



**PREFEITURA DA CIDADE DE  
SÃO PAULO**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013**

**Maio - 2010**

Gilberto Kassab  
**Prefeito**

Januario Montone  
**Secretário Municipal da Saúde**

José Maria da Costa Orlando  
**Secretário Adjunto**

Odeni de Almeida  
**Chefe de Gabinete**

Guilherme Estanislau do Amaral  
**Coordenação Finanças e Orçamento**

Edjane M. Torreão Brito  
**Coordenação da Atenção Básica**

Inês Suarez Romano  
**Coordenação da Vigilância em Saúde**

Paulo Kron Psanquevich  
**Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar**

Isabel Cristina Nomiya  
**Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**

Celso de Moraes Terra  
**Coordenação da Rede de Proteção da Mãe Paulistana**

Jane Abrahão Marinho  
**Coordenação de Gestão de Pessoas (CRH)**

Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira  
**Coordenação de Epidemiologia e Informação**

Flávia Maria Porto Terzian  
**Superintendência da Autarquia Hospitalar**

Marisa Calfa Espudaro  
**Coordenação de Suprimentos**

Henriqueta Aparecida Amoratti Norcia  
**Núcleo Técnico de Contratos de Serviços de Saúde**

Elizabete Michelete  
**Hospital do Servidor Público Municipal**

Júlio José Maximo de Carvalho  
**Núcleo de Programas Estratégicos em Saúde**

Domingos Costa Hernandez Júnior  
**Coordenação Municipal de Assistência as Urgências e Emergências**

Heloisa Helena Andreetta Corral  
**Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação**

Maira Monteiro Eugênio  
**Grupo de Desenvolvimento da Rede Física**

Sérgio Luiz Martins da Rocha  
**Divisão Administrativa**

**Equipe Técnica Responsável**

Deise Aiko Koda - Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria  
Denize Calvo Costa - Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria  
José Claudio Domingos - Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria  
Maria José Ribeiro Linguanotto - Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

**Colaboração**

Rosa Maria Marótti – Coordenação da Atenção Básica  
Marci Lima dos Santos Vescio – Coordenação de Gestão de Pessoas - CGP  
Cristiane Mota de Faria – Coordenação da Vigilância em Saúde - COVISA  
Kátia Cristina Bassichetto – Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo  
Mirna Reni Marchioni Tedesco – Núcleo de Programas Estratégicos em Saúde - NUPES  
Flávia Maria Porto Terzian – Autarquia Hospitalar  
Sílvia Regina Bertolini – Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar - COGERH  
Dirce Akemi Shimomoto - Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar - COGERH  
Lígia Maria Carvalho de Azevedo Soares - Coordenação Municipal de Assistência as Urgências e Emergências - COMURGE  
Alexandre Tayama – Núcleo Técnico de Contratos de Serviços de Saúde - NTCSS  
Eduardo Ferreira Alves Neto – Núcleo Técnico de Contratos de Serviços de Saúde - NTCSS  
Celso Terra - Coordenação da Rede de Proteção da Mãe Paulistana  
Carlos Eduardo Gonçalves Goulart – Programa DST/Aids  
Marcelo Pinto Inagaki - Coordenação de Suprimentos  
Edson Moral Adelantado – Coordenação Finanças e Orçamento - CFO  
Erondina Aparecida Santana Frederico - Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação - ATTI

## I. Introdução

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) considera o planejamento o instrumento fundamental para o desempenho de seu papel como Gestora do Sistema Municipal de Saúde. O Plano Municipal de Saúde, para período o 2008/2009 atualizou o diagnóstico e incluiu ações que não constavam do Plano Plurianual (PPA) 2006-2009, definindo objetivos, eixos, ações estratégicas e metas. O Termo de Compromisso de Gestão Municipal, concluído em abril de 2009, formaliza o Pacto pela Saúde, nas suas dimensões pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS. Contém atribuições e responsabilidades sanitárias do Gestor Municipal e indicadores de monitoramento e avaliação. O Plano Municipal de Saúde 2008-2009 e o Termo de Compromisso de Gestão Municipal foram apresentados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS-SP) em abril de 2009, em forma de seminário, para análise e deliberação. Posteriormente foi enviado à Câmara de Vereadores e ao Conselho Municipal de Saúde o PPA 2010-2013.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio de 2010-2013 prioriza as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo, considerando a ocorrência de variações no quadro epidemiológico, na estrutura, na quantidade e no perfil dos serviços. O Ministério da Saúde por meio do PLANEJASUS define o Plano de Saúde como o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem expressar políticas, compromissos e prioridades de saúde de uma determinada gestão.

No Município de São Paulo, o Plano Municipal de Saúde expressa a síntese das propostas e ações estratégicas da Prefeitura Municipal na área da saúde e compreende a "Agenda 2012". Elaborada com base no Programa de Governo, a Agenda 2012 traduz a visão estratégica da administração nas diferentes áreas de governo com intervenções de longo prazo, na perspectiva de transformar São Paulo numa cidade mais justa, sustentável, saudável, criativa, empregadora, eficiente e inclusiva. A elaboração da Agenda 2012 atendeu às exigências da Emenda nº 30 da Lei Orgânica do Município, aprovada por unanimidade pelo Legislativo, em fevereiro de 2008, e reitera o compromisso do governo municipal com a gestão transparente, responsável e inovadora: define metas de curto, médio e longo prazo que traduzem o plano de governo.

A Agenda 2012 passa a integrar o Sistema Municipal de Planejamento, juntamente com o Plano Diretor Estratégico, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, o Orçamento Anual e o Plano Plurianual, instrumentos aprimorados pela atual administração.

A Secretaria Municipal da Saúde, Gestora do Sistema Único de Saúde no Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população. O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010/2013 dá continuidade ao processo de

planejamento e contempla todas as áreas da atenção à saúde, visa à integralidade e a universalidade da atenção. Elaborado com a participação de todas as áreas de SMS será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para análise e deliberação.

## **II. Princípios e estrutura do Plano Municipal de Saúde**

Para elaboração e desenvolvimento das propostas do Plano Municipal de Saúde, teve-se o cuidado de obtenção de um amplo conjunto de informações e questões que incluíram a consulta ao Plano 2008/2009, aos Relatórios de Gestão dos anos anteriores, ao Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, à Programação Pactuada e Integrada (PPI) 2008, às resoluções da 14ª Conferência Municipal de Saúde e aos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 tem como princípio o contínuo aperfeiçoamento e a consolidação do SUS na Cidade. Foi elaborado após a análise dos documentos citados, da identificação de problemas e situações que interferem na saúde dos municípios. Apresenta uma visão geral da Cidade, das condições de saúde da população, dos serviços existentes e da produção e desempenho dos serviços. É importante destacar também, a estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde que a credencia para exercer o papel de Gestora do Sistema Municipal de Saúde de São Paulo.

O Plano Municipal segue orientações estratégicas que visam:

1. Ampliar o acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços de saúde;
2. Consolidar a Estratégia Saúde da Família, considerando as singularidades regionais;
3. Aumentar a resolubilidade em todos os níveis de complexidade da atenção buscando propiciar a atenção integral ao usuário;
4. Oferecer assistência médica ambulatorial e hospitalar efetiva e com qualidade, promovendo a equidade da atenção;
5. Fortalecer o Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
6. Consolidar a rede informatizada nos serviços municipais;
7. Monitorar os Indicadores de Avaliação do Pacto pela Saúde;
8. Qualificar a Gestão e integrar as áreas técnicas;
9. Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da SMS;
10. Proteger e promover a saúde da população e suas gerações futuras por meio de um conjunto de atividades, ações e serviços em Vigilância em Saúde;
11. Implementar políticas públicas para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;

12. Propiciar o acesso e garantir a regularidade na dispensação de medicamentos para toda a população;
13. Implementar a atenção integral em Saúde Mental e garantir o acolhimento, a proteção, a defesa de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social;
14. Assegurar a participação e o controle social na elaboração e execução de políticas públicas, garantindo a transparência da Gestão;

Para melhor entendimento, a política da SMS está expressa e contida em quatro eixos e sub-eixos que abrigam as linhas condutoras da saúde no Município. Os Objetivos Estratégicos expressam o que se pretende fazer para superar, reduzir, controlar ou eliminar os problemas identificados. Para cada objetivo foram propostas ações estratégicas de intervenção nos problemas e modificação dos padrões de saúde existentes no Município de São Paulo. Foram estabelecidas metas para o período 2010-2013.

Os quatro eixos prioritários identificados são:

- ✓ **Eixo I. Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade da atenção** - estão incluídos nesse eixo os objetivos estratégicos que visam: aperfeiçoar a Atenção Básica; reduzir as desigualdades regionais, ampliar o acesso e aprimorar a organização dos serviços; melhorar a qualidade da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e ações para humanizar o atendimento em todas as Unidades;
- ✓ **Eixo II. Fortalecer a atenção integral ao usuário** - garantir a integralidade da atenção á saúde com objetivos e ações que visam à promoção, prevenção e assistência integral com eficiência, qualidade e segurança em todas as fases da vida e para todos os segmentos;
- ✓ **Eixo III. Aprimorar a capacidade Gestora** - neste eixo encontram-se objetivos que propiciam adequada modernização e qualificação da Gestão Municipal com o fortalecimento dos mecanismos existentes e com a implantação de novas estratégias;
- ✓ **Eixo IV. Fortalecer a participação da Comunidade e o Controle Social** - os objetivos e ações desse eixo visam ampliar e qualificar a participação social no Município.

Os objetivos, ações estratégicas e metas do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 foram consolidados e compatibilizados com os programas, atividades e projetos, metas e indicadores do PPA 2010-2013. Como as atividades e os projetos que compõem o PPA e a Proposta Orçamentária - 2010 diferem das metas constantes do seu Plano Municipal e como o PPA permitiu apenas uma meta para cada ação, as demais ações foram demonstradas através de indicadores para maior visibilidade.

O PMS 2010-2013 obedece à seguinte estrutura na sua apresentação:

1. Análise situacional, que compreende os aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais, bem como a situação de saúde com o quadro epidemiológico do Município;
2. Descrição da organização e desempenho dos serviços - Secretaria Municipal da Saúde;
3. Compromissos do Plano Municipal de Saúde

### III. Características Gerais do Município e a Rede Municipal de Saúde

Em 2001, o Município de São Paulo retornou ao Sistema Único de Saúde (SUS), e assumiu Gestão Plena do Sistema em julho de 2003, (Portaria GM 1.399/03), quando foram incorporados à Gestão Municipal mais 79 prestadores de assistência conveniados e contratados. Em maio de 2005, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) reorganiza as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, criando as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) com 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS).

Mapa 1

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



As CRS tornaram-se Gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, com autonomia financeira e orçamentária, exceto despesa de pessoal, ao mesmo tempo em que as STS assumiram caráter técnico-operacional.

De acordo com a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais regulamentadas pela Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006, a SMS desencadeou discussão interna envolvendo todos os níveis de Gestão para a construção e assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM). Em abril de 2009 foi encaminhado para apreciação do Conselho Municipal de Saúde o TCGM.

A adesão ao Pacto pela Saúde visa fortalecer o SUS, aumentando a eficiência e efetividade de suas ações, estabelecendo os compromissos baseados na realidade local, e dessa forma desenvolver uma gestão pública baseada em resultados.

O Plano Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo atendeu a Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006 e contempla todas as áreas de atenção à saúde, garantindo a sua integralidade. A elaboração do Plano compreende dois momentos: a análise situacional e a definição dos eixos, objetivos e metas. Tem como base as condições de saúde da população e concentra: os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde, os determinantes e condicionantes de saúde, com as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, a intersetorialidade e a Gestão em Saúde.

## **1. Visão Geral da Cidade**

São Paulo, a maior Cidade do Brasil desde a década de 60, é hoje o mais poderoso polo de atividades terciárias do país, com PIB de 320 bilhões de reais em 2007<sup>1</sup>. A população estimada para o ano de 2010 é de 11.057.629 habitantes (SEADE), distribuídos em 1.509 km<sup>2</sup> de território. A Cidade está dividida em 96 Distritos Administrativos e 31 Subprefeituras e é o centro da Região Metropolitana de São Paulo, com 39 municípios (**Mapa 2**) e cerca de 20 milhões de habitantes, o que a coloca entre as maiores aglomerações urbanas do mundo.

---

<sup>1</sup> - Fonte primária: IBGE/SEADE. Em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=13&titulo=Economia>. Acesso em 08 fev 2010.

Mapa 2 - Região Metropolitana de São Paulo



Fonte: SEADE

## 2. Aspectos Demográficos, Socioeconômicos e Ambientais

A Região Metropolitana de São Paulo continua a crescer em seu conjunto. A taxa anual de crescimento populacional 2000/2009 foi 1,21%, bem acima da taxa do Município de São Paulo (0,59%). Isso se deve ao crescimento populacional ainda expressivo de alguns municípios da região. A título de exemplo é possível citar Santana do Parnaíba (4,56%), Vargem Grande Paulista e Itaquaquecetuba (3,94%), São Lourenço da Serra (3,84%), entre outros, com níveis de crescimento semelhantes<sup>2</sup>. Este padrão de crescimento periférico se repete no Município, ainda que em menor escala. Confirmando um processo que se verificou também nas últimas décadas, as Subprefeituras periféricas apresentaram, no período 2000/2010, taxas positivas de crescimento populacional (2,40% em Perus, 2,14% na Capela do Socorro, 1,56% em Campo Limpo). As Subprefeituras mais centrais, no mesmo período, apresentaram taxas negativas (0,76% na Sé e em Santana/Tucuruvi, 0,67% na Vila Maria/Vila Guilherme, 0,57% na Vila Mariana, 0,56% em Pinheiros)<sup>3</sup>.

A área urbanizada da Cidade também cresce e já ocupa cerca de 67% do território (1000 Km<sup>2</sup>)<sup>4</sup>. Entre os fatores que certamente contribuíram para este espraiamento da ocupação urbana e para a mudança no padrão de crescimento demográfico no Município merecem destaque: a continuidade do processo de desconcentração industrial, em direção a outros municípios da Região Metropolitana de São Paulo e

<sup>2</sup> - Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=7&titulo=Demografia>. Acesso em 08fev2010.

<sup>3</sup> - Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=7&titulo=Demografia>. Acesso em 08fev2010.

<sup>4</sup> - Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em 08fev2010.

interior do Estado, o alto custo de vida na capital (sobretudo no que se refere à habitação) e a expansão de atividades terciárias nas áreas mais consolidadas do centro urbano, substituindo o uso residencial de muitas áreas pelo uso comercial e de serviços.

Quanto à distribuição etária, São Paulo não pode ser considerada uma cidade com população jovem. Na estimativa populacional de 2010 (Quadro1), 57.1% da população encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos. A percentagem de idosos representa 11.9% da população do Município como um todo e as crianças na faixa de 0 a 4 anos representam apenas 8.0% da população. Verifica-se a predominância de população mais jovem nas zonas Leste e Sul, e de população mais idosa nas regiões Centro-Oeste e Sudeste.

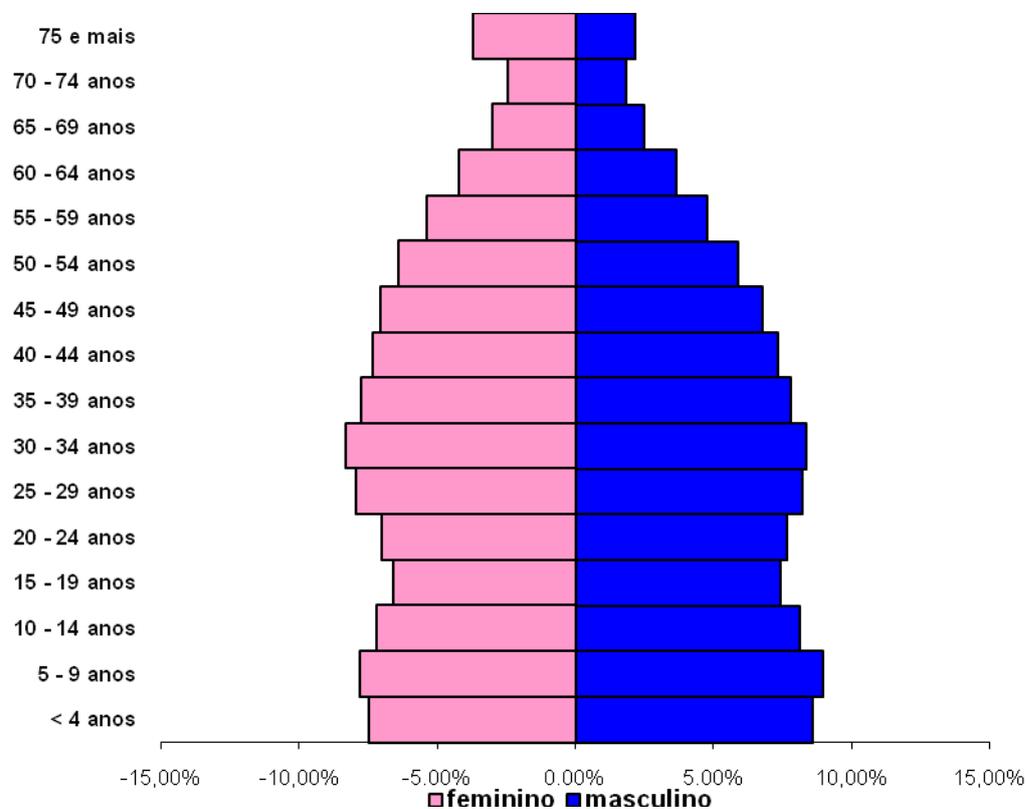
A pirâmide etária 2010 (**Gráfico 1**) evidencia a transição demográfica e reflete a queda da mortalidade devido ao aumento da expectativa de vida, bem como o declínio da natalidade. A redução na mortalidade, mais estável desde 1980, acompanhada pelo aumento da esperança de vida ao nascer, produz o envelhecimento populacional. Verifica-se que as mulheres chegam, em maior número, às faixas etárias superiores aos 60 anos, confirmando tendências mundiais de maior longevidade feminina, influenciada por questões como a violência, que atinge mais fortemente os homens.

**Quadro 1** - Estimativa Populacional do Município de São Paulo  
Dados Populacionais por Coordenadorias Regionais de Saúde e Município - 2010

Indicador	Município		CRS Leste		CRS Norte		CRS Sudeste		CRS Sul		CRS Centro-Oeste		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Habitantes</b>	11.057.629	100,0	2.509.676	100,0	2.186.635	100,0	2.484.637	100,0	2.623.849	100,0	1.252.832	100,0	
<b>Crianças</b>	0 a 4 anos	884.988	8,00	216.764	8,64	179.074	8,19	174.750	7,03	231.694	8,83	82.706	6,60
	5 a 9 anos	923.819	8,35	223.923	8,92	187.322	8,57	183.118	7,37	240.423	9,16	89.033	7,11
<b>Adolescentes</b>	10 a 14 anos	845.537	7,65	222.605	8,87	168.664	7,71	161.232	6,49	224.216	8,55	68.820	5,49
	15 a 19 anos	775.216	7,01	200.689	8,00	154.489	7,07	153.960	6,20	201.953	7,70	64.125	5,12
<b>Adultos</b>	20 a 59 anos	6.314.960	57,11	1.427.540	56,88	1.236.700	56,56	1.426.916	57,43	1.499.720	57,16	724.084	57,80
<b>Idosos</b>	60 a 69 anos	744.970	6,74	138.845	5,53	145.296	6,64	201.059	8,09	143.242	5,46	116.528	9,30
	70 e mais	568.139	5,14	79.310	3,16	115.090	5,26	183.602	7,39	82.601	3,15	107.536	8,58

Fonte: Fundação SEADE. Elaboração SMS/CEInfo/GISA.

**Gráfico 1** - Pirâmide etária do Município de São Paulo – 2010



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração SMS/CEInfo/GISA.

A taxa de fecundidade geral (TFG) tem apresentado tendência de queda desde o início da década de 1970, sendo que as regiões Sul (58,5) e Norte (59,3) apresentaram as maiores taxas em 2008 (**Tabela 1**).

**Tabela 1** – Taxa de Fecundidade Geral (TFG) segundo Coordenadoria Regional de Saúde de Residência. Município de São Paulo – 2000 a 2008

CRS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Centro-Oeste	53,7	51,1	51,4	52,7	54,2	54,0	53,6	55,4	57,5
Leste	71,9	66,7	64,1	61,9	61,6	59,3	57,4	55,7	56,5
Norte	66,9	62,7	60,9	60,0	61,1	59,5	58,3	57,8	59,3
Sudeste	55,1	50,9	51,0	51,0	52,0	51,7	50,9	51,3	52,7
Sul	75,3	68,4	64,9	64,4	62,7	61,0	59,3	58,3	58,5
<b>Total</b>	<b>66,2</b>	<b>60,9</b>	<b>59,3</b>	<b>58,8</b>	<b>58,9</b>	<b>57,5</b>	<b>56,1</b>	<b>55,8</b>	<b>56,8</b>

Fonte: SEADE

Nota: YFG: Relação entre o número de nascidos vivos ocorridos numa determinada unidade geográfica, num período de tempo e a população feminina em idade fértil (15 a 49 anos) residente na mesma unidade estimada para o meio do período. TFG = (nascidos vivos no período divididos pelo número de mulheres em idade fértil no meio do período, multiplicados por 1000).

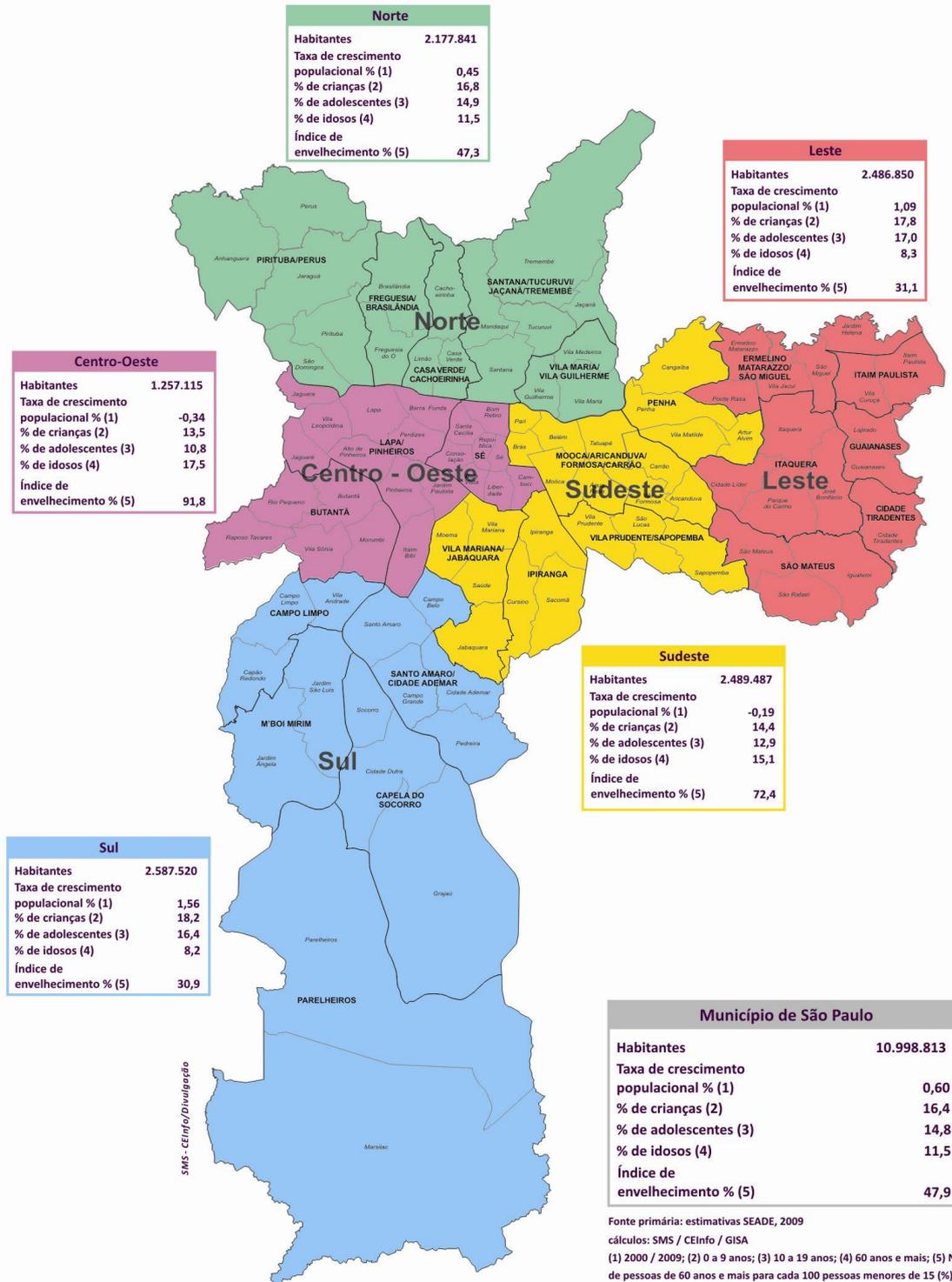
Além disso, verifica-se uma diminuição do número de filhos por mulher, em 1980 a mulher paulistana tinha em média 3,2 filhos e em 2008 não ultrapassa 2,0 filhos/mulher (SEADE).

O “Índice de Envelhecimento<sup>5</sup>” é um indicador importante, uma vez que estabelece a proporção de pessoas idosas em relação ao total de jovens numa determinada população. Na Cidade de São Paulo, em 1996, havia em média 32,9 idosos para cada grupo de 100 pessoas menores de 15 anos. Em 2000, essa relação aumentou para 37,5 e, em 2010, o valor observado é 49,5. Esta proporção varia em função tanto do sexo (é sempre maior no caso das mulheres) como da localização da população na Cidade – é mais elevada em regiões de urbanização consolidada do que em áreas periféricas, justamente devido à maior presença de crianças nessas regiões. Os dados mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população paulistana, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos.

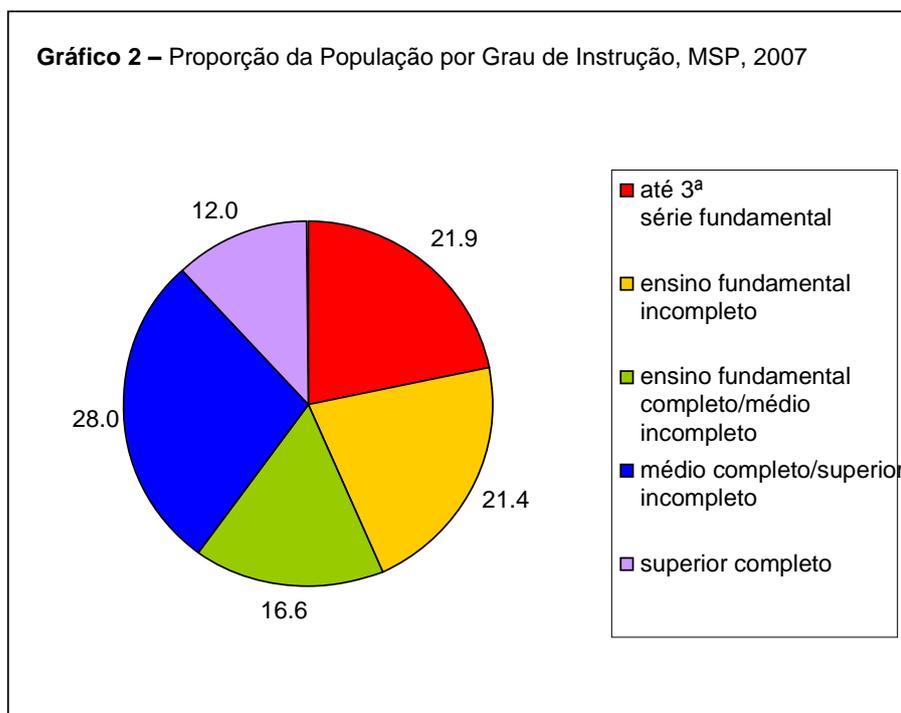
A **figura 1** apresenta uma síntese comparativa das Coordenadorias Regionais de Saúde quanto aos dados demográficos.

<sup>5</sup> Número de pessoas de 60 anos e mais de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

**Figura 1 – Alguns indicadores socioeconômicos e epidemiológicos das CRS – Município de São Paulo**



No que se refere à escolaridade, os dados mostram 21,9% da população com até a 3ª série do ensino fundamental completa (**Gráfico 2**).

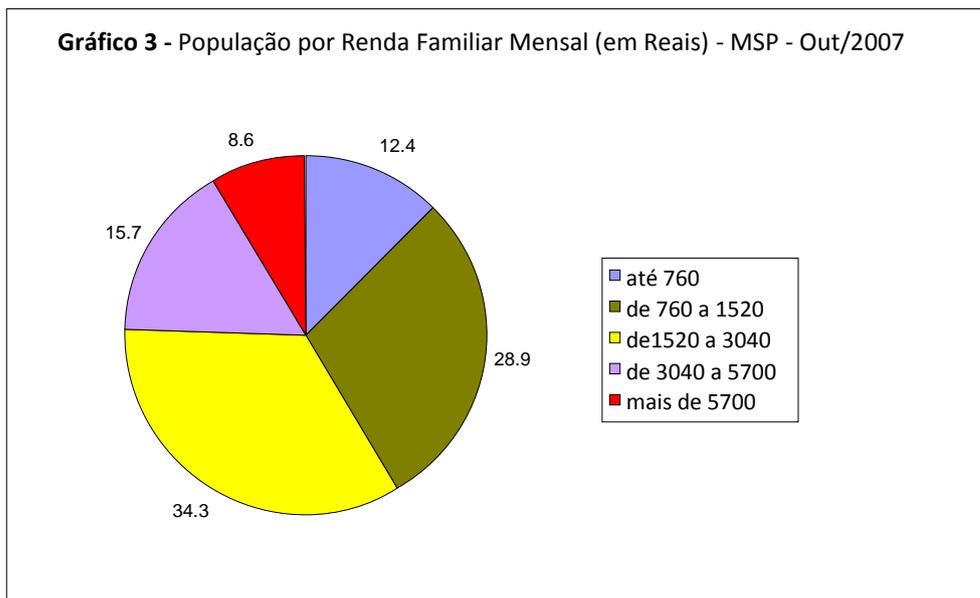


Fonte primária: Pesquisa O/D 2007, MetrôSP, em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=8&titulo=Educa%E7%E3o>.

Elaborado por SMS/CEInfo/GISA, fev 2010.

As cinco Subprefeituras com maiores proporções de pessoas analfabetas ou que cursaram apenas até a 3ª série foram: São Miguel (30.2%), São Mateus (29.9%), M'Boi Mirim (29.3%), Cidade Tiradentes (28.9%) e Itaim Paulista (27.3%), todas nas Regiões Leste e Sul. O menor percentual (8.5%) encontra-se na Subprefeitura de Pinheiros, Região Centro- Oeste da Cidade.

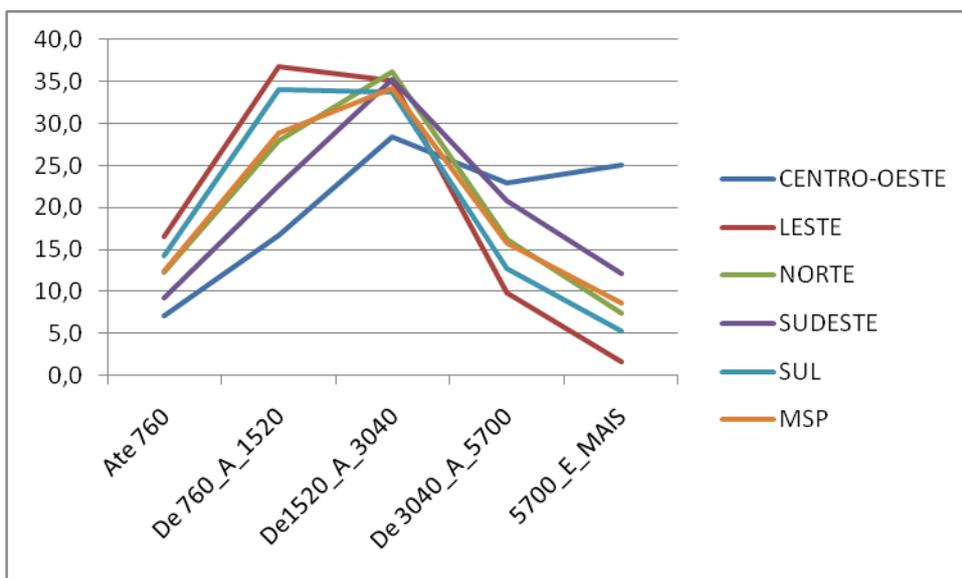
Quanto à renda média familiar mensal, entre 1997 e 2007, registrou-se uma queda de R\$ 3.399,00 para R\$ 2.438,00, conforme os resultados das Pesquisas Origem- Destino do Metro, de 1997 e 2007. A distribuição desta renda em outubro de 2007 apresentava-se conforme o **Gráfico 3**.



Fonte: Pesquisa OD 2007, Metrô. Elaborado por SMS/CEInfo/GISA.

Quase 35% das famílias recebiam entre R\$1.520,00 e R\$3.040,00. Um percentual expressivo (15.7%) conseguiu auferir, como soma da renda de todos os membros da família, apenas R\$ 760,00. Verifica-se que a distribuição de renda difere nas cinco CRS (**Gráfico 4**), sendo a Região Leste aquela onde se concentra o maior contingente de população com renda inferior, seguida pela Região Sul. A Região Centro-Oeste, destaca-se como a de maior renda, muito acima da média do Município.

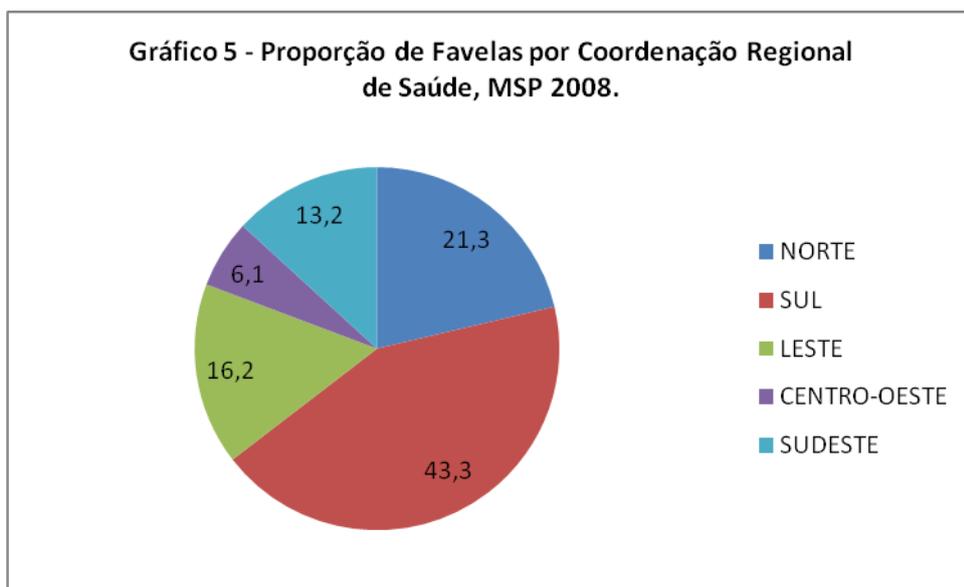
**Gráfico 4 - Distribuição da População por faixas de renda e Coordenadoria Regional de Saúde- Mun. São Paulo, 2007**



Fonte: Pesquisa Origem-Destino do Metro, 2007. Elaborado por SMS/CEInfo/GISA.

Quanto às condições de habitação, observa-se que há reflexo dessa situação. São 1.565 favelas na Cidade, com 382.296 domicílios<sup>6</sup>. O maior percentual de favelas (12.0%) está situado na Subprefeitura de Campo Limpo, seguido pelo de M'Boi Mirim (10.7%). O menor número delas situa-se na Subprefeitura da Sé (0.13%).

Considerada a Divisão Regional da SMS, verifica-se que 43.3% das favelas encontram-se na CRS-Sul (**Gráfico 5**).



Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=9&titulo=Habita%E7%E3o>

Elaborado por SMS/CEInfo/GISA, fev-2010

Outro aspecto, diretamente relacionado à forma de viver, é a presença de uma população significativa vivendo em situação de rua. As pessoas nessa condição abrigam-se em imóveis abandonados, postos de gasolina, cemitérios, baixos de viadutos, carrinhos de “catação” de papelão e outras formas improvisadas. Trata-se de uma população heterogênea e contempla diferentes grupos etários: crianças, adolescentes, adultos e idosos, com diferentes necessidades. Atualmente a SMADS realiza o segundo Censo da População de Rua, mas dados do anterior (FIPE/SMADS), realizado em 2003, apontaram 10.399 pessoas nessa condição nos 29 distritos pesquisados na Cidade de São Paulo. Desse total, 4.213 (40,5%) pernoitavam nas ruas e demais logradouros da Cidade, enquanto 6.186 (59,5%) encontravam-se albergados (**Tabela 2**).

<sup>6</sup> - fonte: SEHAB/HABI/RESOLO, 2008, em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=9&titulo=Habita%E7%E3o> - Acesso em 08fev2010.

**Tabela 2** – Número de pessoas em situação de rua na área da pesquisa.

Município de São Paulo, 2003

Área	Nas ruas	Albergados	Total
Distritos recenseados	2.834	3.571	6.405
Distritos amostrados	1.379 <sup>(1)</sup>	2.615	3.994
<b>Total</b>	<b>4.213<sup>(2)</sup></b>	<b>6.186</b>	<b>10.399<sup>(1)</sup></b>

Fonte: Fipe/SMADS - PMSP, 2003. (1) margem de erro de 145 pessoas com 90% de confiança

A distribuição das pessoas em situação de rua nos 11 distritos recenseados na região central da Cidade (**Tabela 3**) mostra maior concentração na República (17,8%), Pari (14,0%), Santa Cecília (13,3%) e Sé (12,7%).

**Tabela 3** – Número de pessoas em situação de rua nos distritos recenseados.

Município de São Paulo, 2003

Distritos	Nas ruas	Albergados	Total
Sé	713	101	814
República	671	470	1.141
Liberdade	64	700	764
Bela Vista	168	9	177
Consolação	198	-	198
Santa Cecília	452	397	849
Bom Retiro	120	307	427
Pari	75	823	898
Brás	147	588	735
Cambuci	100	-	100
Santana	126	176	302
<b>Total</b>	<b>2.834</b>	<b>3.571</b>	<b>6.405</b>

Fonte: Fipe/SMADS - PMSP, 2003

Esse diagnóstico situacional instrumentalizou as ações intersetoriais entre SMADS e SMS na implantação de uma política pública voltada para o morador em situação de rua, conforme descrito no capítulo da Atenção Básica / Vigilância em Saúde.

