de cuidados das Pessoas com Doenças Raras e Apoio aos Familiar. |
| Publicar a Linha de Cuidados das Doenças Raras | Linha de Cuidados Publicada | Meta alcançada em 2019 | A publicação da Linha de Cuidados ocorreu em 2019, mas sua implantação depende de recursos para ampliação do teste de pezinho, de consultas de genética e de exames genéticos para o diagnóstico de doenças raras. Nesse sentido, prevê-se o custo de R\$30.000.000,00 para 2021. |
| Sensibilizar 100% dos equipamentos de Saúde | Nº de equipamentos de saúde sensibilizados / Número de equipamentos de Saúde | Curso de EAD disponível para profissionais de saúde de todos os equipamentos de saúde | Continuidade da qualificação da rede |

2. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

2.1. Oncologia

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|--|--|--|
| Ampliar o número de vagas em Oncologia regulada via SIGA em 10% (1.150 novas vagas no quadriênio, ou 287 novas vagas ao ano, de 2019 a 2021) | Número de vagas em Oncologia disponibilizadas via SIGA Fonte: SIGA Linha de base: 10.285 vagas em 2017 | Manter o número de vagas em Oncologia reguladas via SIGA em, no mínimo, 11.341/ano. Manter a pactuação com SES para oferta de, no mínimo, 1.445 vagas reguladas via CROSS. | a) Acompanhar a liberação dos recursos orçamentários federais já solicitados ao Ministério da Saúde. |

2.2. IST – AIDS

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|--|--|
| Aumentar em 5%, em relação ao ano anterior, o número de testes para diagnóstico do HIV nos equipamentos de saúde municipais | Número de testes para diagnóstico do HIV realizados nos equipamentos de saúde municipais: Nº de testes realizados em 2017: 760.071 * Nº de testes realizados em 2018: 798.229 (aumento de 5,0%)* Nº de testes realizados em 2019: 917.135 | Aumentar em 5% em relação ao ano anterior. | a. Realizar pelo menos 2 capacitações para multiplicadores para diagnóstico do HIV pelo método rápido em diferentes equipamentos de saúde municipais. b. Ampliar a divulgação sobre o direito à testagem e os locais onde é ofertada por meio de diversas estratégias, entre elas: campanhas e materiais educativos, eventos institucionais, reuniões de conselho gestor, reuniões de governo local, reuniões de gerentes, capacitações de profissionais de saúde, atividades da sociedade civil, eventos comemorativos, festas e redes virtuais. c. Realizar atividades extramuros disponibilizando testagem para diagnóstico do HIV e informações de prevenção às IST/HIV em ambientes/territórios com alta concentração de população mais |

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| | <p>(aumento de 14,9%) Fonte: Proced Ambulatorial Gestão Municipal-Fonte:SMS/SIA/BPA - a partir 2008 Qtd_Aprovada por Ano atendimento segundo Procedimentos TABWIN/PRODAM Consulta em 14/02/2020 * Números revisados e sujeitos a atualização.</p> | | <p>vulnerável ao HIV nas 6 CRS. d. Fortalecer parceria com ONGs que acompanham pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids e seus familiares e realizar ações de prevenção às IST/Aids e promoção à saúde em diversos espaços.</p> |
| <p>Aumentar em 5%, em relação ao ano anterior, o número de Profilaxias Pós Exposição Sexual (PEP) na Rede Municipal Especializada em IST/AIDS de São Paulo (RME ISTAIDS)</p> | <p>Número de PEP realizadas na RME IST/Aids (SICLOM) Fonte: Sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM)/Ministério da Saúde) Linha de base: Nº de PEP dispensadas no ano de 2017 - 7.961 2018 - 8.265 (aumento 3,8%) 2019- 14.171 (aumento 71,5%)</p> | | <p>a. Ampliar a divulgação sobre o direito à Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e os locais onde é dispensada por meio de diversas estratégias, entre elas: reuniões de conselho gestor, reuniões de governo local, reuniões de gerentes, capacitações de profissionais de saúde, atividades da sociedade civil, eventos comemorativos, festas, redes virtuais. b. Divulgar a PEP para a equipe multidisciplinar de saúde que oferta cuidados e hormonioterapia para travestis, mulheres transexuais e homens transexuais. c. Manter e monitorar a implementação das ações de PEP para as Unidades de Referência do território, com orientação do PM IST/Aids.</p> |
| <p>Implantar a Profilaxia Pré Exposição (PREP) em 16 unidades na Rede Municipal Especializada IST/AIDS</p> | <p>Número de PrEP realizadas pelas unidades de referência da RME IST/AIDS (SICLOM) Fonte: Sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM)/Ministério da Saúde</p> | <p>Meta alcançada em 2019</p> | <p>Meta alcançada em 2019, porém com ações contínuas, especificadas a seguir: a. Monitorar a execução da dispensação da PrEP na RME conforme diretrizes do PM IST/Aids. b. Divulgação da PrEP para a equipe multidisciplinar de saúde que oferta cuidados e hormonioterapia para travestis, mulheres transexuais e homens transexuais.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Linha de base: 2017: 0 unidades 2018: 11 unidades 2019: 24 unidades da RME de IST/Aids que realizam PrEP</p> | | <p>c. Ampliar a divulgação sobre a PrEP e os locais onde é ofertada por meio de diversas estratégias, entre elas: campanhas e materiais educativos, eventos institucionais, reuniões de conselho gestor, reuniões de governo local, reuniões de gerentes, capacitações de profissionais de saúde, atividades da sociedade civil, eventos comemorativos, festas e redes virtuais.</p> |
|--|---|--|--|

2.3. Saúde Bucal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|--|---|
| Garantir a continuidade da contratação da oferta de 22.000 próteses dentárias | Nº de próteses totais, parciais removíveis, fixas, unitárias e RMF entregues/ano Fonte: TABWIN Linha de base: 22.000 | Garantir a continuidade da contratação da oferta de 22.000 próteses dentárias | Renovação do contrato do Laboratório de Prótese Dentária que está em fase de contratação e tem duração de 1 ano, podendo ser renovado anualmente por até 60 meses |
| Garantir a continuidade da contratação da oferta de 4.000 aparelhos ortodônticos/ortopédicos | Nº de aparelhos ortodôntico-ortopédicos entregues/ano Fonte: TABWIN Linha de base: 4.000 | Garantir a continuidade da contratação da oferta de 4.000 aparelhos ortodônticos/ortopédicos | Continuidade da oferta do serviço com Laboratório de Prótese contratado |
| Garantir a continuidade da oferta de documentações radiológicas odontológicas/ano de acordo com a necessidade | Nº de documentações ortodônticas, radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas entregues/ano Fonte: Área Técnica de Saúde Bucal Linha de base: 16.920 | Ofertar 17.160 documentações radiológicas odontológicas/ano, oferecidas pela APCD e Empresa contratada de serviço de diagnóstico de imagem | Contratação de serviço de diagnóstico por imagem , em Processo SEI 6018.2019/0039902-9 |
| Aumentar o quadro de especialistas em Saúde Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) | Número de especialistas em saúde bucal Fonte: ATSB Linha de base: 330 especialistas (2016) | Aumentar o quadro de especialistas em Saúde Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) | Contratação de profissionais especialistas nos CEO para as vagas existentes |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Implantar 2 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)</p> | <p>Centros de Especialidades Odontológicas implantados/2)*100 Fonte: ATSB Linha de base: 0 CEO implantado Há 30 CEO, mas a linha de base é 0 (zero)</p> | <p>Implantar 2 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)</p> | <p>Implantar 2 novos CEO: CEO Capela do Socorro, junto a estrutura física do HC Capela do Socorro e CEO Vila Prudente.</p> |
|--|--|--|--|

3. ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.1. Cardiologia

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|---|--|
| Diminuir em 40% a mortalidade por insuficiência cardíaca descompensada nas Unidades de Emergência | Proporção de óbitos nas internações por ICC e seus agravos nos estabelecimentos de gestão municipal Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS) Linha de Base: 16,6% | a) Manter capacitações periódicas; b) Educação Continuada em serviço; c) Elaboração de protocolos e revisões periódicas dos protocolos já instituídos | Capacitar equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) das unidades de emergências (UPA, Pronto Socorros e AMA) na abordagem sistemática do paciente com ICC, AVC e IAM |
| Diminuir 10% a mortalidade por Acidente Vascular Encefálico (AVE) nas Unidades de Emergência | Proporção de óbitos nas internações por AVE nos estabelecimentos de gestão municipal Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS) Linha de Base: 18,3% | | a) Elaboração/ Implantação junto com a AHM e Escola Municipal de Saúde do Protocolo AVC e continuidade da implantação nas unidades assistenciais hospitalares. b) Capacitações periódicas. c) Educação Continuada em serviço. d) Revisões periódicas dos protocolos instituídos e) Implantação e implementação do Protocolo de AVC nas Unidades Hospitalares |
| Diminuir em 8% a mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nas Unidades de Emergência | Proporção de óbitos nas internações por IAM nos estabelecimentos de gestão municipal Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS) Linha de Base: 10,8% | | a) Capacitações periódicas; b) Educação Continuada em serviço; c) Elaboração e revisões periódicas dos protocolos instituídos; d) Monitoramento contínuo |

3.2. Saúde Bucal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|--|---|---|
| Expandir a cobertura de equipes de Saúde Bucal nas Unidades Pré-hospitalares | Total de horas ambulatoriais cadastradas para CD em Unidades Pronto Atendimento, de Pronto Socorro e Atendimento Médico Ambulatorial de 24h da rede municipal de São Paulo/ano Fonte: CNES/CEInfo Linha de base: 1.252 Horas/mês ambulatoriais (dez 2017) | Expandir a cobertura de equipes de Saúde Bucal nas Unidades Pré-hospitalares Fonte: CNES/CEInfo Linha de base: 12.288 Horas/mês ambulatoriais (dez 2019) | Contratação de profissionais Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal para os novos serviços de UPA a serem implantadas |