As três características citadas anteriormente – feminização, envelhecimento e periferização da população – merecem atenção especial, pois, a médio e longo prazo, terão importância decisiva na definição do perfil e distribuição dos habitantes de nossa Cidade.

## A. Caracterização das atividades econômicas e ocupações

À semelhança de outras metrópoles internacionais, a Cidade de São Paulo se insere num contexto caracterizado pelo processo de reestruturação produtiva e desconcentração industrial, internacionalização das finanças, multiplicidade de centros financeiros e articulação em uma rede mundial de transações. Aliado ao rápido desenvolvimento das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), esse contexto favorece a concentração espacial de certas atividades econômicas e a presença da prestação de serviços especializados e de trabalhadores qualificados, enquanto as atividades de produção material tendem a se dispersar<sup>7</sup>.

Em 2007, a população economicamente ativa - PEA (parcela ocupada ou desempregada da População em Idade Ativa - PIA) totalizava 5.872.000 pessoas<sup>8</sup>, e representava 63,7%<sup>9</sup> da população em idade ativa, ou seja, com 10 anos ou mais. Concentrava-se principalmente nas áreas periféricas, com diversidade da natureza dos vínculos, das relações de trabalho, crescimento do setor informal e do trabalho precário<sup>10</sup>. A taxa total de desemprego<sup>11</sup> era de 13.9%, sendo de 9.6% para o desemprego aberto<sup>12</sup> e 4.3% de desemprego oculto<sup>13</sup>. Nesse mesmo ano, o PIB *per capita* do paulistano foi de R\$ 29.394,00<sup>14</sup>.

Informações sobre o mercado de trabalho<sup>15</sup> (2007) mostram a predominância dos serviços. Dos 596.457 estabelecimentos que declararam a Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, 48% pertencem a este setor, o comércio aparece em segundo lugar com 40%, a indústria com 9% e a construção civil com 3%. Em relação aos trabalhadores, das 4.244.082 pessoas consideradas ocupadas formal ou informalmente, 66% estavam no Setor de Serviços, 12% na Indústria, 17% no Comércio e 5% na Construção Civil. O Município de São Paulo concentrava em 2007, 65.4% dos empregos da Região Metropolitana<sup>16</sup>.

A Capital representa um perfil de produção multissetorial e complexo. O turismo de negócios e eventos tende a colocar a Cidade como principal polo de turismo do país e a Cidade que mais recebe eventos

---

<sup>7</sup> - SEMPLA, Série Município em Mapas 2006 - Economia Urbana, "Apresentação", disponível em <http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/mm3/>. Acesso em 18/09/2008.

<sup>8</sup> - Fonte primária: SEMDET, em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/desenvolvimento\\_urbano/dados\\_estatisticos/index.php?p=856](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/desenvolvimento_urbano/dados_estatisticos/index.php?p=856). Acesso em 08fev2010.

<sup>9</sup> - Fonte primária: SEP.Convênio Seade/Dieese, em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=18&titulo=Trabalho>. Acesso em 08fev2010.

<sup>10</sup> - Secretaria Municipal do Trabalho, "Atlas do Trabalho e do Desenvolvimento da Cidade de São Paulo – 2007".

<sup>11</sup> - Fonte primária: SEP.Convênio Seade/Dieese, em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=18&titulo=Trabalho>. Acesso em 08fev2010.

<sup>12</sup> - desemprego aberto – pessoas que procuraram trabalho de maneira efetiva nos 30 dias anteriores ao da entrevista e não exerceram nenhum trabalho.

<sup>13</sup> - pessoas que realizaram trabalhos precários, pessoas que realizaram trabalho não remunerado em ajuda a negócios de parentes e pessoas que não trabalharam que efetivamente procuraram trabalho nos últimos 12 meses.

<sup>14</sup> - fontes primárias: IBGE e SEADE. <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=13&titulo=Economia>. Acesso em 08fev2010.

<sup>15</sup> - Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, Relação Anual de Informações Sociais, 2007 (RAIS).

<sup>16</sup> - Pesquisa Origem-Destino, 2007, Metrô

internacionais nas Américas, o que propiciou, em 2008 uma taxa de ocupação hoteleira de 67.3%, 11.7 milhões de turistas e uma receita gerada por eles de 8.9 bilhões de reais<sup>17</sup>.

Os deslocamentos de pessoas que residem em um município e trabalham ou estudam em outro constituem um fenômeno bastante presente na dinâmica populacional de São Paulo. Os deslocamentos pendulares só são captados pelos Censos, e é provável que os resultados do Censo de 2010 confirmem o incremento de tal dinâmica. Pelo Censo anterior (2000), mais de 750 mil pessoas entravam ou saíam da Capital no exercício dessas funções. Cerca de 670 mil pessoas entravam na cidade, oriundos de municípios da Região Metropolitana ou do interior do Estado, enquanto 96 mil saíam da capital em direção a essas áreas. Era como se a população do Município de São José dos Campos se somasse à da capital todos os dias para trabalhar ou estudar.

Dos que residiam em municípios da Região Metropolitana e entravam cotidianamente em São Paulo, 86.1% vinham para trabalhar e 10.3% para estudar. Dos residentes no interior, 79.4% vinham trabalhar e 10.8% estudar<sup>18</sup>.

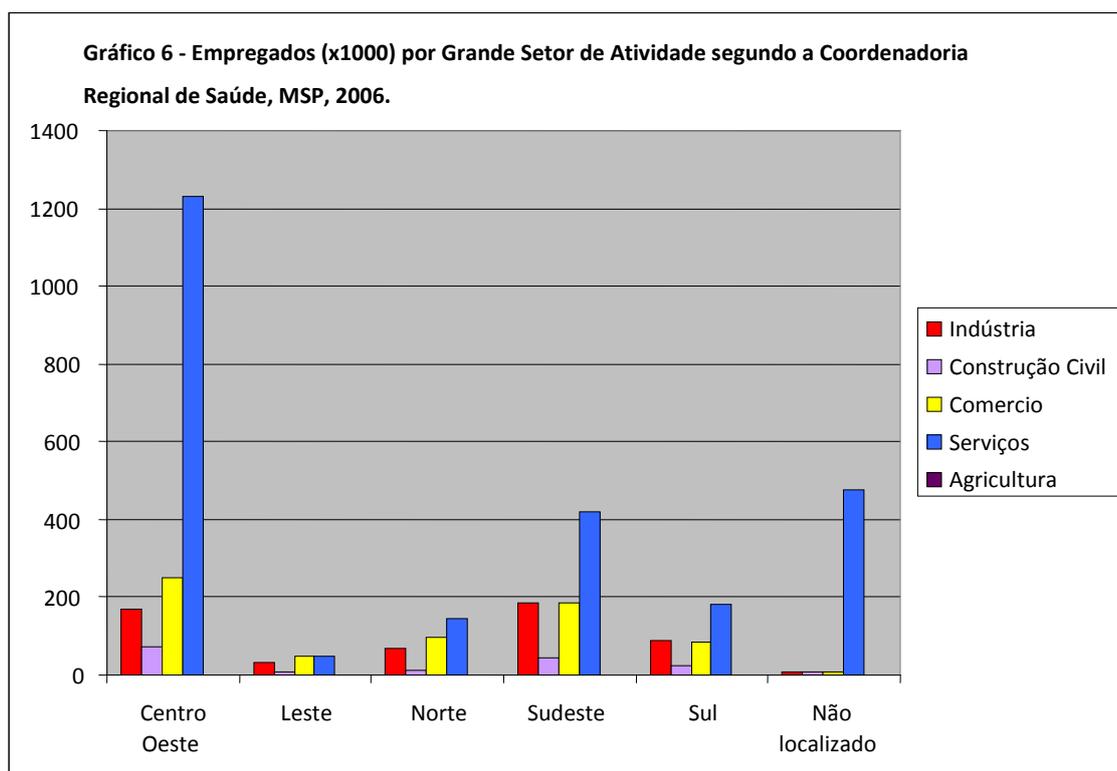
Dados disponibilizados pela SEMDET<sup>19</sup> por Subprefeitura, em 2006, possibilitaram o cálculo da frequência de empregados por grande setor de atividade econômica segundo as CRS, conforme **Gráfico 6**. Destaca-se a grande concentração de serviços, em especial na Região Centro-Oeste.

---

<sup>17</sup> - Fonte: São Paulo Turismo, Relatório da Administração 2008, em [www.spturis.com](http://www.spturis.com). Acesso em 09 fev.2010.

<sup>18</sup> - SEADE, "São Paulo Outrora Agora", disponível em [http://www.seade.gov.br/produtos/spoutragora/sp\\_outrora\\_agora.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spoutragora/sp_outrora_agora.pdf), acesso em 18/09/2008.

<sup>19</sup> - Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=13&titulo=Economia>, acesso em 18/09/2008.



Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=13&titulo=Economia>, acesso em 18/09/2008.  
Elaborado por SMS/CEInfo/GISA,

## B. Saneamento básico e aspectos ambientais associados às atividades e serviços urbanos

A cobertura dos serviços de saneamento básico é bastante satisfatória (**Tabela 4**). A grande maioria dos domicílios tem ligação à rede de abastecimento de água, coleta de esgoto e de lixo. No entanto, sabe-se que o tratamento de esgoto coletado ainda é um problema e a coleta de lixo, apesar da cobertura oficial, sofre com a frequência. Na questão dos resíduos sólidos, o grande desafio reside na redução do lixo produzido, em face do esgotamento dos atuais aterros sanitários.

Os dados do Censo deste ano (2010) deverão desvendar melhor as diferenças de cobertura e assiduidade dos serviços prestados, em especial nas áreas de favelas e loteamentos não regulares.

**Tabela 4** – Cobertura de serviços de saneamento básico, Município de São Paulo

Indicador	Ano referência	Município (%)
Abastecimento de água	2008	100 <sup>(1)</sup>
Coleta de esgoto	2008	97 <sup>(1)</sup>
Tratamento de esgotos coletados	2008	75 <sup>(1)</sup>
Coleta de lixo	2007	100 <sup>(2)</sup>

(1) Fonte primária: Sabesp. Em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=11&titulo=Infra-Estrutura>. Acesso em 08 fev. 2010

(2) Fonte: Ministério das Cidades, SNIS. Em <http://www.snis.gov.br/>. Acesso em 10 fev.2010.

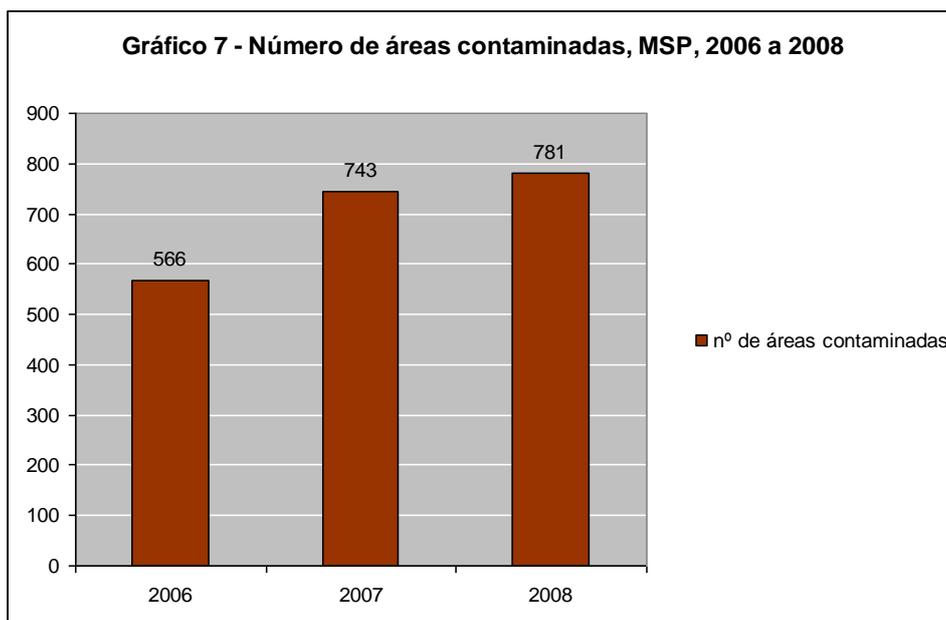
A qualidade do ar é afetada pelas diversas fontes de emissão de gases (móveis e fixas). Segundo o DETRAN, a frota de veículos cadastrada em 2008 é de 6.389.581, sendo 4.731.894 deles automóveis<sup>20</sup>. Mas é sabido que a frota circulante é maior, pois soma veículos cadastrados em outros municípios.

A circulação de veículos é responsável pela geração da maior parte da poluição do ar na Cidade. Além disso, a substituição do verde por asfalto e concreto transformou-a numa espécie de estufa que, ao longo do dia, armazena calor do sol, efeito conhecido como ilhas de calor, ao qual é preciso somar o calor gerado pelos automóveis.

O controle da emissão de gases de fontes fixas e móveis, o plantio de árvores em ruas e praças de bairros populosos e carentes de cobertura vegetal, a melhoria do transporte coletivo e substituição dos combustíveis fósseis por fontes alternativas de energia, são ações intersetoriais e estratégicas, para diminuir a poluição, minimizar os efeitos térmicos, evitar problemas de saúde e contribuir para evitar a mudança global do clima.

O processo de transferência, e a conseqüente desativação de indústrias na Cidade, e a instalação de atividades econômicas pouco atentas às questões ambientais gerou a existência de um grande número de áreas contaminadas em seu território, que têm crescido ano a ano (**Gráfico 7**).

<sup>20</sup> - fonte primária: DETRAN SP. Em <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/transportes>. Acesso em 08 fev2010.



Fonte: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infocidade/index.php?cat=2&titulo=Meio%20Ambiente>.  
Elaborado por SMS/CEInfo/GISA

### C. População exclusivamente usuária SUS

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS) o número de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar no Município de São Paulo, em setembro de 2009, era de 6.367.270 pessoas com cobertura médica de planos de saúde. É importante ressaltar que o termo beneficiário “refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde” ([http://www.ans.gov.br/caderno\\_informaca\\_12\\_2009.pdf](http://www.ans.gov.br/caderno_informaca_12_2009.pdf)). Entretanto, é importante ressaltar que mesmo beneficiários de planos e seguros de saúde são usuários SUS, principalmente para procedimentos de alta tecnologia, urgência/emergência, vigilância epidemiológica e sanitária, imunização, entre outros.

O percentual de população exclusivamente usuária do SUS, estimado pela CEInfo - SMS<sup>21</sup> em 2010 foi de 6.147.649 hab., correspondendo a 55.6% da população estimada para o Município. Sua distribuição pela Cidade se dá de forma desigual, sendo, 44.4% da população da CRS Centro-Oeste (556.193 hab.), 62.5% da Leste (1.568.570 hab.), 55.4% da Norte (1.211.448 hab.), 50.5% da Sudeste (1.256.299 hab.) e 59.3% da Sul (1.555.137 hab.).

<sup>21</sup> A estimativa da proporção de população exclusivamente usuária SUS foi feita pela CEInfo baseada em dados da Pesquisa de Condições de Vida do SEADE 2006 e da Pesquisa Origem-Destino da Companhia do Metropolitano de São Paulo, 2007

### **3. Condições de Saúde**

#### **A. Quadro Epidemiológico**

A Cidade de São Paulo apresenta um perfil epidemiológico complexo e multideterminado. Convivem as doenças transmissíveis, o crescimento das doenças e agravos crônicos não transmissíveis, e os agravos produzidos pelo desenvolvimento da vida em sociedades altamente urbanizadas, como a violência, em especial homicídios e acidentes de trânsito, doenças relacionadas ao consumo de drogas (álcool e fumo, entre outras) e as decorrentes da poluição atmosférica. Observa-se uma superposição de agravos de tipos diversos, com desafios acumulados para o seu controle. A transição epidemiológica que mostrava redução da importância das doenças transmissíveis e aumento das doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) no perfil de mortalidade se manteve em ritmo mais lento, prolongado e com algumas especificidades destacáveis.

Diversas doenças infecciosas têm apresentado tendência histórica de queda da incidência e/ou da letalidade. Isso é decorrente de ações na área da saúde: a imunização, a vigilância e o controle de doenças, ampliação do acesso aos serviços de saúde, os tratamentos específicos bem-sucedidos, ações de prevenção, como o pré-natal, entre outras, e em outros setores como o saneamento básico e o controle da poluição atmosférica. Apesar desse avanço, muitas doenças têm permanecido em níveis insatisfatórios, mostrando limites na possibilidade do seu controle, em grande parte em decorrência de transformações e adaptações dos agentes, hospedeiros e ambientes.

Com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevida, passamos a ter um maior número de doenças crônicas não transmissíveis, que são hoje responsáveis por cerca de 90% dos óbitos na Cidade de São Paulo, representando ainda parcela importante dos gastos com assistência à saúde e internações hospitalares. Nos últimos 10 anos observa-se uma redução das taxas de mortalidade por algumas doenças crônicas, como as cardiovasculares e as neoplasias. Estas últimas têm, todavia, apresentado elevação da sua incidência, como os cânceres colorretal, de próstata, de tireoide e de mama. As doenças crônicas permanecem, portanto, como as principais causas de morbimortalidade no Município, representando uma demanda aos serviços de saúde de grande magnitude e complexidade. A mortalidade por acidentes de trânsito encontra-se estável, enquanto os homicídios mostram uma queda importante a partir da virada do milênio, sendo a mais importante queda entre as principais causas de morte.

Além disso, o envelhecimento da população, a elevada prevalência de fatores de risco para diversas DANT, como a obesidade e outros problemas decorrentes do consumo de alimentos não saudáveis, o tabagismo, o sedentarismo, dentre outros, representam desafios na área de promoção da saúde.

## B. Nascidos vivos

Em 2009, nasceram 191.093 crianças no município de São Paulo, sendo 12,3% de residentes em outros municípios. Por outro lado, cerca de 4% de mães residentes no município tiveram partos ocorridos em outras localidades.

Dentre o total de nascidos vivos (NV) na Cidade, 56,6% foram de partos ocorridos nos hospitais SUS (próprios ou conveniados/contratados). Entre as mães residentes no município de São Paulo a rede SUS foi responsável por 61,4%.

Quanto ao total de NV de gestantes de outros municípios, 22,9% foram atendidas nos hospitais do SUS paulistano em 2009. Como também pode ser verificada na tabela 5, a maioria das mães residentes em outros municípios buscou os hospitais privados do Município para dar a luz (77%).

**Tabela 5** - Nascidos Vivos (NV) com partos ocorridos no Município de São Paulo, por estabelecimento de ocorrência ou parto domiciliar e município de residência da mãe, 2009

HOSPITAL	NV mães residentes MSP	%	NV mães residentes outros municípios	%	Total NV	%
MUNICIPAIS	31.773	18,97	786	3,3	32.559	17,0
ESTADUAIS	42.935	25,63	1.522	6,5	44.457	23,3
ESCOLA/FUNDAÇÕES	7.200	4,3	1.014	4,3	8.214	4,3
CONVENIADOS/ contratados SUS	20.914	12,48	2.079	8,8	22.993	12,0
PRIVADOS não contratados SUS	64.056	38,24	18.167	77,0	82.223	43,0
DOMICILIARES E OUTROS SERVIÇOS	636	0,38	11	0,0	647	0,3
<b>Total</b>	<b>167.514</b>	<b>100</b>	<b>23.579</b>	<b>100</b>	<b>191.093</b>	<b>100</b>

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP - situação em 09/02/2010

As informações sobre nascidos vivos apresentadas adiante se referem exclusivamente a nascidos vivos de mães residentes e com partos ocorridos na Cidade.

A série histórica de NV (2003 a 2009) evidencia um discreto aumento da proporção de recém-nascidos de baixo peso e da prematuridade ao longo do tempo (**Tabela 6**). Essa evolução é acompanhada de um aumento proporcional de nascidos vivos (NV) de gestações múltiplas, que passou de 2,2% em 2003 para 2,6% em 2009, que pode ser explicada, em parte, pelas intervenções tecnológicas que aumentam a sobrevivência, como a reprodução assistida.

**Tabela 6** – Evolução das condições de nascimento relativas aos nascidos vivos, filhos de mães residentes e com partos ocorridos no município de São Paulo – 2001 - 2009

<b>Indicadores SINASC</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Número de nascidos vivos	174.703	174.808	171.565	166.747	164.969	166.936	167.514
% Com baixo peso ao nascer (< 2,5 kg)	9,6	9,4	9,3	9,5	9,5	9,5	9,8
% Prematuridade (<37 semanas de gestação)	8,4	8,6	8,6	8,7	8,6	8,9	9,2
% NV de gestações múltiplas (dupla ou +)	2,2	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5	2,6
% Partos cesáreos	48,6	49,2	50,8	51,9	52,2	52,6	52,9
% Sete e mais consultas de pré-natal	60,0	65,4	69,8	70,4	72,0	73,3	73,9
% Mães adolescentes (<15 anos)	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
% Mães adolescentes (<20 anos)	15,2	14,8	14,7	14,7	14,4	13,8	13,5

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP - situação em 09/02/2010

Observa-se também uma queda na proporção de filhos de mães adolescentes ( menos de 20 anos) no mesmo período. A proporção de gestantes com sete e mais consultas de pré-natal vem aumentando no decorrer dos anos: de 60,0% em 2003, atingiu 73,9% em 2009, o que indica ampliação de acesso ao pré-natal. Esta proporção variou de acordo com a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de residência da mãe, com maior proporção de consultas de pré-natal entre as mães da regional Centro-oeste (**Tabela 7**).

**Tabela 7** – Distribuição percentual de nascidos vivos segundo algumas variáveis selecionadas e Coordenadoria Regional de Saúde de residência da mãe. Município de São Paulo, 2009

<b>Coordenadoria Regional de Saúde de Residência</b>	<b>% &lt; 2,5 kg</b>	<b>% &lt; 37 semanas de gestação</b>	<b>% 7 e + consultas de pré-natal</b>	<b>% mães adolescentes (&lt;20 anos)</b>	<b>Total de nascidos vivos</b>
Centro-oeste	9,4	9,8	79,3	8,6	19.083
Leste	10	8,7	74,1	16,2	37.435
Norte	9,8	8,9	67,8	13,9	34.126
Sudeste	9,7	9,7	77,5	10,7	33.804
Sul	9,7	9,2	73,6	15,5	42.065
<b>Total</b>	<b>9,7</b>	<b>9,2</b>	<b>73,9</b>	<b>13,5</b>	<b>167.514</b>

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP - situação em 09/02/2010

Obs.: Dentre as mães residentes no Município, 1.001 (0,6%) não puderam ter a sua CRS de residência identificada.

A taxa de cesariana em hospitais no município de São Paulo é elevada – mais de 50% (**Tabela 6**). Essas proporções são distintas quando analisamos a rede SUS e a rede privada. Observa-se na **Tabela 8**, que os estabelecimentos privados não conveniados com o SUS apresentaram proporção muito superior aos estabelecimentos do SUS, respectivamente 85,7% e 32,8%. Em relação aos hospitais da rede SUS, a proporção de cesáreas variou de 29,5 a 36,7 nas várias regiões.

Trabalhar esse problema extrapola as ações do SUS, mais focadas na gestão da saúde. Existe uma cultura que envolve tanto equipes e profissionais de saúde, como as expectativas da gestante e suas famílias, além de uma relação forte com o custo do procedimento e da possibilidade de agendamentos planejados pensando no benefício de profissionais e das usuárias.

**Tabela 8:** Número e proporção de partos cesáreos ocorridos em hospitais próprios e conveniados ao SUS<sup>1</sup> e hospitais privados, segundo CRS de residência da mãe - Município de São Paulo, 2009

Coordenadoria Regional de Saúde	Hospitais privados <sup>2</sup>		Hospitais próprios e conveniados com o SUS <sup>1</sup>	
	Nº	%	Nº	%
Centro-oeste	8.776	84,3	3.158	36,7
Leste	9.341	89,1	7.912	29,5
Norte	10.423	86,1	7.345	33,5
Sudeste	14.528	87,9	5.654	33
Sul	11.185	81,0	9.570	34
Total	54.905	85,7	33.753	32,8

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP - situação em 09/02/2010

Obs.: Dentre as mães residentes no município, 1.001 (0,6%) não puderam ter a sua CRS de residência identificada.

<sup>1</sup> Estabelecimentos de saúde municipais, estaduais e conveniados com o SUS.

<sup>2</sup> Estabelecimentos de saúde privados não conveniados com o SUS

### C. Mortalidade Infantil

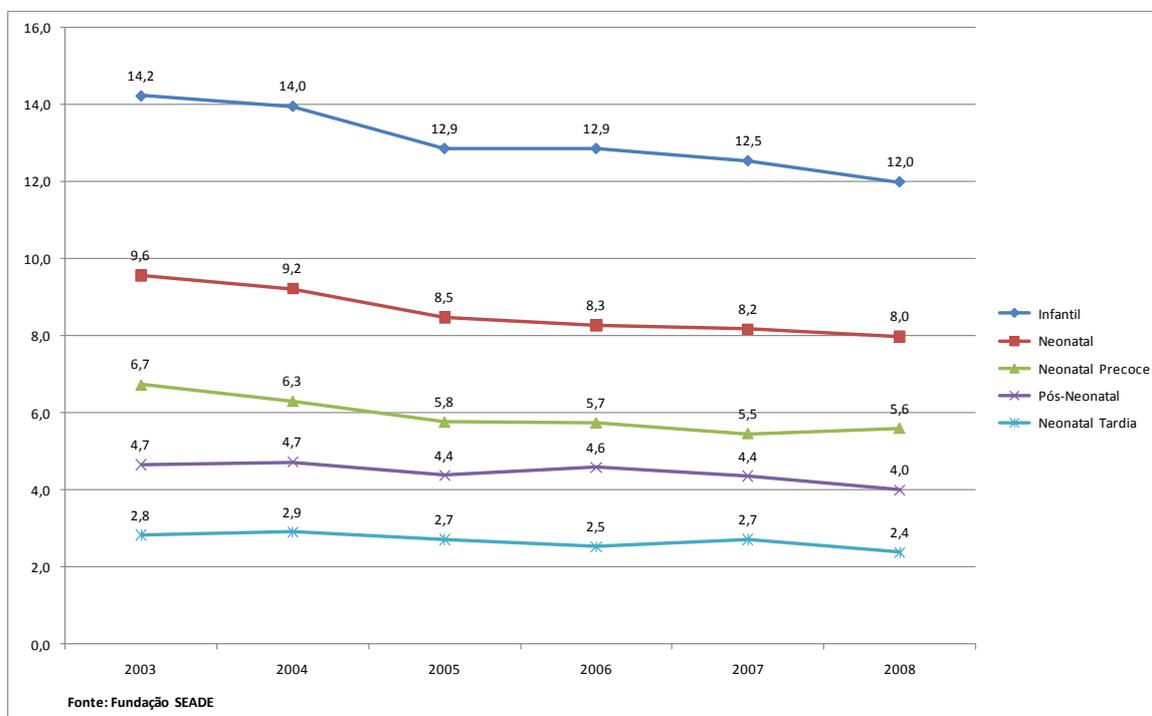
A tendência do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) na Cidade de São Paulo (**Gráfico 8**) é de queda, o que também se observa na maioria dos 96 distritos administrativos. Em 2003, este coeficiente era 14,2/1000 NV, em 2005, 12,9 e, em 2008, 12,0/1.000 NV (SEADE). O componente Neonatal (óbitos de crianças nascidas vivas menores de 28 dias de vida) apresentou queda de 16,6% e decorreu de ações integradas que visam à melhoria da assistência à gestante, no pré-natal e parto, e ao seu recém-nascido durante o primeiro ano de vida. Devem-se considerar também dois fenômenos que, se por um lado representam um salto de qualidade da saúde materno-infantil, por outro aumenta a ocorrência de nascimentos de recém-nascidos considerados de risco. Os fenômenos são:

1. A utilização cada vez mais frequente das técnicas de reprodução assistida tem possibilitado a gestação em mulheres que antes não tinham condições de engravidar, com aumento da probabilidade de ocorrência de gravidezes múltiplas e de recém-nascidos prematuros;

2. O uso de novas tecnologias aumentam a sobrevivência de recém-nascidos de baixa idade gestacional com alto risco de morbimortalidade. Isso favorece a migração dos óbitos do período neonatal precoce (óbitos de crianças nascidas vivas menores de 7 dias de vida) para o tardio (óbitos de crianças nascidas vivas de 7 a 27 dias de vida).

O componente *Pós Neo-Natal* (óbitos de 28 dias a menor de um ano) também apresentou uma redução importante, de 4,7 (2003) para 4,0/1000 NV (2008). A melhoria da atenção à criança na rede básica de saúde pode ser considerada como um dos fatores que contribuiu para essa redução.

**Gráfico 8** - Evolução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes  
Município de São Paulo - 2003 a 2008



#### D. Mortalidade por faixa etária e causas

A ocorrência dos óbitos em menores de um ano vem diminuindo, seguindo uma tendência observada desde o início da série, em 1991. Essa redução é também verificada nas outras faixas etárias abaixo de 60 anos. No grupo de idosos (60 anos e mais) a proporção de mortes aumentou de 59,0%, em 2003, para 65,2%, em 2009 (**Tabela 9**).

**Tabela 9** – Mortalidade proporcional por faixa etária  
Óbitos de residentes do Município de São Paulo, 2003 a 2009

Faixa etária	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
< 1 ano	3,9	3,8	3,6	3,4	3,2	3,1	3,0
1-9 anos	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7
10-24 anos	5,5	4,5	3,8	3,6	3,4	3,1	3,1
25-59 anos	30,4	29,5	29,4	28,9	28,6	28,0	27,6
60 anos e +	59,0	61,0	62,1	62,9	63,6	64,6	65,2
Ignorado	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3
<b>Total</b>	<b>100</b>						

Fonte: SIM - PRO-AIM /CEInfo / SMS

A distribuição dos óbitos segundo causas de morte e sexo permite distinguir as diferenças nos perfis de mortalidade de homens e mulheres. A **Tabela 10** mostra que, para ambos os sexos, as três primeiras causas de morte foram as doenças isquêmicas do coração, seguidas pelas doenças cerebrovasculares e pneumonias. As doenças hipertensivas, o diabetes e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, em diferentes posições, também se encontram entre as 10 principais causas de morte em ambos os sexos. Entre as demais causas, nos homens o homicídio, a cirrose hepática e os acidentes de trânsito mostram-se relevantes, enquanto entre as mulheres são as neoplasias malignas (mama e pulmão) e a doença de Alzheimer que passam a se destacar. O câncer de pulmão aparece entre as principais também entre os homens.

**Tabela 10** – Dez principais causas de morte segundo gênero. Município de São Paulo – 2009

	Homens			Mulheres		
	Causas Específicas	Óbitos	%	Causas Específicas	Óbitos	%
1º	Doenças isquêmicas coração	4.726	12,8	Doenças isquêmicas coração	3.691	11,6
2º	D. cerebrovasculares	2.663	7,2	D. cerebrovasculares	3.045	9,6
3º	Pneumonias	2.365	6,4	Pneumonias	2.551	8,0
4º	Homicídios	1.398	3,8	Diabetes mellitus	1.277	4,0
5º	Bronquite, enfisema, asma	1.369	3,7	D. hipertensivas	1.236	3,9
6º	D. hipertensivas	1.071	2,9	CA mama	1.105	3,5
7º	Diabetes mellitus	1.043	2,8	Bronquite, enfisema, asma	1.074	3,4
8º	CA pulmão	1.021	2,8	Insuficiência cardíaca	715	2,3
9º	Acid. trânsito e transporte terrestre	990	2,7	CA pulmão	643	2,0
10º	Lesões intenc. indeterminada	944	2,6	D. Alzheimer	636	2,0
	Demais causas de morte	19.358	52,4	Demais causas de morte	15.775	49,7
	<b>Total</b>	<b>36.948</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>31.748</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM - PRO-AIM / CEInfo / SMS - Dados Preliminares

Na **Tabela 11** (pag. 31) são apresentados coeficientes de mortalidade padronizados por faixa etária<sup>22</sup> de algumas afecções selecionadas segundo CRS. Foram destacados em vermelho, os maiores, e em verde, os menores coeficientes de cada afecção. A distribuição dos coeficientes acompanha, via de regra, as condições gerais de qualidade de vida de cada região, onde as áreas com melhores condições socioeconômicas apresentam os menores coeficientes de mortalidade, como são os casos das doenças isquêmicas do coração, das doenças cerebrovasculares e das pneumonias. Para essas afecções, a região Centro-Oeste apresenta os menores coeficientes, respectivamente 49,9, 29,1 e 25,7 óbitos/100.000 habitantes. Os maiores coeficientes para doenças isquêmicas do coração (66,1) e doença cerebrovascular (51,2) foram observados na região Leste. Para a pneumonia, foi a região Norte que apresentou o maior coeficiente (40,3 óbitos/100.000 habitantes).

No que se refere à aids, a região Sul apresenta os menores coeficientes (4,6/100.000 habitantes), enquanto que na região Centro-Oeste acaba por apresentar um desempenho pior em função dos valores apresentados pela STS da Sé, que alcançou o coeficiente de 15,6 óbitos/100.000 habitantes, o maior entre as 24 Supervisões estudadas.

Para a tuberculose, as regiões Leste e Norte apresentaram os maiores coeficientes, 2,8 óbitos/100.000 habitantes e a região Centro-Oeste o menor, 1,7 óbitos/100.000 habitantes.

<sup>22</sup> A padronização de coeficientes é utilizada para anular as diferenças observadas na estrutura etária entre populações de diferentes áreas e, dessa forma, permitir a comparabilidade entre elas, mesmo que apresentem populações com diferentes estruturas etárias. Para a padronização dos coeficientes de mortalidade por CRS foi utilizada a população do Município de São Paulo em 2000.

Para as doenças hipertensivas, a região Centro-Oeste apresenta o menor coeficiente (10 óbitos/100.000 habitantes) e a região a Leste o maior (23 óbitos/100.000 habitantes). Entretanto, para esta afecção existe uma fragilidade metodológica em função das regras de seleção da causa básica definidas pela CID10, que privilegiam outras afecções em prejuízo da hipertensão quando houver no atestado, por exemplo, doenças isquêmicas do coração ou doenças cerebrovasculares. Nesse caso, a cultura de preenchimento da Declaração de Óbito pode influir de forma significativa nesses valores, implicando a necessidade de estudos por causas múltiplas para poder melhor dimensionar o problema.

Para o diabetes, os menores coeficientes pertencem novamente à região Centro-Oeste, de 11,2 óbitos/100.000 habitantes, e os maiores à região Leste, com 21,2 óbitos/100.000 habitantes, quase igualando-se com a região Norte, com 21,0 óbitos/100.000 habitantes.

No caso do câncer de estômago, não foram verificadas grandes variações entre os coeficientes de mortalidade das cinco regiões. As regiões Norte e Leste exibem os maiores coeficientes e a Centro-Oeste, o menor. As determinações para esta afecção não se restringem ao aspecto socioeconômico, *strictu sensu*, mas envolve também aspectos de hábitos alimentares, tabagismo, presença de gastrite, etnia, etc.

Em relação ao câncer de cólon, o maior coeficiente de mortalidade ocorreu na região Centro-Oeste, considerada a melhor sob o aspecto socioeconômico e de acesso aos serviços (9,3 óbitos/100.000 habitantes). Este é um câncer comumente associado ao maior *status* socioeconômico, baixa ingestão de fibras e alta ingestão de alimentos gordurosos.

Para o câncer de colo de útero, a região Sul apresentou o maior coeficiente de mortalidade, 5,4 óbitos/100.000 mulheres, sendo a Supervisão de Parelheiros detentora do maior valor do município (11,0 óbitos/100.000 mulheres). A CRS Centro-Oeste apresentou o menor coeficiente, 3,2 óbitos/100.000 mulheres. Este é um câncer comumente associado ao baixo nível socioeconômico e à infecção pelo papilomavirus humano (HPV).

O câncer de mama é habitualmente associado à gravidez tardia ou nuliparidade, bem como à não amamentação, entre outros fatores de risco. São comportamentos mais comuns nas áreas de alto nível socioeconômico e cultural. Para o ano de 2009, o maior coeficiente de mortalidade por essa afecção foi exibido pela região Sudeste (17,0 óbitos/100.000 mulheres), seguido da Centro-Oeste (16,8 óbitos/100.000 mulheres). A CRS Sul aparece com o menor coeficiente (13,1).

A mortalidade por câncer de pulmão teve maior coeficiente na Centro-Oeste (13,3 óbitos/100.000 habitantes). No lado oposto, surge a região Leste, com coeficiente de mortalidade de 10,3 óbitos/100.000 habitantes. A Supervisão de Parelheiros exibe isoladamente o menor coeficiente de mortalidade por esta causa (7,8 óbitos/100.000 habitantes). Existe uma clara correlação entre tabagismo e esse câncer.

Com relação ao câncer de próstata, a região Leste apresentou o maior coeficiente, 13,6 óbitos/100.000 homens, enquanto que a região Sudeste, o menor (10,8 óbitos/100.000 homens).

Finalmente, com relação aos homicídios, a região Centro-Oeste mostra o menor coeficiente (8,0 óbitos/100.000 habitantes). O maior fica para a região Sul, com 12,3 óbitos/100.000 habitantes. Cabe ressaltar o alto valor apresentado pela Supervisão de Freguesia/Brasilândia, 19,4 óbitos/100.000 habitantes, isoladamente a região mais violenta da Cidade. Porém, vale a pena ressaltar que o risco estimado de morte por homicídio tem apresentado importante e constante tendência de queda em todas as CRS, e para o Município como um todo na última década.