3.3. Rede de Urgência e Emergência e SAMU

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Ampliar para 75% o percentual de atendimento de demandas de baixa prioridade, correlacionando a prioridade clínica com o local de destino | Percentual de atendimento de demandas de baixa prioridade Relatório dos destinos dos encaminhamentos das demandas de baixa prioridade (Alfa, Bravo, Charlie) Fonte: Intergraph Computer-Aided Dispatch I/CAD/Secretaria Municipal da Saúde - SMS Linha de base: 0,317 | Integrar 100% das bases/equipes SAMU | Manter ações de capacitação de profissionais conforme diretrizes SAMU - 192; |
| Garantir o atendimento de pelo menos 50% das demandas de alta prioridade (Acidente Vascular Encefálico-AVE, Infarto Agudo do Miocárdio-IAM e | Percentual de atendimento das demandas de alta prioridade em até 30 minutos Relatório dos destinos dos encaminhamentos das | 50,00% | a) Implantar/Implementar o Programa Intervenção Rápida, IR, em parceria com as Supervisões de Saúde; b) Completar quadro de contratações de profissionais médicos; c) Promover e manter o monitoramento contínuo; d) Manter a capacitação dos profissionais para a operacionalização do |

| | | | |
|---|--|------------|--|
| <p>Trauma) em até 30 minutos, correlacionando a prioridade clínica com o local de destino</p> | <p>demandas de alta prioridade (Delta e Echo) Fonte: Intergraph Computer-Aided Dispatch I/CAD / Secretaria Municipal da Saúde - SMS Linha de base: 0,083 Proporção de óbitos nas internações por IAM e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada nos estabelecimentos de gestão municipal Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS Linha de Base: 10,8% (IAM) / 16,6% (ICC) Proporção de óbitos nas internações por AVE nos estabelecimentos de gestão municipal Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS Linha de Base: 18,3%</p> | | <p>programa; e) Implantar/Implementar o monitoramento do percentual de atendimento das demandas de alta prioridade em até 30.</p> |
| <p>Ampliar o número de atendimentos de saúde mental para 70%</p> | <p>Percentual de atendimento de demandas de saúde mental Relatório dos destinos dos encaminhamentos de saúde mental Fonte: Intergraph Computer-Aided Dispatch I/CAD / Secretaria Municipal da Saúde - SMS Linha de base: 0,1719</p> | <p>50%</p> | <p>a) Promover interface de treinamentos para RH das Unidades Assistenciais Integradas; b) Desenvolver/ reavaliar protocolos e fluxos de atendimento; c) Capacitações periódicas (educação continuada) para RH SAMU nas demandas de atendimento em Saúde Mental; d) Implantar uma viatura/região com equipe capacitada para atendimento em Saúde Mental , SM.</p> |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Garantir o atendimento ininterrupto (24 horas por dia) de 122 viaturas de Suporte Básico de Vida habilitadas, 26 viaturas de Suporte Avançado, bem como de 6 Veículos de Intervenção Rápida | Nº total de viaturas em uso 24h/Nº total de viaturas habilitadas (em 2016) Fonte: SIASUS/CNES Linha de base: 70% | 80% | a) Implantar o Programa IR em parceria com as Supervisões de Saúde; b) Vincular as equipes ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde – CNES; c) Criar um modelo de monitoramento. |
| Padronizar e capacitar as unidades de urgência e emergência (158) em conformidade com as linhas de cuidado prioritárias da Rede de Urgência e Emergência - RUE (Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio e Trauma) PROGRAMA DE METAS 3.8* | Percentual de unidades de urgência e emergência com classificação de risco e capacitadas nas linhas de cuidado da RUE Fonte: Autarquia Hospitalar Municipal - AHM/ Secretaria Municipal da Saúde - SMS/ Escola Municipal de Saúde - EMS Linha de base: 0 | 100% em IAM e 60% em AVC | a) Implementar o mapeamento dos processos assistenciais quanto aos fluxos regulatórios, definição e padronização dos protocolos relacionados às linhas de cuidado da RUE, e realizar monitoramento; b) Identificar pontos críticos; c) Capacitação periódica/educação continuada das equipes no atendimento às linhas de cuidado da RUE. |
| Assegurar atendimento qualificado nas Unidades de Emergência PROGRAMA DE METAS 3.9 | Percentual de unidades de acolhimento de urgência e emergência com classificação de risco implantada Fonte: COMURGE Linha de base: N/A | 70% | a) Eleger, adquirir e unificar protocolo de classificação de risco nas portas de urgência/emergência. b) Eleger e adquirir ferramenta para gerenciamento e acompanhamento do fluxo de atendimento e recursos (infraestrutura e RH) nas portas de urgência /emergência – 70% |
| Construir e equipar 12 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) PROGRAMA DE METAS 23.4 | Nº de serviços de urgência e emergência implantados | Alcance da meta previsto para 2020 | Alcance da meta previsto para 2020. |

4. ATENÇÃO HOSPITALAR

4.1. Saúde da Criança

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--------------------------------|--|
| Reduzir a mortalidade infantil no município de São Paulo PROGRAMA DE METAS 5, 7.3* e 7.5* INDICADOR 15 – SISPACTO | % de mortalidade reduzida Fonte: SINASC Linha de base: 11,3 | 10,7 | a1) Alta qualificada com orientações de Aleitamento materno e cuidados com RN; a2) Garantir a realização da 1ª consulta do recém-nascido em até 07 dias na Atenção Básica ou na visita domiciliar para avaliar o bebê e orientar rotinas. b) Treinamento contínuo dos Comitês Regionais de Vigilância dos óbitos Infantis para análise e desencadeamento de ações de prevenção das mortes infantis, segundo características locais. c) Orientar quanto a utilização e monitorar o seguimento dos protocolos estabelecidos de Pré-natal e Sífilis Congênita. |

4.2. Saúde da Mulher

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|---|---|
| Manter as taxas de parto normal nas maternidades sob gestão municipal acima de 65%, oferecendo qualidade no parto normal e cuidados à saúde da gestante | Taxa de parto normal nas maternidades sob gestão municipal Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC Linha de base: 67,6% (2017) | Manter as taxas de parto normal nas maternidades sob gestão municipal acima de 65%, | a) Informar adequadamente as gestantes e parturientes sobre os benefícios e riscos da via de parto durante o pré-natal e na maternidade. b) Incentivar a utilização do Plano de Parto para instrumentalizar o profissional a discutir com a gestantes as questões relativas ao parto. c) Favorecer as boas práticas para o parto normal e os cuidados de saúde às gestantes. d) Divulgar as diretrizes de parto normal e cesárea para as maternidades. e) Acompanhar e encaminhar a classificação de Robson aos hospitais da grade de Parto do Município para incentivar a melhoria e redução das taxas de cesárea. |

4.3. Saúde do Idoso

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|---|---|
| Participar da constituição das equipes de gestão de alta, para todos os ciclos de vida, nos hospitais da Rede Municipal | Nº de hospitais municipais com equipes de gestão de alta Fonte: ATSPI Linha de base: N/A | Meta em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-2019. | Meta em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-2019. |

4.4. Saúde Bucal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--|---|
| Expandir a cobertura de equipes de Saúde Bucal nas Unidades Hospitalares | Total de horas ambulatoriais cadastradas para bucomaxilo facial nos Hospitais da Rede Municipal de São Paulo (dos 13 HM, 5 com Buco) * Total de horas ambulatoriais cadastradas para CD em Unidades Pronto Atendimento, de Pronto Socorro e Atendimento Médico Ambulatorial de 24h da rede municipal de São Paulo/ano Fonte: CNES/CEInfo Linha de base: 1.252 Horas/mês ambulatoriais (dez 2017) | Expandir a cobertura de equipes de Saúde Bucal nas Unidades Hospitalares | Total de horas Hospitalares dos profissionais CD cadastradas segundo estabelecimento para bucomaxilo facial nos Hospitais da Rede Municipal de São Paulo (dos 13 HM, 5 com Buco) Fonte: CNES/CEInfo Linha de base: 3.140h Horas/mês hospitalares (dez 2019) (HOSP MUN C LIMPO FERNANDO M P DA ROCHA; ERMELINO MATARAZZO ALIPIO CORREA NETTO; JABAQUARA ARTUR RIBEIRO DE SABOYA; TATUAPE-CARMINO CARICCHIO; MUN V MARIA VER JOSE STOROPOLLI) |

4.5. Saúde Ocular

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--------------------------------|--|
| Examinar 100% dos RN nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional e/ou peso menor que 1.500g que sejam encaminhados pelo neonatologista | Nº de RN prematuros dentro do critério estabelecido, examinado Fonte: Banco de Dados do PRO-AIM, SINASC e dados encaminhados pelos oftalmologistas Linha de base: (80%) | 100% | Examinar 100% dos RN nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional e/ou peso menor que 1.500g pela realização de visita semanal de oftalmologista aos hospitais estabelecidos. |
| Examinar 100% dos recém-nascidos com síndromes, sorologia alterada, que sejam encaminhados pelo neonatologista | Nº de RN dentro do critério estabelecido, examinado Fonte: Banco de Dados do PRO-AIM, SINASC e dados encaminhados pelos oftalmologistas Linha de base: (80%) | 100% | Examinar 100% dos RN nascidos com: síndromes diversas, sorologias alteradas, e outras patologias, que sejam encaminhados pelo neonatologista- pela realização de visita semanal de oftalmologista aos hospitais estabelecidos. |