**Tabela 11** - Coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, padronizados por faixa etária, selecionadas segundo Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo - 2009

	Coordenadoria Regional de Saúde					Município de São Paulo
	Centro Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	
D. Isquêmicas do Coração	49,9	66,1	64,4	56,7	58,0	59,3
D. Cerebro-vasculares	29,1	51,2	43,1	36,0	44,9	40,4
Pneumonia	25,7	38,0	40,3	32,2	36,8	35,2
Aids	8,4	9,1	10,4	8,0	4,6	8,2
Tuberculose	1,7	2,8	2,8	1,8	2,3	2,5
D. Hipertensivas	10,0	23,0	19,3	13,7	18,2	16,4
Diabetes	11,2	21,2	21,0	14,1	15,9	16,4
Câncer estômago	6,2	7,2	7,2	6,6	6,5	6,8
Câncer cólon	9,3	5,9	7,7	7,9	6,0	7,5
Câncer de colo de útero	3,2	4,7	4,4	3,5	5,4	4,3
Câncer de mama	16,8	14,5	15,8	17,0	13,1	15,7
Câncer de pulmão	13,3	10,3	12,1	11,6	11,8	11,9
Câncer de próstata	11,8	13,6	12,5	10,8	11,0	11,9
Homicídio	8,0	11,6	14,6	11,5	12,3	12,9

Fonte: SIM - PRO-AIM / CEInfo / SMS

A **Tabela 12** apresenta os coeficientes de mortalidade padronizados por faixa etária, para algumas afecções selecionadas, no período de 2000 a 2009 (2008 para causas externas). Em destaque, as quedas nos coeficientes de mortalidade por homicídio, tuberculose, aids, úlcera gástrica e duodenal, cirrose e doença alcoólica do fígado, câncer de estômago, esôfago e colo uterino, diabetes, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. As pneumonias mostram ascensão, e o câncer de colo de útero e os acidentes de trânsito mostraram-se estáveis. Para a comparação das tendências de dados com magnitudes tão diversas, foi calculada a variação percentual ajustada (VPA) obtida pela divisão da quantidade estimada de produção a mais ou a menos em cada ano (dado fornecido pelo cálculo da inclinação da reta de regressão linear simples), pela produção média do período.

**Tabela 12** - Coeficientes padronizados de mortalidade por idade e variação percentual ajustada (tendência) segundo causas entre 2000 e 2010 no Município de São Paulo

Causa de morte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	VPA
Doenças infecciosas intestinais	2,3	1,8	1,6	1,5	1,4	1,4	1,6	1,4	1,4	1,1	-5,4
Tuberculose	5,9	4,5	3,9	3,6	3,2	2,8	2,7	2,6	2,4	2,5	-8,9
AIDS	12,9	11,5	10,8	10,3	9,2	8,7	9,0	7,7	8,3	8,2	-5,0
Ca de estômago	10,3	9,4	8,6	8,8	8,5	8,3	8,1	8,0	7,3	6,8	-3,6
Ca de esôfago	3,8	3,4	3,3	3,8	3,7	3,5	3,2	3,1	3,3	3,0	-2,0
Ca de cólon	7,6	6,8	6,8	7,4	7,1	7,2	7,1	7,4	6,6	7,5	0,0
Ca de reto	3,5	3,3	3,6	3,3	2,6	3,4	3,1	3,0	3,3	3,3	-0,8
Ca de fígado	3,8	3,7	4,2	4,4	3,9	4,1	4,0	3,9	3,8	3,9	-0,2
Ca de pâncreas	5,2	4,7	5,0	4,2	4,9	4,6	5,1	4,8	5,0	4,7	-0,2
Ca de laringe	2,6	2,4	2,3	2,4	2,6	2,3	2,3	2,1	2,1	2,2	-1,8
Ca de pulmão	14,7	13,0	12,4	12,2	12,2	12,0	12,0	12,4	11,9	11,9	-1,6
Ca de mama	17,6	18,6	17,5	17,5	17,0	17,4	18,0	17,5	17,5	15,7	-0,8
Ca de colo uterino	4,7	5,5	4,7	4,2	4,0	4,9	4,1	4,1	3,6	4,3	-2,6
Ca de encéfalo	3,7	3,3	3,6	3,8	3,6	3,5	3,5	3,2	3,6	3,4	-0,6
Leucemia	3,9	3,7	3,9	3,9	3,5	3,3	3,5	3,7	3,6	3,5	-1,0
Linfomas	3,7	3,5	3,1	3,3	3,4	3,1	3,3	3,2	2,9	3,0	-1,8
Diabetes mellitus	25,6	20,8	19,7	19,0	19,2	16,2	16,1	16,6	16,1	16,4	-4,5
Doenças hipertensivas	18,0	16,3	15,4	15,5	17,0	16,4	16,2	15,1	15,8	16,4	-0,7
Doenças isquêmicas do coração	92,0	78,5	76,3	73,9	72,4	63,2	64,3	64,1	62,5	59,3	-4,2
Insuficiência cardíaca	12,9	10,3	9,2	8,8	8,1	7,4	7,7	7,8	7,8	8,2	-4,7
Doenças cerebrovasculares	59,2	50,7	49,5	46,4	47,5	42,8	41,5	41,0	40,8	40,4	-3,8
Pneumonias	30,6	28,9	32,9	33,6	36,2	33,5	34,5	35,3	33,2	35,2	1,6
Doenças pulmonares obstrutivas crônicas	28,5	22,6	21,0	22,4	22,7	20,1	20,0	19,0	17,6	17,4	-4,2
Úlcera gástrica e duodenal	3,7	2,7	2,6	2,6	2,9	2,5	2,4	2,3	2,1	1,6	-5,6
Doença alcoólica do fígado	6,6	6,5	6,5	6,1	6,3	6,0	5,6	5,0	4,9	4,8	-3,6
Fibrose cirrose hepática	6,6	5,3	5,2	5,4	4,5	4,3	4,1	4,5	3,8	4,3	-4,6
Acidentes de transporte e trânsito	11,1	13,0	11,8	11,7	10,9	12,3	12,0	12,3	11,6		0,1
Queda	7,2	6,5	5,9	5,7	5,6	5,6	5,8	5,6	6,1		-2,1
Homicídio	52,5	56,1	51,2	47,4	36,5	26,4	21,9	16,4	13,3		-15,3

Fonte: SIM - PRO-AIM / CEInfo / SMS

\* para câncer de mama e colo de útero foi utilizada como população padrão a população feminina do M. S. Paulo de 2000

\*\* para câncer de próstata foi utilizada como população padrão a população masculina do M. S. Paulo de 2000

## E. Morbidade e fatores de risco

As informações sobre perfil da morbidade da população podem ser obtidas por meio do SIH, que se refere às internações na rede SUS, do SINAN (Sistema de Informações de Agravos sob Notificação), por meio de Inquéritos de Saúde e dos Registros de Câncer de Base Populacional. Os inquéritos têm como principal finalidade suprir lacunas dos sistemas de informações, uma vez que abordam questões não registradas rotineiramente nesses sistemas (morbidade, serviços de saúde utilizados, estilo de vida, incapacidades, entre outros).

Dados advindos do Inquérito de Saúde, realizado na Cidade de São Paulo em 2008 (ISA-Capital 2008), mostraram prevalências de morbidade referida, pela população acima de 20 anos, de 21,7% para hipertensão arterial, 6,9% para diabetes, 16,5% para transtornos mentais comuns.

Em relação a estilo de vida e comportamentos de risco para doenças e agravos não transmissíveis, dados desse mesmo inquérito mostram que na Cidade de São Paulo, em 2008, apresentou o percentual de adultos fumantes (maior ou igual a 18 anos) de 21,5%, sendo maior entre os homens (23,8%) do que entre as mulheres (19,6%). Mais de 10% dos adultos referiram consumo abusivo de bebidas alcoólicas (CAGE<sup>23</sup>), sendo 14,0% entre os homens e 5,4% entre as mulheres. Outro fator de risco a ser considerado para as doenças crônicas refere-se à obesidade (Índice de Massa Corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), que apresentou proporção de 13,8% entre adultos.

Quanto aos adultos fisicamente inativos, dados do VIGITEL<sup>24</sup>, em 2008, mostraram um percentual de 25,5% (homens: 29,5% e mulheres: 22,2%). Foram considerados inativos os que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses nem realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocaram para o trabalho caminhando ou de bicicleta, e não foram responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

Outra fonte de informações sobre morbidade refere-se às doenças e agravos de notificação compulsória que se encontram apresentados no capítulo sobre a Vigilância em Saúde.

---

<sup>23</sup> Teste CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opened) e uma questão sobre frequência do consumo de bebidas alcoólicas para a produção destes dados. Masur, J, Capriglione MJ, Monteiro MG, Jorge MR. Detecção precoce do alcoolismo em Clínica Médica através do questionário CAGE. J. Bras Psiq 1985; 34(1): 31-34.

<sup>24</sup> O sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade (Ministério da Saúde).

Dentre as causas de internação, excetuando-se partos (19,6%), predominaram, em 2009, as doenças do aparelho circulatório (11,8%), seguidas de lesões e envenenamentos provocados por causas externas (9,8%) e doenças do aparelho respiratório (9,7%). **(Tabela 13)**

**Tabela 13:**  
**Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) ocorridas no MSP, óbitos, valor médio da AIH e média de permanência (em dias) segundo grupos de causas, MSP, jan a nov/2009**

CID 10 Capítulo	nº AIH	%	Óbitos	valor médio AIH	média permanência (nº dias)
XV. Gravidez parto e puerpério	114.207	19,6	40	574,8	2,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	68.587	11,8	6.416	3.290,2	8,7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	57.214	9,8	1.750	1.231,3	5,6
X. Doenças do aparelho respiratório	56.456	9,7	4.912	1.072,9	6,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	48.858	8,4	1.886	1.383,1	4,6
II. Neoplasias (tumores)	38.503	6,6	3.225	1.668,8	7,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	33.344	5,7	819	1.388,7	4,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	24.747	4,2	38	649,3	15,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21.998	3,8	4.891	1.860,0	10,8
XXI. Contatos com serviços de saúde	19.914	3,4	497	449,0	1,6
VI. Doenças do sistema nervoso	18.747	3,2	534	1.375,4	11,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	16.231	2,8	784	2.239,6	9,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11.889	2,0	112	464,5	4,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11.798	2,0	85	1.573,9	5,6
VII. Doenças do olho e anexos	9.694	1,7	1	925,9	1,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8.585	1,5	613	1.057,4	6,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8.000	1,4	782	727,2	4,1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7.837	1,3	209	3.408,5	6,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4.552	0,8	145	941,7	6,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.780	0,3	-	3.190,3	2,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	134	0,0	9	842,5	5,8
<b>Total</b>	<b>583.075</b>	<b>100</b>	<b>27.748</b>	<b>1.394,8</b>	<b>6,2</b>
Fonte: SIH - DATASUS (07/fev/2010)					

Nota: XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

### Câncer: incidência e rastreamento

A estimativa de incidência de câncer para o Brasil é disponibilizada pelo INCA com a colaboração dos diversos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) existentes no país. O Município de São Paulo, que tem o seu RCBP coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, também colabora para o cálculo das estimativas do INCA. A última publicação se refere à estimativa para o ano de 2010.

A **Tabela 14** apresenta a estimativa dos casos novos de câncer e as taxas brutas de incidência para o Município de São Paulo.

**Tabela 14** - Estimativa de casos novos de câncer e taxas brutas de incidência\* segundo topografia e sexo. Município de São Paulo, 2010.

Topografia	Masculino		Feminino	
	casos	taxa	casos	taxa
Traquéia/brônquio/pulmão	1.560	26,73	910	14,07
Estômago	1.190	20,47	760	11,85
Próstata	4.110	70,48	-	-
Cólon/reto	1.790	30,73	2.030	31,77
Esôfago	560	9,59	160	2,43
Leucemias	430	7,32	380	5,88
Cavidade oral	960	16,48	280	4,33
Pele (melanoma)	310	5,25	320	4,95
Pele (não melanoma)	3.270	56,05	3.410	53,28
Mama feminina	-	-	5.760	89,91
Colo do útero	-	-	1.130	17,57
Outras localizações	6.540	112,12	9.180	143,30
<b>TOTAL</b>	<b>20.720</b>	<b>355,16</b>	<b>24.320</b>	<b>379,67</b>

Fonte: INCA

\* taxas por 100.000

Conforme pode ser observado, foram estimados para o Município de São Paulo 45.040 casos novos de câncer para 2010, sendo as taxas brutas de incidência discretamente mais elevadas nas mulheres. No sexo masculino, além dos tumores de pele não melanoma, surgem como mais frequentes as neoplasias malignas da próstata, cólon e reto, traqueia, brônquio e pulmão, estômago e cavidade oral. No sexo feminino o câncer de mama surge como destaque, superando inclusive os tumores de pele não melanoma. O câncer de cólon e reto, excluídos os tumores de pele, surge como o segundo câncer mais incidente em ambos os sexos, superando os tumores de pulmão nos homens, e os referentes ao colo do útero nas mulheres.

No ISA-Capital 2008 foram também abordadas questões relacionadas à prevenção do câncer. Os resultados indicam acesso maior aos exames preventivos para câncer de colo uterino e de mama, e mostram que, quanto ao câncer colorretal, o rastreamento necessita ampliar sua cobertura.

- realização de *Papanicolaou* em mulheres de 20 anos ou mais: 90,3% (ao menos um teste nos três anos anteriores à pesquisa);
- realização de mamografia (mulheres entre 50 e 69 anos) nos últimos dois anos: 74,3%
- realização de exame para prevenção do câncer de intestino (indivíduos de ambos o sexos com 40 anos ou mais): 12,2%.

#### 4. Serviços e Produção de Saúde no Município de São Paulo

##### A. Serviços de Saúde

A rede SUS no Município de São Paulo é composta por estabelecimentos de saúde, sob Gestão Municipal e Estadual. Dos estabelecimentos sob Gestão Municipal, os próprios da SMS estão relacionados na **Tabela 15**. Além da rede própria a SMS mantém contrato com 69 estabelecimentos de saúde privados, que realizam atendimento ambulatorial e/ou internações. No grupo sob Gestão Estadual predominam hospitais, ambulatórios de especialidades, farmácias de alto custo que, embora em menor número, concentra a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

**Tabela 15** – Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde – Dezembro de 2009\*

Estabelecimentos/ Serviços		Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Total Estab./ Serviços
HM - Hospital Municipal		3	4	4	5	2	<b>18</b>
PSM - Pronto Socorro Municipal		3	1	4	1	3	<b>12</b>
PA - Pronto Atendimento		-	3	-	-	1	<b>4</b>
AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades		2	4	4	7	6	<b>23</b>
AMA - Assistência Médica Ambulatorial		8	31	22	30	24	<b>115</b>
AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades		1	4	4	2	4	<b>15</b>
UBS - Unidade Básica de Saúde		34	112	84	89	115	<b>434</b>
Saúde Mental Total: 103 Unidades/ Serviço	AE SM - Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental	1	-	1	-	-	<b>2</b>
	CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas	3	5	3	6	3	<b>20</b>
	CAPS ADULTO - Centro de Atenção Psicossocial Adulto	4	6	6	5	5	<b>26</b>
	CAPS INF - Centro de Atenção Psicossocial Infantil	2	3	2	5	2	<b>14</b>
	CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa	2	4	5	5	5	<b>21</b>
	RT - Residência Terapêutica	5	3	5	5	2	<b>20</b>
Saúde Bucal Total: 29 Unidades	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	2	4	4	7	4	<b>21</b>
	COE – Clínica Odontológica de Especialidades	1	3	-	1	2	<b>7</b>
	Clínica Odontológica	-	-	-	1	-	<b>1</b>
DST/ AIDS Total: 22 Unidades	CR - Centro de Referência	-	-	1	1	1	<b>3</b>
	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	1	5	1	-	2	<b>9</b>
	SAE - Serviço de Atendimento Especializado	3	2	1	2	2	<b>10</b>
CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem		1	1	-	-	-	<b>2</b>
CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional		-	1	-	1	-	<b>2</b>
Centro de Ref. de Plantas Medicinais Práticas Naturais em Saúde		-	2	-	-	-	<b>2</b>
CRST - Centro de Referência Saúde do Trabalhador		2	1	1	1	1	<b>6</b>
NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação		3	10	7	7	5	<b>32</b>
NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva		3	3	3	3	3	<b>15</b>
UAD - Unidade de Assistência Domiciliar		1	4	6	8	6	<b>25</b>
URSI - Unidade de Referência Saúde do Idoso		3	-	2	2	2	<b>9</b>
Laboratório		1	-	1	1	1	<b>4</b>
Laboratório de Vigilância em Saúde		-	-	3	-	1	<b>4</b>
Casa do Parto		-	-	-	1	-	<b>1</b>
CASA SER - Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva		-	1	-	-	-	<b>1</b>
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses		-	-	1	-	-	<b>1</b>
CCI – Centro de Controle de Intoxicação		-	-	-	-	1	<b>1</b>
SUVIS - Supervisão de Vigilância em Saúde		3	7	5	5	5	<b>25</b>
Unidade de Medicinas Tradicionais		1	-	-	-	-	<b>1</b>
CR Homeopatia - Centro de Ref. em Homeopatia e Med. Tradicionais		-	-	-	1	-	<b>1</b>
<b>Total de estabelecimentos/ serviços</b>		<b>91</b>	<b>224</b>	<b>180</b>	<b>202</b>	<b>208</b>	<b>907</b>

Fonte: SMS/CEInfo/Atenção Básica/COVISA

\* Dados preliminares, sujeitos à revisão.

## B. Produção Ambulatorial

A produção ambulatorial SUS na Cidade de São Paulo, em 2009, foi superior a 270 milhões de procedimentos, realizados por estabelecimentos, próprios ou conveniados/contratados com a SMS e Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP).

A **Tabela 16** apresenta a participação dos estabelecimentos de saúde sob Gestão da SMS e SES-SP, na produção total de procedimentos ambulatoriais. Observa-se que os procedimentos de atenção básica são quase que na totalidade realizados pela SMS, e os de alta complexidade estão concentrados nos estabelecimentos da SES-SP, dos quais mais de 90% referem-se à Assistência Farmacêutica.

**Tabela 16** - Procedimentos ambulatoriais do SUS apresentados pelos estabelecimentos de saúde prestadores de serviços para o SUS (1), segundo a complexidade do procedimento e Secretaria de Saúde responsável pela produção. Município de São Paulo, 2009 (2)

Complexidade do procedimento	SMS		SES		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atenção Básica	75.091.563	99,97	21.506	0,03	75.113.069	100,00
Média complexidade	46.990.178	55,41	37.813.334	44,59	84.803.512	100,00
Alta complexidade	1.761.817	1,57	110.549.729	98,43	112.311.546	100,00
<b>Total (3)</b>	<b>123.843.558</b>		<b>148.384.569</b>		<b>272.228.127</b>	

Fonte: Ministério da saúde/SIA/Arquivo de 19/02/2010

Notas:

1. Incluídos estabelecimentos próprios e conveniados/contratados da respectiva Secretaria
2. Situação da base de dados nacional em 05/03/2010, até a apresentação dezembro/09, arquivo de 19/02/2010. Sujeita a atualização visto que o sistema admite apresentações com até 3 meses de atraso.
3. Excluídos os procedimentos para os quais não se aplica a classificação de complexidade (administrativos da área de regulação e incentivos financeiros= 4.173.891)

Em relação à Terapia Renal Substitutiva, procedimento classificado como de alta complexidade, SMS tem sob sua Gestão, 34 dos 39 serviços implantados no Município de São Paulo, que, obedecendo às normas de regulação da Central de Diálise do Complexo Regulador Municipal, assistiram a 58.109 pacientes, o que corresponde a 92,90% dos renais crônicos referenciados à totalidade das instituições. Com a inclusão de mais quatro clínicas especializadas na Gestão Municipal, decorrente do certame licitatório ocorrido em 2009, estima-se um incremento de aproximadamente 600 (seiscentas) novas vagas para o ano de 2010.

**Tabela 17** – Pacientes atendidos em sessões de hemodiálise realizadas, atendidos pelos serviços de saúde prestadores SUS, segundo a Gestão responsável pela produção. Município de São Paulo, 2009

Gestão	Nº Serviços	N.º Sessões de Hemodiálise / ano	Nº Pacientes / ano	%
Municipal	34	740.971	58.109	92,90%
Estadual	5	53.438	4.443	7,10%
Total	39	794.409	62.552	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde / SIA – Período: jan a dez / 09

Ainda sobre a alta complexidade, é importante destacar que a SMS tem sob sua Gestão quatro hospitais habilitados como Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON / Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON que realizaram em 2009, 432.090 sessões de quimioterapia e radioterapia, correspondendo a 56,13 % da produção total dos prestadores SUS inseridos no Município. Com a implantação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP, serviço sob Gestão Estadual, e as pactuações que vêm ocorrendo entre a Regulação Estadual e Municipal, pretende-se a partir de 2010, melhoria do acesso, tanto quantitativa, quanto qualitativa, à população própria e referenciada a esse Município.

**Tabela 18** – Pacientes atendidos em sessões de quimioterapia e radioterapia realizadas, atendidos pelos serviços de saúde prestadores SUS, segundo a Gestão responsável pela produção. Município de São Paulo, 2009

Gestão	Nº serviços	Nº sessões de Quimioterapia e Radioterapia / ano	%
Municipal	4	432.090	56,13%
Estadual	10	337.778	43,87%
Total	14	769.868	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde / SIA – Período: jan a dez / 09

Dentre os procedimentos ambulatoriais, 18.757.731 foram consultas médicas básicas, valor que superou em mais de 1,5 milhões a produção observada em 2008. Verifica-se, ainda, crescimento de primeiras consultas odontológicas e de coleta de material para *Papanicolaou*. A participação da SES nesta complexidade de atenção vem caindo ano a ano (**Tabela 19**). O crescimento do número de consultas médicas básicas deveu-se principalmente ao desempenho das unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que realizaram 9.683.987 consultas, 30% a mais que em 2008. Nos últimos anos a produção de consultas médicas básicas nas UBS continua estável.

As consultas médicas especializadas retomaram, em 2009, seu crescimento após queda nos dois anos anteriores, em consequência a criação de novas AMA Especialidades. As consultas de urgência/emergência continuam com valores menores que 2006, o que pode ser explicado como possível impacto do aumento da atividade das AMA, que absorveram a demanda de consultas de urgência de baixa complexidade anteriormente atendidas pelos prontos-socorros, quadro observado tanto nos estabelecimentos sob Gestão da SMS quanto nos sob Gestão da SES.

**Tabela 19** - Procedimentos Ambulatoriais selecionados realizados por estabelecimentos de Saúde prestadores de Serviços para o SUS (1), segundo Secretaria de Saúde responsável pela produção. Município de São Paulo, 2006 a 2009 (4)

Procedimentos	Ano	SMS				SES		Total SUS do Município
		SMS-Próprios	SMS-Conveniados / Contratados	Total	% em relação ao Município	Próprios e Conveniados	% em relação ao Município	
Consultas médicas básicas(2) (4) (5)	2006	10.334.243	4.352	10.338.595	88,0	1.411.54	12,0	11.750.143
	2007	12.505.932	10.072	12.516.004	91,6	1.150.08	8,4	13.666.087
	2008	15.615.159	110.415	15.725.574	91,4	1.487.33	8,6	17.212.909
	2009	8.144.905	20.943	18.165.848	96,8	591.883	3,2	18.757.731
Primeira consulta odontológica programática (2)	2006	219.603	14.789	234.392	77,8	66.917	22,2	301.309
	2007	187.352	15.436	202.788	79,6	51.941	20,4	254.729
	2008	218.699	10.375	229.074	84,9	40.699	15,1	269.773
	2009	389.368	9.925	399.293	93,7	26.802	6,3	426.095
Coleta de material para exame citopatológico (Papanicolaou) (2)	2006	603.890	4.730	608.620	89,0	75.287	11,0	683.907
	2007	653.976	3.851	657.827	91,4	62.077	8,6	719.904
	2008	669.259	3.965	673.224	91,0	66.222	9,0	739.446
	2009	722.430	3.711	726.141	95,0	38.409	5,0	764.550
Consultas médicas especializadas(3)	2006	1.838.584	1.209.372	3.047.956	38,6	4.853.90	61,4	7.901.859
	2007	1.792.461	1.377.210	3.169.671	40,4	4.682.82	59,6	7.852.498
	2008	1.633.429	1.171.853	2.805.282	40,4	4.313.31	59,6	7.118.593
	2009	2.027.626	1.026.295	3.053.921	37,9	5.023.11	62,1	8.077.037
Consultas médicas de urgência/emergência (3)	2006	4.038.775	1.576.918	5.615.693	56,7	4.295.48	43,3	9.911.180
	2007	3.655.653	1.506.846	5.162.499	55,6	4.126.13	44,4	9.288.633
	2008	2.861.659	840.301	3.701.960	55,6	2.842.61	44,4	6.544.579
	2009	3.358.730	523.630	3.882.360	51,1	3.740.61	48,9	7.622.975

Fonte: Ministério da Saúde/SIA - Elaboração: CEInfo/GIA

Notas:

(1) A rede SUS compõe-se de estabelecimentos de saúde de esferas administrativas estadual, federal, municipal e privada conveniada/contratada sob Gestão da Secretaria Municipal da Saúde ou da Secretaria Estadual da Saúde;

(2) O Município de São Paulo é Gestor único da atenção básica realizada por todos os estabelecimentos prestadores de serviço para os usuários do SUS em seu território;

(3) O Município de São Paulo compartilha com a Secretaria Estadual da Saúde a gestão da média e alta complexidade realizada pelos estabelecimentos prestadores de serviço para os usuários do SUS em seu território;

(4) dados preliminares sobre produção apresentada até a competência dezembro/09, arquivo de 19/02/10;

(5) Inclui as consultas realizadas pelas AMA.

Em relação aos repasses financeiros da assistência ambulatorial, observa-se que todo o recurso do Piso da Atenção Básica (PAB), Vigilância em Saúde e Incentivo MAC (particularmente ações do SAMU) concentram-se na Gestão da SMS, a Assistência Farmacêutica na Secretaria Estadual e os demais tipos encontram-se distribuídos entre as duas Secretarias (**Tabela 20**).

Dos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC (alguns materiais especiais, hemodiálises, mamografias, ultrassonografia e procedimentos oftalmológicos), 77,89% estão sob Gestão Municipal.

Chama a atenção que, embora a SMS realize 55,16% dos procedimentos financiados pela MAC, recebe repasse de 46,46% do valor total o que indica que a SES realiza procedimentos mais caros que a SMS.

**Tabela 20** - Quantidade de procedimentos apresentados e valores aprovados segundo tipo de financiamento e Secretaria de Saúde e total. Município de São Paulo, 2009

Tipo de Financiamento	Gestão SMS (Município Pleno)				Gestão SES (Estado Pleno)				Total do Município	
	Quantidade apresentada	%	Valor aprovado (R\$)	%	Quantidade apresentada	%	Valor aprovado (R\$)	%	Quantidade apresentada	Valor aprovado (R\$)
01 Atenção Básica	73.911.741	100,0	Transferência per capta	-	-	-	-	-	73.911.741	-
02 Assistência Farmacêutica	-	-	-	-	109.512.532	100,0	365.488.782,37	100,0	109.512.532	365.488.782,37
04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	987.871	85,5	157.894.674,31	78,0	167.638	14,5	44.592.849,38	22,0	1.155.509	202.487.523,69
05 Incentivo - MAC	2.495.490	100,0	-	-	-	-	-	-	2.495.490	-
06 Média e Alta Complexidade (MAC)	48.206.554	55,2	397.383.665,51	46,5	39.190.513	44,8	457.966.656,47	53,5	87.397.067	855.350.321,98
07 Vigilância em Saúde	1.929.679	100,0	Transferência per capta	-	-	-	-	-	1.929.679	-
<b>Total</b>	<b>127.531.335</b>	<b>46,1</b>	<b>555.278.339,82</b>	<b>39,0</b>	<b>148.870.683</b>	<b>53,9</b>	<b>868.048.288,22</b>	<b>61,0</b>	<b>276.402.018</b>	<b>1.423.326.628,04</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SIA arquivo de 19/02/2010

Notas:

1. Incluídos estabelecimentos próprios e conveniados/contratados da respectiva Secretaria
2. Situação da base de dados nacional em 05/03/2010, até a apresentação dezembro/09, arquivo de 19/02/2010. Sujeita a atualização visto que o sistema admite apresentações com até 3 meses de atraso.
3. Excluídos os procedimentos para os quais não se aplica a classificação de complexidade (administrativos da área de regulação e incentivos financeiros= 4.173.891)

A dinâmica da prestação da assistência observada no Município de São Paulo aponta que, ao mesmo tempo em que foi reforçado o papel da Gestão SMS na atenção básica, a Gestão SES permanece produzindo os maiores volumes de atendimentos que exigem maior complexidade tecnológica e de maior custo unitário.

### **C. Produção Hospitalar**

Em 2009, foram realizadas 633.865 internações no Município de São Paulo, ultrapassando a produção registrada em 2008, quando houve perda de dados em consequência à implantação da nova Tabela de Procedimentos SUS e às dificuldades operacionais resultantes dos ajustes realizados nos sistemas de informação. Cerca de 40% das internações ocorreram em estabelecimentos sob Gestão Municipal, incluindo os conveniados/contratados, e 60% em estabelecimentos sob Gestão da SES, que possui maior concentração de leitos de média e alta complexidade (**Tabela 21**).

Do total de internações de 2009, 12,4% referem-se a usuários residentes em outros municípios, sendo 9,4% da Grande São Paulo, 2,4% de outros municípios do Estado e 0,6% de outros estados. Os hospitais próprios e conveniados com a SMS internaram 29,6% dos usuários procedentes da Grande São Paulo, 41,6% daqueles do interior do Estado e 28,2% de usuários de outros estados.

Vale ressaltar que houve aumento do número de internações sob Gestão da SMS, apesar da redução da participação dos hospitais conveniados/contratados, de 105.750 internações, em 2008, para 97.281, em 2009, em consequência da transferência dos Hospitais Santa Marcelina e do Servidor Público Estadual para Gestão da SES e do encerramento de contratos com dois hospitais psiquiátricos.

**Tabela 21** - Autorizações de Internação hospitalar pagas pelos SUS (1) ocorridas em estabelecimentos de saúde segundo Secretaria de Saúde responsável pela Gestão e local de residência dos pacientes. Município de São Paulo, 2006 a 2009

Município / Estado de residência	Ano	Gestão SMS				Gestão SES		Total SUS do Município	
		Próprios	Conveniados/contratados	Total	% do Município	Próprios e conveniados	% do Município	freq.	% por residência
Município de São Paulo	2006	102.369	121.841	224.210	41,5	316.053	58,5	540.263	86,5
	2007	102.878	127.029	229.907	40,0	344.215	60,0	574.122	87,3
	2008	114.270	83.750	198.020	38,8	312.529	61,2	510.549	87,3
	2009	144.039	75.856	219.895	39,6	335.347	60,4	555.242	87,6
Municípios da Grande São Paulo (exceto São Paulo)	2006	1.470	22.050	23.520	38,6	37.404	61,4	60.924	9,8
	2007	1.200	22.232	23.432	36,9	40.013	63,1	63.445	9,7
	2008	2.584	15.240	17.824	31,6	38.522	68,4	56.346	9,6
	2009	3.355	14.206	17.561	29,6	41.809	70,4	59.370	9,4
Outros municípios do Estado de São Paulo (exceto Grande São Paulo)	2006	44	7.380	7.424	50,3	7.332	49,7	14.756	2,4
	2007	71	6.738	6.809	45,0	8.338	55,0	15.147	2,3
	2008	151	5.744	5.895	41,0	8.485	59,0	14.380	2,5
	2009	204	6.176	6.380	41,6	8.963	58,4	15.343	2,4
Outros Estados	2006	34	4.524	4.558	52,9	4.059	47,1	8.617	1,4
	2007	13	1.506	1.519	32,9	3.094	67,1	4.613	0,7
	2008	39	1.016	1.055	28,2	2.680	71,8	3.735	0,6
	2009	59	1.043	1.102	28,2	2.808	71,8	3.910	0,6
Total	2006	103.917	155.795	259.712	41,6	364.848	58,4	624.560	100,0
	2007	104.162	157.505	261.667	39,8	395.660	60,2	657.327	100,0
	2008	117.044	105.750	222.794	38,1	362.216	61,9	585.010	100,0
	2009	147.657	97.281	244.938	38,6	388.927	61,4	633.865	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SIH - Elaboração: CEInfo/GIA

Notas: (1) internações apresentadas no ano independente da data da alta do paciente

## **IV. Gestão do SUS no Município**

Uma Região de Saúde compreende um sistema integrado de serviços que articule os serviços de atenção básica e serviços de média e alta complexidade, e que esses por sua vez, articulem-se em sua macrorregião. O Município de São Paulo, inserido na maior região metropolitana da América Latina, com cerca de 20 milhões de habitantes, é o grande polo para atividades econômicas, e no que tange aos serviços de saúde é referência para o país, contando com os serviços mais complexos e de mais alta tecnologia, igualando-se aos melhores centros hospitalares mundiais, constitui-se numa Região de Saúde de acordo com o preconizado no Pacto pela Saúde.

O Município participou da elaboração da Programação Pactuada e Integrada PPI/2008, e assinou os Termos de Garantia de Acesso, comprometeu-se com a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais nos serviços existentes em seu território, com mais de 500 municípios do Estado e, para procedimentos mais complexos, garantiu o acesso a pacientes de outros estados.

As reuniões do Colegiado de Gestão Regional (CGR) ocorrem mensalmente, com a participação dos Coordenadores representantes da Secretaria Municipal da Saúde e com representantes da Diretoria Regional de Saúde – DRS 1, SUCEM e Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde. Esse fórum foi criado de acordo com as disposições estabelecidas no Pacto pela Saúde (Portaria 399/06), constituindo-se em espaço de planejamento e pactuação entre os Gestores Municipal e Estadual. O CGR do Município de São Paulo é responsável pela pactuação de estratégias de condução e operacionalização do SUS no território municipal, e tem por finalidade qualificar o processo de regionalização e descentralização da gestão, ações e serviços de saúde.

O Termo de Compromisso de Gestão, que compreende as responsabilidades da esfera municipal, de acordo com o Pacto pela Saúde, foi discutido e aprovado internamente, tendo sido encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde em 2009.

A Secretaria Municipal da Saúde cumpre a legislação do SUS quanto às diretrizes do planejamento, tendo realizado o Plano Municipal de Saúde 2008 e 2009; os Relatórios Anuais de Gestão estão disponíveis a partir de 2005.

## 1. Financiamento do SUS

O financiamento do Sistema de Saúde Municipal ocorre: por meio de recursos financeiros oriundos do Tesouro Municipal, em sua maior parte, de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, distribuídos em cinco Blocos, de acordo com o Pacto pela Saúde, além de convênios celebrados com o Estado e/ou Ministério da Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi instituído pela Lei Municipal 10.830, de janeiro de 1990, modificado pela Lei 13.563 de abril de 2003, vinculado à Secretária Municipal de Saúde. Tem como objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento dos recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, para implantação, consolidação e manutenção do SUS.

A seguir, apresentamos a **Tabela 22** com a evolução da receita total decorrente de Impostos Municipais, as despesas vinculadas a Emenda 29/2000 e seu percentual de aplicação no decorrer dos anos 2004 a 2009. Observa-se o crescente aumento dos recursos do Tesouro Municipal com saúde, ultrapassando em muito o preconizado de 15%, de acordo com a Emenda 29.

**Tabela 22** – Evolução dos percentuais de aplicação em atenção a Emenda 29, no período de 2004 a 2009

<i>Ano</i>	<i>Receita decorrente de Impostos (R\$)</i>	<i>Despesas vinculadas a Emenda 29 (R\$)</i>	<i>Percentual de aplicação</i>
<b>2004</b>	9.647.805.423	1.455.173.083	<b>15,08</b>
<b>2005</b>	10.967.290.529	1.857.178.084	<b>16,93</b>
<b>2006</b>	13.219.328.578	2.116.707.116	<b>16,01</b>
<b>2007</b>	14.959.957.271	2.427.592.691	<b>16,23</b>
<b>2008</b>	16.929.189.432	3.272.010.652	<b>19,33</b>
<b>2009</b>	17.735.561.504	3.640.559.171	<b>20,53</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Finanças

## 2. Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMSSP) remonta, ao final da década de 1970, oriundo do processo de lutas por melhoria de qualidade vida e em prol da democratização do país.

Em 1989 é regulamentado, no artigo 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, o primeiro Conselho Municipal, por meio da Portaria SMS nº 1.166/89. O Regimento Interno do Conselho foi publicado em 1992. O CMSSP adquire sua conformação legal na Lei nº 12.546/98, sendo regulamentado pelos Decretos nº 37.330 /98, nº 38.000/99 e nº 38.576/99.

O Plenário do Conselho Municipal de saúde é o fórum de deliberação configurado por reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias dos membros do CMS designados de forma paritária dentre os segmentos que o compõe: Representantes da Sociedade Civil (50%), Trabalhadores da saúde (25%) e Instituições governamentais/prestadores de serviços e fornecedores ou produtores de materiais de saúde(25%). Num total de 64 cadeiras, entre titulares e suplentes; na atual gestão (2010-2011) são ocupadas 60, não havendo até o presente tomado posse as representações das instituições de ensino superior e institutos de pesquisa públicos, nem do Conselho de fiscalização de exercício profissional de atividade meio.

O Conselho Municipal de Saúde ocupa espaço na sede central da SMS, e conta com Secretária Geral e nove funcionários para garantir o seu funcionamento, além dos equipamentos necessários para o desempenho de suas funções.

A Lei 13.325/2002 dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas unidades do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Esses conselhos são instituídos em todas as unidades vinculadas ao SUS. Têm caráter permanente e deliberativo e destinam-se ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e ações de saúde, em sua área de abrangência.

A Secretaria Municipal da Saúde promoveu o “I Encontro de Conselheiros Gestores de Saúde” com a apresentação do balanço das ações do Plano Municipal de Saúde 2008-2009, além de apresentar as metas para o ano de 2010. Nos dias 8 e 9 de janeiro, mais de 2.000 integrantes dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, reuniram-se para discutir o fortalecimento da participação local nas políticas públicas de saúde da Capital. A expectativa foi o fortalecimento dos mecanismos de acompanhamento e fiscalização das Unidades de Saúde. No evento também foi divulgada uma preliminar dos indicadores do Pacto pela Vida 2009, e realizada pesquisa sobre o perfil dos Conselheiros Gestores, bem como a avaliação das políticas de saúde desenvolvidas. Os participantes puderam ainda trocar experiências exitosas na condução de seus trabalhos. No final do Encontro foram entregues prêmios para as iniciativas de destaque dos Conselhos Gestores.

A Cidade conta com cerca de 4 mil Conselheiros, distribuídos em 476 Conselhos Gestores. Seus membros estão vinculados aos serviços do Sistema Único de Saúde. Cada serviço, desde as UBS até os Hospitais, deve possuir o seu Conselho Gestor, que é responsável pelo planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde, em sua área de abrangência. Todos os Conselhos são paritários, isto é, compostos por 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de representantes da direção da Unidade onde estão vinculados.