4.6. Autarquia Hospitalar Municipal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--------------------------------|--|
| Aumentar a taxa de eficiência (giro) dos leitos municipais em 15% | Índice de Giro de Leito (Nº de saída/Nº de leitos) Fonte: Painel de Monitoramento REM Linha de base: dezembro 2017= 4/mês Resultado Desejado = 4,6 | 5% | a) Estudar a ampliação de leitos crônicos e de cuidados prolongados, bem como a implantação de leitos para cuidados intermediários. b) Aprimorar instrumentos/ferramentas de desospitalização e integralidade do cuidado. |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Reduzir em 20% o número de pacientes internados em leitos de observação de prontos-socorros das unidades hospitalares | Número de pacientes em leitos de observação em período superior a 24 horas Fonte: Painel de Monitoramento REM Linha de base: dezembro de 2017= 2.741 pacientes/mês | 6% | a) Manter e fortalecer atividades do NIR e Kanban, inclusive por meio digital. b) Manter o quadro de pessoal adequado às necessidades dos serviços e em conformidade com preconização por sítio funcional. |
| Aumentar em 25% a proporção de cirurgias eletivas em relação ao total de cirurgias | Taxa de Cirurgia Eletiva (Nº de cirurgia eletiva/nº total de cirurgia) Fonte: Painel de Monitoramento REM Linha de base: dezembro de 2017= 49,1% | 10% | a) Manter quadro de profissionais ajustado à capacidade instalada e necessidades de saúde. b) Manter qualificação das filas de cirurgias (protocolos) e otimizar recursos advindos de outros entes públicos para realização de procedimentos. |
| Fomentar as ações das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente | Nº de Protocolos existentes para Metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente Fonte: Relatório Gerencial/AHM Linha de base: não havia identificação dos protocolos | Dois protocolos implantados/fomentados para todos os Hospitais da AHM | a) Acompanhar e avaliar a implantação efetiva das ações e protocolos das Metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente; a1) Implantar os protocolos discutidos nos Foruns em todos os hospitais AHM; b) Realizar fórum de discussão trimestral com os hospitais da AHM e OSS visando a troca de experiências e padronização das ações. b1) Incentivar nos hospitais a participação nas datas de mobilização da ANVISA - Exemplo: Dia da Higienização das Mãos; Dia Nacional de Combate a SEPSIS, etc. |
| Fomentar as ações do Programa de Humanização HUMANIZA-SUS | Nº de ações do Programa ativas Fonte: Relatório Gerencial/AHM Linha de base: O programa prevê 14 ações | Proporcionar suporte e estrutura disponíveis para atender a Política Nacional de Humanização conforme demandas das áreas técnicas | Manter e fomentar as diretrizes da Programa HUMANIZA-SUS. |
| Implantar o Módulo de Prescrição Médica do Prontuário Eletrônico do Paciente do SGH | Nº de unidades com modulo implantado e em operação Fonte: Relatório DTI Linha de base: 2017 - 1 | Meta atingida em 2019. | a) Iniciar a Implantação nas unidades, em Março de 2020, do Módulo de Urgência e Emergência, com a média de 3 semanas por serviço e uma semana para módulo de Centro Cirúrgico em cada hospital. b) Alcançar 70% das unidades hospitalares com os Módulos de Urgência e Emergência e Gerenciamento Administrativo de Centro Cirúrgico no SGH. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Redesenhar os perfis e os processos de 4 hospitais municipais na perspectiva de sua inserção na rede assistencial do território | Nº de hospitais redesenhados Fonte: Relatório Gerencial/AHM Linha de base: 0 em 2017 | | a) Atuar junto às demais áreas assistenciais da SMS para a discussão e formalização das RAS nos microterritórios e coordenadorias de saúde. b) Manter participação nos fóruns regionais. |
| Colocar em operação o Hospital de Parelheiros PROGRAMA DE METAS 3.13* | Hospital de Parelheiros em operação | Para 2020: Implantação da Unidade de Nutrição, SADT, Laboratório de Análises Clínicas, Agência Transfusional, UTI Adulta e Pediátrica, Pronto Atendimento de Psiquiatria e Enfermarias de Clínica Médica e Pediatria. No 2º semestre de 2020, implantação do Centro Cirúrgico e Enfermarias de Clínica Cirúrgica e o Hospital Dia. No 1º trimestre de 2021 espera-se que sejam implantados o Centro Obstétrico, a Maternidade e o UTI Neonatal. São esperados 250 partos mensais, com 10% de partos de alto risco. | Concluir obras restantes para colocar o Hospital de Parelheiros em plena operação. |
| Colocar em operação o Hospital de Brasilândia PROGRAMA DE METAS 3.13* | Hospital de Brasilândia em operação | Previsão de entrega para abril de 2020 da 1ª fase – Pronto Socorro (bloco c), área administrativa e pronto atendimento (bloco A), hospital dia, centro cirúrgico, UTIs, centro de diagnósticos, cozinha, refeitório, área de vestiário de funcionários (bloco B), toda infraestrutura geral (ar condicionado, subestação de energia, grupo geradores, elevadores, etc) dezembro de | Para 2021, colocação de todo o complexo hospitalar em pleno funcionamento (não dependente da Engenharia Hospitalar, essa meta deverá ser programada por quem cuida do contrato de gestão da O.S. que assumirá o Hospital). |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | 2020, remanescente da obra, 3º ao 6º do bloco B (internações), bloco D (garagem). | |
| Reformar e adequar 6 unidades hospitalares municipais | Número de unidades reformadas Fonte: Relatório Gerencial/AHM Linha de base 2017: zero | Reformar e adequar 4 unidades hospitalares municipais | Relacionados as obras da CEF, os projetos para atualização estão ocorrendo através de EDIF/SIURB. Os processos para atualização dos projetos são: Hospital Municipal Alípio Correa Netto – 6022.2019/0003644-0 Hospital Municipal Arthur Ribeiro Saboya – 6022.2019/0003646-7 Hospital Municipal José Soares Hungria – 6022.2019/0003645-9 Hospital Municipal Waldomiro de Paula – 6022.2019/0003638-6. Após a atualização dos projetos que estão sob responsabilidade de EDIF/SIURB, ocorrerá novo orçamento, replanejamento das obras e nova licitação para execução das obras também sob sua responsabilidade. Para 2021, a execução das obras já poderá estar em andamento, durando possivelmente todo seu exercício. |
| Garantir abastecimento mínimo de 85% dos insumos e medicamentos de responsabilidade municipal PROGRAMA DE METAS 1.7* | % de itens zerados Fonte: relatório elaborado pelo setor de suprimentos baseado na posição de saldo de estoque no último dia do mês Linha de base: dezembro 2017 7,83 (92,17% abastecido) | Garantir mínimo de 92,17% de abastecimento. | Em reavaliação por conta da pandemia da COVID-19. |

4.7. Hospital do Servidor Público Municipal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|---|
| Ampliar em 10% a oferta de leitos | Nº de leitos operacionais, giro de leitos e acompanhamento da Média de Permanência Fonte: Sistema Hospub e SGH Linha de base: 258 leitos | Ampliar em 2,5% a oferta de leitos | a) Readequar a estrutura e física e ampliar o quadro de enfermarias dos ambulatórios contemplados no projeto de modernização do HSPM; a1) Abertura de 23 leitos de enfermaria - Efetivação(9º). a2) Contratação de Enfermeiros e Médicos. b) Agilizar exames diagnósticos e envolvimento de equipe |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | instalados / 2019 | | <p>multiprofissional (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia e nutrição).</p> <p>b1) Implantação do KANBAN nas Enfermarias, aquisição de televisores.</p> <p>b2) Aprimoramento do SGH (Sistema de Gestão Hospitalar).</p> <p>b3) Elaborar e disseminar fluxos e protocolos de atendimento de urgência e emergência.</p> |
| Adquirir e implantar 100% da tecnologia necessária para atendimento à saúde integral do paciente | <p>Serviços / Equipamentos instalados em substituição àqueles em estado ruim de funcionamento ou em mau estado de conservação e aqueles necessários para ampliação dos serviços prestados</p> <p>Fonte: controle de equipamentos - Engenharia Clínica, Planejamento Estratégico</p> <p>Linha de base: 2017 - 25% do total dos equipamentos estão em mau estado ou desativados</p> | <p>a) Ampliar o atendimento em Serviços de Radiologia;</p> <p>b) Disponibilizar Serviço de Radioterapia;</p> <p>c) Adquirir equipamentos e mobiliários;</p> <p>d) Readequar Central de Esterilização de Materiais (equipamentos e mobiliários).</p> <p>e) Implantar 10% da tecnologia e equipamentos necessários para o atendimento integral do paciente</p> | <p>a) Aumentar o número de exames feitos por meio de Tomografias.</p> <p>b) Aumentar o tratamento por Radioterapia.</p> <p>c1) Aquisição de Equipamentos e mobiliários: 25%.</p> <p>c2) Implantar ATA de Registro de Preços de Mobiliários.</p> <p>d) Aquisição de mais uma Termodesinfectora.</p> |

5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--------------------------------|---|
| <p>Monitorar a execução dos ciclos de tratamento em 100% das Áreas Programa de risco para leptospirose</p> | <p>(Áreas Programa monitoradas/Áreas Programa existentes)x100 Fonte: DVZ - Linha de Base: N/A</p> | <p>100%</p> | <p>a) Implantar coletas de amostras em uma Unidade Hospitalar para isolamento de Leptospira no LabZoo/DVZ/COVISA; b) Manter atualizados os mapas de áreas de alerta para leptospirose e os correspondentes planos de controle; c) Elaborar e manter plano de educação permanente/informação oportuno para os atores envolvidos na vigilância de roedores e leptospirose; d) Atualizar anualmente os Alertas de Leptospirose por CRS; e) Criar sistema informatizado específico para avaliação de índices de infestação e monitoramento das ações de controle (SISCOZ/roedor); e) Realizar a sorologia em 100% das amostras viáveis encaminhadas ao LABZOO/DVZ para embasar os mapas de risco da leptospirose;</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro:</p> <p>a) Manter atualizadas as informações sobre as áreas de risco para a construção dos mapas das áreas do Programa para leptospirose e os correspondentes planos de controle; b) Articular com as subprefeituras o manejo integrado dos roedores e ações de zeladoria, priorizando as áreas de risco e alerta para leptospirose; c) Atualizar tecnicamente as equipes de campo para execução do ciclo de tratamento em tempo oportuno; d) Monitorar e avaliar os relatórios mensais de atividades por UVIS no nível regional para verificar o cumprimento das metas no nível local; e) Desenvolver oportunamente medidas de controle no local provável de infecção dos casos notificados; f) Implementar cronograma dos ciclos de tratamento considerando os períodos de risco de alagamentos e incidência de leptospirose.</p> |

| | | | |
|--|--|-------------------|--|
| <p>Manter Índice Predial (IP) da Avaliação de Densidade Larvária (ADL)</p> | <p>(Nº de imóveis com larvas de Aedes aegypti/Nº de imóveis trabalhados)x100 na ADL Fonte: DVZ - Linha de Base: N/A</p> | <p>Meta Anual</p> | <p>a) Elaborar relatórios semanais de dengue, Chikungunya e Doença Aguda por Zika vírus; b) Atualizar o Plano de Contingência Municipal das Arboviroses; c) Revisar processos de intervenção nos IES, PES e casa a casa do município de São Paulo; d) Revisar o plano amostral de imóveis para a avaliação de densidade larvária; e) Implantar o diagnóstico viral em vetores provenientes de Pontos Estratégicos (PES) com o uso de controles positivos em amostras e a caracterização das variantes circulantes de Dengue no município de São Paulo, em amostras viáveis; f) Elaborar e manter plano de educação permanente/informação oportuna para os atores envolvidos no controle de arboviroses; CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro: a) Realizar educação permanente/informação oportuna para os atores envolvidos no controle de arboviroses; b) Realizar 4 Avaliações de Densidade Larvária ao ano; c) Monitorar os resultados dos IP por DA e intensificar as ações de controle em áreas onde for evidenciado maior risco; d) Intensificar as ações das atividades casa a casa estratificadas em áreas de altíssimo e alto risco no período interepidêmico; e) Acompanhar a execução de reuniões mensais dos comitês de Combate ao Aedes por Subprefeitura e propor ações intersetoriais quando necessário; f) Acompanhar as notificações de arboviroses; g) Utilizar as ferramentas de análise de dados dos sistemas para monitorar e definir formas de intervenção nas áreas de maior risco; h) Monitorar mensalmente as inspeções e tratamentos nos Pontos estratégicos e Imóveis Especiais; i) Atualizar o Plano de Contingência Regional das arboviroses.</p> |
| <p>Realizar a vigilância entomológica da Leishmaniose (flebotomíneos) em 100% das áreas de risco mapeadas no MSP</p> | <p>(Nº de Áreas com realização de vigilância entomológica/Nº de Áreas de risco mapeadas)x100 Fonte: DVZ - Linha de Base: N/A</p> | <p>100%</p> | <p>a) Manter atualizados os mapas de áreas de alerta para Leishmaniose; b) Realizar diagnóstico laboratorial de 100% das amostras viáveis; c) Realizar identificação entomológica de 100% das amostras viáveis recebidas; d) Investigar 100% das notificações de leishmaniose animal, com informações viáveis de contactar o responsável; e) Apoiar às CRSs nas ações de investigação dos casos suspeitos ou</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | | <p>confirmados de leishmaniose;</p> <p>f) Atender 100% das solicitações para treinamentos, aulas, cursos, capacitações nas ações de vigilância da leishmaniose animal;</p> <p>g) Manter banco atualizado das investigações realizadas;</p> <p>h) Estabelecer fluxos de vigilância da leishmaniose animal;</p> <p>i) Consolidar a utilização do material digital de leishmaniose para uso dos médicos veterinários;</p> <p>j) Manter plano de educação permanente e disseminação de informação oportuna para os atores envolvidos na vigilância da Leishmaniose no município de São Paulo.</p> |
| <p>Identificar e cadastrar as áreas de risco para proliferação do Culex sp em 100% das Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS)</p> | <p>(Nº de UVIS com áreas de risco cadastradas/ Nº de UVIS)x100</p> <p>Fonte: DVZ - Linha de Base: N/A</p> | <p>100%</p> | <p>a) Manter atualizados os mapas de áreas de risco para a proliferação do Culex sp. e os correspondentes planos de ação;</p> <p>b) Implantar vigilância virológica da Febre do Nilo Ocidental em mosquitos Culex sp. coletados no município de São Paulo.</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro:</p> <p>a) Monitorar mensalmente os relatórios de atividade de controle de culicídeos;</p> <p>b) Avaliar o aumento das Solicitações/Denúncias realizadas pela população e o atendimento pelas UVIS, para identificação e cadastro destas áreas com maior demanda;</p> <p>c) Apoiar as UVIS na elaboração e execução de planos de ação.</p> |
| <p>Manter o município de São Paulo sem ocorrência de casos de raiva humana</p> | <p>Nº de casos autóctones de raiva em humanos</p> <p>Fonte: SINAN - Linha de Base: N/A</p> | <p>Manter o município de São Paulo sem ocorrência de casos de raiva humana</p> | <p>a) Monitorar esquema profilático em 100% dos casos notificados em humanos de acidentes com morcegos;</p> <p>b) Elaborar um aplicativo com informações do protocolo de profilaxia da Raiva Humana;</p> <p>c) Realizar Vigilância Epidemiológica de 100% das demandas de animais suspeitos para raiva no município de São Paulo;</p> <p>d) Remover 100% de quirópteros, em atendimento ao SIGRC (Sistema Integrado de Gestão de Relacionamento com o Cidadão);</p> <p>e) Encaminhar 100% de cães e gatos, que vieram à óbito, com sintomas neurológicos, para diagnóstico laboratorial;</p> <p>f) Realizar diagnóstico laboratorial de 100% das amostras viáveis;</p> <p>g) Realizar identificação de 100% das espécies dos quirópteros recebidos em condições viáveis;</p> <p>h) Realizar apoio técnico as CRSs para ampliação do número de postos fixos de vacinação para cães e gatos de rotina;</p> |

| | | | |
|---|--|------|---|
| | | | <p>i) Realizar apoio técnico para vacinação contra raiva em cães e gatos de áreas especiais identificadas;</p> <p>j) Incentivar o acompanhamento sorológico anual para raiva aos profissionais que atuam em situação de risco para o referido vírus;</p> <p>k) Realizar observação para vigilância da raiva e outras zoonoses por meio de remoção temporária para avaliação, em áreas de interesse / relevância em saúde pública;</p> <p>l) Atender 100% das solicitações para treinamentos, aulas, cursos, capacitações na vigilância e controle da esporotricose animal;</p> <p>m) Manter Plano de Educação Permanente e disseminação de informação oportuna para os atores envolvidos no controle da raiva e à população.</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro:</p> <p>a) Realizar bloqueio vacinal em cães e gatos em áreas onde forem identificadas circulação viral;</p> <p>b) Monitorar as notificações de atendimento anti-rábico e tratamento quando recomendável;</p> <p>c) Implantar 3 postos fixos de vacinação anti-rábica no MSP.</p> |
| <p>Investigar 100% dos casos notificados/suspeitos de Febre Maculosa Brasileira (FMB)</p> | <p>(Nº de casos investigados de Febre Maculosa Brasileira/Nº de casos notificados-suspeitos de Febre Maculosa Brasileira)x100</p> <p>Fonte: DVZ - Linha de Base: N/A</p> | 100% | <p>a) Investigar 100% dos casos notificados de Febre Maculosa Brasileira (FMB);</p> <p>b) Manter atualizados os mapas de áreas de risco para Febre Maculosa;</p> <p>c) Realizar diagnóstico laboratorial de 100% das amostras viáveis;</p> <p>d) Realizar identificação acarológica em 100% das amostras recebidas;</p> <p>e) Realizar a pesquisa de Rickettsia em 100% dos carrapatos viáveis, provenientes de áreas de investigação;</p> <p>f) Atender 100% das solicitações para treinamentos, aulas, cursos, capacitações nas ações de vigilância da febre maculosa;</p> <p>g) Apoiar às CRSs nas ações de investigações dos casos suspeitos ou confirmados de FMB, incluindo a realização do inquérito sorológico de cães e gatos e investigação acarológica e ambiental;</p> <p>h) Manter plano de educação permanente e disseminação de informação oportuna para os atores envolvidos na vigilância da febre maculosa no município de São Paulo.</p> <p>CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro: Manter os profissionais da rede assistencial atualizados sobre a doença e a importância da notificação oportuna através de informes técnicos e ação de educação permanente.</p> |

| | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
| <p>Implantar estratégias para detecção e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) causadas por bactérias multirresistentes aos antimicrobianos em serviços de saúde, por meio da inserção de 90% dos hospitais, com UTI, no sistema de vigilância epidemiológica das infecções primárias da corrente sanguínea (IPCL) causadas por bactérias multirresistentes aos antimicrobianos, no MSP</p> | <p>(Nº de hospitais, com UTI, inserido no sistema de vigilância epidemiológica das infecções primárias da corrente sanguínea (IPCL) causadas por bactérias multirresistentes aos antimicrobianos/Nº de hospitais, com UTI, no MSP)x100 Fonte: DVE - Linha de Base: N/A</p> | <p>100%</p> | <p>a) Realizar reuniões técnicas mensais com representantes das CCIH de hospitais públicos municipais gerenciados pela Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo/SMS-SP e pelas OS; b) Realizar reunião técnica semestral com representantes de CCIH de hospitais públicos e privados do MSP com a apresentação dos indicadores de infecção hospitalar; c) Implantar projeto piloto em Unidade de Saúde Municipal para verificação de patógenos em espécies sinantrópicas carreadoras, como formigas (DVZ/COVISA); d) Monitorar o uso racional e seguro dos antimicrobianos, a qualidade dos exames laboratoriais e o fornecimento de álcool gel. CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro: Participar como facilitador das reuniões semestrais e treinamentos realizados pela Covisa para hospitais da área de abrangência.</p> |
| <p>Implantar diagnóstico por biologia molecular da esporotricose no laboratório do Centro de Controle de Zoonoses (100%)</p> | <p>Laboratório do Centro de Controle de Zoonoses com capacidade diagnóstica por biologia molecular para esporotricose totalmente instalada Fonte: DVZ - Linha de Base: N/A</p> | <p>Meta alcançada em 2020</p> | <p>Meta alcançada em 2020</p> |
| <p>Implantar 05 novas unidades sentinelas no município de São Paulo para Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em UTI</p> | <p>Nº de unidades sentinelas instaladas no período Fonte: DVZ Linha de Base: N/A.</p> | <p>5</p> | <p>a) Escolher e implantar as unidades de saúde (05) sentinelas para Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em UTI; b) Definir a aquisição do kit e do equipamento para o laboratório de Saúde Pública de São Miguel.</p> |
| <p>Assumir 100% das ações de vigilância sanitária dos Serviços de Bancos de Células e Tecidos Humanos</p> | <p>Unidades de Serviços de Bancos de Células e Tecidos Humanos sob ação da Vigilância Sanitária Municipal (%) Fonte: DVPSIS Linha de Base: N/A</p> | <p>Meta cumprida em 2019</p> | <p>Meta Cumprida em 2019 Publicação em DO de 14/02/2019 página 31 - Comunicado Conjunto GVS – 1 Capital e COVISA. A Diretoria Técnica do Grupo de Vigilância Sanitária 1 Capital e Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA, em complementação ao processo de descentralização das Ações de Vigilância Sanitária no município de São Paulo, oficializam a municipalização das ações de vigilância sanitária dos Serviços de Bancos de Células e Tecidos Humanos – autônomos do GVS 1 capital para a</p> |