### **3. Ouvidoria**

A Ouvidoria Central da Saúde tem como missão aprimorar a qualidade dos serviços de saúde e promover a interlocução entre o cidadão e as Instituições Públicas, além de orientar o usuário sobre seus direitos de cidadão.

A Ouvidoria Central da Saúde tem como meta principal a humanização nas relações estabelecidas nos serviços de saúde com os usuários, resgatando e fortalecendo o comportamento ético além de contribuir para mudanças culturais na área.

A Ouvidoria recebe as manifestações dos cidadãos em forma de solicitação, reclamação, denúncia, sugestão e elogios, referentes aos serviços prestados e as encaminha aos órgãos competentes.

- ✓ Fornece informações gerais sobre o funcionamento do SUS;
- ✓ Atua em situações de emergências atenuando conflitos;
- ✓ Colabora na melhoria dos serviços ofertados pelo SUS.

Como meta a ser alcançada para 2013, a Ouvidoria busca implantar a rede descentralizada de escuta, resolução e acompanhamento das demandas dos usuários; aperfeiçoar os profissionais envolvidos, capacitando-os continuamente; informatizar os processos, estabelecendo a “Rede de Ouvidoria Municipal”.

## **V. Descrição da organização e desempenho dos serviços da Secretaria Municipal da Saúde**

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) tem como principal missão proteger, prestar serviços de assistência e promover a saúde da população. Constitui-se na responsável pela Gestão do SUS na esfera municipal.

Nos últimos cinco anos, SMS expandiu os Serviços e Unidades de Saúde de forma significativa, tanto na rede básica como na rede hospitalar, a criação das AMA e AMA Especialidade, a inauguração de dois novos hospitais (Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moyses Deutsch e Hospital Municipal Cidade Tiradentes – Carmen Prudente) e a incorporação do Hospital São Luiz Gonzaga. Essa expansão foi acompanhada de profunda reestruturação e, atualmente, a SMS apresenta uma estrutura administrativa que inclui Unidades, Coordenações e Núcleos, abaixo relacionados:

### **1. Composição da Secretaria Municipal da Saúde**

1. Gabinete do Secretário:
  - Superintendência da Autarquia Hospitalar;
  - Assessoria Jurídica;
  - Assessorias Técnicas;
  - Assessoria de Comunicação e Imprensa.
2. Gabinete de Secretário Adjunto:
  - Assessoria Jurídica;
  - Assessorias Técnicas;
  - Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS);
  - Núcleo de Programas Estratégicos em Saúde (NUPES);
  - Coordenação Municipal de Assistência as Urgências e Emergências (COMURGE).
3. Chefia de Gabinete:
  - Assessoria Jurídica;
  - Assessorias Técnicas;
  - Divisão Administrativa;
  - Unidade de Gerenciamento de Projetos (UGP);
  - Grupo de Desenvolvimento da Rede Física (GDRF);
  - Ouvidoria Central da Saúde.
4. Coordenação da Atenção Básica e 5 Coordenadorias Regionais de Saúde;
5. Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA);
6. Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
7. Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar (COGERH);
8. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo)

9. Coordenação de Gestão de Pessoas;
10. Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação (ATTI);
11. Coordenação do Programa Mãe Paulistana;
12. Coordenação de Finanças e Orçamento;
13. Coordenação de Suprimentos.

Diretamente ligado ao Gabinete encontra-se o Conselho Municipal de Saúde;

## **2. Atenção Básica no Município de São Paulo**

A Coordenação da Atenção Básica promoveu entre os anos de 2005 e 2009, por intermédio dos Programas Prioritários e Estratégicos e das Áreas Técnicas, importante ampliação no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades regionais e fortalecendo a integralidade na Atenção à Saúde.

Os cidadãos desta metrópole encontram-se expostos aos mais diferentes fatores, sejam eles econômicos, sociais, ambientais e culturais, determinando à Gestão Municipal da Saúde iniciativas ousadas no desenvolvimento de estratégias resolutivas e em consonância com as suas singularidades e necessidades de saúde.

O Planejamento Estratégico que deu origem ao Plano Municipal de Saúde 2010-2013, entre outros Indicadores, contemplou os do Pacto Pela Vida 2010-2011 e as metas Municipais da Agenda 2012, que foram incorporados às ações programáticas e estratégicas da Coordenação da Atenção Básica.

De acordo com o observado na **Tabela 15** (página 37) a Gestão Municipal conta com 434 Unidades Básicas de Saúde, oferecendo o atendimento básico como porta de entrada ao sistema de saúde. A Estratégia da Saúde da Família (ESF), em dezembro de 2009, contava com 1169 equipes e cobertura de 42,5% da população.

As 115 Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e as 15 de Assistência Médica Ambulatorial Especialidades (AMA E) integram a estrutura da Atenção Básica na Cidade, compondo as grades de referências e contrarreferências dos serviços de baixa, média e alta complexidade. Possuem fluxos e protocolos definidos e pactuados entre os executantes e Gestor, garantindo a relação entre os estabelecimentos e serviços.

As AMA oferecem pronto-atendimento para a demanda de baixa complexidade integrando-a às UBS, enquanto as AMA Especialidades oferecem consultas nas especialidades de: ortopedia, cirurgia vascular, cardiologia, endocrinologia, neurologia, urologia e reumatologia. Além das consultas, dispõem de exames: eletrocardiograma, teste ergométrico, holter, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA),

ecodopplercardiograma, doppler vascular, eletroencefalograma, ultrassonografia, RX e exames laboratoriais. As AMA Especialidades absorvem a demanda de média complexidade com qualidade e resolutividade, sem perder a medida do risco e a necessidade da continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica e, seu agendamento é realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde. A garantia da integralidade das ações, possibilitada por um sistema de referência e contrarreferência eficaz, foi efetivada por meio da informatização da totalidade dos equipamentos de saúde da rede básica.

### **2.1. Atenção Básica e os Programas Prioritários**

O objetivo é fazer da Atenção Básica o principal acesso ao Sistema Municipal de Saúde ao aprimoramento do planejamento. A regionalização promovida pela SMS desde 2005, com a criação das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS e das 25 Supervisões Técnicas de Saúde - STS favoreceu o planejamento de forma ascendente com base epidemiológica, considerando os determinantes e condicionantes do processo "saúde e doença".

Das Unidades Básicas de Saúde existentes, 58,9% desenvolvem suas atividades com a Estratégia Saúde da Família, porém todas atuam seguindo as diretrizes definidas pela Coordenação da Atenção Básica que são:

- Atuar em território definido;
- Desenvolver atividades de promoção e prevenção dos problemas de saúde mais frequentes;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais;
- Ofertar assistência básica integral e resolutiva;
- Atuar com humanização no atendimento;
- Favorecer a participação social constituindo Conselhos Gestores em toda rede básica.

#### **a) Estratégia Saúde da Família**

Nos oito anos de implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF, a SMS deu passos importantes para sua consolidação, estabelecendo-a como uma das estratégias de reorganização do Sistema Municipal de Saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica -Portaria nº 648-MS/GM, de 28/03/2006.

A Estratégia Saúde da Família, ao se fundamentar no trabalho de equipes multiprofissionais e desenvolver ações de saúde num território definido, estabelece vínculos e relações de corresponsabilidade com a população assistida, com o objetivo de alcançar atenção efetiva e qualificada. O trabalho com foco na família, considerando o indivíduo em seu contexto social, econômico e ambiental, é capaz de prevenir os

agravos à saúde mais prevalentes na região, e de aproximar a assistência da real condição de vida dos usuários.

### Consolidação da Estratégia Saúde da Família

Expansão – Em dezembro de 2004, o Município de São Paulo contava com 722 equipes da ESF e cobertura de 27% da população; em dezembro de 2009 atingiu 1.169 e cobertura de 42,5%; a previsão da Agenda 2012 é alcançarmos 1224 equipes e cobertura de 45% da população até o ano de 2012.

**Tabela 23** – Expansão das equipes da ESF – Cobertura da população até 2012

Coordenadorias Regionais de Saúde	Nº equipes ESF	Capacidade de atendimento das equipes	População Tabwin 2009	Cobertura %
C. OESTE	97	388.000	1.257.115	31
LESTE	250	1.000.000	2.486.850	40
NORTE	197	788.000	2.177.841	36
SUDESTE	196	784.000	2.489.487	31
SUL	484	1.936.000	2.587.520	75
<b>TOTAL</b>	<b>1224</b>	<b>4.896.000</b>	<b>10.998.813</b>	<b>45</b>

Fonte: PSF da SMS

Com base nestes dados, os indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, temos as seguintes metas:

Indicador	Meta 2010	Meta 2011
Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	30%	31%

### Sistema de Monitoramento e Avaliação

Importante marco no processo de consolidação da ESF ocorreu em outubro de 2007, com a criação do sistema de monitoramento para o controle e avaliação da Estratégia da Saúde da Família. A construção e implantação dessa nova ferramenta tornou mais ágil e organizou a avaliação da ESF, utilizando como fonte, o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Após análise da série histórica do SIAB, referente ao ano de 2007, foi priorizada a construção de 17 indicadores com eixos prioritários de atenção à saúde: Saúde da

Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Doenças de Notificação Compulsória. Foram incluídos também, indicadores de acompanhamento dos Planos de Trabalho, além das atividades de Educação Permanente.

### **Conselho de Acompanhamento dos Convênios -CONAC**

O Sistema de Avaliação e Monitoramento permitiu o acompanhamento dos convênios de ESF e teve como inovação a inclusão da cláusula no Termo de Convênio, que criou o Conselho de Acompanhamento dos Convênios - CONAC. Esse instrumento legal, regulamentado por meio da Portaria 1061/08-SMS.G, designou servidores municipais das instâncias da Coordenação da Atenção Básica, Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde para realizar sistematicamente, com as Instituições Parceiras, o acompanhamento dos Convênios, em reuniões bimestrais e trimestrais.

### **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 154 MS/GM de 24/01/2008, instituiu os Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF). Os núcleos devem ser organizados por equipes multiprofissionais (psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, médico acupunturista, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional), que devem estar vinculadas às equipes da Estratégica Saúde da Família. De acordo com a Portaria, um NASF deve dar suporte para no mínimo seis, e no máximo vinte equipes de ESF. A média definida para a Cidade é de um NASF para 12 equipes.

A Coordenação da Atenção Básica, após estudo com as Coordenadorias Regionais de Saúde, iniciou em julho de 2008 a implantação de oitenta e seis núcleos para atender as demandas das regiões de saúde. A implantação dos NASF possibilita o aumento da resolutividade na UBS, pois aumenta o escopo das ações da ESF e qualifica a assistência. Até dezembro de 2009 foram implantados 81 NASF. Na Agenda 2012 a meta é alcançar 86 NASF.

**Tabela 24** - Distribuição dos NASF por CRS segundo número de profissionais, UBS e nº de ESF com NASF

CRS	NASF	Nº de profissionais	UBS	ESF	Proporção NASF/ESF
Centro Oeste	08	60	23	82	1:10
Sul	30	286	86	462	1:15
Norte	13	108	43	189	1:14
Leste	20	158	55	240	1:12
Sudeste	15	113	46	196	1:13
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>725</b>	<b>253</b>	<b>1169</b>	<b>1:12</b>

Fonte: Coordenação da Atenção Básica / Coordenadorias Regionais de Saúde

#### **Assistência às Pessoas em Situação de Rua – ESF Especial para população em situação de rua**

O crescimento desordenado e a desigualdade social na Cidade nos últimos anos levaram a um aumento gradativo de moradores em situação de rua, a maior parte vivendo na região central. Em 2003, como anteriormente citado, a Cidade apresentava 10.399 pessoas em situação de rua (Fundação Instituto de Pesquisa Econômica da Universidade São Paulo/Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - FIPE/SMADS).

Desde 2007, para responder à complexidade da demanda crescente dessa população de alta vulnerabilidade, consolidou-se uma ação intersecretarial entre SMADS e SMS, além da implantação e implementação de novos serviços de saúde. Ampliaram-se, portanto, as políticas públicas de saúde voltadas à população em situação de rua que sempre representou um grande desafio para os Gestores da Cidade.

Criou-se a Estratégia de Saúde da Família Especial para Moradores em Situação de Rua com objetivo de ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, fazendo a promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento à saúde. Assim, são estabelecidos vínculos dessa comunidade com as Unidades Básicas e propiciando condições para que o morador de rua seja reinserido na sociedade.

Atualmente, há serviços voltados à assistência a essa população em 10 distritos administrativos, com 11 UBS: Sé (UBS PSF Sé), Bela Vista (UBS Nossa Senhora do Brasil), República (UBS PSF Republica), Santa Cecília (UBS PSF Boracéia e UBS Santa Cecília), Barra Funda (CSE Barra Funda), Belém (UBS PSF Belém), Pari (UBS PSF Pari ), Itaim (UBS Magaldi), Vila Leopoldina (UBS Parque da Lapa) e Mooca (UBS Mooca). Implantou-se também nesta região, duas unidades de Assistência Médica Ambulatorial: a AMA SÉ, com funcionamento

24 horas; a AMA BORACÉA, no Distrito Administrativo de Santa Cecília, esta com atendimento psiquiátrico, além de um CAPS AD tipo III e um CAPS Infantil na região da Sé.

Em 2009 foram expandidas de 24 para 27 equipes da ESF para dar assistência às pessoas em situação de rua, encortiçados, albergados e de alta vulnerabilidade social, sendo 24 equipes na CRS Centro-Oeste e 3 na CRS Sudeste, contando com um total de 155 Agentes Comunitários de Saúde - ACS de rua. Essas equipes são contratadas através de Termo de Convênio com Instituições Parceiras: a Associação Saúde da Família e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto.

Em dezembro de 2009, a Estratégia de Saúde da Família Especial para Moradores em Situação de Risco já possuía 9.949 famílias e 13.010 pessoas cadastradas e acompanhadas, superando em cerca de 3.000, o total de pessoas cadastradas pela FIPE/SMADS.

Com base nesses dados, há o seguinte o indicador a ser alcançado:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Proporção de pessoas em situação de rua acompanhadas por ACS em relação às pessoas cadastradas no SIAB</b>	<b>70%</b>	<b>70%</b>

#### **Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF**

O MSP participou da Fase I do PROESF e após ter cumprido 78% das metas, foi considerado elegível pelo Ministério da Saúde para a próxima fase. Em 22/01/10, a SMS assinou a adesão à Fase II que compreende, por um período de 30 meses, repasse de recursos para reformas, compra de equipamentos e capacitação das equipes da ESF. O cumprimento dos indicadores de saúde pactuados será sistematicamente monitorado.

#### **b) Assistência Médica Ambulatorial - AMA**

O desafio na condução de uma Cidade com mais de 10 milhões de habitantes, com uma parcela importante da população economicamente ativa, inexoravelmente induz a mudanças de paradigmas no modelo de assistência à saúde. São necessárias adequações técnicas, administrativas, e um novo olhar que direcione os avanços, com objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

As AMA são implantadas em anexo às Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Prontos-Socorros e até nos Hospitais, integradas e articuladas à rede de serviços de saúde. Os Serviços de Urgência e Emergência destinam-se à assistência aos casos de maior complexidade, enquanto a AMA absorve o atendimento de baixa e média complexidade. As respostas tornam-se rápidas e resolutivas, frente às necessidades da população, garantindo o acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, sem perder a medida do risco e a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica com qualidade. Os pacientes egressos das AMA são encaminhados para a UBS de sua região de abrangência por meio de agendamento diretamente da AMA para as UBS, utilizando as vagas de Reserva Técnica, garantindo assim o acesso.

### **AMA Especialidades**

No decorrer dos anos, foram observadas mudanças na dinâmica e estrutura populacional, com maior presença da mulher no mercado de trabalho, ocasionando mudanças no estilo de vida das famílias. A população também envelheceu, com conseqüente aumento de doenças crônicas. Hoje o aumento da esperança de vida ao nascer é uma realidade, gerando mudanças importantes na sociedade.

Com base nas alterações do perfil epidemiológico acima referido, a SMS identificou a necessidade de ampliação de atendimento médico em especialidades, preferencialmente naquelas áreas diretamente relacionadas ao atendimento das doenças crônico-degenerativas, com maior prevalência na população: ortopedia, cardiologia, endocrinologia, urologia, neurologia, reumatologia e cirurgia vascular.

A AMA Especialidades trouxe mudança do paradigma assistencial de serviços ambulatoriais com a introdução de 12 horas de funcionamento ininterruptas, de segunda a sábado, aumentando o acesso da população à assistência especializada, além de fortalecer o sistema de referência e contrarreferência regionalizado das Coordenadorias Regionais de Saúde do Município.

Em dezembro de 2009 atingiu-se a meta prevista na Agenda 2012, totalizando 15 AMA Especialidades implantadas.

### **c) Programa Remédio em Casa**

A adesão à terapia medicamentosa é um dos fatores que seguramente interferem na manutenção das condições de estabilidade em portadores de doenças crônicas, e as Políticas Públicas de Saúde devem estar preparadas para estabelecer novas formas de acesso aos medicamentos.

A estratégia do Programa Remédio em Casa visa o acesso aos medicamentos para pacientes/usuários com Hipertensão Arterial (HA) e/ou Diabetes mellitus (DM) e Dislipidemia, cadastrados e acompanhados nas Unidades de Saúde (atualmente em 434 delas) por meio da entrega domiciliar. Em julho de 2009 atendendo ao pactuado na Agenda 2.012, a SMS iniciou a entrega do medicamento Sinvastatina através do Programa, com o objetivo de que este acesso permita a prevenção de eventos cardiovasculares decorrentes da dislipidemia. Espera-se atingir 30% dos pacientes. O Programa Remédio em Casa tem como meta para 2012 manter o acesso ao programa para os portadores de HA e DM em atendimento e cadastrar até 15% de portadores destas patologias.

#### **d) Programa de Auto Monitoramento Glicêmico - AMG**

As necessidades de atendimento aos portadores de Diabetes mellitus tem-se caracterizado pela ampliação progressiva e a qualidade da assistência tem demandado maior planejamento e efetividade. O atendimento favorece o acesso dos portadores, a disponibilização dos aparelhos e o cadastramento dos pacientes, assegurando o fornecimento contínuo de insumos relacionados (lancetas, tiras reagentes para determinação da glicemia, seringas descartáveis e Insulinas NPH e Regular). A meta programada até 2013 é manter o atendimento para os cadastrados e abranger 10% de novos cadastrados a cada ano.

#### **e) Rede de Proteção à Mãe Paulistana: um novo modelo de gestão da saúde materno-infantil**

O Programa Mãe Paulistana tem como missão: “proteger a saúde da mãe e da criança promovendo a excelência da atenção materno-infantil”, organizando e mantendo uma rede de proteção para a mãe e para a criança com ações que visam a redução de riscos. O principal objetivo é contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil.

Suas diretrizes estratégicas são:

- ✓ Promover a organização da Rede de serviços de saúde do SUS no Município de São Paulo (municipais, estaduais, federais, universitários e conveniados) para facilitar o acesso;
- ✓ Promover a organização da Rede de serviços de saúde do SUS no Município de São Paulo para facilitar o acesso;
- ✓ Monitorar o desenvolvimento da atenção materno-infantil;
- ✓ Analisar os resultados e propor melhorias em estruturas e processos;
- ✓ Subsidiar a gestão da saúde materno-infantil;
- ✓ Contribuir com a qualificação profissional para aprimorar a assistência materno-infantil.

O Programa ininterruptamente atua por meio das seguintes ações e serviços:

1. Cadastro e vinculação da gestante na UBS próxima de sua residência ou trabalho;
2. Inserção da gestante no programa é feita exclusivamente por meio da rede Básica, regularizando a porta de entrada no sistema de saúde;
3. Vinculação da gestante ao Hospital de referência de sua região;
4. Concessão de meios de transporte para que a gestante conheça previamente o hospital onde fará o parto;
5. Gerenciamento do benefício transporte público gratuito através do cartão SPTrans Mãe Paulistana, para acesso aos serviços de saúde, durante a gestação e até o bebê completar um ano de vida;
6. Garantia da internação para o parto. Na internação da gestante, caso este ocorra fora da área de referência ou que ocorra dificuldade momentânea de vagas, ou ainda haja exigência de maior complexidade tecnológica para o caso, a Central de Regulação deve dar o devido apoio para garantir a internação;
7. Visita hospitalar diária. Durante o período de internação a gestante recebe visita da orientadora hospitalar, que dentre outras atividades realiza pesquisa de opinião sobre a qualidade do atendimento.
8. Concessão de enxoval para o RN. Na alta hospitalar a mãe recebe um enxoval básico para o recém-nascido;
9. Agendamento das consultas de puerpério e para o recém-nascido na Unidade Básica de referência;
10. Realização de diagnósticos e tratamentos das Retinopatias da Prematuridade em todos os RN prematuros internados nos hospitais integrantes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, prevenindo a ocorrência de cegueira ou problemas graves de visão;
11. Auditorias de qualidade nos serviços de saúde.

Com a implantação do Programa Mãe Paulistana houve um aumento importante na capacidade gestora da rede de serviços, com aumento do cadastramento de gestantes no SISPRENATAL (sistema nacional de informações do pré-natal), contribuindo para que o SUS seja epidemiologicamente orientado.

O aumento progressivo da capacidade de acompanhar os atendimentos e monitorar os indicadores propicia um tratamento individualizado às gestantes da Cidade e subsidia a gestão da saúde no município para as mudanças de alcance coletivo.

O Programa também tornou possível a integração dos serviços municipais, estaduais e federais numa única rede, sob a mesma Regulação Municipal, ampliando as possibilidades de acesso e de equidade para a população.

Os resultados obtidos demonstram a importância do acompanhamento das ações e serviços de saúde para a aferição dos resultados e identificação das oportunidades de melhorias na segurança e bem-estar da mulher e da criança. Isso faz da Rede de Proteção à Mãe Paulistana um programa único e inovador.

#### **f) Programa Aprendendo com Saúde**

Foi regulamentado pelo Decreto Municipal nº 48.704, em 10/09/2007, através da parceria entre as Secretarias Municipais da Saúde e Educação.

Objetiva diagnosticar e intervir precocemente nos agravos, desenvolver práticas de promoção com incorporação de hábitos saudáveis e fortalecer o tripé: família, educação e saúde. São atendidos escolares de Centros de Educação Infantil - CEI, Escolas Municipais de Educação Infantil - EMEI (em 2008) e Escolas Municipais de Ensino Fundamental - EMEF (a partir do segundo semestre de 2009), da Rede Municipal de Ensino.

As ações são desenvolvidas por 8 equipes de Pediatras com 01 Enfermeira e 03 Auxiliares de Enfermagem, 01 Fonoaudióloga e 01 Psicóloga e 12 equipes de saúde bucal com 01 Cirurgião Dentista, 02 Técnicos de Higiene Dental e 3 Auxiliares de Consultório Dentário, realizando atendimento nas escolas com equipamentos portáteis. Estas equipes são contratadas através de Convênio com a instituição parceira SPDM / UNIFESP, sob gestão e diretrizes da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde.

Além das equipes volantes, o Programa desenvolve ações com equipes de especialistas: Cardiologistas, Dermatologistas, Endocrinologistas, Neurologistas, Otorrinolaringologistas Ortopedistas junto aos ambulatórios de Especialidades nas 05 Coordenadorias Regionais de Saúde, para atendimento de demanda encaminhada pelo Programa.

O Programa responde a demandas locais da comunidade utilizando a “escola” como espaço de aprendizado e estimula a participação ativa da família no desenvolvimento físico, intelectual e emocional, além de contribuir para a inserção da “criança/família” no ambiente escolar.

Para o ano de 2010 foi pactuado com a Secretaria Municipal de Educação o atendimento médico para ingressantes em CEI e EMEI, concluir primeiras e segundas séries de EMEF, e iniciar atendimento de quarta e quinta série de EMEF. No atendimento odontológico está previsto terminar o atendimento a CEI e EMEI e atuar em terceira, quarta e quinta séries de EMEF, priorizando ações de promoção e prevenção, dando cobertura a fase de transição da dentição.

### **g) Programa Acompanhante do Idoso**

Programa de grande impacto, tendo em conta a necessidade apresentada em função da transição demográfica e epidemiológica que vivemos na Cidade de São Paulo, que nos coloca em uma situação de elevada expectativa de vida e morbimortalidade por agravos crônico-degenerativos. É uma experiência inovadora existente apenas no MSP. Atende ao idoso sem família ou com vínculos precários e que apresenta dependência para realizar atividades da vida diária. Evita asilamento, reduz a internação e promove a reinserção social. Contamos com 14 equipes de Acompanhantes, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais para assistir o idoso nas suas necessidades diárias - consultas médicas, visitas a banco, feiras livres, atividades sociais, etc.

### **2.2. Atenção Básica e a Integralidade da Atenção à Saúde**

Visando consolidar o cuidado integral em saúde, o trabalho interdisciplinar e em equipe, a SMS publicou em junho de 2008 a Portaria Municipal 1151, incorporando as 15 Áreas Técnicas da Coordenação de Programas e Políticas de Saúde, à estrutura da Coordenação da Atenção Básica, que promoveu a articulação entre as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde e as políticas desenvolvidas. Para o alcance da integralidade, foram pactuadas ações de promoção, prevenção e reabilitação com ênfase na intersetorialidade. As áreas são:

- **Áreas Técnicas por Ciclo de Vida:** Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher e Saúde do Idoso;
- **Áreas Técnicas Transversais:** Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde Ocular, Cultura da Paz, Saúde e Cidadania, Medicina Tradicional e Práticas Integrativas, Assistência Farmacêutica, Assistência Laboratorial;
- **Áreas Técnicas para segmentos Vulneráveis:** Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde do Trabalhador, Saúde da População Negra e Saúde da População Indígena.

### **a) Estratégias por Ciclo de Vida**

#### **Saúde da Criança e do Adolescente**

A Secretaria Municipal da Saúde, neste ciclo de vida, tem como objetivo principal propor e implantar programas e projetos relacionados à promoção de saúde da criança e do adolescente e redução da mortalidade infantil, considerando os seguintes períodos de vida: Neonatal e Infância Precoce (nascimento até 1 ano de vida), Infância (1 a 9 anos) e Adolescência (10 a 19 anos).

- Período Neonatal e Infância Precoce: essa faixa etária beneficia-se das ações desenvolvidas pelo programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP), cujo principal objetivo é o de promoção da qualidade da assistência à saúde das mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto e à criança durante o primeiro ano de vida. Compreende ações de implementação e monitoramento de: Triagem Neonatal (teste do pezinho), mantendo o atual nível de cobertura de coletas realizadas antes da alta das unidades neonatais de maternidades da RPMP em pelo menos 99,7%; Comitê de Mortalidade Perinatal e Infantil, que tem ampliado progressivamente os critérios de investigação dos óbitos infantis e contribuído para manter a redução progressiva dos índices atuais, em 2008, de mortalidade infantil (12,0/1.000 NV) e de seus componentes neonatal (8,0/1.000 NV) e pós-neonatal (4,0/1.000 NV); Grupo de Trabalho de Humanização da Assistência à Criança, que desenvolve ações de implantação e implementação do Método Canguru nas maternidades municipais, incentivo ao aleitamento materno por meio da criação de novos bancos de leite humano e postos de coleta, além de capacitação de profissionais de saúde da rede municipal para o manejo clínico do Aleitamento Materno; Grupo de trabalho das 37 maternidades da RPMP, cujo objetivo é: implementar e uniformizar a assistência ao Recém-Nascido, por meio de discussões técnicas de normas de atendimento e elaboração de Manual de Normas de Atendimento ao Recém-Nascido. Além disso, manter monitorização contínua dos indicadores específicos de cada unidade referentes às características de risco e mortalidade; Seguimento do recém-nascido de risco e alto risco, com sistematização do acompanhamento nas UBS e Ambulatórios especializados nas Maternidades, por meio do prontuário padronizado para o acompanhamento desses recém-nascidos após a alta da Unidade Neonatal.
- No período da Infância, o Programa de Controle da asma na Inter crise, iniciado em janeiro de 2006, tem o objetivo de controlar a asma em crianças e adolescentes em nível ambulatorial na inter crise, prevenindo a ocorrência de internações e complicações, além de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Apoia-se no desenvolvimento das seguintes ações: capacitação de profissionais de saúde da rede municipal para o atendimento da criança e adolescente com asma na inter crise e disponibilização de espaçadores para a aplicação de medicamentos inalatórios.
- No período da Adolescência, o **Programa de Atenção à Saúde do Adolescente PRO-ADOLESC**, iniciado em 2006, visa sistematizar o atendimento de adolescentes na rede de Saúde. Apoia-se na realização de atividades de sensibilização dos profissionais que atuam nas UBS para o acolhimento e atenção ao

adolescente, além da realização de cursos de atualização para o atendimento dos adolescentes direcionados a médicos e profissionais não médicos diretamente envolvidos nesse atendimento.

O **Projeto de Segurança Humana** inclui ações direcionadas à promoção de saúde do adolescente, desenvolvido em parceria com a OPAS, UNESCO, UNICEF, UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) e apoio financeiro do governo do Japão. O Projeto visa a redução da violência e a promoção da cultura de paz na Cidade de São Paulo, por meio de ações de humanização e fortalecimento das competências nas áreas de saúde, educação e ação comunitária, de forma intersetorial e integrada. Dentre as ações deste Projeto, encontram-se: a realização de cursos de prevenção e cuidados com a gravidez precoce; cursos de sensibilização para os profissionais de saúde das UBS e dos hospitais de referência para prevenção da transmissão vertical do HIV; cursos de prevenção de acidentes nas escolas e entorno; educação para o trânsito; capacitação dos profissionais de saúde das UBS e hospital de referência para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens; além da realização de encontros de grupos de adolescentes e jovens para ampliar seu conhecimento sobre saúde em geral e saúde reprodutiva. Inclui também ações de humanização no atendimento ao recém-nascido, com a realização de cursos de sensibilização e manejo do aleitamento materno, direcionados aos profissionais que atuam nas maternidades e UBS, bem como a implantação de banco de leite e postos de coleta de leite materno.

Com a redução ocorrida da mortalidade infantil as metas para os indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão do Pacto pela Vida, a serem alcançadas são:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Coeficiente de mortalidade infantil</b>	<b>11,75</b>	<b>11,63</b>
<b>Coeficiente de mortalidade pós-neonatal (por 1.000 nascidos vivos)</b>	<b>3,92</b>	<b>3,88</b>
<b>Coeficiente de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)</b>	<b>7,82</b>	<b>7,74</b>
<b>Número de casos de Sífilis Congênita</b>	<b>367</b>	<b>330</b>

### **Saúde do Adulto**

O objetivo das ações da SMS para a Saúde do Adulto é consolidar estratégias que viabilizem a promoção e a assistência à saúde da população adulta da Cidade de São Paulo. Reveste-se de especial importância para o

cuidado com a saúde desta parcela da população a atenção às doenças crônicas não transmissíveis, pois além de associadas a altos índices de mortalidade, também respondem por significantes custos para a saúde, sendo uma das principais causas de incapacidade em nosso meio. Merece especial destaque, entre estas doenças, a hipertensão arterial e o diabetes melito que, com as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade, são os principais determinantes das afecções cardiovasculares em nosso meio. Surge, então, como consequência, a necessidade de habilitar equipes multidisciplinares para a gestão do cuidado, a promoção da saúde e a incorporação de hábitos de vida saudáveis, assim como para desenvolver estratégias que aumentem a adesão ao tratamento e fortalecer o vínculo com as equipes de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida e prevenção das complicações crônicas.

Desenvolvendo ações orientadas pelo perfil epidemiológico e pela questão da equidade e da pobreza, onde parcelas dos territórios abrigam expressivos segmentos populacionais expostos a diferentes condições de vulnerabilidade, a política definida pela SMS à Saúde do Adulto prevê:

- Fortalecer regionalmente as redes de atenção à hipertensão e ao diabetes, implantando e implementando as políticas da SMS e apoiando tecnicamente as ações locais;
- Incentivar as ações de promoção e educação em saúde, em especial a formação de tutores em educação em diabetes voltados ao autocuidado, de acordo com a proposta da Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde;
- Identificar os pacientes com adesão insuficiente às recomendações, estabelecendo estratégias para a recondução à Unidade de Saúde os casos de abandono de tratamento;
- Implementar ações de prevenção de complicações crônicas associadas à hipertensão e ao diabetes (cardiopatias, nefropatia, retinopatia, neuropatia e doença vascular periférica), garantindo o acesso à medicação, consultas especializadas e exames;
- Implementar a avaliação rotineira do risco do pé diabético, disponibilizando kit de mono-filamento de Semmes-Weinstein para cada UBS;
- Utilizar a Rede São Paulo Saudável para a formação e atualização dos profissionais das equipes, associando esta estratégia às ações de educação à distância – EAD, e para difusão de informações para o público leigo sobre prevenção de doenças cardiovasculares;
- Incentivar a implantação e utilização de diretrizes baseadas em evidências e no uso racional de medicamentos para subsidiar as ações de atenção integral à saúde de hipertensos e diabéticos;

Como fortalecimento das ações da Saúde do Adulto, os indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, temos os seguintes indicadores abaixo:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Taxa de Internação por Diabetes Mellitus</b>	<b>3,50</b>	<b>3,40</b>
<b>Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral</b>	<b>5,50</b>	<b>5,45</b>

### **Saúde da Mulher**

A mulher paulistana usuária do SUS é atendida nas Unidades Básicas de Saúde em todos os seus ciclos de vida: adolescência, vida adulta em idade reprodutiva e no climatério; são desenvolvidas ações em grupos educativos de gestantes e de planejamento reprodutivo, atendimento de pré-natal de baixo risco, atendimento ginecológico para detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama.

Nos Ambulatórios de Especialidades são atendidas mulheres encaminhadas para pré-natal de alto risco, portadoras de patologia de colo uterino e de mama e os casos para realização de vasectomia ambulatorial de seus parceiros. Nos hospitais é oferecida a assistência obstétrica e ginecológica de urgência, cirurgia ginecológica e de esterilização cirúrgica - laqueadura e vasectomia. Principais ações:

- Assistência à mulher na Gravidez/ Parto e Puerpério por meio da Rede de Proteção à Mãe Paulistana e ações de vigilância do Comitê Municipal de Mortalidade Materna com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil;
- Planejamento Reprodutivo e Prevenção de DST/Aids visando reduzir a vulnerabilidade em Saúde Sexual e Reprodutiva, a mortalidade materna e infantil, a incidência de DST/Aids e ampliar o acesso aos contraceptivos reversíveis;
- Prevenção e detecção precoce do câncer em mulheres com detecção precoce e tratamento do câncer de colo uterino e de mama, com o objetivo de reduzir os respectivos coeficientes de mortalidade;
- Assistência à mulher vítima de violência sexual e doméstica através da rede de prevenção da violência e de atendimento às mulheres vitimizadas;
- Assistência integral e humanizada à mulher no climatério. Serão dispensados hormônios para os casos com indicação clínica de terapia hormonal em 2010 (inclusão na REMUME);
- Qualificação da rede de atenção básica, através da capacitação dos profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento à mulher.

Visando a redução da mortalidade materna, nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>% de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal</b>	<b>74,90</b>	<b>76,10</b>
<b>% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados</b>	<b>88,50</b>	<b>89,00</b>

A atuação dos 25 Comitês Municipais de Mortalidade Materna descentralizados, um por Supervisão Técnica de Saúde, tem sido essencial para a redução de mortes maternas, investigando os casos de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) e propondo intervenção nos problemas identificados.

Considerando que a Razão de Mortalidade Materna avalia a proporção de óbitos maternos sobre o número de nascidos vivos de um determinado período em uma determinada localidade, esse indicador está sujeito às variações sazonais e, sobretudo, anuais. Desta forma, acompanhando a tendência mundial, a SMS realiza comparação trienal e eventualmente bienal, visando a explicação das oscilações observadas (redução no número de nascidos vivos ou a ocorrência de um óbito dentro de uma população reduzida).

A principal causa de óbito materno corresponde às síndromes hipertensivas na gravidez. Medidas de detecção precoce da hipertensão na gestação foram implementadas na rede de Atenção Básica com a identificação precoce da gestante, ampliação da cobertura pré-natal, oferta de transporte gratuito, realização de exames e tratamentos segundo protocolo estabelecido, atendimento em ambulatórios especializados em gestação de alto risco, que comprovadamente favorecem a redução dessas ocorrências.

Ao analisarmos o biênio 2007-2008 verificou-se mudança na Razão de Mortalidade Materna: encontramos um aumento na cobertura pré-natal (realização de 7 ou mais consultas de pré-natal) na Cidade de 3,64% em comparação com o biênio anterior 2.005-2.006. As duas principais causas de óbito materno no triênio 2006-2008 continuaram sendo as Síndromes Hipertensivas (Hipertensão Arterial Crônica e Doença Hipertensiva Específica da Gestação) e Hemorragias de 2º e 3º trimestres de gestação e puerpério. No entanto, é importante salientar que ao compararmos os triênios 2003-2005 e 2006-2008, analisando as Razões de Mortalidade Materna específicas por síndromes hipertensivas e por hemorragias de 2º e 3º trimestres de gestação e puerpério, no último triênio (2006-2008) houve queda de 14,6% na Razão de Mortalidade por síndromes hipertensivas e queda de 17,6% na Razão de Mortalidade por hemorragias.

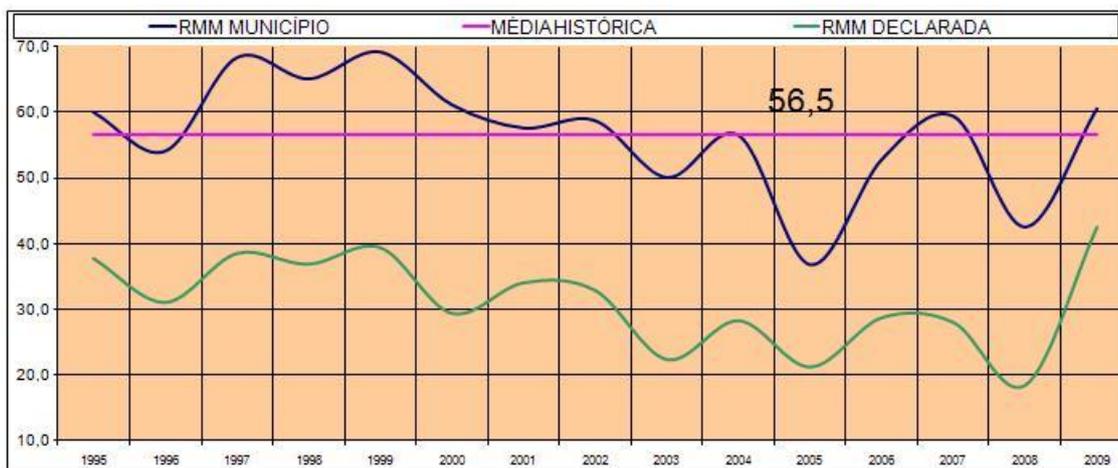
Em 2009 espera-se um aumento na Razão de Mortalidade Materna (**Gráfico 9**) em função do grande número de óbitos de gestantes e puérperas acometidas pela Influenza A (H1N1), somando até o momento

18 óbitos no ano de 2009. No entanto, deverá ocorrer uma queda substancial nas causas por síndromes hipertensivas.

#### Principais causas de óbito materno observadas no triênio 2006 - 2008:

- 1ª Síndromes Hipertensivas na gravidez
- 2ª Hemorragias de último trimestre e pós-parto
- 3ª Complicações de aborto
- 4ª Cardiopatias
- 5ª Infecção Puerperal

**Gráfico 9** – Evolução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Município de São Paulo, 1996 a 2009\*



Fonte: Comitê Municipal de Mortalidade Materna de São Paulo - SMS

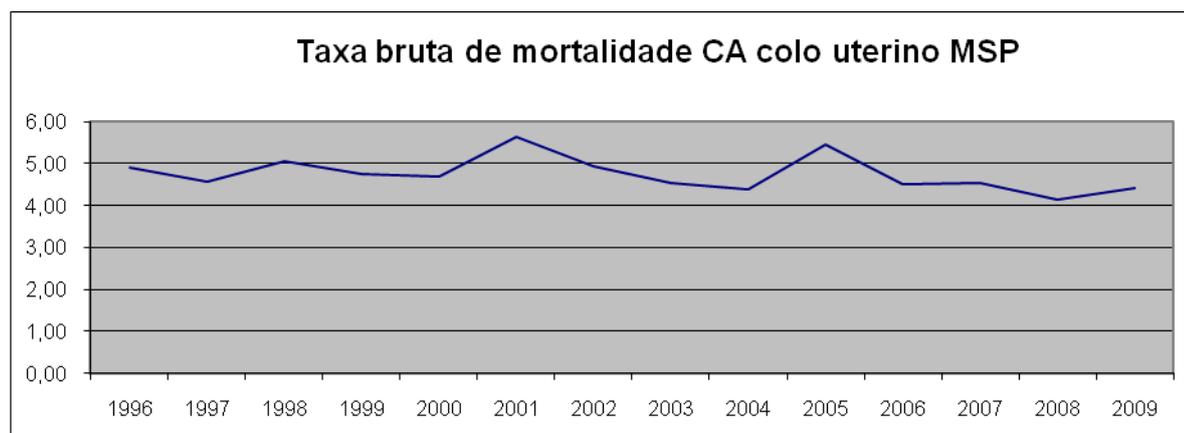
\*Dados de 2009 são parciais

A ampliação da cobertura de pré-natal e paralelamente a melhora na qualidade da assistência vêm sendo obtidas através de ações da Coordenação de Atenção Básica em conjunto com a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, que culminarão na queda da Mortalidade Materna e Infantil.

#### Câncer de colo uterino

No Município de São Paulo o câncer de colo uterino é a 7ª causa de mortalidade dentre as neoplasias no sexo feminino. A maior incidência de morte por carcinoma de colo é entre os 50 e 59 anos idade. O coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino se mantém estável nos últimos anos (**Gráfico 10**).

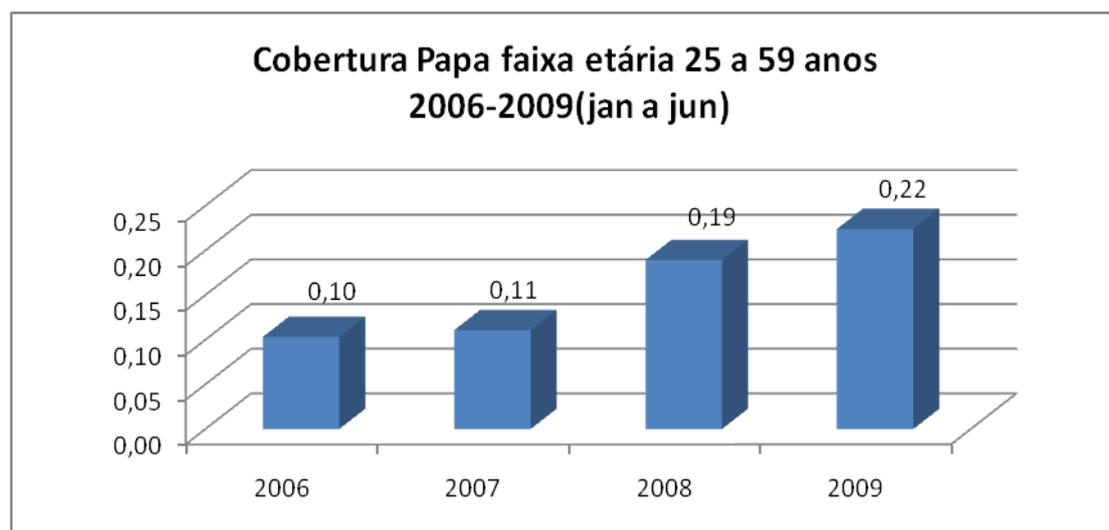
**Gráfico 10** - Série histórica da Taxa Bruta de mortalidade por câncer de colo uterino



Fonte: PROAIM

O exame de colpocitopatologia oncológica (Papanicolaou) é eficaz e tem sido preconizado como base do rastreamento do câncer de colo uterino. A cobertura populacional se amplia à medida que se capacita profissionais de saúde (médicos e enfermagem) que atuam na rede básica. São organizados cursos junto à Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo com uma média de dois cursos por ano. A Secretaria Municipal da Saúde responde por cerca de 90% da produção desse procedimento e a grande maioria é realizada pelas Unidades Básicas de Saúde, que coletaram no ano de 2.006 - 603.890 e no ano de 2009 - 761.126 exames.

**Gráfico 11** – Cobertura de Papanicolaou –faixa etária de 25 a 59 anos

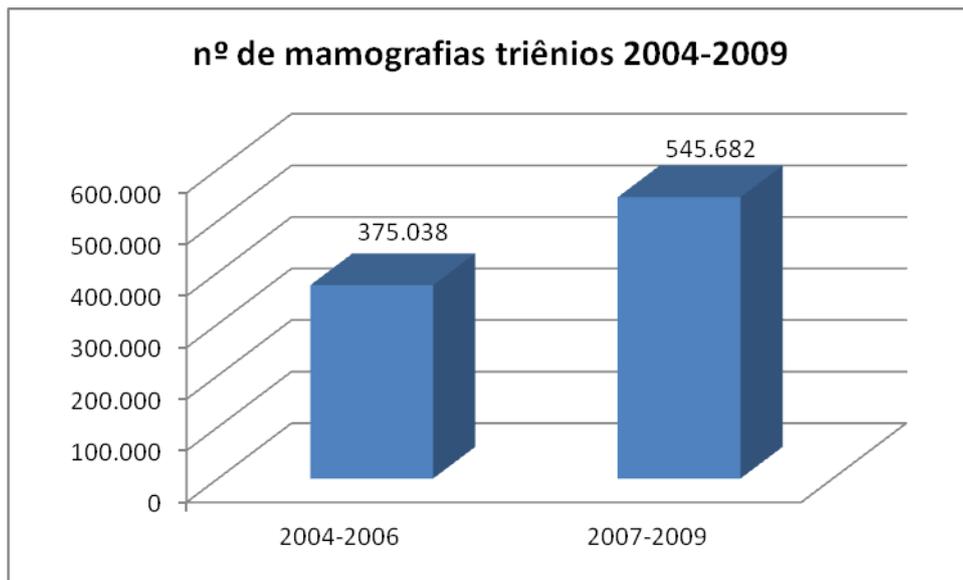


O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), preconiza a ampliação da cobertura pela coleta de Papanicolaou na faixa etária de 25 a 59 anos. Observa-se que além do aumento do número total de lâminas coletadas de 2008 para 2009, a cobertura mais do que dobrou, de 2006 para 2009 (Gráfico 11 - dados parciais para este último ano, de janeiro a junho) **de 0,10 para 0,22**.

## Câncer de Mama

Durante o ano de 2009 foi implantado o Programa do Ministério da Saúde – SISMAMA em 100% dos prestadores e serviços próprios que realizam mamografia de rastreamento na Cidade sob Gestão Municipal.

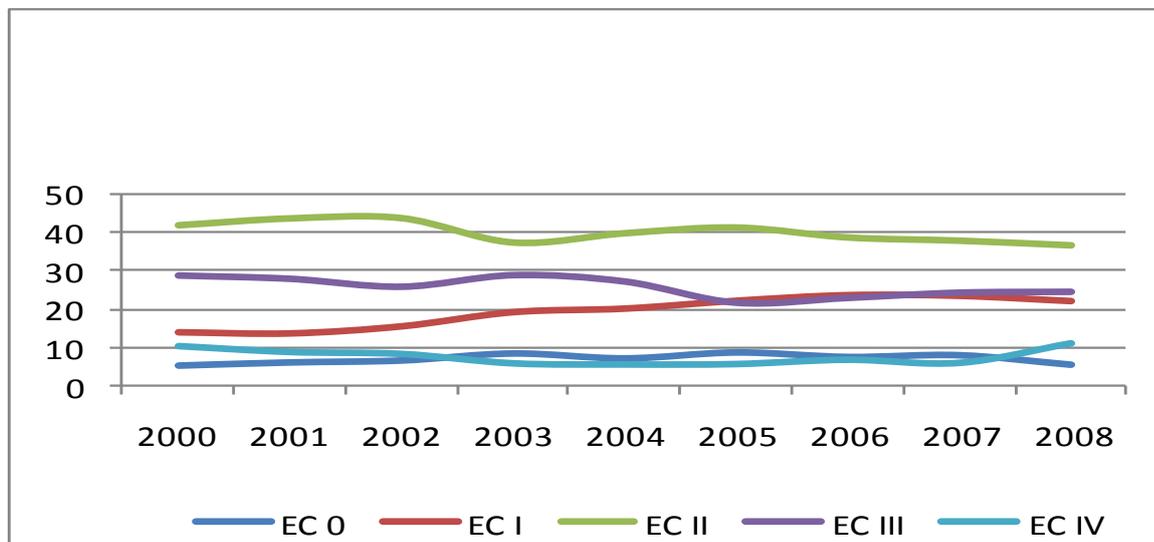
**Gráfico 12** – Distribuição de mamografias trimestralmente realizadas, no período de 2004 a 2009



O número de mamografias vem aumentando progressivamente e com isso, espera-se que ocorra uma melhora no diagnóstico precoce.

## Diagnóstico precoce do câncer de mama

**Gráfico 13** – Distribuição do estadiamento clínico do câncer de mama nos anos de 2000 a 2008



Fonte: Registro Hospitalar do Câncer – F.O.S.P

O **Gráfico 13** mostra uma melhora discreta no diagnóstico precoce, refletido pelo maior percentual de diagnósticos no Estadio Clínico I, que deverão ser ampliados com a implementação dos projetos abaixo citados.

Projetos de oncologia mamária vêm sendo desenvolvidos junto às seguintes instituições: Hospital Sírio Libanês, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Israelita Albert Einstein. Por meio de tais iniciativas é estabelecida referência ambulatorial de mastologia para realização de diagnóstico de câncer de mama, tratamento cirúrgico adequado dos casos diagnosticados e radioterapia e quimioterapia quando indicadas.

Como controle do câncer do colo de útero e de mama, nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Razão de coleta de exames Papanicolaou na população de 25 a 59 anos</b>	<b>20</b>	<b>21</b>
<b>Razão entre mamografia realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária</b>	<b>14</b>	<b>16</b>

### **Saúde do Homem**

Tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população masculina no Município de São Paulo e a necessidade de habilitar serviços ao cuidado integral à saúde do homem, a SMS seguirá a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com foco no cuidado a partir da Atenção Básica, ampliando-a ordenadamente para os outros níveis de complexidade da assistência.

### **Saúde da Pessoa Idosa**

Envelhecer é considerado pela ONU como um dos grandes triunfos da humanidade. Muitos esforços foram feitos para que as pessoas pudessem alcançar mais anos em sua existência. A saúde pública teve e tem uma responsabilidade muito grande nesse processo, na medida em que ofereceu a universalização dos serviços de saúde e saneamento à população brasileira a partir da década de 80.

O Brasil envelhece rapidamente, principalmente nos grandes centros urbanos. A população idosa brasileira supera 19 milhões de pessoas maiores de 60 anos, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da sociedade brasileira. A Cidade de São Paulo acompanha a acentuada transição demográfica e a população idosa que reside no município é de 1.313.109, representando 11,88% do total da população. A expectativa média de vida (74,2 anos no MSP, em 2007) se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice.

Por outro lado, em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O aumento da prevalência de condições crônicas merece a atenção das políticas públicas de saúde. A mudança do perfil epidemiológico traz para a saúde importantes desafios e a necessidade de um novo modelo de atenção.

Segundo os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil V.25, o Município de São Paulo apresenta as mais baixas taxas de prevalência de incapacidade funcional do Brasil, 20,1% para mulheres e 15,8% para os homens; as taxas são menores também segundo os grupos de idade: 12,3% para os idosos de 60 a 69 anos; 21,5% para os de 70 a 79; e 38,4% para os de 80 ou mais.

A política municipal para a Saúde da Pessoa Idosa pauta suas ações nos marcos políticos/técnicos vigentes no país para a garantia de melhores condições de vida dos idosos paulistanos, especialmente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que define as diretrizes de ação, e cujo objetivo principal é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

As ações da política municipal para a Saúde da Pessoa Idosa são desenvolvidas nas diversas modalidades de atenção, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e naquelas que desenvolvem suas atividades com a Estratégia Saúde da Família, consideradas portas de entrada na garantia de atenção a saúde global dos cidadãos idosos.

Ações de impacto na atenção à população idosa são desenvolvidas pela rede da SMS tais como:

- a) URSI – Unidade de Referência de Saúde do Idoso

Unidades com equipe gerontológica, que prestam atendimento às pessoas idosas no nível secundário da atenção aos idosos encaminhados pelas UBS. Estão distribuídas pela Cidade oito URSI, localizadas nas áreas de maior concentração de população idosa;

- b) Programa Acompanhante de Idosos

O Programa Acompanhante de Idosos conta atualmente com 14 equipes, é uma modalidade de atendimento domiciliar às pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social. Os idosos são assistidos em suas atividades diárias (consultas médicas, bancos, feiras-livres e atividades sociais). Os acompanhantes prestam serviços aos idosos nos seus domicílios, obedecendo a um Plano de Cuidados elaborado pelos profissionais que compõem a Equipe.

Para a Atenção à Saúde do Idoso, nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Taxa de internação hospitalar de 60 e + por fratura do fêmur</b>	<b>22,80</b>	<b>22,34</b>

## **b) Estratégias Transversais**

### **Saúde Mental**

A política municipal de Saúde Mental - Álcool e Drogas tem como principal objetivo a expansão e qualificação da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, baseado na análise do índice de necessidade de saúde da população, considerando a complexidade e necessidades específicas de cada região da Cidade, minimizando as diferenças regionais e favorecendo a equidade e o acesso da população aos serviços de Saúde Mental.

Várias ações e serviços fazem parte da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, tais como:

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial\_(CAPS)- são equipamentos de saúde mental voltados para o atendimento de usuários portadores de transtornos mentais severos e persistentes nas modalidades: adulto, infantil e álcool e drogas;
- ✓ Programa Terapia Comunitária (TC) – compõe a Estratégia de Promoção de Saúde Mental nas dimensões individual e coletiva. O Município conta hoje com 200 profissionais capacitados distribuídos nas 5 Coordenadorias Regionais de Saúde e é pólo capacitador em Terapia

Comunitária. Para o período compreendido entre 2010-2013 propõe-se a capacitação de mais 60 profissionais na metodologia de TC;

- ✓ Programa De Volta para Casa - propõe a reintegração social após alta hospitalar, através de pagamento de auxílio-reabilitação de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações. Propomos a ampliação de 30% de pacientes atendidos;
- ✓ Residências Terapêuticas (RT) - são moradias destinadas a 8 portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que perderam os vínculos e referências familiares; a proposta é de ampliar em 40% o total de serviços;
- ✓ Emergências: são serviços de atenção psiquiátrica componentes da rede de assistência Emergencial da Cidade e suas atividades estão integradas às equipes dos Prontos-Socorros Municipais. Oferecem assistência psiquiátrica a pessoas em crise, objetivando a remissão do quadro agudo, em observação de no máximo 72h. Funcionam em regime de plantão de 24h;
- ✓ Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral: Clínica de Internação para assistência aos pacientes com transtorno psicótico e neurótico grave;
- ✓ Núcleos de Apoio À Saúde da Família (NASF): recomenda a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes, com ações de matriciamento em saúde mental, e corresponsabilização da atenção à saúde mental nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) - foram concebidos como espaço de convivência, aberto a todas as pessoas, promovendo a aproximação da população em geral com aqueles vistos como “diferentes” (psicóticos crônicos, deficientes, idosos, meninos e meninas de rua e outros).
- ✓ Fórum Municipal de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes - Resolução 01/05-SMS.G de 15/09/05, busca melhorar a qualidade do atendimento prestado a esta faixa etária, e é baseado na construção de redes de atenção e no trabalho intersetorial, objetivando ações voltadas para inclusão social;
- ✓ Projeto Sistema Integrado de Ações Intersecretariais (SAID) – é responsável pela implementação das ações com Secretaria Municipal e Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS e SEADS), principalmente as que visam a população de maior vulnerabilidade, oferecendo Atenção Integral e Recuperação Clínica aos Dependentes de Álcool e Drogas residentes na área central da Cidade por até 30 dias;
- ✓ Moradia Especial Provisória - principal ação do SAID inaugurada em 19 de novembro, a moradia é um projeto desenvolvido pelo Grupo de Trabalho Intersecretarial constituído pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS),

Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). Concretiza as ações intersecretariais dentro da perspectiva do atendimento integral;

- ✓ Programa Equilíbrio - tem como objetivo promover o atendimento e o acompanhamento integral de crianças e adolescentes que se encontram sob vulnerabilidade, em situação de rua e abrigos, da área de abrangência da Subprefeitura Sé. Oferece atendimento multiprofissional, por meio de convênio com a Fundação Faculdade de Medicina, desde 20/08/2007.

Para Saúde Mental, nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes</b>	<b>0,66</b>	<b>0,73</b>

### **Saúde Bucal**

A Política Municipal de Saúde Bucal tem como objetivo implementar ações voltadas para a prevenção, tratamento e recuperação da saúde bucal nos diversos níveis de atenção do SUS, reorganizando a rede segundo as Diretrizes para a “Atenção em Saúde Bucal - crescendo e vivendo com saúde bucal”. As ações inserem-se transversalmente na Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto, do Idoso, bem como na Rede de Proteção da Mãe Paulistana e encontram embasamento nos estudos epidemiológicos realizados em 1998, 2002 e 2008. As principais ações a serem desenvolvidas referem-se à:

- Ampliar e otimizar a rede de serviços básicos e especializados realizando ações de Saúde Bucal;
- Efetivar as triagens de risco às principais doenças bucais como forma de planejar com equidade as ações individuais e coletivas na rede básica;
- Ampliar as Ações Coletivas em Saúde Bucal também integradas ao Programa Aprendendo com Saúde, que a partir de abril de 2008 passou a contar com 12 equipes “móveis” de saúde bucal;
- Implementar o atendimento odontológico a pacientes oncológicos;
- Implementar serviços de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária com capacidade para confeccionar, além de prótese total e parcial removível, aparelhos ortodônticos e ortopédicos, próteses fixas e próteses sobre implante;
- Realizar a campanha anual de ações educativas, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal concomitante à vacinação dos idosos;
- Realizar capacitações técnicas para as equipes de saúde bucal da rede, aprimorando e qualificando as ações básicas e especializadas desenvolvidas;

- Revisar e implantar protocolos técnicos diversos;
- Elaborar material educativo para suporte das ações coletivas.

A efetiva implementação das ações previstas nas Diretrizes em toda a rede seguramente ampliarão a cobertura de saúde bucal na população geral da Cidade, ressaltando-se a realização de triagens de risco para o planejamento das ações, o tratamento restaurador atraumático em larga escala, as ações coletivas, a ampliação das ações especializadas, incluindo tratamento ortodôntico/ortopédico, a implementação da reabilitação neuro-oclusal em crianças, a organização da rede de atendimento aos portadores de fissuras labiopalatinas, a ampliação do acesso da população aos serviços de urgência e de referência hospitalar.

Para a Saúde Bucal, nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

Indicador	Meta 2010	Meta 2011
Média anual da ação coletiva escovação supervisionada	3,0	3,5
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	4,33	5,0

### Saúde Ocular

A Saúde Ocular visa a prevenção à cegueira, promoção a saúde ocular e a reabilitação da visão.

Para que este objetivo seja alcançado, as ações são estabelecidas em interface com outras políticas da Atenção Básica, contribuindo de forma pontual em alguns projetos prioritários da SMS e com a Secretaria de Educação. Atua-se nos 3 níveis de atenção:

- Primário: triagem na população infantil e treinamentos de profissionais em saúde ocular, quando necessário;
- Secundário: por meio de atendimento oftalmológico aos munícipes e realização de triagem em prematuros nas maternidades para diagnosticar e tratar casos de Retinopatia da Prematuridade e realização do teste do reflexo vermelho pelos neonatologistas para diagnosticar, por exemplo, catarata congênita;
- Terciário: seguimento das patologias como catarata congênita, retinoblastoma, glaucoma, entre outras.

Desde 2008 as ações são desenvolvidas em conjunto os técnicos da área, da Rede de Proteção da Mãe Paulistana e da Saúde da Criança e do Adolescente; uma equipe composta de oftalmologistas especializados em retina foi contratada para visitar semanalmente 19 maternidades/hospitais (15 próprias e 4 filantrópicos) e fazer triagem em todos os prematuros nascidos com peso menor que 1.500g e/ou idade gestacional menor que 32 semanas, e atender as demandas de Saúde Ocular nos recém-nascidos em geral.

A partir de 2009 iniciou-se o Programa Visão do Futuro, parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde (Saúde Ocular, da Criança e Adolescente, Programa Aprendendo com Saúde), o Fundo de Solidariedade do Estado de São Paulo, a Associação das Consulesas, Governo do Estado de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina, Secretarias Municipais da Educação e da Assistência e Desenvolvimento Social. O Programa tem como objetivo realizar teste para acuidade visual, consulta oftalmológica e entrega de óculos para os alunos matriculados no 1º ano do ensino fundamental da rede pública municipal e estadual.

### **Cultura da Paz, Saúde e Cidadania**

Na atualidade, a violência constitui uma questão de saúde pública importante. Os altos índices de mortalidade e morbidade por violência e acidente causam um forte impacto na vida das pessoas e no setor saúde.

A violência atinge principalmente os segmentos da população mais vulneráveis: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência e que apresentam transtornos mentais. O fenômeno violento se expressa de múltiplas formas. A violência pode ser física, sexual, psicológica, ou ser gerada pela negligência ou privação. Ela pode ocorrer nas relações interpessoais, na família ou na comunidade. A violência também pode ser fruto de fatores sociais, políticos e econômicos. Pessoas em situação de violência procuram os serviços de saúde e o setor precisa estar preparado para atuar na prevenção, assistência e reabilitação.

Considerando esse cenário, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria nº 737/GM, 16 de maio de 2001) e a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Portaria nº 936/GM, 19 de maio de 2004). Da mesma forma, foram promulgadas outras legislações de âmbito federal e municipal que dispõem sobre a assistência e a notificação de casos de violência ao setor saúde. A UNESCO demonstrou a preocupação mundial pela questão, referendando o “Manifesto 2.000 por uma Cultura de Paz e Não-Violência”, que foi assinado por milhões de pessoas em todo o mundo.

O Programa Cultura de Paz, Saúde e Cidadania tem o objetivo de diminuir o impacto da violência sobre os cidadãos da Cidade de São Paulo, contribuindo para o processo de construção de uma cultura de paz e não-violência.

O estabelecimento de uma Rede de Cuidados às pessoas em situação ou risco de violência na rede municipal de saúde é uma estratégia fundamental para o sucesso do Programa. Atualmente, 60% das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) já constituíram redes de cuidados, porém há necessidade de ampliar a organização das redes em todas as regiões da Cidade nos próximos anos.

A formação e o fortalecimento dessa Rede de Cuidados exigem investimentos permanentes na capacitação dos profissionais e na organização dos serviços de saúde visando ampliar a capacidade de identificar, acolher, orientar, tratar e encaminhar, quando necessário, as pessoas em situação de violência. Igualmente é necessário realizar ações educativas de prevenção da violência e de promoção da saúde e da cultura de paz. É complexo lidar com os casos de violência e a qualidade da assistência depende da existência de profissionais habilitados e motivados. A violência é um fenômeno multicausal que exige um esforço de articulação dos recursos existentes. O setor saúde precisa se articular com os outros setores do Governo e da sociedade civil para elaborar projetos em comum. O trabalho em rede intersetorial tem se revelado essencial para construção de políticas públicas consistentes para superação do problema. Exemplos de experiências intersetoriais que a SMS participa:

- Comissão Municipal de Enfretamento da Violência
- PRONASCI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Brasília
- Projeto Segurança Humana - Itaquera

A implantação do Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes /SIVVA, realizada em parceria pela equipe da DANT/CCD e Núcleo de Informação da COVISA atende à necessidade de construir o projeto de vigilância da violência e acidentes, por meio da coleta e sistematização das informações sobre situações de violência e acidentes, vivenciadas pela população atendida pela rede municipal de saúde. O Sistema de Informação se propõe a traçar o perfil epidemiológico destes eventos, planejar e executar intervenções de prevenção da violência promoção da saúde e da cultura de paz, assim como pode criar condições para acompanhar o volume de atendimentos dos casos. Investir na melhoria da qualidade da informação pode ampliar significativamente a capacidade de análise dos diferentes fatores envolvidos no fenômeno da violência e dos acidentes. No ano de 2009, foram registradas 35.060 notificações, ultrapassando em 227% as notificações de violência e acidente em relação ao ano anterior (10.719 notificações)<sup>25</sup>. Embora haja avanços na produção da informação, ainda existe subnotificação dos casos. Pretende-se continuar sensibilizando os profissionais sobre a importância deste procedimento.

A superação da violência implica fortalecer as ações educativas de prevenção da violência e promoção da saúde junto às famílias, grupos e comunidades. Essas iniciativas de caráter educativo podem auxiliar na

---

<sup>25</sup> Fonte: Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) - dados atualizados em 26/04/2010

compreensão dos fatores que produzem violência, além de contribuir no processo de transformação da cultura da violência na direção de uma cultura mais pacífica e cidadã.

### **Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde – MTHPIS**

A Organização Mundial de Saúde vem debatendo, estimulando e colocando estratégias para as Medicinas Tradicionais, o que pode ser constatado no Manual de estratégias para as Medicinas Tradicionais (2000 – 2005). As Medicinas Tradicionais enfocam os conhecimentos constituídos de várias abordagens para o diagnóstico, tratamento, prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, visando a qualidade de vida de forma integral e dinâmica. As Práticas Integrativas em Saúde são modos agregados a estas medicinas, contribuindo de modo semelhante para o a saúde do indivíduo. “A acupuntura é uma das terapias da Medicina Tradicional da China conhecida historicamente; da mesma forma a homeopatia e os sistemas quiropráticos, constituem tratamentos antigos que se desenvolveram na Europa no século XVIII (OMS-2000)”. São conhecimentos que uma vez aplicados, através de profissionais qualificados, se mostram eficazes em suas especificidades e, em termos de saúde pública e no planejamento, é de baixo custo em relação aos benefícios que trazem a saúde da população. Os governantes de vários países têm cada vez mais incentivado, implantado e empregado as Medicinas Tradicionais em seus países, tornando possível o acesso viável à população, cuja aceitação é muito boa e os resultados, também publicados cientificamente, são considerados eficientes e eficazes.

No Brasil faz parte da política de saúde do SUS e essas modalidades de Medicinas são opções disponibilizadas nas diferentes abordagens aos usuários do SUS, ampliando a cada ano, o acesso e a resolutividade dos serviços; fortalecendo a relação médico-paciente; humanizando a atenção à saúde da população.

Com o foco nessa política a SMS vem consolidando os trabalhos nesta linha e em 30 de janeiro de 2008, foi publicada a Lei Municipal 14.682 instituindo, no âmbito do Município de São Paulo, o “Programa de Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde”, regulamentado pelo Decreto nº 49.596, de 11 de junho de 2008. Fazendo parte deste Programa, a Medicina Homeopática, a Medicina Chinesa-Acupuntura, as Práticas Corporais, Meditativas e Atividades Físicas e as Plantas Medicinais Fitoterapia; tais atividades que veem sendo desenvolvidas de forma integrada com as demais políticas da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde e demais Secretarias Municipais: do Verde e Meio Ambiente, Esportes, Educação, Participação e Parcerias e Subprefeituras.

Para o desenvolvimento deste trabalho, torna-se fundamental, incorporar as boas práticas na assistência, por profissionais médicos no diagnóstico e tratamento dos doentes e de outros profissionais, qualificados

em suas especificidades; implantar e incrementar uma política de Fitoterápicos e Plantas Medicinais, conforme o estabelecido pelo “Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais (Lei Municipal 14.903 de 06/02/2009)” e estabelecer metas e trabalhos para as Práticas Corporais, Meditativas e Atividades Físicas.

As ações voltadas às Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde, veem ao encontro do conjunto de ações para a consolidação do Pacto pela Vida, estabelecido em 2006, com objetivos voltados à saúde do idoso, da política de Promoção da Saúde e Consolidação da Atenção Básica à Saúde e o combate ao sedentarismo, a prevenção das doenças e agravos não transmissíveis, a estimulação do autocuidado e autonomia dos indivíduos, promoção da integralidade na atenção, abordagem com foco no indivíduo para o diagnóstico e tratamento das doenças, realização de ações terapêuticas e preventivas, de forma integrada com a assistência convencional.

Nos últimos anos, foram priorizados trabalhos tais como: aumentar o número de unidades para dar atendimento à demanda das necessidades da população a essas práticas; aumentar o número de profissionais qualificados para a assistência aos doentes; implantar e promover as atividades relacionadas às Plantas Medicinais e Fitoterapia, estabelecer parcerias com outras instituições e Secretarias com os mesmos fins; implantar as Práticas Corporais, meditativas e Atividades físicas nas Unidades de Saúde; divulgar informações; educação permanente, formando, capacitando, supervisionando e; estabelecer protocolos e atividades em todo o Município de São Paulo, contribuindo para a qualificação dos profissionais e dos serviços de saúde oferecidos à população.

Nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, a meta a ser alcançada é:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Prevalência de atividade física suficiente em tempo livre em adultos</b>	<b>12,10</b>	<b>12,50</b>

### **Programa Municipal DST/Aids**

O Programa Municipal de DST/Aids (PM DST/AIDS) de São Paulo é instância de referência normativa e de coordenação das ações políticas públicas da SMS para: prevenção, controle, diagnóstico, tratamento e pesquisa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de Aids. (Portaria 1598/06 SMS.G)

As ações são integradas sob uma política com base na defesa dos direitos civis e humanos, o respeito à diversidade, a construção da cidadania, a defesa dos princípios de universalidade, da integralidade e

equidade (princípios do SUS) e a parceria com as Áreas Técnicas da SMS, outras Secretarias (Municipal e Estadual), Organizações da Sociedade Civil, universidades e setores empresariais.

O PM DST/Aids tem como finalidades:

- ✓ Coordenar tecnicamente a Rede Municipal de DST/Aids (RMEDST/Aids) responsável pela promoção, prevenção e assistência integral às pessoas vivendo com DST/HIV/Aids;
- ✓ Elaborar, promover e coordenar programas de assistência e projetos de formação, treinamento e aperfeiçoamento da RME DST/Aids;
- ✓ Realizar, promover, apoiar e avaliar a investigação e a pesquisa científica em seu campo de atuação e criar mecanismos para sua produção técnico-científica;
- ✓ Elaborar, promover e coordenar programas de prevenção e projetos de formação, treinamento e aperfeiçoamento, em consonância com a especificidade e as necessidades da área de saúde e de outros órgãos públicos e entidades não governamentais;
- ✓ Promover o intercâmbio técnico científico com outras instituições nacionais e internacionais;
- ✓ Propor e executar ações de vigilância de saúde em consonância com as diretrizes do Centro de Controle de Doenças da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (CCD-COVISA);
- ✓ Elaborar e implantar normas relativas às DST/Aids no âmbito do SUS-SP;
- ✓ Coordenar a Comissão Municipal de Normatização e Monitoramento do Controle da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, composta por diversas instâncias da Secretaria Municipal da Saúde.

A Rede Municipal Especializada em DST/Aids é composta por 24 serviços: 9 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 10 Serviços de Assistência Especializada (SAE), 3 Centros de Referência em DST/AIDS (CR) e 2 Ambulatórios de Especialidades (AE).

### **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**

Serviço estruturado para atividades de prevenção, aconselhamento e exames sorológicos para Sífilis, HIV e Hepatite B e C. É realizado também teste rápido diagnóstico para HIV (resultado em menos de uma hora). O atendimento pode ser anônimo. A equipe é composta por técnicos de diversas categorias profissionais.

### **Serviço de Assistência Especializada – SAE/AE/CR**

Serviços estruturados para atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento ambulatorial e Hospital-Dia para pessoas com DST, HIV/AIDS e Hepatite B e C. Conta com equipe multiprofissional, incluindo médicos em mais de uma especialidade. Realizam também teste rápido diagnóstico para HIV e sorologias de Sífilis, HIV e Hepatites B e C, entre outras ações como:

- Atenção integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids;
- Atenção aos efeitos adversos da terapia com antiretrovirais;
- Atendimento Domiciliar Terapêutico e Hospital Dia;
- Acompanhamento de gestantes soropositivas e orientações no pré-natal, gestação, parto e pós-parto para evitar a Transmissão Vertical do HIV (da mãe para o bebê), com disponibilização de Cabergolina - inibidor de lactação – para as mães com HIV e fornecimento de fórmula láctea e leite integral até os dois anos de idade para substituir a amamentação materna;
- Acompanhamento das crianças expostas ao HIV/Aids;
- Assistência integral à saúde das crianças com HIV/Aids;
- Atendimento por abordagem sindrômica e etiológica às outras Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- Assistência às pessoas com hepatites virais com ou sem co-infecção com o HIV;
- Referência para casos de exposição ao HIV por acidentes com material biológico;
- Referência para atendimento de violência sexual.

Projetos de prevenção na Rede Municipal Especializada em DST/Aids - metodologia de educação entre pares:

- "TUDO DE BOM" (Profissionais do sexo);
- "PRD SAMPA" (Usuários de drogas – UDI e UD);
- "CIDADANIA ARCO-IRIS" (Homens que fazem sexo com Homens – HSH);
- "ELAS POR ELAS" (Mulheres);
- "PLANTÃO JOVEM" (Jovens e adolescentes);
- Projeto Especial – Projeto Homens
- Interfaces estratégicas: população indígena, população em situação de rua, pessoas com deficiência, idosos, adolescentes e jovens em cumprimento de medidas sócio-educativas, imigrantes latino americanos, entre outros;
- Campanhas de prevenção: são campanhas realizadas anualmente, seguindo o calendário de campanhas nacionais de prevenção às DST/Aids que se somam ao trabalho cotidiano dos setores governamentais, instituições e organizações da sociedade civil para o controle da epidemia do HIV e das DST no país. Carnaval, Dia dos Namorados, Parada LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), Dia da Mulher, Dia Nacional de Combate à Sífilis e Dia Mundial de Luta contra a Aids. No Município é realizada também a Semana Municipal de HPV.

- **Prevenção à Distância:** O Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo mantém uma sede em um ambiente de interação virtual - *Second Life*, inserção no *Twitter* e o Fale-Conosco como interlocução direta à população. Em parcerias com outras instâncias governamentais, são veiculadas mensagens de prevenção nos Telecentros, Pontos de Cultura e nas TVs instaladas nos ônibus urbanos. Há programação sistemática junto à Rede São Paulo Saudável, veiculada nas salas de espera das Unidades de Saúde e o canal dirigido aos profissionais. O PM DST/Aids de São Paulo mantém também o site [www.dstaids.prefeitura.sp.gov.br](http://www.dstaids.prefeitura.sp.gov.br) que dispõe informações e materiais educativos.

### **Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica é uma ação transversal e exige alto grau de articulação com áreas direta ou indiretamente envolvidas com medicamentos. Segue as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS nº 3.916/98) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº338/2004), visando o acesso da população a medicamentos essenciais com uso racional.

A prescrição, dispensação e utilização são norteadas pela Área Técnica de Assistência Farmacêutica, por meio do desenvolvimento de ações que qualifiquem o acesso aos medicamentos.

Integram as ações da Assistência Farmacêutica:

- O Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM) que produz e disponibiliza informação técnica sobre medicamentos e
- A Comissão Farmacoterapêutica – CFT, que é responsável pela seleção dos medicamentos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME e pela elaboração de diretrizes.

Consolidou-se a utilização de protocolos para a prescrição de alguns medicamentos cujo controle é realizado por meio de sistema informatizado. Esta iniciativa significa um avanço para a qualificação da assistência farmacêutica prestada à população no Município. A SMS deverá ampliar o número de fármacos utilizados sob protocolos, de forma que a terapêutica medicamentosa dos usuários do SUS municipal obtenha o melhor benefício nesta ação.

Farmácias Populares funcionam na Cidade seguindo as propostas nacionais, e a SMS atua na manutenção dos 16 estabelecimentos financiando a locação dos imóveis.

## **Assistência Laboratorial**

A Assistência Laboratorial tem como objetivo viabilizar atendimento com qualidade, em tempo hábil. Várias ações foram implementadas/implantadas para a sua qualificação:

- Coleta diária (segunda a sexta-feira) nos serviços de saúde;
- Resultado diário para as Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) dos resultados dos exames diagnósticos para Hiv, sífilis, tuberculose e hanseníase, realizados nos laboratórios de referência municipal;
- Integração dos laboratórios públicos municipais e Instituto Adolfo Lutz no atendimento das necessidades de exames de Saúde Pública;
- Implantação de Salas de Coleta Especiais em 24 Supervisões Técnicas de Saúde;
- Realização de exames de urgência nos laboratórios dos Hospitais Municipais próprios;
- Exames do protocolo das AMA com realização 03 vezes ao dia e resultados diários;
- Realização de pregões para aquisição de insumos por Ata de Registro de Preços;
- Disponibilização de equipamentos automatizados pelo sistema de comodato;
- Acompanhamento físico e financeiro dos exames contratados.