| | | | |
|---|---|------|---|
| | | | COVISA. |
| Investigar 90% das notificações de surtos de origem alimentar | (Nº de estabelecimentos com surtos de origem alimentar notificados inspecionados/Nº de estabelecimentos com surtos de origem alimentar notificados)x100 Fonte: SIVISA Linha de Base: N/A | 90% | a) Inspeccionar, no mínimo, 90% dos estabelecimentos envolvidos em notificação de surtos de origem alimentar; b) Coletar e analisar amostras em, no mínimo, 90% dos estabelecimentos com surtos de origem alimentar notificados, de acordo com os critérios da Portaria Municipal 2619/2011. CRS Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste, Centro: Aprimorar a captação das solicitações/denúncias de forma a agilizar a ciência, notificação e investigação pelas equipes locais para adoção de medidas em tempo oportuno. |
| Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos atacadistas de produtos para saúde; fabricantes e atacadistas de cosméticos, perfumes e produtos de higiene, com denúncia ou solicitações de licença sanitária de funcionamento inicial ou solicitação de alteração de endereço | (Nº de estabelecimentos com denúncia ou solicitações de licença sanitária de funcionamento inicial ou de alteração de endereço inspecionados/Nº de estabelecimentos com denúncia ou solicitações de licença sanitária de funcionamento inicial ou de alteração de endereço recebidas)x100 Obs: Solicitações recebidas até outubro do ano corrente Fonte: SIVISA Linha de Base: N/A | 100% | a) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos atacadistas de produtos para saúde, CNAE's 4645-1/01, 4645-1/02, 4645-1/03, 4664-8/00, 7739-0/02, com solicitações de Licença de Funcionamento Sanitária inicial ou alteração de endereço; b) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos atacadistas de cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal, CNAE 4646-0/01, 4646-0/02, com solicitações de Licença de Funcionamento Sanitária inicial ou alteração de endereço; c) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos fabricantes de cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal, CNAE 1742-7/01, 1742-7/02, 2063-1/00, 3291-4/00, com solicitações de Licença de Funcionamento Sanitária inicial ou alteração de endereço; d) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos atacadistas de produtos para saúde e fabricantes e atacadistas de cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal, com denúncia. |
| Inspeccionar, anualmente, 100% das Clínicas de Estética tipos II e III e Clínicas de Hemodiálise Autônomas com solicitações de licença sanitária de funcionamento inicial, renovação de licença ou alteração de endereço | (Nº de estabelecimentos que solicitaram licença sanitária inicial, alteração de endereço ou renovação de licença inspecionados/ Nº de estabelecimentos que solicitaram licença sanitária inicial, alteração de endereço ou renovação de licença)x100 Obs: Solicitações recebidas até | 100% | a) Inspeccionar, anualmente, 100% das Clínicas de Estética tipos II e III com solicitações de Licença de Funcionamento Sanitária inicial até 31/10/2021; b) Inspeccionar, anualmente, 100% das Clínicas de Estética tipos II e III com solicitações de alteração de endereço até 31/10/2021; c) Inspeccionar, anualmente, 100% das Clínicas de Hemodiálise Autônomas com solicitações de Licença de Funcionamento Sanitária inicial até 31/10/2021; d) Inspeccionar, anualmente, 100% das Clínicas de Hemodiálise Autônomas com solicitações de renovação de Licença de Funcionamento |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | outubro do ano corrente | | Sanitária até 31/10/2021; e) Inspeccionar, anualmente, 100% das Clínicas de Hemodiálise Autônomas com solicitações de alteração de endereço até 31/10/2021. |
| Inspeccionar, no quadriênio, 100% das indústrias de alimentos licenciadas no município de São Paulo | (Nº indústrias licenciadas inspecionadas/Nº de indústrias licenciadas)x100 | 100% | a) Inspeccionar 25% das indústrias de alimentos licenciadas no MSP; b) Inspeccionar, no mínimo, 90% dos estabelecimentos fabricantes de alimento objetos de denúncia, situadas no MSP; c) Realizar análise laboratorial de 100% das amostras de alimento e água industrializados demandadas pelos programas e projetos específicos. |
| Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas que solicitarem licença sanitária de funcionamento, renovação de licença ou alteração de endereço | (Nº de estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas que solicitarem licença sanitária inicial, alteração de endereço, ou renovação de licença inspecionados/Nº de estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas que solicitarem licença sanitária inicial, alteração de endereço, ou renovação de licença)x100 Obs: Solicitações recebidas até outubro do ano corrente Fonte: SIVISA Linha de Base: N/A | 100% | a) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas com solicitações de Licença de Funcionamento Sanitária inicial no período de 01/01/2018 até 31/10/2021; b) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas com solicitações de renovação de Licença de Funcionamento Sanitária no período de 01/01/2018 até 31/10/2021; c) Inspeccionar, anualmente, 100% dos estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas com solicitações de alteração de endereço no período de 01/01/2018 até 31/10/2021. |
| Inspeccionar, anualmente, 100% das farmácias de manipulação e 70% das indústrias, licenciadas no município de São Paulo que fabriquem medicamentos estéreis | Número de estabelecimentos com licença sanitária no MSP, inspecionados /Número de estabelecimentos com licença sanitária no MSP Fonte: SIVISA Linha de Base: N/A | Inspeccionar, anualmente, 100% das farmácias de manipulação e 70% das indústrias, licenciadas no município de São Paulo que fabriquem medicamentos estéreis | a) Inspeccionar 100% das farmácias de manipulação licenciadas no MSP, que fabricam medicamentos estéreis; b) Monitorar 70% das indústrias que fabricam medicamentos estéreis licenciadas no MSP, conforme os procedimentos pactuados no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: POP-O-SNVS 014 e POP-O-SNVS 015. |
| Intervir, no quadriênio, em 200 estabelecimentos dos principais segmentos nos casos de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho | Nº de estabelecimentos com notificações de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho (DORT) intervencionado | 72 estabelecimentos | a) Manter equipe capacitada e em quantidade suficiente para intervir, por meio de programa de acompanhamento, em estabelecimentos com casos identificados de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho (DORT); b) Intervir em 72 estabelecimentos ao ano dos principais segmentos nos casos de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios |

| | | | |
|--|---|---|---|
| (DORT) notificados | Fonte: SINAN Linha de Base: N/A | | Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) notificados. |
| Capacitar, no quadriênio, 100% das Supervisões Técnicas de Saúde para enfrentamento dos fatores de risco relacionados a acidentes de trabalho com exposição a material biológico | (Nº de STS capacitadas/Nº de STS existentes)x100 Fonte: DVISAT Linha de Base: N/A | meta anual | Promover capacitação por meio do curso EAD Saúde do Trabalhador, no qual apresenta o módulo acidentes de trabalho com exposição a material biológico. |
| Intervir em 100% dos estabelecimentos com ocorrência de acidentes de trabalho com lesões graves, fatais e em menores de 18 anos, notificados e passíveis de intervenção | (Nº de intervenções em estabelecimentos com ocorrência de acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos/Nº de notificações de acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos passíveis de intervenção)x100 Obs: Acidentes ocorridos até outubro do ano corrente Fonte: SINAN Linha de Base: N/A | Intervir em 100% dos estabelecimentos com ocorrência de acidentes de trabalho com lesões graves, fatais e em menores de 18 anos, notificados e passíveis de intervenção | Manter equipe capacitada e em quantidade suficiente para intervir em empresas identificadas como geradoras de acidentes de trabalho com lesões graves, fatais e em menores de 18 anos e passíveis de intervenção. |
| Revisar a Instrução de Serviço para Manejo de Abelhas e Vespas de Importância à Saúde Pública | (Nº de solicitações recebidas e procedentes via SIGRC atendidas/Nº de solicitações recebidas via SIGRC)x100 Obs: Notificações ocorridas até outubro do ano corrente Fonte: DVZ Linha de Base: N/A | Instrução revisada | Publicar a Instrução de Serviço para Manejo de Abelhas e Vespas de Importância à Saúde Pública. |
| Controlar a qualidade da água para consumo humano por meio de análise de 100% das amostras obrigatórias de acordo com a Pactuação Interfederativa INDICADOR 10 - SISPACTO | (Nº de análises realizadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez/Nº de amostras obrigatórias para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e | Realizar análise de 100% das amostras obrigatórias de acordo com a Pactuação Interfederativa INDICADOR 10 - SISPACTO | a) Capacitar os técnicos e os agentes das UVIS que trabalham com o programa VIGIAGUA (Coleta, Gal, Plano de Amostragem, utilização de calorímetro); b) Identificar e Regularizar 2,5% a mais de SAC's sem licença sanitária, meta estabelecida para os quatro anos em 10% total (ano base 2017); c) Controlar a qualidade da água para consumo humano por meio de análise de 100% das amostras obrigatórias de acordo com a Pactuação |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | turbidez)x100 Fonte: gal5 Linha de Base: N/A | | Interfederativa; d) Capacitar os técnicos das UVIS responsáveis pelo programa VIGIAGUA e técnicos da DVPSIS para reconhecimento de soluções alternativas coletivas e transportadoras; e) Divulgar aos profissionais das CRSs, para as ações referentes as áreas contaminadas do MSP nas atividades de vigilância e atenção à saúde da população exposta; f) Capacitar os profissionais das CRSs, para as ações referentes as áreas contaminadas do MSP nas atividades de vigilância e atenção à saúde da população exposta; g) Capacitar os profissionais que atuam no programa VIGIAR, apresentar dados das unidades sentinelas do VIGIAR implantadas do MSP e favorecer discussões técnicas; h) Capacitar profissionais das 27 UVIS nas ações referentes ao atendimento de demanda relacionadas aos desastres naturais, Plano Chuvas de Verão (VIGIDESASTRE). |
| Implantar 3 Diretrizes do Programa Municipal de Prevenção e Controle de Intoxicações: para prevenção, diagnóstico e tratamento | Nº de Diretrizes do Programa Municipal de Prevenção e Controle de Intoxicações implantados /Nº de Diretrizes do Programa Municipal de Prevenção e Controle de Intoxicações implantados propostos)x100 Fonte: DVE/COVISA Linha de Base: N/A | Meta anual – ações referente à implantação | a) Treinar, por meio de Curso EAD – 80 horas, 100 profissionais da assistência (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) para o diagnóstico e tratamento das intoxicações exógenas; b) Treinar os profissionais das UVIS e serviços de saúde para as ações de notificação e investigação epidemiológica dos casos de intoxicação exógena por meio de oficinas, 02 ao ano; c) Desenvolver e divulgar material educativo de apoio para ações junto à população: nas escolas, nos serviços de saúde e nas mídias; d) Aumentar em 10% o número de notificações e em 3% o número de serviços notificantes; e) Atualizar e implementar o programa municipal de prevenção e controle de intoxicações. |
| Garantir custeio para ações de vigilância em saúde, incluindo recursos humanos, contratos e instrumentos de trabalho inerentes às atividades desenvolvidas pelas unidades que compõe o Sistema Municipal de Vigilância em | (Nº de unidades do SMVS em operação e mantidas/Nº de unidades do SMVS)x100 Fonte: COVISA Linha de Base: N/A | 100% | Manter contratos e prover insumos, materiais e equipamentos necessários para a execução das atividades de Vigilância em Saúde. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Saúde (SMVS) do MSP, conforme Decreto Municipal 50.079/2008 - 100% | | | |
| Construir e implantar 5 (cinco) Polos de Armazenamento de Insumos Químicos (PAIQ), no quadriênio - 100% | (Nº PAIQ construído e implantado/Nº PAIQ previsto)x100 Fonte: COVISA Linha de Base: N/A | 100% | Identificar através das CRSs terrenos públicos com viabilidade de uso segundo legislação vigente, para construção de estruturas de apoio logístico, armazenamento e distribuição de insumos e domissanitários, maquinário, ferramentas, uniformes e EPIs necessários. |
| Readequar a estrutura física do Centro de Controle de Zoonoses e do Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde (LCQS) - 100% | Centro de Controle de Zoonoses e Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde (LCQS) com estrutura física adequada às atividades desenvolvidas Fonte: COVISA Linha de Base: N/A | 100% | a) Instalar ar condicionado central e reformar o forro e piso do LABZOO; b) Readequar parte elétrica do Laboratório de Biologia Molecular; c) Reformar parte hidráulica do LabFauna; d) Instalar bancadas de laboratório do LABFAUNA; e) Reformar e adequar as estruturas físicas de canis, gatis, piquetes e baias (hidráulica, elétrica e predial); f) Readequar a estrutura predial de telhados e coberturas; hidráulica (esgoto, águas servidas e águas pluviais); elétrica, telefonia e rede lógica; pisos e pavimentos e áreas técnicas do Centro de Controle de Zoonoses; g) Realizar reformas de infraestrutura e adequações das instalações das áreas internas e externas do LCQS de acordo com a disponibilidade de recursos orçamentários. |
| Adquirir 100% dos equipamentos para os laboratórios das divisões da Coordenadoria de Vigilância em Saúde | (Nº de equipamentos para os laboratórios das divisões da Coordenadoria de Vigilância em Saúde adquiridos/Nº de equipamentos para os laboratórios das divisões da Coordenadoria de Vigilância em Saúde necessários)x100 Fonte: DVZ/DVPSIS Linha de Base: N/A | 100% | Adquirir equipamentos planejados para serem utilizados no diagnóstico de zoonoses e arboviroses no Município de São Paulo. |
| Adequar e modernizar 100% da infraestrutura da rede de computadores e de comunicação das unidades da COVISA | Rede de computadores adequada e modernizada Fonte: DIVS Linha de Base: N/A | Execução programada para finalizar em 2020, conforme PISTIC 2020. | Execução programada para finalizar em 2020, conforme PISTIC 2020. |
| Adequar e modernizar em 100% | Parque de equipamentos de | Execução programada para | Execução programada para finalizar em 2020, conforme PISTIC 2020. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| o parque de equipamento de informática e de software da COVISA | informática e software adequados e modernizados Fonte: DIVS Linha de Base: N/A | finalizar em 2020, conforme PISTIC 2020. | |
| Desenvolver e modernizar 4 sistemas de informação para apoiar as ações de vigilância em saúde, entre eles o Módulo de Roedores do Sistema de Controle de Zoonoses (Siscoz), Sistema de Informação sobre Vítimas de Acidentes (SIVA), Sistema de Controle da Dispensação de Talonário de Medicamentos Controlados (PRESCOVISA) e Sistema de Priorização das demandas da vigilância | Nº de sistemas desenvolvidos e modernizados Fonte: DIVS Linha de Base: N/A | Sistema de informação modernizado | Implantar Módulo Roedores do SISCOZ. |
| Prover a manutenção dos sistemas de informação em produção - 100% | (Nº de sistemas de informação em produção funcionando de forma adequada/Nº de sistemas de informação em produção)x100 Fonte: DIVS Linha de Base: N/A | meta anual | Manter com contrato de desenvolvimento de sistemas de Informação em Vigilância à Saúde com a PRODAM visando a manutenção continuada da estrutura de informação da COVISA, dentre eles sistema de controle de infecção hospitalar, zoonoses, imunização, vigilância de serviços e produtos, interfaces com o cidadão. |
| Aumentar em 4%, no quadriênio, o número de testes de triagem de Hepatite B e Hepatite C realizados em pessoas com 45 anos ou mais de idade em todos os serviços (UBS, ambulatórios de especialidade, SAE, CRIST/AIDS, CAPS e outros) | Nº de testes antiHCV e AgHBS realizados Fonte: Matrix Sorologia e SIA/SUS Teste Linha de base: "AntiHCV = 588.082 testes; e AgHBS = 531.802/2016" Programa Municipal de IST/Aids | meta anual | a) Confeccionar e distribuir três milhões de folhetos para aumentar o conhecimento e compreensão da população sobre o risco de exposição e desenvolvimento de Hepatites B e C. b) Confeccionar e distribuir dez mil aventais para uso em ações de testagem rápida intra e extra muros. c) Confeccionar e distribuir dois mil e trezentos banners para divulgação do "Julho Amarelo". d) Confeccionar e distribuir duzentas mil unidades de botton para uso dos funcionários de todos os serviços de saúde municipais, durante o "Julho amarelo" e Virada da Saúde, entre outras atividades. e) Definir a abertura de novos pontos de referência prioritariamente nas |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | regiões Norte e Leste; f) Promover e acompanhar a capacitação em teste rápido para Atenção Básica, com os enfoques: encaminhamento correto para COVISA e para atenção à gestante segundo o protocolo de pré – natal. |
|--|--|--|---|

5.1. Área temática Saúde do Trabalhador

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---|--|
| Implantar 100% dos Protocolos Clínicos para Dermatose Ocupacional, Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Câncer Relacionado ao Trabalho, Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho e Asma Ocupacional, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do MSP | (Nº de Protocolos Implantados/ Nº de Protocolos Previstos) X 100 Fonte: DVISAT Linha de base: N/A | Implantar dois protocolos *** Errata: RAG 2018: Na descrição das ações realizadas, os protocolos NÃO implantados e elaborados são :1) - Transtorno Mental Relacionado a trabalho e 2)- Asma Ocupacional. Na PAS 2019: 1- Elaborar o protocolo de Transtorno Mental Relacionado a trabalho; 2- Elaborar o protocolo de asma Ocupacional . Na PAS 2020: 1- Elaborar o protocolo de Transtorno Mental Relacionado a trabalho. | a) Implantar o protocolo de Transtorno Mental Relacionado a trabalho; b) Implantar o protocolo de Asma Ocupacional. |
| Realizar 100% das adequações estruturais necessárias e aprovadas nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador | (Nº de adequações realizadas/ Nº de adequações previstas) X 100 Fonte: DVISAT Linha de base: N/A | | a) Realizar levantamento das inadequações dos ambientes e condições de trabalho dos CRST; b) Verificar prioridades com o orçamento; c) Deliberar aprovação das adequações. |
| Disponibilizar para os profissionais de saúde da RAS | (Nº de materiais técnico-científicos disponibilizados/Nº | | Meta alcançada em 2018/2019. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| material técnico sobre 100% das doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória, conforme legislação vigente | de materiais técnico-científicos previstos) X 100 Fonte: DVISAT Linha de base: N/A. | | |
|--|---|--|--|

6. GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6.1. Gestão de Qualidade

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|---|---|
| Publicar e aplicar os requisitos do Modelo Municipal de Gestão da Qualidade, Humanização e Segurança do Paciente para as UBS do Município de São Paulo | Modelo Municipal de Gestão da Qualidade, Humanização e Segurança do Paciente para as UBS publicado Fonte: Gabinete Linha de base: N/A | Acreditação de 100 Unidades Básicas de Saúde (UBS), no modelo do Selo de Qualidade definido em 2020 (definição modelo, licitação da Instituição Acreditadora Credenciada, diagnóstico das Unidades, treinamento dos gestores e avaliação de Acreditação de 100 Unidades). | a) Diagnóstico de 100 Unidades Básicas de Saúde-UBS; b) Treinamento dos gestores das 100 UBS; c) Avaliação de acreditação de 100 UBS. |

6.2. Gestão de Pessoas

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--------------------------------|--|
| Selecionar e capacitar doulas voluntárias | Nº de voluntárias capacitadas e doulas atuantes Fonte: SISVOL e planilhas periódicas. Linha de base: SISVOL - 446 voluntários- 1ª turma 25 capacitadas – 2017 | 30 Doulas aprovadas no curso | a) Revisar manual e aulas do Curso de Doulas voluntárias; b) Realizar Curso de Doulas para todas as regiões, com Carga Horária Teórica Presencial de 48 horas, 40 horas de Prática em unidades de saúde; e no mínimo 96 horas de voluntariado como Doula nas unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Curso Gratuito com 40 vagas disponibilizadas. (Obs: Esse curso estava programado, mas foi suspenso devido às ações de combate a pandemia do COVID-19. O cumprimento dessa meta dependerá de como essas ações serão determinadas durante o ano de 2020) |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Desenvolver novo sistema de controle da base de dados de profissionais da saúde | <p>Novo indicador: Nº de acessos realizados no Portal da BVS-SMS-São Paulo Fonte: CEDEPS Linha de base: 333.918 acessos à BSV/SP, com média de 27.826,5 Indicador Anterior: Total de servidores da saúde 80.000 sendo 60% de Parceiros que estão fora da Tabela de Lotação de Pessoal (TLP) Fonte: Sistema Único de controle de lotação Linha de base: N/A</p> | <p>a) Homologar 100% dos módulos do novo sistema de controle dos profissionais da saúde entregues pela prodam; b) Elaboração dos relatórios do sistema junto aos interlocutores(interfaces descentralizadas do sistema, que funcionam como gerentes do sistema em sua área/unidade).</p> | <p>a) Treinamento dos interlocutores na utilização do sistema novo (interfaces descentralizadas do sistema, que funcionam como gerentes do sistema em sua área/unidade) b) Implantar novo sistema de controle de base dados de profissionais da saúde</p> |
| Completar o quadro das unidades de saúde da administração direta por meio de concursos e/ou nomeações autorizadas pela administração | <p>Número de ingressos ocorridos no mês Fonte: Dados de cadastro no SIGPEC e Publicações em DOM Linha de base: N/D</p> | <p>a) Nomear 100% do número de cargos autorizados pela administração.</p> | <p>a) Dar continuidade ao ingresso dos candidatos aprovados nos concursos públicos contemplando todas as nomeações autorizadas.</p> |

6.2.1. Escola Municipal de Saúde

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Ampliar o Telessaúde, assegurando a cobertura de todas as 452 Unidades Básicas de Saúde (UBS) | Percentual de UBS cobertas por teleconsultores Fonte: CETIC Linha de base: 303 | Meta alcançada em 2018 | A meta foi alcançada em 2018. Hoje contamos com todas as 473 UBS do município de São Paulo cadastradas na plataforma do Telessaúde Redes do Município de São Paulo e, portanto, com cobertura do serviço de Teleconsultoria. Atualmente atingimos 105% da meta (de 452 UBS). |
| Desenvolver e aplicar protocolos de acesso a exames prioritários, incluindo indicações clínicas e profissionais solicitantes, definidos com base no nível de atenção e na hipótese diagnóstica | Nº de protocolos de acesso a exames prioritários revisados publicados Fonte: Linha de base: N/A | | Conclusão dos Protocolos para a publicação. |
| Potencializar uso da BVS-SMS-São Paulo como repositório e ferramenta de compartilhamento de boas práticas de gestão e do cuidado desenvolvidas pelos trabalhadores | Nº de acessos realizados no Portal da BVS-SMS-São Paulo Fonte: EMS Linha de base: 333.918 acessos à BSV/SP, com média de 27.826,5 | | Realizar novo convênio entre SMS e OPAS/OMS para manutenção da BVS - SMS São Paulo, com espaço de referência. |
| Estabelecer prioridades e diretrizes para o desenvolvimento dos cursos de qualificação e EP por meio do PLAMEP | Documento com prioridades e diretrizes (PLAMEP) pactuado com as áreas técnicas e controle social e publicado pela SMS Fonte: EMS Linha de base: N/A | 39-(75% das ações previstas) | 52 ações previstas das diversas áreas técnicas |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Promover a educação permanente de 75% dos profissionais da saúde da Atenção Básica PROGRAMA DE METAS 7.7*e 7.10*</p> | <p>Percentual de profissionais da Atenção Básica capacitados por Subprefeitura Fonte: EMS Linha de base: N/A</p> | <p>Meta não atingida em função da Epidemia de Sarampo em 2019</p> | <p>Dar continuidade aos projetos e ações de formação dos profissionais para a Atenção Básica, em consonância com o Plano Municipal de Saúde</p> |
| <p>Realizar educação permanente para aplicação dos protocolos de encaminhamentos e solicitação de exames prioritários PROGRAMA DE METAS 6.2*</p> | <p>Percentual de UBS e AE com médicos capacitados Fonte: EMS Linha de base: N/A</p> | <p>Meta não atingida em função da Epidemia do Sarampo em 2019</p> | <p>Dar continuidade ao desenvolvimento do curso EAD com abordagem da "Prática clínica baseada em evidências e implantação de diretrizes clínicas e protocolos de acesso da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo".</p> |
| <p>Estabelecer prioridades e fluxo para contratualização do COAPES em conformidade com PLAMEP</p> | <p>COAPES contratualizado Fonte: EMS Linha de base: N/A</p> | | <p>Acompanhamento e avaliação das contrapartidas do COAPES.</p> |
| <p>Criar um painel de monitoramento para acompanhar os eventos de carreira (Progressão e Promoção), avaliações de desempenho e estágio probatório, afastamentos e programas</p> | <p>Painel de monitoramento implementado Fonte: COGEP/DDC/SIGPEC Linha de base: N/A</p> | <p>Habilitar acesso aos relatórios do SIGPEC para obter os dados necessários do painel; realização da consultoria; execução dos projetos a partir das oficinas</p> | <p>Utilização do painel continuamente, implantação dos projetos a partir da finalização da consultoria</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Implantar e monitorar 100% dos programas que compõem a Divisão de Saúde do Trabalhador | Nº de programas monitorados/Nº de programas existentes Fonte: COGEP/Divisão Qualidade Vida no Trabalho Linha de base: N/A | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 |
| Implementar ações para promoção e prevenção de saúde dos servidores readaptados ou não | Nº de ações implementadas Fonte: COGEP/Divisão Qualidade Vida no Trabalho Linha de base: N/A | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 |