## **Unidade de Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica**

A Assistência Domiciliar, no âmbito da Atenção Básica como serviços das Unidades Básicas de Saúde destinada a pessoas que tenham sofrido perdas funcionais e sejam dependentes na realização de atividades da vida diária. A Unidade de Assistência Domiciliar – UAD, adotou como critério de elegibilidade para ser incluído aos Cuidados de Saúde no Domicílio, o Grau de Incapacidade Funcional para Atividades da Vida Diária, definido na Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola, independentemente da doença que gerou a dependência ou do grupo etário. A adoção desse critério de elegibilidade é devido às necessidades crescentes desses serviços para atender a uma demanda crescente. Esse critério também garante a equanimidade de acesso a todas as pessoas. Atualmente existem 37 UAD da Atenção Básica e 07 UAD do PROHDOM sob cuidados da Atenção Hospitalar.

## **c) Estratégias para os segmentos Vulneráveis**

### **Saúde da Pessoa com Deficiência**

Considerando a diversidade e as dimensões deste Município a política de Saúde da Pessoa com Deficiência tem atuado na organização da rede de Atenção à Saúde para este segmento da população, integrando e complementando as propostas dos serviços de saúde na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade.

Os Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR e os Núcleos Integrados de Saúde Auditiva – NISA constituem-se em serviços próprios ou conveniados, localizados em Ambulatórios de Especialidades ou UBS nas diversas Supervisões Técnicas de Saúde. Suas ações estão pautadas nas diretrizes propostas pela Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, Legislação Municipal e por Portarias Ministeriais.

Estes serviços foram consolidados em 2008, com a publicação da Lei Municipal nº 14.671, que criou o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva, regulamentada pelo Decreto 49.671, de 25 de junho de 2008.

#### **Núcleos Integrados de Saúde Auditiva – NISA**

- NISA I - serviços de audiologia municipais que realizam consultas, avaliações audiológicas adulto e infantil, tratamentos e reabilitação auditiva;
- NISA II - serviços de média complexidade em saúde auditiva, próprios, habilitados pelo Ministério da Saúde, para diagnóstico, seleção, fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual, reabilitação e acompanhamento das pessoas com deficiência auditiva.

Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR - serviços de saúde municipais, caracterizando-se como referência na rede de atenção às necessidades da pessoa com deficiência física, mental e auditiva:

- NIR I - serviços que realizam a identificação oportuna, o acompanhamento e o atendimento em reabilitação à pessoa com deficiência;
- NIR II - serviços que além das atribuições do NIR I, realizam a concessão das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

As ações de saúde necessárias à assistência da pessoa com deficiência são identificadas em conjunto com as Coordenações Regionais de Saúde - CRS e Supervisões Técnicas de Saúde -STS que identificaram as suas potencialidades e necessidades em cada região e pactuaram pelo menos um NIR I por STS e um NIR II por CRS, e NISA de referência nas diversas STS. Integrou-se profissionais, supervisores, coordenadores e parceiros na estruturação das ações, otimizando fluxos e estabelecendo protocolos por meio da realização de Fóruns e reuniões centrais e nas Coordenadorias Regionais de Saúde.

- **Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência - ACSD**

Com o objetivo de implementar a atenção à saúde das pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, será implantado o Programa, com a contratação de 20 equipes multiprofissionais compostas de: 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Psicólogo, 1 Enfermeiro e 6 Acompanhantes, que por meio de ações que favoreçam a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares, o aprimoramento do cuidado, a prevenção de agravos, o desenvolvimento de potencialidades, o aumento da participação social e comunitária e que evitem a internação ou abrigo.

A metodologia contemplará ainda, ações em domicílio e a participação da pessoa com deficiência intelectual em oficinas terapêuticas, oficinas de convivência ou lúdicas no NIR, Centros de Convivência - CECCO e outros espaços e recursos sociais da comunidade.

Outras ações a serem implantadas:

- Triagem Auditiva Neonatal Universal -TANU – implantada nas maternidades municipais, a proposta engloba a triagem, o monitoramento, o acompanhamento dos recém-nascidos de risco e o tratamento para os casos diagnosticados.
- Assistência Básica à Mulher Deficiente – parceria com a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida - SMPED, estudo de acessibilidade para adequações no atendimento tocoginecológico.
- Equoterapia: parceria com SMPED. Modalidade terapêutica que se utiliza de cavalos como instrumento do quadro físico/mental do paciente.

## **Saúde do Trabalhador**

A competência da Saúde, para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador, está definida na Constituição de 1988, no seu artigo 200 no parágrafo II, onde “compete à Saúde...” “executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”. Na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 a saúde do trabalhador é descrita como “... O conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

No Município de São Paulo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), foram implantados em 1989, tendo como objetivo a promoção e proteção à saúde do trabalhador, por meio de prestação de assistência integral à saúde dos trabalhadores com ações de promoção, prevenção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação e avaliação das condições de risco presentes nos ambientes de trabalho de forma integrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela Portaria 1679/02 GM/MS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Secretaria Municipal da Saúde instituiu, em 2002, o Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho - SIVAT, através da Portaria nº 1470/02 que tornou compulsória a notificação de acidentes graves e fatais e com menores de 16 anos ocorridos durante o desempenho da atividade profissional independente do vínculo empregatício. A partir de 2007, o Município passou a notificar os agravos relacionados à saúde do trabalhador no SINAN.

Entre 2003 e 2008 as ações realizadas pelos CRST, eram como assessoria técnica do Ministério Público e em parceria com as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelas SUVIS e COVISA. A partir de outubro de 2008, com a publicação do Decreto nº 50.079, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador foram incluídos na constituição do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.

A inserção das ações de vigilância dos CRST no Sistema Municipal de Vigilância em Saúde e a implementação da notificação de agravos relacionados ao trabalho e dos Acidentes de Trabalho requerem efetiva integração entre os serviços de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde.

Esta integração, por sua vez, requer conhecimento e registro formal da demanda para a identificação dos principais agravos e acidentes de trabalho na Cidade. Outras ações, como a capacitação dos técnicos dos CRST, implementação de ações de promoção assistência e prevenção junto às equipes da ESF e Serviços de Urgência e Emergência irão contribuir para a melhoria da Atenção Integral ao Trabalhador.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Município tem como ações prioritárias:

- Adequar e ampliar os recursos humanos, visando a atenção integrada em saúde do trabalhador;
- Capacitar os técnicos a partir das necessidades identificadas pelos CRST de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde;
- Ampliar a rede de notificação de acidente de trabalho;

- Monitorar as Notificações de Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho na rede básica de saúde e serviços de urgência e emergência;
- Traçar perfil de morbimortalidade dos trabalhadores em decorrência de acidentes e DRT;
- Acompanhar e apoiar as ações de intervenção nos ambientes e situações de exposição a risco no trabalho;
- Planejamento de estratégias e definição de prioridades para a intervenção em situação geradoras de risco no trabalho;
- Integrar as ações de atenção à saúde do trabalhador na Atenção Básica, capacitando e monitorando as equipes da Estratégia Saúde da Família para o reconhecimento e atendimento básico de trabalhadores com acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho;
- Ampliar os canais de divulgação dos serviços e ações em saúde do trabalhador;
- Divulgar Boletim Anual com resultados de ações em atenção integral em saúde do trabalhador do município de São Paulo;
- Implantar na CRS Leste um CRST

### **Recursos**

As ações para efetivação desta Política deverão contar com recursos do Tesouro, Renast e outros.

### **Saúde da População Negra**

O programa de Saúde da População Negra foi criado na SMS em 2003, com o objetivo de formular ações que promovam, no âmbito do Sistema Único de Saúde da Cidade, a redução das iniquidades em saúde relacionadas à questão racial, reconhecendo as especificidades deste segmento da população que gira em torno de 3.276.972 (31%) habitantes no Município de São Paulo - IBGE/Fundação SEADE – 2004.

Desde então, a área vem trabalhando na identificação das situações especiais de agravos à saúde, no planejamento de ações conjuntas com as demais áreas técnicas da Atenção Básica, tratando transversalmente a temática racial através dos seguintes eixos:

- Implementar o Programa de Atenção Integral aos portadores de Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias na rede;

- Melhorar a qualidade da informação do quesito cor, tendo como base os critérios de autoclassificação, mediante a sensibilização e capacitação dos profissionais que atuam no preenchimento dos sistemas de informações existentes;
- Introduzir, nas capacitações previstas nas diferentes áreas técnicas, as especificidades e necessidades de saúde da população negra;
- Introduzir indicadores de monitoramento para avaliação de acesso da população negras aos serviços de saúde;
- Incentivar e apoiar o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção à doenças em espaços “extra-muro” das unidades de saúde;
- Implementar ações intersetoriais para diminuir a incidência de violência em jovens da raça negra;
- Participação no Grupo de Trabalho Intersecretarial, oficializado através da Portaria nº1.045 de 18/08/2009 para instituir o "Plano Municipal da Promoção da Igualdade Racial" iniciativa que partiu da 2ª Conferência Municipal de Promoção da Igualdade Racial. O Grupo de Trabalho é coordenado pela Secretaria de Participação e Parceria, através da Coordenadoria dos Assuntos da População Negra - CONE e visa a implementação do “Programa de Combate ao Racismo e Ações Afirmativas”.

A Secretaria Municipal da Saúde vem trabalhando em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Saúde da População Negra, buscando a promoção da equidade em saúde da população negra.

### **Saúde da População Indígena**

No Município de São Paulo habitam aproximadamente 2.500 indígenas. Os índios Guaranis vivem em três aldeias: Aldeia Tenonde-Porã, Aldeia Krukutu e Aldeia Jaraguá, que buscam viver tradicionalmente conforme sua cultura. Os índios Pankararus são moradores da favela do Real Parque.

O programa da Saúde da População Indígena foi criado pela SMS com a finalidade de organizar o atendimento básico e implantar programas de saúde nas comunidades indígenas, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – Portaria MS nº 254/02, regulamentada pelo Decreto nº 3.156/99 e, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena/SUS definida pela Lei nº 9.836/99.

A implantação de programas de saúde voltados a essas populações requer a adoção de um modelo diferenciado de organização dos serviços que garanta aos índios o exercício de sua cidadania, de acordo com suas especificidades. Para sua efetivação, foi criada uma rede de serviços instalados em terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade para essa população.

As aldeias são assistidas por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI, criadas em conformidade com a Portaria GM nº 2656/07 e tem dentre as várias especificidades a inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN que são de extrema importância, visto que muitos índios não falam a língua portuguesa.

Para que as ações de saúde possam ser efetivadas é necessário que a Atenção à Saúde se dê de forma diferenciada, que respeite a diversidade etno-cultural dessa parcela da população paulistana e de seus sistemas tradicionais de saúde, preconizando a integração entre os programas de saúde estabelecidos pela FUNASA/MS e pela SMS, tais como:

- Estabelecimento de interlocução com as Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde e Hospitais de Referência;
- Implantação do SIASI/FUNASA/MS (Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena);
- Participação de Lideranças Indígenas nos Conselhos Gestores;
- Realização de reuniões bimestrais com os Conselheiros Indígenas Locais para avaliação e ajustes das ações desenvolvidas nas Comunidades Indígenas.

Com a estruturação dos serviços e a integralidade das ações de saúde nas aldeias observou-se redução gradativa da mortalidade infantil indígena. Em 2000 o coeficiente era de 225/1000 nascidos vivos e em 2008 caiu para 32,25/1000 nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade infantil ainda é alto comparativamente a população geral, porém menor que o coeficiente observado nos dados da FUNASA-MS que está na ordem de 46,76/1000 nascidos vivos na população indígena brasileira e também acompanha a queda observada nacionalmente.

#### **d) Intersetorialidade e a Promoção à Saúde**

A Secretaria Municipal da Saúde está envolvida numa ampla articulação institucional no desenvolvimento de projetos que buscam o atendimento dos direitos sociais dos munícipes com ênfase na Promoção à Saúde.

#### **Tabagismo**

A Cidade de São Paulo reduziu a prevalência de tabagistas em 30% na última década, segundo levantamento do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas). Ações como diminuição e regulamentação de propaganda e pontos de venda foram fundamentais para este sucesso. Outras frentes de trabalho como o apoio àqueles que desejam deixar de fumar necessitam de fortalecimento para alcançar igual sucesso.

Metas: Ampliar à ordem de 25% ao ano o número de unidades credenciadas para abordagem intensiva ao fumante no Município até a total cobertura da rede nesta modalidade de atenção; Prevenir a iniciação do hábito de fumar entre os adolescentes com ações integradas e intersetoriais com a educação; e, apoio a ações legislativas através da participação ativa no Comitê para Promoção de Ambientes Livres de Tabaco-CEPALT.

Para Promoção da Saúde, nos indicadores do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

Indicador	Meta 2010	Meta 2011
<b>Prevalência de Tabagismo em adultos %</b>	<b>21</b>	<b>20</b>

### **Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS)**

Em 2009, a Secretaria Municipal da Saúde, considerando a importância do projeto e da parceria com a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente (SVMA) e Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), deu continuidade ao Projeto Ambiente Verde e Saudável (PAVS), iniciado em março de 2007.

Após avaliação do PAVS de 2008, e levantamento de todos os projetos regionais, foi reavaliada e repactuada a contratação dos gestores de projetos ambientais, ficando então o projeto com 25 gestores locais e cinco gestores regionais. Nos territórios de abrangência das UBS, estão presentes problemas ambientais de grande relevância, com evidência para as multideterminações sociais do processo saúde-doença. Para seu enfrentamento, continuaremos fortalecendo as ações dos 705 projetos socioambientais identificados em 2009, classificados em 11 eixos temáticos (**Quadro 2**)

### **Quadro 2:** Projetos Ambientes Verdes e Saudáveis distribuídos por CRS

Eixo Temático	Quantitativo de Projetos por Coordenadoria regional de Saúde					TOTAL
	NORTE	SUL	LESTE	SUDESTE	CENTRO-OESTE	
Arborização	13	25	16	9	0	63
Horta/Alimentação Saudável	27	16	30	14	3	90
Educação Ambiental e Cultura de Paz	19	53	24	28	12	136
Gerenciamento de Resíduos	58	37	39	32	9	175
A3P – Agenda Ambiental na Administração Pública	4	3	38	14	0	59
Constituição de Espaços de Convivência	0	0	14	3	0	17
Infraestrutura/ Revitalização espaço público	32	10	12	22	9	85
Geração de renda	8	18	22	8	0	56
Educomunicação	2	13	1	0	1	17
Áreas de Mananciais	2	1	0	0	0	3
Convívio Saudável com os Animais e Zoonoses	0	0	1	3	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>176</b>	<b>197</b>	<b>133</b>	<b>34</b>	<b>705</b>

### Projeto de Segurança Humana

Desde 2008 SMS, SMADS e SME implementam o Projeto de Segurança Humana com o apoio do Fundo de Apoio das Nações Unidas para Segurança Humana (UNTFHS). As agências do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU): OPAS, UNFPA, UNESCO e UNICEF, estão participando diretamente dessa articulação. O projeto tem a finalidade reduzir a violência na Cidade de São Paulo, em algumas regiões escolhidas em função de possuírem altos índices de vulnerabilidade social. As prioridades desse projeto são as gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos jovens e famílias vulneráveis. O trabalho teve início na região de Itaquera.

### Projeto Île de France

Projeto celebrado entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Região Île de France - Paris, formalizado pela Secretaria Municipal de Relações Internacionais, estabelecendo intercâmbio entre as

Secretarias Municipais da Cultura, Saúde, Educação e Desenvolvimento Social. Prevê o desenvolvimento de três módulos de capacitação direcionados para Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais e Auxiliares de Enfermagem da Supervisão Técnica de Saúde de Cidade Tiradentes.

A SMS assinou em abril de 2009 o termo de convênio com a Casa de Saúde Santa Marcelina para a realização do Módulo I de capacitação dos profissionais supracitados, com os temas: Prevenção da Violência, Cultura da Paz e Saúde Bucal: ações de promoção e prevenção. Neste módulo foram capacitados 197 profissionais, divididos em 6 turmas com 64 horas de capacitação e 8 horas de atividade em campo. Para o ano de 2010 está planejada a realização dos Módulos II e III.

### **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**

Com o objetivo de integrar ensino e serviço, visa à reorientação da formação profissional, assegurando abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à comunidade (Portarias Interministeriais 2.101/05 e 3.019/07).

A Secretaria Municipal da Saúde firmou convênio com as seguintes Instituições de Ensino Superior:

- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;
- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP);
- Pontifícia Universidade Católica (PUC);
- Universidade Adventista de São Paulo (UNASP).

1162 alunos realizam estágios em nossas Unidades de Saúde. O primeiro convênio firmado foi com a UNIFESP que concentra 851 alunos. As demais Instituições efetivam o Plano de Trabalho junto com às Coordenadorias Regionais de Saúde.

### **Fundação CASA**

Parceria entre SMS e a Fundação Casa, para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas.

As Portarias nº 1.426/04-MS, nº 340/2004-SAS e Nº 647/08, orientam a implantação e implementação de ações de saúde aos “Adolescentes em conflito com a lei”, garantindo a integralidade e a universalidade de

acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, bem como uma atenção à saúde humanizada e de qualidade.

Dentre as ações pertinentes à Secretaria Municipal da Saúde, estão previstos: a participação na elaboração do Plano Operativo Estadual e a elaboração do Plano de Ação Municipal, que têm por objetivos: acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial; saúde sexual e saúde reprodutiva; imunização; saúde bucal; saúde mental; controle de agravos e assistência à vítima de violência. Assim como:

- Capacitar os profissionais de saúde da Fundação CASA segundo os Manuais e Protocolos da Secretaria Municipal da Saúde;
- Realizar oficina de sensibilização aos profissionais de saúde dos serviços para o acolhimento dos adolescentes em conflito com a Lei;
- Estabelecer referências de saúde junto as Coordenações Regionais de Saúde, de serviços da Atenção Secundária e Terciária para os adolescentes em regime de internação, internação provisória e regime de semi-liberdade.

### **Programa Bolsa Família – PBF**

O Município de São Paulo aderiu ao Programa Federal de transferência de renda às famílias pobres e extremamente pobres - Bolsa Família - no ano de 2005. O sistema de acompanhamento dessas famílias oferecido pelo DATASUS não se mostrou compatível com a extensão de nossa base de dados (mais de 300 mil famílias cadastradas no CadÚnico). Em 2006 SMS pactuou com o Ministério da Saúde - MS, o Ministério de Desenvolvimento Social - MDS, DataSus e a Secretaria Municipal de Assistência Social - SMADS, a adaptação no Sistema de Informação da SMS - Siga Saúde, da “aba Bolsa Família” para o registro das informações obrigatórias de acompanhamento das famílias com perfil saúde: crianças menores de 7 anos, gestantes e nutrízes.

O gestor do PBF no MSP é SMADS, que efetua o cadastramento das famílias, atuando intersetorialmente com SMS e Secretaria Municipal de Educação. A Atenção Básica, a Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação e SMADS planejaram as seguintes ações:

- Integração entre as bases de dados do MDS/DATASUS/SMADS e SMS,
- Aprimoramento junto ao MS da “aba Bolsa Família” no Siga-Saúde,
- Geo-referenciamento das bases de dados de SMADS e das áreas de abrangências da Estratégia Saúde da Família.

Como fortalecimento da Atenção Básica do Pacto pela Saúde 2010 – 2011, na dimensão Pacto pela Vida, as metas a serem alcançadas são:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2011</b>
<b>Percentual de Famílias com perfil Saúde, beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica (%)</b>	<b>25</b>	<b>30</b>

### **3. Vigilância em Saúde**

O Sistema Municipal de Vigilância em Saúde de São Paulo é constituído, conforme Decreto 50.079, de 07/10/08, pela Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA, pelas 25 Supervisões de Vigilância em Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde – SUVIS e pelos 5 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST. A missão dos componentes deste sistema é proteger e promover a saúde da população e suas gerações futuras, por meio de um conjunto de atividades, ações e serviços organizados para conhecer, detectar, analisar, monitorar e intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença decorrentes de situações e condições de risco do meio ambiente, da produção ou circulação de bens e produtos ou da prestação de serviços de interesse da saúde.

Todos os serviços de saúde do Município executam ações de vigilância, de forma direta ou indireta. A integração entre a rede de serviços de assistência e de vigilância é essencial para conhecer e intervir nos fatores determinantes da saúde individual e coletiva. A intersetorialidade tem sido igualmente uma estratégia de forte impacto nas ações de vigilância, incluindo parcerias desenvolvidas com órgãos municipais, órgãos de outras esferas de governo e sociedade civil.

O Município de São Paulo representa permanente desafio para as autoridades sanitárias diante das divergentes condições econômicas, sociais e ambientais existentes e a grande circulação de pessoas e produtos em seu território.

A Vigilância em Saúde consiste num campo integrado de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, cujas principais áreas de atuação são:

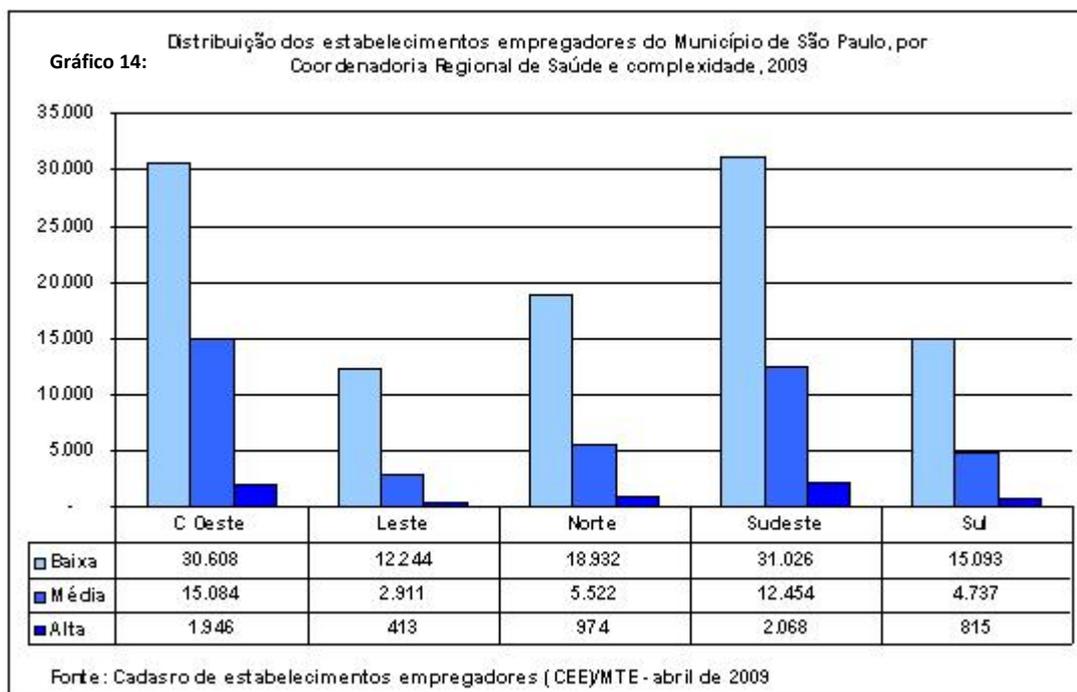
#### **3.1. Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde**

No Município de São Paulo há um amplo universo de serviços e produtos regulados pela vigilância. Visando o controle do risco sanitário das atividades reguladas, são efetuados os seguintes procedimentos: cadastro

dos estabelecimentos e equipamentos; inspeções sanitárias, a fim de averiguar se as condições de funcionamento destes serviços atendem à legislação vigente; orientação técnica aos responsáveis pelos serviços e usuários; produção de material educativo e elaboração de normas.

A COVISA conta também com um Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde que realiza análise de água e alimentos coletados pelas autoridades sanitárias, a fim de verificar padrões de identidade e qualidade dos produtos consumidos pela população. Atualmente, este Laboratório participa do Programa Paulista de Análise Fiscal (Estadual), no qual são feitas coletas e análises em produtos como: leite UHT e pasteurizado, produtos de amendoim, vegetais minimamente processados, salsichas, hambúrguer, salgadinhos de milho, bolachas, sucos, água mineral, arroz, feijão e refrigerantes. Neste programa, são pesquisados a presença de gordura *trans*, quantidade de sódio e açúcares, dentre outros aspectos que podem representar risco à saúde dos consumidores. Outro programa relevante, em que o Município é o único do Estado a participar, é o PAMVET, no qual são pesquisados resíduos de medicamentos veterinários em leite UHT, leite em pó ou pasteurizado. O programa municipal de monitoramento de alimentos realiza ainda análise nos seguintes produtos: queijo ralado, ketchup, farinha de trigo e fubá, balas, refrescos, amendoim e derivados, feijão, gelatina, água mineral, leite, sal e polpa de tomate. Em 2009, foram efetuadas 1972 coletas de amostras de água em diferentes pontos do município para monitoramento de qualidade.

O **Gráfico 14** mostra o número de estabelecimentos do setor regulado, por região de saúde do Município. Observa-se que o total de estabelecimentos sob vigilância é da ordem de 154.827, com concentração nas regiões Sudeste e Centro-Oeste.

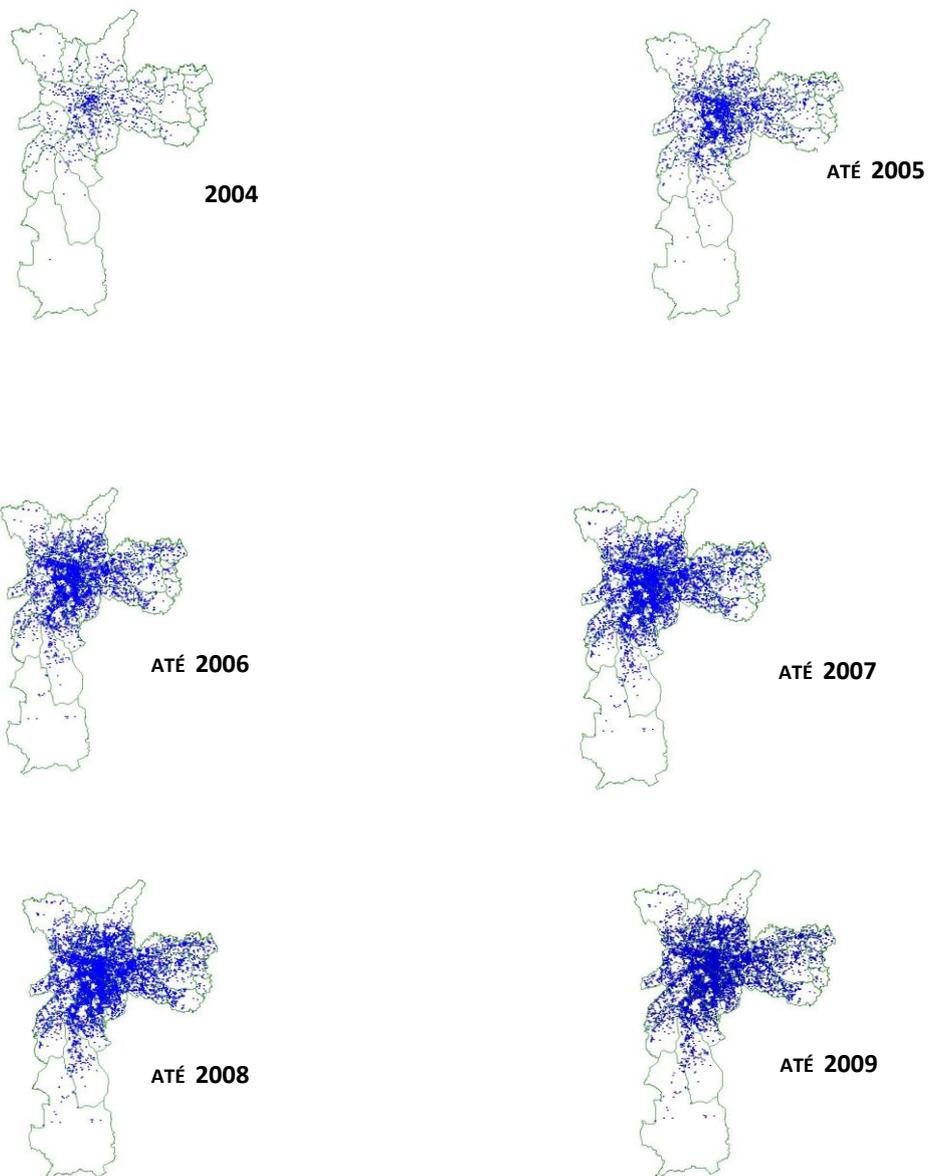


Os **Gráficos 15, 16 e 17** mostram acréscimo anual importante no número de inspeções sanitárias realizadas nos estabelecimentos do Município.

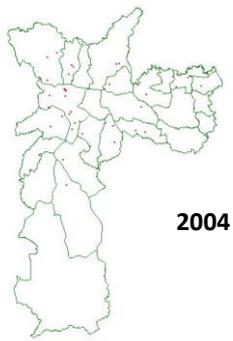
**Gráfico 15** – Evolução das ações de vigilância de produtos e serviços de interesse à saúde.

**Inspeções realizadas por COVISA**

**Período 2004 a 2009**



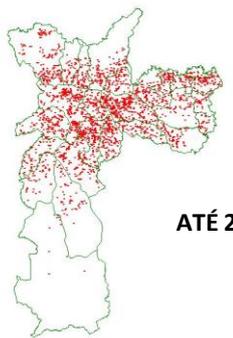
**Gráfico 16 - Inspeções realizadas por SUVIS**  
**Período 2004 a 2009**



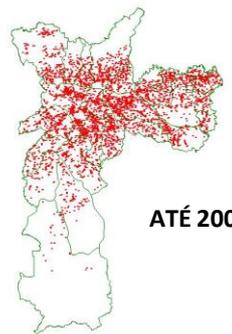
**2004**



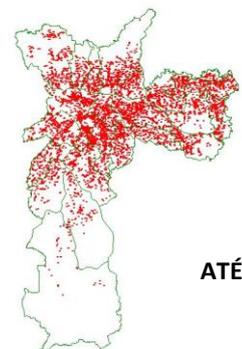
**ATÉ 2005**



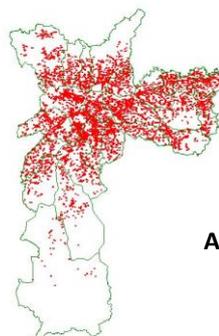
**ATÉ 2006**



**ATÉ 2007**

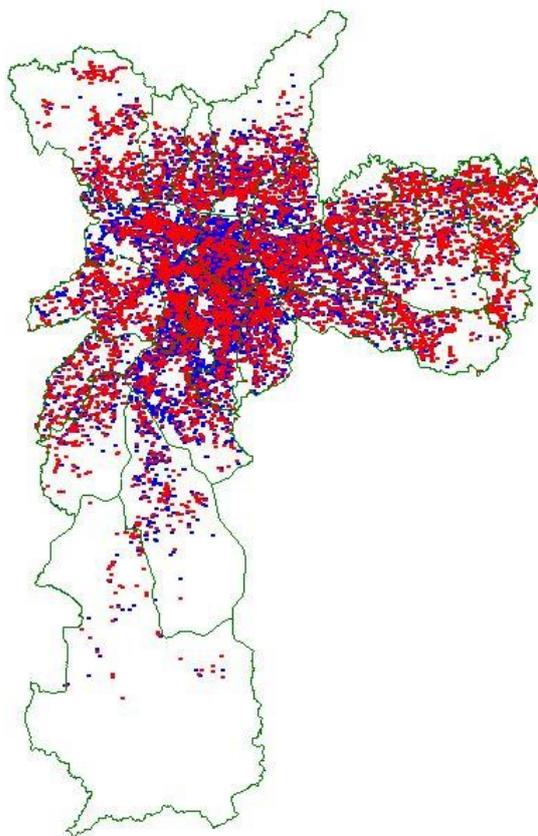


**ATÉ 2008**



**ATÉ 2009**

**Gráfico 17** - Inspeções realizadas por COVISA e SUVIS no período 2004 a 2009



FONTE: SIVISA, FEVEREIRO DE 2010

### **3.2. Vigilância Epidemiológica**

Em relação à Vigilância Epidemiológica, a estratégia básica é a coordenação, implantação e acompanhamento das ações de notificação, investigação e a introdução de medidas de controle de agravos de notificação compulsória, bem como a detecção do surgimento de agravos inusitados à saúde, de forma a conhecer e intervir na situação de saúde. As SUVIS coordenam essas ações em relação aos serviços do seu território. Destacam-se os programas de imunização, de controle de doenças (Tuberculose, Hanseníase e Hepatites Virais), que também normatizam as ações de vigilância e assistência desses agravos. Na COVISA, o Centro de Controle de Doenças tem foco de intervenção no processo de agravos de transmissão respiratória, alimentar, parenteral e sexual; das doenças oculares transmissíveis (tracoma e conjuntivites), das infecções hospitalares e dos surtos. Além disso, realiza a vigilância das doenças não transmissíveis com ênfase nas doenças crônicas, seus fatores de risco e proteção, vigilância e prevenção das violências e

acidentes, e na implantação da estratégia global de atividade física, alimentação saudável e ambientes livres de tabaco.

**Quadro 3** – Casos notificados de doenças e agravos de notificação compulsória, foco do Centro de Controle de Doenças (CCD). Município de São Paulo - 2006 a 2009

<b>Agravo Compulsório</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
AIDS (inclui criança exposta e adulto não gestante HIV+)	16	4.973	6.840	6.517
Botulismo	0	2	6	2
Cólera	0	0	0	1
Coqueluche	0	192	261	111
Difteria	0	5	5	3
Doença de Creutzfeldt-Jacob	0	8	7	15
Doenças Exantemáticas	0	3.373	1.882	479
Eventos Adversos Pós-vacina	756	750	1.054	958
Febre Tifóide	0	39	20	23
Gestantes HIV +	0	535	520	533
Hanseníase	459	462	398	449
Hepatites Virais	10	7.493	8.995	10.682
Influenza	0	0	0	2.672
Intoxicações Exógenas	24	386	795	1.477
Meningite	2	6.440	4.249	3.716
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	0	33	35	41
Sífilis Congênita	0	366	422	463
Sífilis em Gestante	20	313	619	796
Tétano Acidental	0	3	14	11
Tuberculose (casos residentes)	6.931	6.673	6.820	6.878
Tracoma	130	130	125	54
Violência e Acidentes (*)				44.396
<b>TOTAL DE NOTIFICAÇÕES</b>	<b>8.348</b>	<b>32.176</b>	<b>33.067</b>	<b>80.277</b>

Fonte: TABNET – SINAN – consulta em 20/04/2010

Nota: (\*) 1º ano de implantação do SIVVA – Sistema de Informação de Vigilância de Violência e Acidentes

Em 2009, foram ainda notificados 1589 surtos: 451 de varicela, 951 de doença transmitida por alimento e 187 de conjuntivite. Esse ano foi marcado pelo surgimento mundial da pandemia causada pelo vírus Influenza A (H1N1). Criou-se o comitê de enfrentamento da pandemia na Cidade, que possibilitou o estabelecimento de interfaces com técnicos de outros setores da SMS e de outras Secretarias.

## **Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009**

No final de abril de 2.009 o mundo foi surpreendido com a emissão de alerta efetuado pela Organização Mundial de Saúde, informando sobre a ocorrência da Pandemia pelo vírus Influenza A H1N1. O município de São Paulo constituiu o Comitê Gestor composto por gerentes e coordenadores de vários setores da Secretaria Municipal da Saúde (Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Regulação, COGERH, Autarquia Hospitalar, CEINFO, Assist. Laboratorial, SAMU) para enfrentamento desse agravo.

Os protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde e Normas Técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo orientaram a Secretaria Municipal a adotar as seguintes medidas:

- organização da assistência para diagnóstico, remoção, notificação, investigação, tratamento e dispensação de medicamentos;
- monitoramento e visitas domiciliares das gestantes, suspeitos e contactantes, orientando sobre as medidas higiênicas e os sinais de alerta de gravidade;
- distribuição do medicamento oseltamivir pelas 115 AMA com controle diário de distribuição e abertura de AMA aos domingos para atendimento da população durante a pandemia;
- instituição de plantão administrativo e técnico nos níveis central e regional para agilizar as respostas às demandas;
- orientação e capacitação para os profissionais da saúde, com o objetivo de atualizá-los no manejo clínico e medidas de proteção (biossegurança);
- elaboração de material educativo voltado para a população em geral e para segmentos populacionais específicos (gestantes, escolares, professores);
- divulgação sistemática e regular de informações para os meios de comunicação;
- ações em conjunto com outras Secretarias, como Secretaria de Gestão e Secretaria de Educação.

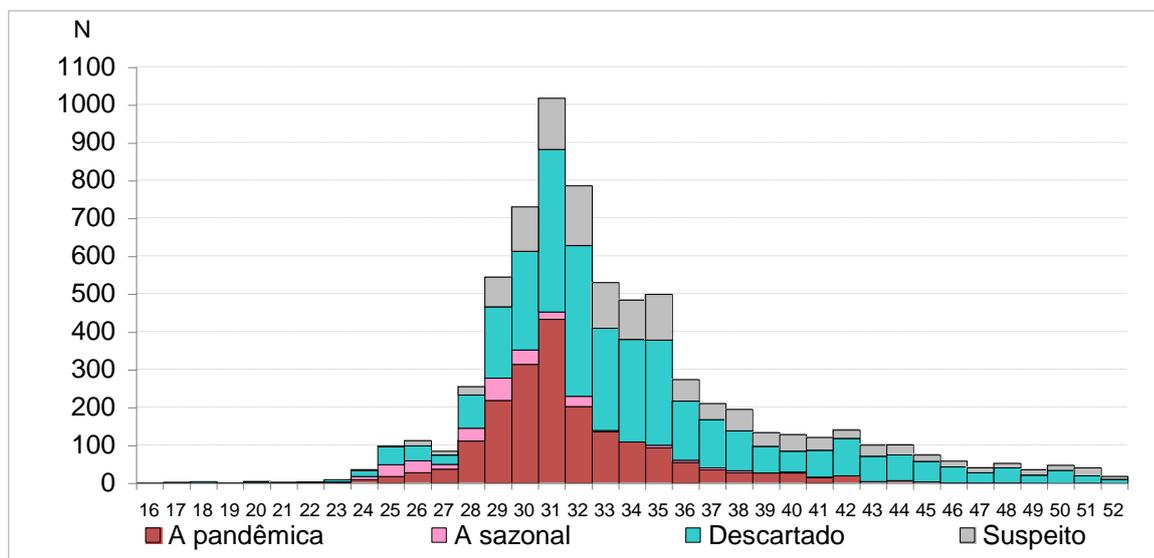
De 28 de abril a 31 de dezembro de 2009, foram **notificados 13.870 casos suspeitos** de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em residentes no Município de São Paulo (MSP). Foram **confirmados 3.737 casos** de influenza pandêmica A (H1N1) 2009 (26,9%) e 947 casos de influenza A sazonal (6,8%) e foram descartados 6.698 casos (48,3%).