6.3. Coordenadoria de Tecnologia da Informação e Comunicação – CTIC

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|---|--|---|
| Implantar o prontuário eletrônico em 70% dos hospitais da Rede Municipal de Saúde PROGRAMA DE METAS 4.1 | Percentual de hospitais da Rede Municipal com prontuário eletrônico implantado Fonte: Autarquia Hospitalar Municipal - AHM/SMS Linha de base: 0.00% | Em reavaliação pela Autarquia Hospitalar Municipal, em decorrência da pandemia de COVID-19 | Em reavaliação pela Autarquia Hospitalar Municipal, em decorrência da pandemia de COVID-19 |
| Implantar o prontuário eletrônico em 50% dos Ambulatórios de Especialidades da Rede Municipal de Saúde | Percentual de ambulatórios de especialidades da rede municipal com prontuário eletrônico implantado Fonte: CTIC Linha de base: 0.00% | | Executar implantação em concordância ao cronograma da nova solução, definido em conjunto com a Coordenadoria de Regulação/Especialidades. |
| Implantar o prontuário eletrônico em 100% (452) das | Percentual de UBS da Rede Municipal com prontuário | Previsão de alcance da meta em 2020 | Meta provavelmente concluída em 2020. b) Avaliar a efetividade do programa e, caso necessário, desenvolver |

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| Unidades Básicas de Saúde | eletrônico implantado Fonte: CTIC Linha de base: N/A | | e implementar plano de correção. |
| Desenvolver e lançar Aplicativo para que os Usuários do SUS conheçam as informações sobre os serviços mais adequados, próximos e qualificados para os atendimentos de saúde pretendidos ou necessários PROGRAMA DE METAS 4.4 | Aplicativo lançado Fonte: CTIC Linha de base: 0 | Previsão de alcance da meta em 2020 | Meta provavelmente concluída em 2020. a) Monitorar o percentual de uso do aplicativo pelos cidadãos nas Unidades e sua funcionalidade. |
| Fornecer aos usuários do SUS o Agenda Fácil para qualificar o agendamento de suas consultas, exames e procedimentos no município | Nº de UBS com o Agenda Fácil Fonte: CTIC Linha de base: 42/2017 | | Monitorar o percentual de uso do aplicativo pelos cidadãos nas Unidades e sua funcionalidade. |

6.4. Regulação do SUS Municipal

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--------------------------------|---|
| Desenvolver novos protocolos de acesso a exames prioritários, incluindo indicações clínicas e profissionais solicitantes, definidos com base no nível de atenção e na hipótese diagnóstica, mantendo a capacitação continuada PROGRAMA DE METAS 6.1* | Nº de protocolos de acesso a exames prioritários revisados publicados Fonte: Linha de base: N/A | 100% | a) Desenvolver novos protocolos de acesso a exames prioritários, foram 4 em 2018 (2 em 2019 e 2 em 2020) restantes; b) Publicar e divulgar protocolos; c) Mantidas as mesmas ações para os protocolos restantes; d) Constituir a Comissão de protocolos. |
| Capacitar profissionais solicitantes e reguladores de 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Ambulatórios | Percentual de UBS e AE com médicos capacitados Fonte: Escola Municipal de Saúde - SEM/SMS | 100% das unidades capacitadas | a) Capacitar profissionais solicitantes e reguladores das unidades solicitantes nos 2 últimos protocolos que serão institucionalizados no decorrer de 2021, em 100% das UBS e dos Ambulatórios de Especialidades. |

| | | | |
|---|---|------|---|
| de Especialidades (AE) para aplicação dos protocolos no acesso a exames prioritários, reduzindo o tempo médio de espera para exames PROGRAMA DE METAS 6.2* | Linha de base: N/A | | |
| Reduzir o absenteísmo de pacientes em exames para 20% PROGRAMA DE METAS 6.4 | Taxa média de absenteísmo dos pacientes em exames | 30% | a) Garantir estrutura adequada de regulação local nas unidades de saúde; b) Atingir meta de 30% de absenteísmo por meio da: b1) Confirmação efetiva do agendamento automático através de contato telefônico prévio com o usuário; b2) Contato e confirmação do agendamento realizado junto ao usuário, 15 dias antes da data prevista para o exame; b3) Envio automático de SMS com informações claras e objetivas relembrando o usuário do seu exame 2 dias antes da data prevista; b4) Estudo da regionalização da oferta de exames com o objetivo de garantir o acesso ao usuário em serviço mais próximo à sua origem. |
| Manter a perda primária - não ocupação de vagas para exames disponibilizadas - abaixo de 5% PROGRAMA DE METAS 6.3* e 6.5, e 1.5 | Taxa média de perda primária da agenda de exames/Percentual de UBS e AE com regulação local instalada Fonte: SMS Linha de base: N/A | 100% | Manter monitoramento contínuo das ações regulatórias e de monitoramento desenvolvidas para este fim. |
| Ampliar a disponibilidade de vagas de exames prioritários em 10% através de contratos com organizações parceiras PROGRAMA DE METAS 6.6* | Nº de vagas de exames disponibilizadas Fonte: SMS Linha de base: N/A | | a) Monitoramento contínuo; b) Gerenciamento das filas de espera e planos de ação pertinentes; c) Realização dos programas: - Corujão Oncologia – exames necessários - Corujão Exames - Corujão Cirurgia – exames necessários |

6.5. Coordenação de Epidemiologia da Informação – CEInfo

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|
|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|---|---|-----|--|
| Desenvolver metodologia para conhecer itinerários de usuários inseridos nas Linhas de Cuidado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde | Metodologia desenvolvida Fonte: CEINFO Linha de base: N/A | 25% | Apoiar as áreas técnicas na elaboração de relatórios de gestão da clínica. |
| Realizar projeto de educação permanente, orientado para técnicos e gestores da saúde, de forma modular, com vistas ao desenvolvimento de competências para a produção e uso de informação e métodos epidemiológicos | Projeto realizado Fonte: CEInfo Linha de base: N/A | 25% | Diponibilizar o curso "Epidemiologia para serviços de saúde e informação" no moodle EAD da SEM. |
| Realizar o 4º Inquérito Domiciliar de Saúde (ISA-Capital é 2020) para suprir lacunas de informações sobre diversos aspectos de condições de saúde, estilo de vida e uso de serviços de saúde | Inquérito realizado e base de dados preparada para as análises Fonte: CEInfo Linha de base: N/A | 20% | Realizar as tratativas com universidades para a contratação dos serviços para a realização do inquérito no ano de 2022. |
| Produzir, anualmente, informações sobre incidência de câncer no MSP | Bases de dados de casos de câncer atualizados, disponibilizados e informações produzidas Fonte: CEInfo Linha de base: N/A | 25% | Manter instrumento de parceria com instituição de pesquisa para identificar e catalogar dados dos casos de câncer diagnosticados no MSP pelo Registro de Câncer de Base Populacional do MSP. |
| Aperfeiçoar sistema de gestão documental, por meio de digitalização das Declarações de Nascido Vivo e de Óbito (DN e DO) | Arquivo eletrônico das DN e DO digitalizadas criado e em uso, incluindo ferramentas para o gerenciamento eletrônico dos documentos Fonte: CEInfo Linha de base: N/A | 20% | a) Abrir processo de licitação para contratação de empresa; b) Implantação do sistema de gestão documental. |
| Manter estratégia de certificação, concedida às maternidades que atingirem o | Premiação concedida às maternidades que atingirem o padrão de qualidade | 25% | a) Classificar os hospitais e maternidades de acordo com os critérios estabelecidos para o SELO SINASC; b) Realizar processo de licitação para aquisição das placas para |

| | | | |
|--|--|------------------------|--|
| padrão de qualidade dos dados e pontualidade da digitação das Declarações de Nascido Vivo - Selo SINASC | Fonte: CEInfo Linha de base: 0 | | premiação do SELO SINASC OURO (de latão) e SELO SINASC PRATA (de aço escovado); c) Realizar cerimônia de premiação do SELO SINASC PRATA e SELO SINASC OURO. |
| Revisar e atualizar a organização territorial dos pontos de atenção à saúde, em conjunto com a Coordenação de Atenção à Saúde, CRS e STS | Organização territorial dos pontos de atenção à saúde revisados e atualizados Fonte: CEInfo Linha de base: N/A | Meta alcançada em 2020 | Meta alcançada em 2020. |