No período analisado foram notificados 7.006 casos de SRAG no MSP. Destes, 1.965 (28,0%) foram confirmados para Influenza pandêmica e 295 (4,2%) para Influenza A sazonal.

Em relação à distribuição temporal foi observado, por volta da SE 24, aumento do número de casos de SRAG confirmados para influenza pandêmica, com pico na SE 31, quando 434 casos foram confirmados. A partir de então, houve diminuição progressiva no número de casos confirmados até a SE 52. O Ministério

da Saúde declarou transmissão sustentada do vírus da influenza pandêmica no Brasil em 16 de julho (SE 28).

**Gráfico 18** - Distribuição temporal de SRAG segundo SE de início dos sintomas e classificação final, MSP, SE16 a 52, 2009.



Fonte: SINAN WEB (18/01/2010)

Até o dia 31 de dezembro de 2009, **130 casos confirmados** de influenza pandêmica A (H1N1) 2009 evoluíram para óbito. A taxa de mortalidade nesse período foi de 1,11/100.000 habitantes. No sexo feminino as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos contribuíram com 59 óbitos; **15 óbitos** ocorreram em gestantes. Nos casos que evoluíram para óbito, a principal comorbidade isolada observada foi doença metabólica, seguida de pneumopatia.

### 3.3. Programa Municipal de Imunização

É competência do município a coordenação, planejamento, execução e supervisão das ações de imunizações, incluindo as estratégias especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio, além da notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação.

O objetivo fundamental de um programa de vacinação é reduzir os índices de morbidade e mortalidade das doenças-alvo. Esta redução só será observada se forem alcançados e mantidos altos níveis de cobertura vacinal de forma homogênea e estiver garantida a qualidade dos imunobiológicos desde a sua fabricação até o momento da sua aplicação.

Estão cadastradas no MSP **668 salas de vacinação** – sendo **549** em serviços públicos de vacinação e **119** em clínicas privadas – o que também contribui para tornar mais complexas as ações de controle dos

imunobiológicos. No ano de 2009 foram aplicadas 9.373.033 doses das vacinas. A **Tabela 25** demonstra a série histórica da cobertura vacinal alcançada de 1998 a 2009.

**Tabela 25** – Série histórica da cobertura vacinal básica em < 1 ano – Município de São Paulo – 1998 a 2009

Ano	BCG Cob Vac (%)	Hepatite B Cob Vac (%)	Tetra Cob Vac (%)	Polio Cob Vac (%)	Rotavírus Cob Vac (%)
1998	117,01	3,73	99,85	94,07	0,00
1999	117,40	100,19	92,50	96,41	0,00
2000	113,29	93,00	95,80	99,57	0,00
2001	111,41	87,18	93,22	95,30	0,00
2002	107,91	82,86	88,72	86,32	0,00
2003	111,47	89,52	94,33	93,30	0,00
2004	113,89	88,85	96,84	93,97	0,00
2005	111,93	91,99	95,58	93,88	0,00
2006	109,11	88,81	94,30	93,27	64,20
2007	111,43	91,35	97,22	95,97	83,18
2008	112,11	91,03	94,62	93,39	82,59
2009	111,49	93,55	97,16	96,23	84,45

Fonte: API/CCD/COVISA/SMS

O Sistema de Informação Municipal – “Módulo Vacina” está sendo implantado em parceria com o Núcleo de Informação/COVISA, que tem como objetivos: implementar o registro de vacinação, facilitar o acompanhamento dos faltosos, otimizar as atividades na sala de vacina e melhorar a qualidade da cobertura.

### 3.4. Vigilância em Saúde Ambiental

A **Vigilância em Saúde Ambiental** desenvolve ações para conhecer e detectar mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, identifica e executa medidas de prevenção e controle dos fatores de risco do meio ambiente, nele incluído o do trabalho.

A área trabalha com o impacto na saúde de processos produtivos com riscos tecnológicos complexos, o que implica em ações intersetoriais, como as que já ocorrem com a Secretaria do Verde e Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, Secretaria Municipal das Subprefeituras, CETESB e DAEE.

A implementação das ações nesse novo e complexo campo de atuação ocorrem com subsistemas relacionados à vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA), ar (VIGIAR), solos

(VIGISOLO), desastres naturais (VIGIDESASTRES), acidentes com produtos perigosos (VIGIAPP), substâncias químicas (VIGIQUIM), fatores físicos (VIGIFISI) e situações relacionadas às condições, processos e ambientes de trabalho (Saúde do Trabalhador). A Vigilância em Saúde Ambiental também inclui a coordenação técnica de dois programas com atividades de controle de vetores - Programa Municipal de Controle da Dengue e Programa de Controle de Roedores e leptospirose. Além disso, há a vigilância de outras zoonoses e agravos transmitidos por vetores tais como a raiva humana, febre maculosa, leishmaniose visceral e tegumentar, esquistossomose, entre outras.

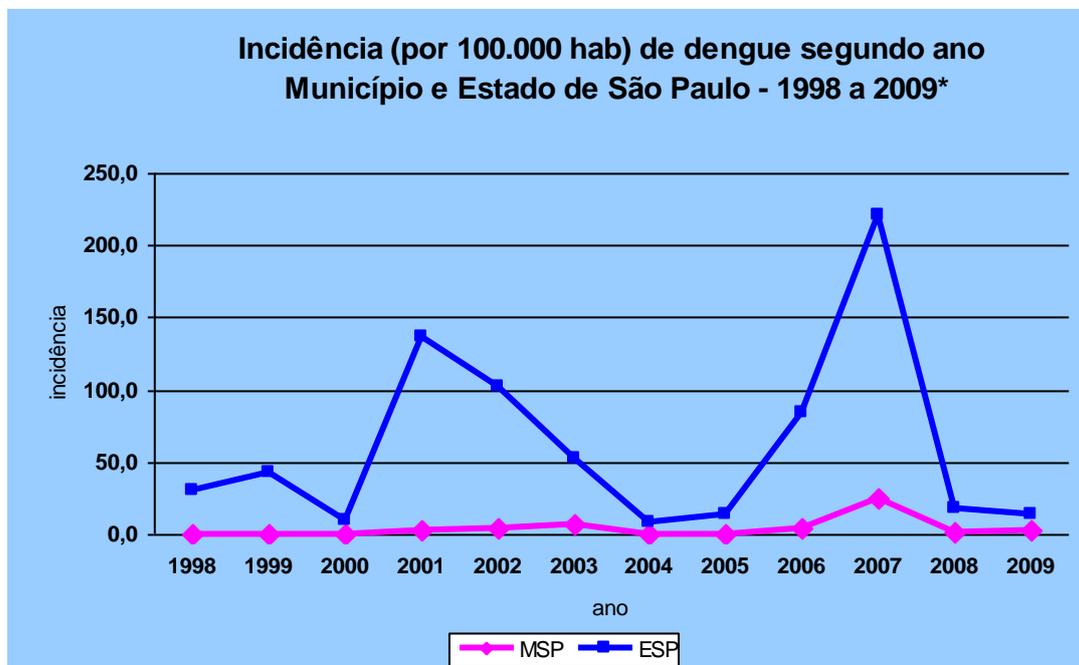
O **Quadro 4** apresenta os casos confirmados, a evolução das doenças e agravos transmitidos por vetores nos residentes no MSP numa série histórica compreendendo o período de 2002 a 2009.

**Quadro 4** – Casos notificados confirmados de doenças e agravos de notificação compulsória, transmitidas por vetores nos residentes no MSP, foco da Vigilância em Saúde Ambiental, 2002 a 2009 no Município de São Paulo

Casos Notificados	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Acidente por Animais Peçonhentos	262	267	301	316	278	319	252	355	2350
Atendimento Antirrábico Humano	14453	16982	19385	19547	18865	18555	20244	21207	149238
Dengue	2135	1503	98	248	1300	3742	580	599	10205
Doenças de Chagas Aguda	6	3	2	8	2	3	1	2	27
Esquistossomose	929	888	696	687	497	422	313	329	4761
Febre Amarela	0	0	1	0	0	0	5	0	6
Febre Maculosa	1	-	1	3	-	0	5	2	12
Hantavirose	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Leishmaniose Tegumentar Americana	51	48	32	42	44	31	38	39	325
Leishmaniose Visceral	9	10	15	15	12	9	14	15	99
Leptospirose	240	210	284	303	292	278	176	286	2069
Malária	31	43	60	31	164	110	71	62	572
Raiva Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétano Acidental	5	4	10	7	4	1	6	1	38

Fonte: SINANW/SINANNET – GVISAM/COVISA – dados provisórios até 15/04/2010

**Gráfico 19** – Incidência de casos de dengue por 100.000 habitantes no Município de São Paulo e no Estado de São Paulo, 1998 a 2009.



\*Dados atualizados até 31/10/09

Fonte: Vigilância em Saúde Ambiental – SMS e Divisão de Zoonoses/CVE

Observa-se no **Gráfico 19** a evolução da dengue no Município, em relação ao Estado de São Paulo.

### 3.5. Controle de Zoonoses

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de São Paulo tem por missão a prevenção e o controle de zoonoses urbanas e agravos provocados por animais, prestando serviços de natureza técnica e operacional à municipalidade. Atua também como órgão colaborador da Organização Mundial da Saúde/OPAS e centro de referência nacional para zoonoses urbanas, desde sua implantação em 1973.

Além dos programas já estabelecidos, como o Programa de Controle da Raiva, têm-se priorizado: a ampliação de monitoramentos das zoonoses emergentes, o desenvolvimento de estudos para definição de novos protocolos em zoonoses, a vigilância, o monitoramento e controle de populações animais domésticos e sinantrópicos, bem como reservatórios e vetores.

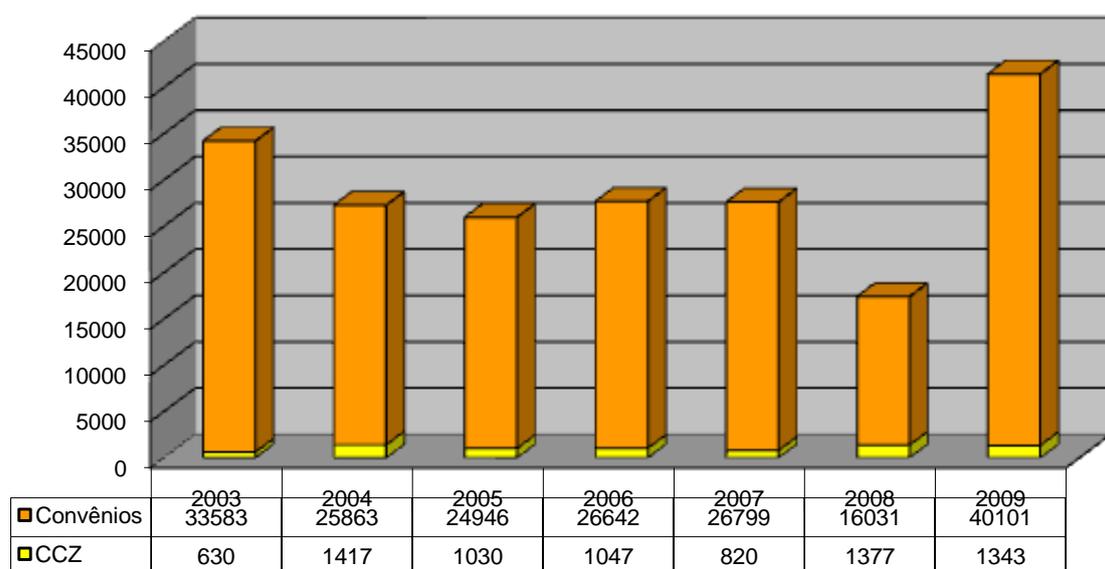
Conta com os laboratórios para Identificação de Fauna Sinantrópica (Labfauna) e de Diagnóstico de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores (Labzoo).

O Labfauna realiza identificações de larvas para o Programa Descentralizado de Controle do *Aedes aegypti* e demais animais sinantrópicos. Em 2009, foram realizadas 80.115 identificações larvárias e identificados

29.217 espécimes de outros animais sinantrópicos (escorpiões, aranhas, carrapatos, entre outros). O Labzoo realizou 44.000 exames diagnósticos em amostras humanas, de animais e de ambiente (areias de parques e escolas municipais) das principais zoonoses e doenças transmitidas por vetores, incluindo raiva e dengue para toda a rede municipal.

Como uma das atividades de controle de população de animais domésticos vem desenvolvendo o Programa Permanente de Controle Reprodutivo de Cães e Gatos (PPCRG), implantado em 2002, e que teve em 2009 o implemento de contratos com clínicas veterinárias que realizam cirurgias de esterilização programadas de forma gratuita para a população e ampliação do número de cirurgias realizadas pelo convênio com entidades sem fins lucrativos, conforme **Tabela 26**.

**Tabela 26 ANIMAIS ESTERILIZADOS NO PROGRAMA PERMANENTE DE CONTROLE REPRODUTIVO DE CÃES E GATOS, MUN DE SÃO PAULO, 2003-2009**



Conforme preconizado pelo Programa Estadual de Controle da Raiva, realiza-se a campanha anual de vacinação antirrábica, na qual em 2009 foram vacinados 1.103.530 cães e gatos, além de cerca de 80.000 animais em atividades de rotina, cobertura de foco e de esterilizações.

Após a promulgação da Lei Estadual nº 12.916/2008 e, em 2009, da nova Lei Municipal 15023/2009, a atividade de remoção de animais sofreu modificações de forma a otimizar os espaços e recursos existentes e priorizar os critérios técnicos para a remoção em situações de risco para a população e os animais.

A fim de reduzir o risco de agravos e doenças transmitidas por animais à população e em virtude do número significativo de solicitações referentes a animais soltos em vias públicas, atropelados ou

acidentados, denúncias de maus-tratos e número relevante de notificações de agressões por cães e gatos, tem sido necessária uma atenção maior com relação às questões de proteção e bem-estar animal.

O projeto “Para Viver de Bem com os Bichos” é um dos trabalhos educativos que atua em parceria com a Secretaria Municipal de Educação - SME – Projetos Especiais e respectivas Diretorias Regionais de Educação (DRE). Realiza educação continuada sobre posse responsável de animais, prevenção de agravos e controle de animais sinantrópicos em unidades educacionais, tendo, em 2009, capacitado 149 educadores e fornecido 59.854 cartilhas para 30.062 alunos das escolas participantes.

Parte das atividades relacionadas ao controle de zoonoses, face à descentralização, é desenvolvida pelas Supervisões de Vigilância e Saúde (SUVIS) e cabe ao CCZ a normatização, capacitação, supervisão e acompanhamento dessas ações.

O CCZ atua ainda no controle de colmeias de abelhas e vespeiros (himenópteros), cuja demanda aumenta anualmente, tendo sido atendidas 4.283 solicitações em 2009. Outra atuação importante é o controle de quirópteros, com importante papel na vigilância da raiva no município. Nos últimos quatro anos a média anual foi de quatro focos de raiva em morcegos positivos e neste ano ocorreram seis focos, com realizadas ações de vigilância. Foram atendidas 1.001 solicitações no ano de 2009, referentes a problemas com quirópteros.

O trabalho desenvolvido no Rio Pinheiros tem sido crucial para a atenuação do incômodo causado pelo mosquito *Culex* aos moradores dessa região, que costuma ser agravado com a chegada precoce do período de calor. Diagnosticou-se que o problema estava relacionado, principalmente, aos córregos canalizados e galerias de águas pluviais da região. Foi realizada uma ação conjunta entre CCZ, Secretaria das Subprefeituras e Secretaria Estadual de Abastecimento e Energia (Empresa Metropolitana de Águas e Energia e SABESP), para realizar serviço de limpeza e desassoreamento dos córregos canalizados e galerias de águas pluviais, para diminuição do incômodo causado pelo fenômeno.

### **3.6. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS**

Com o objetivo de cumprir os propósitos previstos pelo Regulamento Sanitário Internacional – 2005 no que se refere à prontidão, monitoramento e resposta oportuna às situações de emergências de saúde pública, foram previstas ações para adequação dos serviços de vigilância em saúde e implementação da vigilância laboratorial em relação aos eventos e agravos de notificação imediata.

### **3.7. Informação, Gestão de Pessoas e Comunicação Social**

Outro ponto relevante para a efetividade das ações de Vigilância em Saúde é a alimentação e utilização dos sistemas de informações. Um enorme arcabouço de dados trabalhados regionalmente e consolidados na COVISA, refletem a situação de saúde, fortalecem e norteiam o planejamento e corrigem, quando necessário, as ações territoriais das equipes de profissionais de vigilância em áreas com a presença eminente de riscos à saúde. Há, portanto, necessidade de investimento nessa área, a fim de que o uso da informação seja ferramenta de decisão para os gestores e técnicos que executam as ações de vigilância.

Na área de gestão de pessoas, tem-se atuado estrategicamente no dimensionamento e capacitação de profissionais, procurando prover as áreas técnicas de pessoas que detenham formação acadêmica e conhecimento necessários ao desempenho das ações de Vigilância em Saúde.

Sendo um campo integrado e indissociável de práticas e fundado no conhecimento interdisciplinar, a Vigilância em Saúde conta com as equipes de profissionais das várias áreas do conhecimento e de níveis de escolaridade diversos.

Em 2009, o SMVS apresentou acréscimo de 29% de profissionais como um todo, em relação ao ano anterior, sendo que a COVISA apresentou incremento de 16%, ficando o maior percentual, 33%, destinado às atividades descentralizadas. Esse aumento foi motivado pela estratégia de fortalecimento das ações regionais e locais para atendimento às crescentes demandas dos serviços, contando atualmente com 4800 funcionários.

Dentre as categorias cujo aumento foi significativo, os biólogos e médicos veterinários tiveram maiores percentuais, seguido dos agentes de zoonoses, com efetivação por concurso público de 1500 profissionais.

A capacitação de profissionais tem sido um grande elo de fortalecimento da Vigilância em Saúde no Município de São Paulo, sendo fator importante de integração entre as redes de serviços de assistência e de vigilância. Em 2009, foram realizados 283 eventos de capacitação nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de zoonoses, abrangendo 10.453 participantes, não somente integrantes do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, mas também dos demais profissionais que exercem suas funções nas unidades de saúde.

A fim de aprimorar as estratégias de comunicação a COVISA tem buscado caminhos e parcerias que visam ampliar e valorizar a imagem institucional; democratizar o acesso às informações referentes à prevenção de doenças e promoção da saúde para a população e tratar a informação como ferramenta estratégica, a fim de criar uma consciência sanitária nos cidadãos. A COVISA possui um Núcleo Técnico responsável pela elaboração de plano de comunicação, peças de comunicação, textos e *briefings*, atendimento à imprensa, acompanhamento e atualização do site da COVISA e prospecção, bem como pela captação e manutenção de parceiros empreendedores sociais. Têm sido usadas novas estratégias de comunicação, como inclusão

de orientações em boletos entregues à população, inserção na mídia virtual e produção de peças de comunicação disponibilizadas no site institucional.

### **3.8. Linhas de Ação da Vigilância em Saúde no PPA 2010-2013**

Considerando a importância das ações de vigilância para promoção da qualidade de vida e proteção da saúde pública, foram incluídos eixos específicos no Plano Plurianual – 2010-2013, visando transparência no acompanhamento da execução orçamentária e financeira, da aplicabilidade dos recursos e resultados das ações propostas.

A intervenção nas condições que interferem na saúde da população deve ocorrer em tempo oportuno e contar com a estrutura necessária para garantir a execução de medidas preventivas e de controle das doenças e agravos. Dentre as linhas de ação constantes no PPA 2010-2013 foram elencadas:

- 1) Ações de vigilância e controle de doenças transmissíveis como tuberculose, hanseníase; doenças transmitidas por vetores, como dengue, leptospirose e raiva; e, doenças não transmissíveis, mas que têm acometido uma parcela significativa da população, como diabetes, hipertensão e agravos decorrentes da violência e causas externas;
- 2) Ações de vigilância e controle dos fatores determinantes de doenças, visando controlar o risco à saúde decorrente de condições ambientais adversas, como poluição, contaminação e alterações relativas ao ar, água e solo; condições sanitárias inadequadas relacionadas a serviços e produtos oferecidos à população; condições adversas relacionadas aos ambientes de trabalho; e, aspectos relacionados à população de animais domésticos e sinantrópicos. Vale ressaltar, que neste último aspecto, são contempladas as ações relacionadas ao monitoramento e controle da população animal, bem como as ações que visam a proteção e bem-estar animal, considerando que tais estratégias promovem a prevenção de acidentes, agravos e zoonoses;
- 3) Ações de fortalecimento da gestão e estrutura do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, incluindo operação e manutenção dos 4 laboratórios de vigilância em saúde: LABFAUNA, LABZOO, Centro de Controle de Intoxicações e o Laboratório de Controle de Qualidade; além da operação e manutenção das unidades relacionadas ao Sistema Municipal de Vigilância em Saúde. Este bloco inclui a adequação do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde para cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional, no que diz respeito à prontidão, monitoramento e resposta oportuna às situações de emergência de saúde pública.

Além das ações de vigilância supramencionadas, foram propostas no PPA: a construção de unidades regionais do Centro de Controle de Zoonoses, a fim de descentralizar e otimizar o atendimento relacionado

ao controle de vetores, dada a demanda significativa que recebemos nesta área advindas do SAC e 156, e a implementação de polos descentralizados para armazenamento de inseticidas, visando à proteção ambiental e segurança no manuseio dos produtos.

#### **4. Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**

No setor saúde, o conceito, as práticas e as finalidades da regulação podem ter diversos entendimentos, concepções e práticas. O conceito de Regulação surge como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada - PPI (NOAS/SUS 01/02), enquanto que o Pacto pela Saúde, expressa o compromisso dos Gestores do SUS pela ampliação desse conceito de Regulação, adequando-o às mudanças necessárias, na busca definitiva pela consolidação do SUS.

Desta forma, conforme o contido no Pacto pela Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde “tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados”; a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial é definida como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações facilitadoras da demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”; e finalmente o Complexo Regulador como estratégia da Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração das várias Centrais de Regulação de Acesso com diferentes escopos, conforme o que se quer regular em determinado território de saúde.

Esta concepção ampliada de Regulação não deve ser confundida com a Gestão, que é a responsável pelas Políticas de Saúde, determinando as metas sobre os bens e produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde. Enquanto que à Regulação cabe um papel de instrumento do Gestor para garantir que os bens e a produção de serviços sejam compatíveis com o direito à saúde de cada cidadão expresso na Constituição Federal (1988).

A Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde desenvolve atividades e procedimentos técnicos e administrativos, pertinentes às seguintes áreas:

- **Regulação:** instrumento de gestão que viabiliza a alternativa assistencial mais adequada à necessidade das pessoas, de forma equânime, oportuna, qualificada e eficaz, com racionalização de recursos. Esta ação se faz por meio da elaboração de protocolos técnicos, grades de referência e contrarreferência, monitoramento das Programações orçamentárias, monitoramento das programações pactuadas, monitoramento da disponibilização das agendas de consultas,

procedimentos regulados e emissão de autorizações para a realização dos procedimentos solicitados pelos prestadores de serviços de saúde;

- **Controle:** realiza o acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas pelos prestadores de serviços de assistência a saúde do SUS. Este acompanhamento visa verificar a conformidade dos processos, produtos e serviços prestados de acordo com as normas vigentes e os objetivos estabelecidos, fornecendo as informações necessárias ao julgamento das realizações e a introdução de fatores corretivos e preventivos; realiza o processamento de todos os sistemas de informação dos serviços prestados no âmbito do SUS, alimentando as bases de dados à nível nacional e propiciando: base de dados epidemiológicos, de recebimento dos recursos fundo a fundo e relatórios dos recursos financeiros a serem repassados aos prestadores nas diferentes formas de contrato;
- **Avaliação:** instrumento composto por um conjunto de ações sistemáticas que permite a análise da estrutura, processos e resultados das ações, serviços e do sistema de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de alcance de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o Sistema de Saúde e para o fomento do planejamento;
- **Auditoria:** esta ferramenta nos permite realizar o exame analítico e pericial da legalidade, da regularidade dos atos técnicos profissionais, assim como dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, praticados no âmbito do SUS por pessoas físicas e jurídicas integrantes ou participantes do Sistema de Saúde.

A Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria é composta das: Gerência de Regulação da Atenção, Gerência da Regulação de Acesso - Complexo Regulador Municipal, Gerência Municipal de Auditoria em Saúde, Gerência de Processamento da Produção SUS e da Gerência de Controle.

O Complexo Regulador Municipal desenvolve suas atividades em prédio próprio exclusivo e é composto pelas Centrais de Regulação de: Urgência e Emergências; Leitos de Apoio e Aids; Cardiologia (urgência/emergência e de apoio); leitos de Ortopedia; leitos de Retaguarda; Saúde Mental (CAPS e internação); APAC e AIH (Otorrino/Oftalmologia, Oncologia e Leitos em geral, APAC de imagem); Terapia Renal Substitutiva (TRS) / Transplantes em geral; e, Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção da Mãe Paulistana.

Para o período de 2010 a 2013, o grande desafio, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, será a implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no âmbito intramunicipal e, conseqüentemente,

assegurar a funcionalidade das Redes de Assistência. Outras metas serão implementadas no decorrer do período, como:

- Incrementar os leitos de internação para pacientes sob cuidados prolongados e manutenção dos leitos psiquiátricos;
- Complementar a rede municipal de assistência à saúde na Média e Alta Complexidade, de acordo com as necessidades da população;
- Implementar a assistência à população de pacientes com necessidades de cirurgias eletivas de média complexidade;
- Investir nas adequações do Complexo Regulador Municipal.

## **5. Atenção Hospitalar**

A Cidade de São Paulo possui a maior rede de hospitais do Brasil, com pouco mais de 34.000 leitos hospitalares, dos quais cerca de 17.000, 50%, são disponibilizados ao SUS. Destes 5.657, estão sob Gestão da Secretaria Municipal da Saúde, sendo 2.926 leitos próprios e 2.731 conveniados e ou contratados. A Secretaria de Estado da Saúde é responsável pela gestão de 11.605 leitos no município, sendo 8.096 próprios estaduais e 3.509 contratados. Dentre as unidades de Gestão Estaduais estão grandes unidades como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Hospital São Paulo, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Hospital Santa Marcelina e mais recentemente o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP.

No dimensionamento de leitos hospitalares de São Paulo deve ser considerado, além da população residente, um percentual de cerca de 10%, são pacientes de outros municípios da região metropolitana e do Estado de São Paulo. Para a Rede de Alta Complexidade considera-se ainda o afluxo de residentes em outros estados de acordo com o estabelecido pela Programação Pactuada e Integrada(PPI).

Os leitos próprios municipais representam cerca de 17% dos leitos SUS e estão distribuídos em 18 hospitais. Os Hospitais Municipais disponibilizam leitos de internação nas clínicas básicas: clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, pediatria e UTI adulto, infantil e neonatal, além de internações em neurologia, grandes queimados, gestação de alto risco, oftalmologia e ortopedia de alta complexidade. Os Hospitais Municipais próprios distribuem-se em: um da administração direta, onze administração indireta pela Autarquia Hospitalar Municipal, cinco administrados em contratos de gestão com Organizações Sociais. O Município conta ainda com o Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), cujo Pronto-Socorro atende a população em geral.

Além dos serviços de urgência e emergência dos hospitais municipais e do HSPM, a SMS mantém 18 unidades de urgência e emergência (sob regime de 24 horas), sendo 14 Prontos-Socorros e 4 Pronto Atendimentos, com leitos de observação. As unidades municipais são integrantes da Grade de Urgência e Emergência Municipal e integram o Complexo Regulador Municipal.

Considerando os parâmetros usuais de planejamento de leitos hospitalares o total existente seria suficiente para sustentar as necessidades de internação da população paulistana. Porém, a desigualdade da distribuição dos equipamentos no território da Cidade, com concentração nas regiões centrais, bem como a especialidade dos leitos configurada atendendo a diversos interesses, são desafios impostos à Administração Pública. Os mecanismos regulatórios de leitos, o planejamento de rede hospitalar própria, o monitoramento e avaliação da performance da rede hospitalar de urgência e emergência por meio de análises de dados e indicadores, são instrumentos importantes para equacionar ou minimizar as diferenças e iniquidades de acesso aos serviços de saúde, no caso a leitos hospitalares, contribuindo para a utilização racional dos recursos e com a necessária integração dos serviços de saúde, visando compor a integralidade e efetividade assistencial.

Para o enfrentamento das iniquidades de acesso a leitos hospitalares SUS no Município e fortalecer a capacidade gestora propõem-se:

- 1- Definição do perfil assistencial e diagnóstico das unidades hospitalares de acordo com dados epidemiológicos e necessidades dos sistemas regionais;
- 2- Integração de todas as unidades assistenciais do Município, por linha de cuidado;
- 3- Monitoramento e avaliação de desempenho assistencial da rede hospitalar própria por indicadores e estabelecimento de Acordos de Metas com os gerentes de unidades hospitalares;
- 4- Ampliação de leitos, reformas e adequações de ambientes dos hospitais municipais existentes;
- 5- Construção de 3 hospitais, na região de Brasilândia, Vila Matilde, e Parelheiros; planejamento de hospital para a região de Capela do Socorro por meio de Parceria Público Privado - PPP;
- 6- Atualização do parque tecnológico dos hospitais municipais;
- 7- Aprimoramento do Relatório Estatístico Mensal (REM), com implantação de sistema em plataforma web, para preenchimento e consulta “on line”;
- 8- Capacitação dos servidores municipais em Gestão Pública.

### **5.1. Programa Hospitalar Domiciliar - PROHDOM**

O Programa Hospital Domiciliar (PROHDOM) atua em duas modalidades: atendimento domiciliar e internação domiciliar através de equipe multiprofissional, auxiliando a gestão de vagas, diminuindo a média de permanência hospitalar para pacientes da clínica médica, em especial aos pacientes que requerem

cuidados prolongados. Na modalidade atendimento domiciliar uma equipe tem capacidade para gerar 200 vagas/mês e para Internação Domiciliar 30 leitos/mês. No final de 2013 serão 14 unidades do PROHDOM em operação.

## **6. Política Integral de Urgência e Emergência na Cidade de São Paulo.**

A estruturação de uma Rede de atenção integral às urgências e emergências é um importante componente da assistência à saúde.

Em uma Cidade como a de São Paulo onde 11 milhões de habitantes convivem em situações de extremos contrastes sociais, o Gestor de Saúde tem um grande desafio quando se trata de organizar a Atenção às Urgências e Emergências regionalizada e hierarquizada, equânime e integral.

Apesar da Cidade de São Paulo dispor dos recursos para a estruturação desta Rede, com serviços próprios, conveniados e contratados nos mais diferentes níveis de complexidade, não podemos esquecer que o processo de periferização da Cidade, por exemplo, contribui fortemente para o aumento gradativo de grupos populacionais de risco com vulnerabilidades diversas que demandam novos e maiores recursos a cada dia que passa.

Em 2009, a Secretaria Municipal da Saúde, instituiu a Coordenação Municipal de Urgência e Emergência – COMURGE com o objetivo de garantir a permanente articulação entre as diversas instâncias do sistema municipal de atenção integral às urgências, em todos os níveis assistenciais, além de ser responsável pela elaboração de proposições e pactos norteadores da Política Pública Municipal de Atenção Integral às Urgências. Esta Coordenadoria responde também pela Coordenação da Rede Municipal AVC.

### **Objetivos e ações a serem alcançadas:**

- Estruturar o Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências partindo da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde dos diferentes territórios e grupos humanos no âmbito da Cidade, utilizando dados de morbimortalidade, além da observação das doenças emergentes, valorizando as estratégias promocionais de prevenção de agravos e doenças, “proteção da vida” e educação para a saúde;
- Consolidar e ampliar a Rede Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, com seus componentes pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar (SAMU 192, parte integrante do Plano Municipal de Atenção a U/E), atenção hospitalar e pós-hospitalar;

- Aperfeiçoar as normas já existentes, para a atenção às urgências e emergências no âmbito do Município, revisando sistematicamente os fluxos e referências resolutivas, contemplando entre outros itens: os novos estabelecimentos de saúde sob Gestão Municipal ou Estadual; a redefinição do perfil assistencial dos demais estabelecimentos de saúde quando necessário; ao cumprimento da Programação Pactuada Integrada intermunicipal e a implantação das centrais de regulação regionais, sob Gestão Estadual;
- Consolidar a integração das unidades de trabalho das urgências pré e inter-hospitalar da Central de Regulação de Urgências e Emergências ao Complexo Regulador Municipal;
- Elaborar o Plano Municipal de Atenção Médica às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas, bem como o Plano de Atenção Médica a eventos com grande número de pessoas;
- Promover a capacitação e educação continuada das equipes de saúde que atuam na atenção urgente;
- Diminuir a morbimortalidade provocada pelos AVCI através da implantação da Rede Municipal AVC, além de promover sua inserção na Rede Nacional AVC.

### **6.1. Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU**

O Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU na Secretaria Municipal da Saúde é o primeiro no Brasil quando do lançamento e inauguração da Rede Nacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (setembro de 2003). O SAMU é acionado pelos usuários através do telefone 192, quando há uma situação de urgência e emergência no âmbito da Saúde. A Cidade de São Paulo conta com o Sistema Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar resultado da integração do SAMU e do atendimento oferecido pelo Corpo de Bombeiros de forma que os dois sistemas trabalham em conjunto. O SAMU possuiu 66 bases e 177 ambulâncias à disposição do sistema e destas, ficam em média 120 em atendimento diário; sua Central de Comunicação com 30 terminais recebe diariamente 8 mil chamadas que geram 1.500 atendimentos diários. Para 2013 são projetadas 100 Bases Operacionais, 200 ambulâncias de Suporte Básico à Vida - SBV e Unidades de Suporte Avançado à Vida – SAV e 60 motos funcionando.

## 7. Epidemiologia e Informação

A Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da SMS tem como missão promover a produção e o uso da informação voltada para a gestão de políticas públicas de saúde e melhoria das condições de saúde para a população da Cidade de São Paulo. Tem como principal objeto de trabalho, a análise e disponibilização de informações sobre condições de vida e de saúde e da situação dos serviços, incorporando a epidemiologia como um método para produção de conhecimentos e como tecnologia para a produção e o uso da informação.

Dentre as diversas atividades e projetos desenvolvidos pela equipe da CEInfo para apoio à Gestão do SUS na Cidade de São Paulo destacam-se as atividades de Educação Permanente, o gerenciamento dos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos e Mortalidade (SINASC e SIM), o desenvolvimento de instrumentos de gestão para acompanhamento da política de saúde do Município de São Paulo, como o Painel de Monitoramento da SMS, o Sistema de Monitoramento da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Monitoramento do Desempenho da SMS em relação aos indicadores do Pacto Pela Saúde.

É responsável, ainda, pela manutenção e atualização do site da saúde, desenvolvendo atividades por meio do seu Núcleo de Divulgação, que visam qualificar a divulgação de seus produtos e da informação em saúde em geral. Várias são as publicações produzidas contendo informações e análise da situação de saúde da Cidade de São Paulo.

Dentro da perspectiva de democratização das informações são disponibilizadas pela CEInfo, bases de dados SUS para tabulações, por meio do uso de ferramentas desenvolvidas pelo DATASUS. Isto torna possível tanto aos usuários internos da SMS (TabWin rede) quanto externos (TabNet) obterem informações sobre o perfil de morbimortalidade, nascidos vivos, populacionais, acidentes de trabalho, Doenças de Notificação Compulsória, informações assistenciais (estrutura de serviços, produção ambulatorial básica, de média e alta complexidade, internações hospitalares no SUS, estratégia de saúde da família), dentre outras.

A área de geoprocessamento produz mapas digitais onde são georreferenciados diversos eventos da saúde, recursos humanos, áreas geográficas, áreas de abrangências das Unidades de Saúde, riscos ambientais, estabelecimentos de saúde, entre outros. Além disso, desenvolve programa de capacitação para o uso de ferramentas de geoprocessamento por técnicos da SMS.

A busca e disponibilização de informações não existentes nos sistemas de informação de rotina e necessárias à Gestão da Saúde no Município é outra ação da CEInfo. Dois Inquéritos de Saúde de Base Populacional (ISA-2003 e ISA-2008) foram realizados, por meio de convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP, e os dados estão disponíveis para tabulação e análise. Estão entre os aspectos abordados nestes inquéritos a morbidade referida, procura de serviços de saúde, prevalência de fatores de risco e

doenças crônicas, internações e práticas preventivas, entre outros. A disponibilização das bases de dados do Registro de Câncer de Base Populacional da Faculdade de Saúde Pública da USP no TabNet (internet) permite a obtenção de dados de câncer para os usuários interessados.

Cabe, portanto à CEInfo, ampliar e desenvolver produtos analíticos, em consonância com as necessidades que se apresentam na rotina da gestão de políticas públicas na área da saúde na Cidade de São Paulo. Para tanto, tem desencadeado processo de Planejamento Estratégico interno que tem facilitado a identificação de ações estratégicas da CEInfo e metas relacionadas para compor o Plano Municipal de Saúde, nos eixos correspondentes.

## **8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

A Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMS está sob a Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP. O seu objetivo é o de criar condições favoráveis ao desempenho das políticas públicas, que visam à consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Propõe, planeja, regula e incentiva às políticas de gestão do trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da SMS, além de representar o Gestor na Mesa de Negociação Setorial da Saúde e coordenar o Conselho de Ensino da SMS.