6.6. Auditoria

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|--|--|---|
| Aprimorar os processos de trabalho e adicionar à rotina de atividades programadas uma ação de auditoria, dentre as linhas de cuidado consideradas prioritárias no Plano Municipal de Saúde, a cada ano desse quadriênio (2018-21) | Número de Pops realizados e número de áreas temáticas fiscalizadas a cada ano Fonte: Equipe Técnica Linha de base: 0 | a) Aprimorar os conhecimentos técnicos dos integrantes que já estão em pleno exercício da função de Auditor e capacitar os possíveis novos integrantes para Equipe Técnica com treinamento e acompanhamento da evolução individualmente. b) Realizar uma auditoria programada na área temática Saúde da Mulher, quanto ao rastreamento precoce do Câncer de Mama. | a) Participar de fóruns, encontros, congressos de auditoria e de Reuniões Técnicas com os Componentes Estadual e Federal do SNA (Periodicidade conforme demanda); b) Elaborar, implementar e aprimorar (Pops) de Auditorias (Periodicidade conforme demanda); c) Realizar uma Auditoria Analítica programada na linha de cuidado à saúde da mulher, cobertura de exames de Mamografia Bilateral para Rastreamento na faixa etária alvo de 35 a 65 anos (Periodicidade anual). |
| Incorporar na rotina a fiscalização dos recursos ambulatoriais de quatro áreas da alta complexidade ambulatorial (radioterapia, quimioterapia, TRS e atenção à | Número de áreas da assistência ambulatorial de alta complexidade fiscalizadas por ano Fonte: SMS.G + Estatísticas do SIHD | Auditar informações de produção e cobrança nas áreas de Terapia Renal Substitutiva (TRS), Tratamento de Doenças Neuromusculares (TDN), Quimioterapia e Radioterapia. | a) Realizar auditoria de serviço em unidades de saúde que mantém contratos e/ou convênios de Assistência à Saúde com a SMS (Periodicidade anual); b) Realizar atividades integradas com os demais componentes do SNA e /ou compartilhadas com outros órgãos de controle interno e externo (Periodicidade conforme a demanda). |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p> pessoa com deficiência) acrescentando uma nova área a cada ano da Gestão</p> | <p> Linha de base: Está incluída atualmente apenas 1 Área de Alta Complexidade - Tratamento de Doenças Neuromusculares</p> | | |
| <p> Ampliar na analítica do SIHD o número de AIH (6 AIH a cada mês) auditadas in loco de 5 (cinco) Hospitais Privados</p> | <p> Número de AIH Auditadas por ano dos hospitais privados Fonte: SMS.G + Estatísticas do SIHD Linha de base: Em 2017 foram Auditadas 300 AIH/ano com média mensal de 5 AIH</p> | <p> Auditar mensalmente, in loco, 15 AIH de cada um dos 5 Hospitais Privados com registro histórico de alta produção de serviços em saúde.</p> | <p> a) Realizar auditorias obrigatórias da atenção hospitalar conforme Portarias Ministeriais - SIHD (Periodicidade mensal); b) Realizar auditoria da Alta Complexidade Hospitalar em Oncologia (Periodicidade mensal).</p> |

6.7. Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|---|--|
| <p> Publicar três documentos técnicos: 1 - Nova edição da Remume; 2 - Atualização do Manual de Assistência Farmacêutica, e 3 - Revisão do Memento de Fitoterapia, por meio da Comissão Farmacoterapêutica subgrupo de fitoterapia</p> | <p> Percentual de publicações realizadas em relação ao previsto Fonte: Portal da Secretaria Municipal de Saúde Linha de base: “1) Remume: última atualização em 2016; 2) Manual de Assistência Farmacêutica: última atualização em 2016; 3) Memento de Fitoterapia: publicação em 2014”</p> | <p> Publicar (no sítio eletrônico da SMS) a edição atualizada da Remume.</p> | <p> a) Reuniões periódicas com a Comissão Farmacoterapêutica da SMS; b) Interlocação com áreas técnicas pertinentes; c) Levantamento de literatura científica que subsidiem as decisões de incorporação, substituição ou exclusão de medicamentos da Remume.</p> |
| <p> Desenvolver os serviços clínicos farmacêuticos em 90% das unidades de atenção básica e de especialidades da rede</p> | <p> Percentual de unidades de saúde com serviços clínicos farmacêuticos implantados na rede pública municipal</p> | <p> Avaliar a meta assistencial do farmacêutico, voltada para o desenvolvimento de serviços clínicos na Atenção Básica,</p> | <p> a) Monitoramento das consultas e visitas farmacêuticas realizadas na Atenção Básica; b) Discussão com as interlocuções de Assistência Farmacêutica das</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| pública municipal | Fonte: BPA Linha de base: Aproximadamente 60% das unidades | proposta para os contratos de gestão das OSS. | OSS, STS e CRS. |
| Diminuir os erros de digitação de dispensação de medicamentos, aperfeiçoar os relatórios gerenciais de gestão de medicamentos e implantar a rastreabilidade dos produtos | Nº de adequações realizadas no sistema GSS Fonte: GSS Linha de base: 0 | Disponibilizar informações de lote e validade de medicamentos em relatórios gerenciais e operacionais do GSS | a) Identificar junto à rede as necessidades de melhorias no sistema GSS; b) Articular com a Coordenadoria de Tecnologia da Informação e Comunicação (CTIC) adequação dos relatórios do GSS, com informação de lote e validade, e desenvolvimento de novo relatório de lote e validade. |
| Garantir o abastecimento de todas as unidades com os insumos e os medicamentos necessários para o seu funcionamento, reduzindo o índice de desabastecimento médio para níveis aceitáveis até 15% | Taxa de desabastecimento médio das unidades de saúde de itens de responsabilidade municipal Fonte: Gestão de Sistemas em Saúde (GSS) Linha de base: 30% | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 | Em reavaliação em decorrência da pandemia de COVID-19 |

6.8. Judicialização da Saúde

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|--|--|--|--|
| Divulgar relatório anual sobre a judicialização da saúde no município de São Paulo | Relatório Publicado Fonte: Coordenadoria Jurídica Fonte: N/A | Divulgar relatório anual sobre a judicialização da saúde no município de São Paulo | Divulgar relatório anual sobre a judicialização da saúde no município de São Paulo |

6.9. Contratos de Gestão, Convênios e outras parcerias

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--|---|
| Disponibilizar na internet todos os documentos relativos aos Contratos de Gestão tempestivamente | Site com conteúdos atualizados Fonte: site Linha de base: N/A | A ação concluída em 2019, com operação contínua. | A ação concluída em 2019, com operação contínua. |
| Divulgar metodologia de monitoramento e avaliação dos Contratos de Gestão | Sistema em operação Fonte: sistema Linha de base: N/A | A ação concluída em 2020, com operação contínua. | A ação concluída em 2020, com operação contínua. |
| Implantar nova plataforma de acompanhamento e controle dos CGS interligada com o portal da transparência, que permita consultas em tempo real | Plataforma implantada | Plataforma Implantada | a) Concluir o desenvolvimento do novo sistema de acompanhamento e controle dos Contratos de Gestão e convênios; b) Implantar o sistema para gestão dos convênios acompanhados pela CPCSS |
| Eliminar o passivo de prestações de contas de CGs até 2020 | Nº de prestações de contas concluídas/232 Linha de base: 232 contratos | 100% | a) Zerar o Passivo de Prestação de Contas; b) Atualizar o manual de prestação de contas |

7. PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E TRANSPARÊNCIA

7.1. Ouvidoria

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--|---|
| Aumentar para 96% a qualidade de inserção das demandas PROGRAMA DE METAS 69.9* | Índice de qualidade de inserção Fonte: SMS Linha de base: 95% | Aumentar para 96% a qualidade de inserção das demandas | a) Continuidade ao processo de melhoria contínua da rede de ouvidorias e Central SP 156 por meio de capacitações permanente. b) Monitoramento da qualidade de inserção por meio do Programa de Avaliação Continuada. c) Promover reuniões quinzenais com a rede de ouvidorias do SUS para discussão de casos. |
| Aumentar para 95% a qualidade de respostas PROGRAMA DE METAS 69.9* | Índice de qualidade de resposta Fonte: SMS Linha de base: 89,51%/2017 | Aumentar para 95% a qualidade de respostas | a) Promover pesquisa de satisfação junto ao usuário SUS, a fim de monitorar a qualidade do serviço ofertado pela rede de ouvidorias do SUS. b) Monitoramento da qualidade de resposta por meio do Programa de Avaliação Continuada. c) Promover reuniões quinzenais com a rede de ouvidorias do SUS para discussão de casos. d) Acompanhar as unidades de saúde por meio de visitas técnicas a fim de identificar problemas e propor melhorias de maneira individualizada. e) Promover capacitações sobre temas relacionados a ouvidoria e transparência passiva. |

7.2. Conselho de Saúde

| Meta Quadrienal | Indicador | Metas intermediárias para 2021 | Ações Programadas para 2021 |
|---|---|--|--|
| Garantir o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, com 12 reuniões Plenárias | Pelo menos 16 reuniões realizadas com quórum de 50% + 1 | Realizar 16 reuniões do Conselho Municipal de Saúde com quórum de 50% mais um. | a) Reunião ordinária mensal. b) Reunião extraordinária a ser convocada conforme necessidade de discussão. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Ordinárias, 4 Reuniões Plenárias Extraordinárias, bem como de suas comissões permanentes e temáticas provendo recursos materiais e técnicos | Fonte: Decreto nº 53.990, de 13 de junho de 2013 - artigo 11 Linha de base: 64 conselheiros e convidados | | |
| Realizar ao menos três eventos anualmente, de acordo com aprovação do Pleno do CMSSP | Comprovação da realização dos eventos no site do CMSSP e ata da reunião plenária com a aprovação da realização do evento Fonte: Diretrizes Nacionais para capacitação de conselheiros de saúde http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capitacao.pdf Linha de base: N/A | a) Realizar 01 seminário. b) Realizar 01 congresso de comissões. | Realizar seminários e congressos de comissões. |
| Realizar duas Conferências Municipais de Saúde e quatro Conferências Municipais Temáticas | Nº de Conferências Municipais de Saúde e quatro Conferências Municipais Temáticas Fonte: Decreto nº 53.990, de 13 de junho de 2013 - artigo 16 Linha de base: Lei exige uma conferência municipal de saúde anual | Realizar a 21ª Conferência Municipal de Saúde | a) Realizar pré-conferências nos territórios das Coordenadorias para eleição de delegados. b) Realizar a 21ª Conferência Municipal de Saúde. |
| Integrar, monitorar e fortalecer todos os Conselhos Gestores das Supervisões Técnicas de Saúde, incluindo a educação permanente | Fortalecer, pelo menos, 80% dos Conselhos Gestores das Supervisões Técnicas de Saúde Fonte: Decreto nº 57.857, de 5 de setembro de 2017 e Decreto nº 53.990, de 13 de junho de 2013 Linha de base: calendário | a) Realizar fóruns de gestão participativa. b) Realizar capacitações de conselheiros. c) Manter atualizada a lista de conselheiros e acompanhar os processos eleitorais, com apoio das Assessorias de Gestão Participativa das CRSs e STSs. | a) Realizar 01 fórum de gestão participativa por CRS. b) Realizar 01 capacitação para conselheiros por CRS. c) Aprimorar ferramenta de formsus para cadastro de conselheiros gestores e municipais. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | de eventos e reuniões de 2017 | | |
| Criar e implantar um sistema de monitoramento do controle social | <p>Sistema criado e implantado em todas as CRSs</p> <p>Fonte: Decreto nº 57.857, de 5 de setembro de 2017 - publicação da ferramenta no site do CMS.</p> <p>Linha de base: ausência de instrumento de monitoramento e indicador de conselhos gestores ativos/inativos</p> | Alterado. Implantar ferramenta de formsus e inserir divulgação no site oficial da SMS. | Aprimorar a ferramenta de formsus e divulgação da informação. |

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1, de 28 de setembro de 2017. *Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Capítulo I - Das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS. Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.* (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>.

SÃO PAULO (CAPITAL). **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2018_2021.pdf>.