As suas premissas consideram que as pessoas são as que fazem a diferença na qualidade do atendimento em saúde. Nesta perspectiva, foi adotado um conjunto de medidas que visam tanto à melhoria da qualidade de vida do trabalhador - com a revalorização salarial e sua constante qualificação dentro do serviço; quanto à humanização dos serviços de saúde - com a redefinição das práticas coletivas e dos processos de trabalho. O objetivo é evitar que a pressão, o *stress* e a insatisfação conduzam à mecanização das ações e procedimentos, levando o profissional a uma maior participação e apropriação do trabalho e do seu papel no contexto geral.

Em consonância com a política de valorização profissional, no ano de 2008, foi implantado pela Lei nº 14.713, de 04 de abril de 2008 - o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Saúde – PCCS. O plano reorganiza o quadro dos profissionais - níveis médio e universitário da Saúde, com a instituição de cargos multidisciplinares e multifuncionais, e cria mecanismos para o pagamento de salário variável em até 100% a partir da implantação do sistema de remuneração denominado Prêmio de Produtividade e Desempenho – PPD. Para o ano de 2010 está previsto a implementação do Prêmio de Produtividade e Desempenho – PPD.

Em relação à formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, a Portaria 1996/GM/MS, de 20/08/07 define as diretrizes para a implementação da política nacional de Educação Permanente em Saúde – EPS, em todo o território nacional, diretamente relacionada à estruturação do SUS e ao

fortalecimento do Pacto pela Saúde. Na resolução CIB 198/07 os projetos educativos serão elaborados tendo como base as necessidades de saúde regionais e a reflexão sobre os processos de trabalho.

Para implementação da política de EPS no Município de São Paulo, destacam-se o protagonismo da Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP, o papel assessor, consultivo e executor do Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR, além do Colegiado de Gestão Regional – CGR responsável pela integração, avaliação e aprovação do Plano Municipal de Educação Permanente (PLAMEP–SP).

Quanto aos programas de ensino da SMS, as ações estão voltadas à reorganização do Conselho de Ensino, à ampliação das bolsas de Residência Médica Municipal; a qualificação dos Programas de Residência Médica e Odontológica; o gerenciamento dos Estágios Remunerados e Não Remunerados, por meio da normatização e acompanhamento constante; e o investimento na criação da Escola de Saúde Pública, no CEFOR. A Escola de Saúde Pública tem como proposta a formação dos profissionais de nível universitário, o incentivo a pesquisa e a produção de conhecimento. Com o credenciamento do CEFOR como Escola de Saúde Pública, está previsto o funcionamento de dois cursos de Especialização, que serão certificados pelo CEFOR.

Outro grande avanço ocorreu com o Credenciamento de catorze Instituições de Caráter Educacional e Cultural visando parcerias que facilitarão a realização das capacitações previstas no PLAMEP. Para 2010 está previsto o credenciamento de pessoas físicas.

Houve a retomada da parceria com a Biblioteca Regional de Medicina – BIREME e o Centro de Documentação do CEFOR que passou a abrigar o Portal Biblioteca Virtual da Saúde - BVS, inaugurado em 06 de outubro de 2009.

A Rede São Paulo Saudável – canal 2 – produziu a programação voltada à comunicação e informação dos profissionais, em conjunto com as áreas do Gabinete e Coordenações Regionais de Saúde, por meio de aulas interativas.

A modalidade de Ensino à Distância, introduzida no ano de 2008, teve incremento com ações que envolveram a criação de ambientes virtuais de pesquisa, fóruns de discussão à distância, cursos semipresenciais e 02 (duas) turmas inteiramente à distância do curso de Síndrome Metabólica (em parceria com a área Temática de Saúde do Adulto da CAB e Fundação Oswaldo Ramos/ Hospital do Rim e da Hipertensão).

Com base no fortalecimento da imagem institucional da SMS, a humanização dos serviços e a valorização profissional dos trabalhadores da saúde, a Política de Desenvolvimento Organizacional da Coordenação de Gestão de Pessoas desenvolve várias ações com destaque para:

1. PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

- Caminhada Agita Mundo de 2009 e implantação do Programa Agita Servidor na CRS Sudeste;
- Ginástica Laboral nos meses de setembro e outubro nos setores da CGP/SMS-G com a participação de 90 servidores, semanalmente;
- Veiculação do Boletim mensal Pombo Correio nas Unidades do Gabinete, com tiragem total em 2009 de 11.000 (onze mil) exemplares.

2. VIDA SAUDAVEL

- Realização de oficinas e palestras com enfoque na qualidade de vida no trabalho: alimentação natural, dependência química, meio ambiente, folclore, artes, estética, entre outros no Gabinete da SMS.

3. PROJETO “BRINCAR É COISA SÉRIA” - BRINQUEDOTECAS

- 74 (setenta e quatro) Brinquedotecas instaladas e ativas em Hospitais, UBS, CECCO, CAPS infantil, DST/AIDS;
- Inauguração de nova modalidade de integração - espaço intergeracional, nas unidades hospitalares da SMS;
- Realização do convênio com OSCIP - Canto Cidadão para captação e capacitação de voluntários para atuação nas brinquedotecas; e
- Realização do II Encontro de Brinquedotecas em Maio/2009.

4. VOLUNTARIADO DA SAÚDE

- Acompanhamento de 800 (oitocentos) voluntários atuando nas Unidades de Saúde de SMS;
- Criação e implantação do SISVOL – Sistema de Informação e Acompanhamento dos Voluntários de SMS;
- Realização do I Prêmio Voluntários da Saúde, em Junho de 2009;
- Realização do II Encontro de Voluntários da Saúde – “De voluntário para voluntário”, em agosto de 2009, em parceria com a SES, entidades privadas e filantrópicas e o terceiro setor, com premiação em cinco categorias; e
- Estabelecimento de Parceria com a OSCIP Canto Cidadão no projeto “Doutor cidadão” e OSCIP Instituto Narradores de Passagem – formalizado em Janeiro/10.

## 5. SEMINÁRIOS DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL E ORGANIZACIONAL

- Realização de 09 (nove) seminários temáticos anuais, em parceria com Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

## 6. ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS

- Utilização da metodologia Pesquisa-Ação, para a análise dos processos de trabalho nos setores do CGP/G, Unidades ligadas ao Gabinete da SMS e Gestão de Pessoas das Coordenadorias Regionais de Saúde, com a produção de diagnósticos, identificação de problemas e elaboração de propostas de solução.

Considerando a abertura de novos serviços, tais como as AMA e os CAPS que permitem maior acesso da população aos serviços de saúde e o grande desafio de atrair e fixar profissionais médicos nas áreas periféricas da Cidade, parte do trabalho de contratação de pessoal passou a ser realizado por instituições parceiras, dentro de uma proposta de flexibilização dos processos de contratação e demissão de pessoal para a SMS. Estas parcerias têm contribuído para uma gestão de maior qualidade e eficácia na saúde.

No ano de 2009, com os vários dispositivos de contratação, o total registrado até agosto passou para 67.687 (sessenta e sete mil, seiscentos e oitenta e sete), representando 18,5% de aumento, o que revela por um lado, maior capacidade da gestão em captar os profissionais para a rede de serviços por meio dos diferentes tipos de contratos, por outro, um novo desafio quanto à administração dos diferentes vínculos e salários.

Com a criação do “Fórum de Regulação de Recursos Humanos”, publicado pela Portaria nº239/2008-SMS.G, está sendo possível o tratamento destas questões. O Fórum de RH tem caráter consultivo e, visa, dentre outros objetivos, a sistematização e harmonização de regras de recrutamento, seleção, remuneração, fixação e gerenciamento dos profissionais contratados e efetivos que compõem o sistema de gestão das unidades de serviços de saúde.

A movimentação qualificada é um importante instrumento para redimensionar as necessidades de profissionais e valorizar os servidores na medida em que promove novas oportunidades de mudança de lotação àqueles que estão há mais tempo na SMS.

Da mesma forma, a informação como instrumento de gestão é fundamental ao desenvolvimento da área. O Sistema de Informação de Recursos Humanos - SISRH da SMS foi desenvolvido em parceria com a PRODAM. No ano de 2010 será dada continuidade à implementação do SISRH, completando as informações do quadro funcional no módulo Cadastro em tempo real, o desenvolvimento dos relatórios pela PRODAM através de ferramentas de extração e análise de dados, o desenvolvimento do módulo Tabela de Lotação de Pessoal-TLP, a publicização dos dados no TabWin / TabNet e a publicação dos dados de RH nos boletins da CEInfo.

Outro sistema que possibilitou grande avanço para a área de Gestão de Pessoas é o Sistema Integrado de Gestão de Pessoas e Competências – SIGPEC. Sua implantação teve início no ano de 2008 pela Secretaria Municipal de Gestão e encontra-se em andamento.

Por fim, destacamos a Mesa de Negociação Setorial da Saúde como um importante canal de solução de problemas e proposições que visam à melhoria da qualidade do trabalho e do atendimento aos cidadãos.

A política da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMS nos próximos quatro anos continuará voltada para a implementação das seguintes ações:

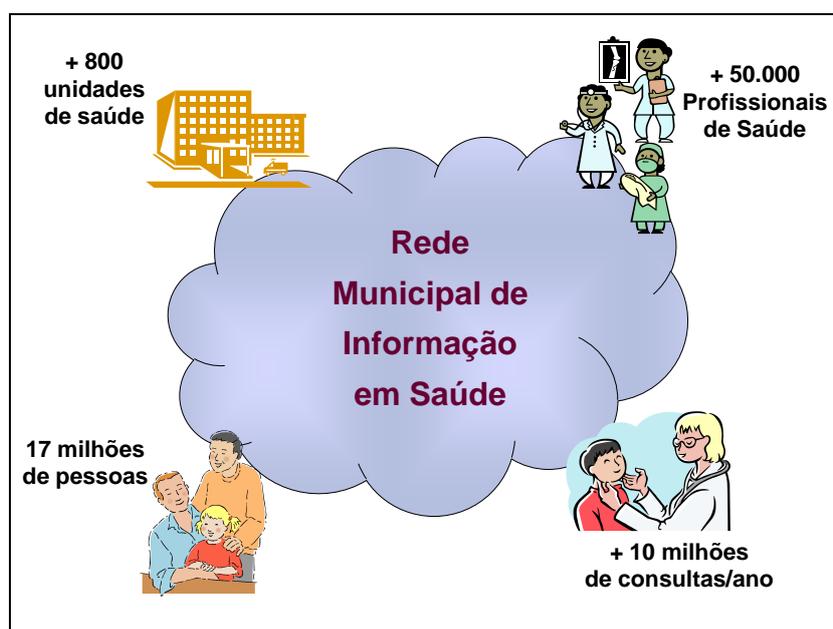
1. Reestruturar as áreas de Recursos Humanos da SMS, com base em estudo dos processos de trabalho, fluxos e rotinas;
2. Elaborar o Documento Norteador visando à regulação do sistema de recursos humanos da SMS;
3. Implantar a Escola de Saúde Pública do Município de São Paulo;
4. Implantar dois cursos de pós-graduação na Escola de Saúde Pública do Município de São Paulo;
5. Priorizar o desenvolvimento gerencial e de recursos humanos para gestão do trabalho e educação no SUS;
6. Integrar e sistematizar as ações que envolvem a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde;
7. Definir os perfis profissionais da SMS;
8. Adequar as carreiras e cargos de acordo com as exigências e necessidades do setor saúde;
9. Incorporar e integrar a tecnologia da informação visando à modernização dos serviços;
10. Implementar a sistemática de ingresso, visando prover lotação de pessoal adequada ao pleno desenvolvimento das atividades;
11. Definir estratégias de movimentação de pessoal;
12. Implementar a política de educação em saúde no âmbito da SMS;
13. Construir um ambiente que torne o serviço público atraente para o desenvolvimento profissional;
14. Promover a manutenção e o desenvolvimento de canais de negociação com os trabalhadores objetivando a democratização das relações de trabalho;
15. Implantar programas que visem à saúde e a qualidade de vida do trabalhador no ambiente institucional;
16. Criar sistemática de avaliação das ações da área de RH, a partir de indicadores de resultados.

## **9. Rede Municipal de Informação em Saúde**

Uma das estratégias que a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, por meio da Assessoria Técnica de Tecnologia de Informação - ATTI adotou, para melhorar a gestão e facilitar o acesso da população aos

serviços de saúde, foi disponibilizar infraestrutura tecnológica moderna e adequada informatizando as Unidades Assistenciais, bem como os diferentes processos gerenciais. A Rede Municipal de Informação em Saúde implantada (**Figura 2**) integra a rede de saúde municipal por meio dos sistemas de informação em saúde próprios e nacionais, tendo como base os cadastros dos usuários (Cartão SUS), dos profissionais de saúde, dos estabelecimentos de saúde, dos agendamentos e atendimentos realizados, dos fluxos de referência e contrarreferência, dentre outros. Utiliza de tecnologias de informação e comunicação de forma adequada e inovadora para melhorar a Gestão do SUS e a atenção à saúde da população.

**Figura 2** – A Rede Municipal de Informação em Saúde

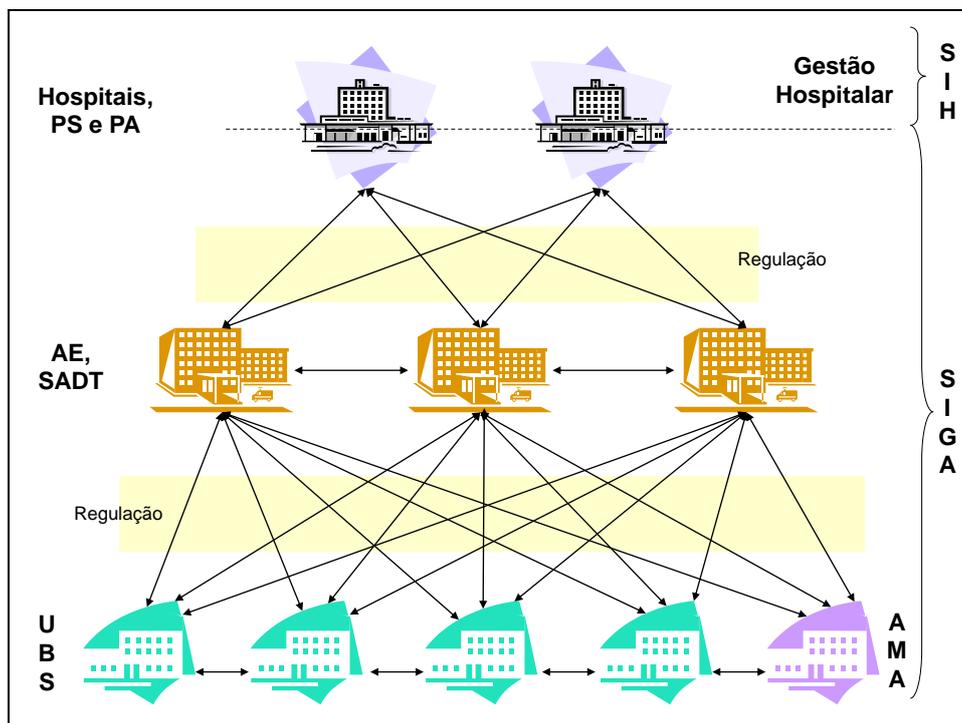


Hoje, com 100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica informatizadas, o Município de São Paulo dispõe de sistema de informação para a tomada de decisão dos Gestores agilizando o acesso da população aos serviços (agendamento, fila de espera, realização de exames, procedimentos clínicos e cirúrgicos e internação), controle de medicamentos, abastecimento de material médico-hospitalar. (**Figura 3**)

Atualmente, o sistema já permite o agendamento remoto de consultas de especialidades. A partir de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o cidadão tem sua consulta, exame ou procedimento agendado em outros ambulatorios da Rede Municipal ou Estadual de Saúde, podendo inclusive escolher data e horário, levando a diminuição no tempo de espera por uma consulta.

Da mesma forma, as unidades de especialidade podem agendar consultas básicas nas UBS, contrarreferenciando o paciente, atendendo assim aos princípios da hierarquização e regionalização do SUS. Esse mesmo recurso tem sido usado pelos Hospitais, Prontos-Socorros e AMA para que o paciente seja devidamente acompanhado na Atenção Básica.

**Figura 3** - Fluxo de referência e contrarreferência entre Unidades de Saúde: básica, especializada e internação



Ainda na área de atenção e acompanhamento do paciente na rede, o sistema hoje permite, o registro de informações de vacinas e também a realização do monitoramento das gestantes do Município, suportando o Programa Mãe Paulistana. Com o objetivo de uma gestão mais efetiva, a SMS vêm investindo em ferramentas de exploração de dados, conhecidas como “*Business Intelligence – BI*”, que viabilizam a criação de diversas visões sobre os serviços disponibilizados na rede e suportam a tomada de decisão nos mais diversos níveis, a curto, médio e longo prazo.

Novas estratégias da SMS, alinhadas à meta de disponibilizar mais serviços para a população, têm desencadeado a necessidade de se investir na integração e interoperabilidade entres os sistemas da rede municipal de saúde e os sistemas de outras entidades, como por exemplo, Parceiros, Prestadores, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde.

Algumas integrações com os sistemas do DATASUS como cadastro de usuários, SISPRENATAL e faturamento já estão disponíveis e outros estão sendo planejados de acordo com as liberações de layout de integração do DATASUS.

Na “interoperabilidade” dos sistemas, foi adotada a arquitetura SOA, que por meio de *webservices* permitirá que diversos outros sistemas conversem com os sistemas de informação de saúde municipal, independentemente da diversidade de componentes, fornecedores e soluções de sistema adotadas pelos prestadores e parceiros da rede.

Dentro desta arquitetura já estão operando o *webservice* de cadastro de usuário e de registro do atendimento. A Secretaria Municipal de Esportes e a Secretaria Estadual de Saúde são as usuárias do *webservice* de cadastro e a Organização Social Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) é a usuária do *webservice* de registro de atendimento das AMA.

Esta solução tecnológica também está sendo adotada no projeto SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), onde todo processo de solicitação, coleta, requisição e recebimento de resultado de exames será feito automaticamente via sistemas, o que minimizará erros, agilizará notificações e permitirá uma gestão eficiente dos diversos contratos da rede municipal.

Esta tecnologia deverá ainda ser utilizada em outros projetos como, por exemplo, o de imagens médicas e o de registro eletrônico em saúde do município, que serão implantados ao longo de 2010 e 2013.

## **10. Contratação de Serviços de Saúde**

O Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde - NTCSS tem como atribuição principal formalizar os instrumentos de contrato e acompanhar a execução dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais para gerenciamento de serviços de saúde municipais por meio de indicadores de produção, de qualidade e econômico-financeiros. Os contratos de gestão são firmados pela SMS, tendo como base as necessidades de saúde identificadas.

O Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde foi criado em 2006, é ligado diretamente ao Gabinete do Secretário e tem as seguintes atribuições:

- coordenar as atividades relacionadas à contratação dos serviços de saúde;
- instrumentalizar a contratação de serviços de saúde, em todos os seus aspectos, responsabilizando-se pela elaboração de minutas, análise e sistematização das informações, conforme lei vigente (Lei 14.132, 24/01/06 e decretos);
- realizar a gestão, o acompanhamento e o controle técnico, administrativo, financeiro e jurídico dos contratos;
- avaliar a atuação dos provedores, o impacto e os resultados dos serviços de saúde contratados;
- contribuir para o planejamento e a implantação de programas e serviços de saúde, conforme definido pelos órgãos técnicos da Secretaria que são os responsáveis pelas diretrizes a serem seguidas por todos os serviços municipais;
- manter disponíveis as informações relativas às atividades assistenciais realizadas pelas unidades gerenciadas pelas Organizações Sociais, assim como as informações financeiras relativas aos contratos.

## 11. Programas Estratégicos

Com o objetivo de coordenar programas previamente definidos como estratégicos para a melhoria da atenção à saúde dos munícipes foi instituído em 2008 o Núcleo de Programas Estratégicos (NUPES). O escopo do NUPES é formular projetos que facilitem a integração entre as ações que demandem cuidados, desde a Atenção Básica até o Atendimento Hospitalar, criando projetos de atuação estratégica, inclusive intersecretariais, para a melhoria da atenção à saúde do Município.

A implantação dos projetos e programas conta com o apoio e a integração de diferentes instâncias da SMS como as Coordenações da Atenção Básica, do Apoio e Desenvolvimento à Gerência Hospitalar, Autarquia Hospitalar, do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, além de parcerias como Ministério da Saúde e outras Secretarias Municipais (Esporte, Lazer e Recreação, Verde e Meio Ambiente) e Secretária de Estado da Saúde.

Dentro desta perspectiva foram estabelecidos os seguintes programas:

- ✓ Hospital Domiciliar (PRODHOM) – iniciativa da SMS que visa atender pacientes de todas as idades buscando reduzir os riscos decorrentes das internações de longa permanência, no tratamento de pacientes com dificuldade de locomoção e nos cuidados de prevenção de doenças;
- ✓ Coração Paulistano – consiste em implantar serviço de telecardiologia via internet ou telefone, na rede da atenção básica e do SAMU e uma central de laudos.
- ✓ Oncologia Paulistana – baseia-se na convergência de ações de promoção da saúde e prevenção de doença com foco nas neoplasias malignas, por meio da rede de oncologia para a Cidade, com a criação de central de regulação compartilhada entre a SMS e Governo do Estado de São Paulo;
- ✓ Urologia Paulistana – visa coordenar políticas, diretrizes, projetos e ações relacionadas às doenças urológicas envolvendo hospitais e ambulatórios especializados;
- ✓ Pulmão Paulistano – visa implementar a assistência aos pacientes com doenças pulmonares crônicas e reestruturar a dispensação de oxigenioterapia domiciliar prolongada;
- ✓ Programa Qualidade de Vida: busca incentivar políticas, estabelecer diretrizes e implementar projetos e ações, tanto no âmbito da prevenção como no tratamento das doenças, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas, por meio de práticas corporais e meditativas, além de outras formas de expressão do ser; integração da medicina convencional à medicina tradicional; valorização de estratégias aos portadores de dores crônicas e implementação de abordagens com cuidados paliativos;

- ✓ Saúde no Esporte – estabelecer ações para melhoria da saúde com a prática esportiva desenvolvendo ações intersetoriais com SMS e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e as Secretarias do Verde e do Meio Ambiente e Esporte, Lazer e Recreação;
- ✓ Cirurgias Eletivas de Pequena e Média Complexidade – visa acompanhar e monitorar a produção dos hospitais da rede própria, estimulando o aumento da realização destas cirurgias nos 12 hospitais municipais próprios e cinco da administração indireta
- ✓ Alimentação e Nutrição Paulistana estabelecendo políticas, diretrizes, projetos e ações relacionadas à alimentação e nutrição;
- ✓ Programa Convênios Filantrópicos: compete realizar estudos de viabilidade técnico-administrativa, análise de impactos e estratégias de ação, monitoramento e avaliação dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS com cinco hospitais de excelência habilitados pelo Ministério da Saúde:
  - Hospital Israelita Albert Einstein - projetos: procedimentos diagnósticos, tratamento e reabilitação, radioterapia, embolização de miomas uterinos, eletroneuromiografia, doenças da tireóide, eletroencefalograma, oftalmologia, oncologia, exames radiológicos e apoio à gestão dos Hospitais Municipais M' Boi Mirim e Campo Limpo
  - Hospital Alemão Oswaldo Cruz - projetos: controle do câncer mamário, oncologia colorretal, políticas para terapia renal substitutiva e capacitação da rede de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU;
  - Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês - projetos: câncer de mama, Ultrassonografia, Ecocardiograma, transplante de fígado infantil, cardiopatia congênita, pediatria social e Escola de Enfermagem;
  - Hospital do Coração (HCor) – projetos: Cardiologia fetal, congênita e pediátrica;
  - Hospital Samaritano – projetos: apoio diagnóstico, atenção cirúrgica de alta complexidade e terapia renal substitutiva;

## VI. Compromissos do Plano Municipal de Saúde

### ***EIXO 1 – AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO, COM REDUÇÃO DE DESIGUALDADES REGIONAIS E APERFEIÇOAMENTO DA QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE***

#### **Sub Eixo 1.1 Atenção Básica em Saúde**

##### **Objetivos Estratégicos:**

##### **1. Fortalecer e consolidar a Estratégia Saúde da Família – ESF qualificando a Assistência**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Promover a integração das atividades da ESF com os equipamentos de saúde da região, em especial as AMA	100 % dos serviços com atividades integradas
Manter e operacionalizar a cobertura da população cadastrada através das 1224 equipes da ESF	1224 equipes da ESF mantidas
Consolidar as equipes especiais da ESF voltadas aos diferentes grupos populacionais (população de rua, indígenas, imigrantes) e nas áreas de contaminação ambiental	100% das equipes especiais da ESF consolidadas
Monitorar e Avaliar a ESF (termo de convênio e contrato de gestão) através dos conselhos de acompanhamento organizados nas Supervisões, Coordenadorias e Atenção Básica (CONAC)	Monitorar 100 % dos indicadores da ESF através do CONAC
Consolidar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF	86 NASF consolidados e em funcionamento
Implementar ações para atingir as metas dos indicadores pactuados no PROESF	Alcançar 80% das metas pactuadas PROESF
Aprimorar o aplicativo "Sistema de Monitoramento e Avaliação da ESF"	Indicadores e respectivos parâmetros revisados

##### **2. Monitorar e Avaliar trimestralmente os indicadores da ESF (termo de convênio e contrato de gestão) através dos Conselhos de Acompanhamento - CONAC- organizados nas Supervisões Técnicas de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Coordenação da Atenção Básica**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Acompanhar o Pré-Natal das gestantes cadastradas na ESF	80% das gestantes acompanhadas
Acompanhar a cobertura vacinal nas crianças menores de 1 ano cadastradas na ESF	95% das crianças menores de 1 ano acompanhadas
Acompanhar a assistência à hipertensão arterial nos usuários cadastrados na ESF	80% dos hipertensos acompanhados
Acompanhar a assistência a diabetes nos usuários cadastrados na ESF	80% dos diabéticos acompanhados

Investigar os sintomáticos respiratórios cadastrados na ESF, por meio do registro do número de primeira amostra de escarro coletada	50% dos sintomáticos respiratórios investigados
Acompanhar o plano de trabalho por meio da proporção de pessoas cadastradas em relação ao previsto	75% das pessoas previstas cadastradas.
Acompanhar o plano de trabalho por meio da proporção de consultas médicas realizadas em relação ao previsto	70% das consultas previstas realizadas.
Acompanhar o plano de trabalho por meio da proporção de atendimentos do enfermeiro realizados em relação ao previsto	70% dos atendimentos do enfermeiro previstos, realizados.
Acompanhar o plano de trabalho por meio da proporção de visitas domiciliares do enfermeiro realizadas em relação às previstas.	70% visitas domiciliares do enfermeiro previstas, realizadas.
Acompanhar o plano de trabalho por meio da proporção de visitas domiciliares do auxiliar de enfermagem realizadas em relação às previstas.	70% visitas domiciliares do auxiliar de enfermagem previstas, realizadas.
Acompanhar o plano de trabalho por meio da proporção de famílias visitadas pelo agente comunitário de saúde em relação às famílias cadastradas.	85% famílias visitadas pelo agente comunitário de saúde.

### 3. Fortalecer e efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário da organização do Sistema Municipal de Saúde

Ação Estratégica	Meta
Manter o processo de territorialização na lógica de responsabilização sanitária, levando-se em conta área de influência e de abrangência	<p>Atualizar mapa digital das áreas de abrangência das UBS a partir das definições da Coordenação da Atenção Básica</p> <p>Criar mapas digitais de áreas de influência/abrangência em todas as STS</p> <p>100% das áreas de influência e abrangência das Unidades de Saúde definidas</p>
Implementar e monitorar protocolos em todas as ações programáticas para padronizar e qualificar a assistência	100% das ações programáticas com protocolos elaborados, implantados e monitorados
Ampliar o percentual de famílias com perfil saúde beneficiária, do Programa Bolsa Família, acompanhadas pela Atenção Básica	30% das famílias com perfil saúde beneficiária, do programa Bolsa Família acompanhada pela Atenção Básica
Manter as 115 AMAS, racionalizando e hierarquizando a prestação de serviços de saúde, ampliando o acesso de pacientes que demandam por atendimento imediato, sem agendamento prévio, de complexidade compatível com a Atenção Básica	100% das AMA mantidas e otimizadas
Garantir a referência à população atendida nas AMA para a rede de Atenção Básica com enfoque na promoção à saúde	25% das agendas das UBS disponibilizadas para os AMA
Reduzir a taxa de transferência das AMA para os Hospitais e Prontos-Socorros	Taxa de transferência menor de 3%
Monitorar e avaliar os indicadores das AMA (Termo de Convênio e Contrato de Gestão) através dos CONAC implantados nas STS, CRS e Coordenação da Atenção Básica	100% dos indicadores monitorados

Ampliar as AMA Especialidades qualificando a atenção à saúde aos portadores de agravos crônicos	Ampliar em 30% as AMA Especialidades
Monitorar e Avaliar os Indicadores das AMA Especialidades (Termo de Convênio) através dos CONAC implantados nas STS, CRS e Coordenação da Atenção Básica	100% dos indicadores das AMA Especialidades monitorados

#### 4. Realizar adequações e adaptações da Rede Física

Ação Estratégica	Meta
Realizar reformas e adequações em Unidades de Saúde	Reformar e adequar 302 UBS a partir das definições da Coordenação da Atenção Básica
	Reformar e adequar 112 UBS conveniadas e contratadas
	Reformar e adaptar 12 novas Centros de Assistência Psico-Social - CAPS

### Sub Eixo 1.2 Atenção Hospitalar

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Ampliar o acesso da população aos leitos SUS

Ação Estratégica	Meta
Implantar 600 novos leitos na rede hospitalar própria	600 leitos implantados
Construção de hospitais	3 novos hospitais construídos
Implementar o Programa de Hospital Domiciliar (PROHDOM) nos hospitais próprios	Implantar 7 equipes de Unidade de Internação Domiciliar - UID, por hospital municipal próprio.
	Implementar as equipes de Internação Domiciliar (UID) em 7 hospitais próprios

##### 2. Ampliar o SAMU (Atendimento Pré-Hospitalar)

Ação Estratégica	Meta
Implementar a descentralização do SAMU (Atendimento Pré Hospitalar)	Adicionar 35 novas bases do APH às 65 existentes (completando 100 bases) Disponibilizar o total de 300 unidades de atendimento SAMU, sendo 200 ambulâncias e 60 motos.

### 3. Aperfeiçoar a qualidade das ações hospitalares e de urgência/emergência

Ação Estratégica	Meta
Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar (ONA) consolidando a cultura da qualidade em todos os níveis de atendimento hospitalar e de urgência/emergência	100% das unidades acreditadas
Implantar o contrato de “Acordo de Resultados” nos hospitais municipais próprios	100% dos hospitais municipais próprios gerenciados por indicadores de qualidade

### 4. Adequar os hospitais municipais próprios de acordo com a legislação vigente

Ação Estratégica	Meta
Realizar reformas e/ou ampliações nas áreas físicas nos hospitais municipais próprios	Reforma e/ou ampliação física realizadas em 100% dos hospitalares municipais próprios
Adquirir equipamentos de diagnóstico e terapia para os hospitais municipais próprios	Adequação quantitativa e atualização tecnológica para 100% dos hospitais municipais próprios
Implementar as comissões de apoio à diretoria dos hospitais municipais próprios (Ética, Óbito, CCIH e Prontuário)	100% das comissões obrigatórias implementadas

### 5. Avaliar a performance dos hospitais municipais próprios

Ação Estratégica	Meta
Acompanhar o desempenho assistencial dos hospitais municipais próprios por indicadores	Taxa de ocupação instalada = 85% Giro de leito = 4,8/mês Tempo médio de permanência = 5,6 dias

### 6. Qualificar a gestão e a gerência dos hospitais municipais próprios

Ação Estratégica	Meta
Completar a Tabela Lotação de Pessoal - TLP dos hospitais, de acordo com a legislação vigente	TLP completas
Realizar cursos de desenvolvimento gerencial (nível de especialização lato senso)	100 profissionais, em 2 turmas, capacitados
Implantar a Gestão Hospitalar informatizada	100% das unidades com gestão hospitalar informatizada e tecnologia da informação atualizada
Implementar logística de distribuição de materiais médico hospitalares e medicamentos na rede hospitalar própria	100% das unidades hospitalares com sistema informatizado de logística de distribuição implantado

Implantar o Programa Ajuda Jovem nas unidades hospitalares ampliando o Acolhimento Humanizado nos Hospitais Municipais próprios	Programa Ajuda Jovem implantado em 100% das unidades hospitalares municipais próprias
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

## 7. Estabelecer redes assistenciais para garantir a integralidade da atenção

Ação Estratégica	Meta
Definir perfil assistencial dos hospitais municipais próprios de acordo com as necessidades e características regionais	100% das unidades hospitalares municipais próprias, integradas às redes assistenciais

## Sub Eixo 1.3. Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Conduzir o processo da Programação Pactuada e Integrada (físico e financeiro) no âmbito do Município e com os outros municípios do Estado de São Paulo

Ação Estratégica	Meta
Redefinir os Planos Operativos Anuais dos estabelecimentos prestadores do SUS com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI)	PPI implantada e atualizada sistematicamente
Estabelecer as responsabilidades dos prestadores assistenciais de acordo com a PPI	
Melhorar o acesso e aprimorar as redes de assistência, racionalizando os recursos do Município	
Atualizar sistematicamente a Programação Pactuada Integrada no Município	

#### 2. Implementar a Política de Regulação do acesso em articulação com os outros municípios e com a Secretaria de Estado da Saúde

Ação Estratégica	Meta
Elaborar, pactuar e publicar os protocolos de acesso aos leitos hospitalares e ao conjunto de procedimentos ambulatoriais	Ter protocolos de acesso para os procedimentos hospitalares e ambulatoriais regulados
Integrar as ações de regulação dos leitos e ações ambulatoriais das Coordenações de Regulação Estadual e Municipal	Ações de regulação dos leitos e ações ambulatoriais integradas
Implementar as grades de referência e contrarreferência para todos os estabelecimentos de saúde do Município	Grades de referências à assistência implementadas

Implantar referências para pacientes portadores de Anemia Falciforme e Psoríase	Referência para pacientes portadores de Anemia Falciforme implantada Referência para pacientes portadores de Psoríase implantada
Revisar os protocolos de regulação de acesso aos serviços oncológicos do SUS em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde	Protocolos de regulação de acesso aos serviços oncológicos revisados
Implementar a Central Municipal de Cirurgias Eletivas	Central Municipal de Cirurgias Eletivas implantada
Ampliar e aprimorar a divulgação da Política de Regulação para profissionais e usuários do SUS	Realizar uma apresentação quadrimestral sobre a Política de Regulação na Rede São Paulo Saudável, a TV corporativa da SMS, nos Canais voltados para a população e aos profissionais de saúde
Adequar a estrutura física do Complexo Regulador Municipal	Complexo Regulador Municipal adequado

### 3. Implementar mecanismos de contratualização com os estabelecimentos e serviços de saúde sob Gestão Municipal

Ação Estratégica	Meta
Revisar e atualizar os contratos e convênios com estabelecimentos e/ou serviços de saúde sob Gestão Municipal	100% dos contratos e ou convênios revisados e atualizados sistematicamente
Monitorar e fiscalizar contratos e convênios	100% dos contratos e convênios monitorados e fiscalizados sistematicamente
Garantir a participação descentralizada e ascendente das Coordenadorias Regionais de Saúde no monitoramento e fiscalização dos contratos e convênios do SUS	100% das CRS participando do monitoramento e fiscalização dos convênios e contratos

### 4. Atualizar os Credenciamentos e Habilitações de serviços sob Gestão Municipal

Ação Estratégica	Meta
Identificar os serviços nas diferentes complexidades para credenciamento, de acordo com as normas específicas	100% dos identificados credenciados
Estabelecer, em conjunto com as instâncias da SMS, os requisitos para credenciamento/habilitação compatíveis com a legislação vigente e de acordo com critérios técnicos, garantindo a qualidade da assistência prestada à população	Requisitos para credenciamento estabelecidos

## 5. Estabelecer e implantar metodologia de avaliação e monitoramento do SUS

Ação Estratégica	Meta
Estabelecer e implantar metodologia de avaliação e monitoramento do SUS	100% dos serviços contratualizados, filantrópicos e de Ensino, monitorados e avaliados
Aprimorar metodologias de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde sob Gestão Municipal	
Implementar a Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Contratos dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos, no âmbito do SUS	
Monitorar a oferta dos procedimentos e consultas pactuados na PPI	Implantar a Central de Monitoramento das Ações e Serviços da SMS
Estruturar o Programa Municipal de Avaliação dos Serviços de Saúde	Programa Municipal de Avaliação dos Serviços de Saúde implantado

## 6. Implementar as ações de Auditoria no Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria

Ação Estratégica	Meta
Implementar auditorias programadas da atenção ambulatorial e hospitalar nos Hospitais Contratualizados e Próprios	Realizar anualmente auditoria programada da assistência ambulatorial e auditoria programada da assistência hospitalar nos serviços Contratualizados e Próprios
Implementar Auditorias de demandas internas e externas da assistência e de denúncias	Executar anualmente 100% das auditorias de demandas externas e de denúncias solicitadas até agosto
Implementar a área de auditoria analítica usando os sistemas de informações disponíveis (SIA-SIH/SUS, SIHD/SUS, SIAB/SUS, SIGA e outros)	Realizar anualmente auditoria analítica ambulatorial e auditoria analítica hospitalar

## **Eixo 2 – FORTALECER A ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO**

### **Sub Eixo 2.1. Rede de Proteção da Mãe Paulistana**

#### **Objetivos Estratégicos:**

##### **1. Implementar a Rede de Proteção da Mãe Paulistana**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Monitorar o pré-natal das gestantes de risco cadastradas no Programa Mãe Paulistana para garantir a realização de 7 ou mais consultas	85% das gestantes de risco cadastradas no Programa Mãe Paulistana sendo monitoradas
Referenciar as necessidades de vagas para o parto	85% das necessidades de vagas reguladas
Regular as internações obstétricas e neonatais	100% das internações obstétricas e neonatais reguladas
Gerenciar os casos de gestantes e recém nascidos de alto risco	Gerenciar 40% dos casos de gestantes de alto risco Gerenciar 20% dos recém nascidos de alto risco
Implementar a auditoria de qualidade da atenção materno-infantil	Auditar 10% das internações de alto risco
Implementar o acesso ao transporte público gratuito durante o pré-natal e primeiro ano de vida do bebê	Atingir 85% das gestantes e puérperas recebendo o cartão SPTrans Mãe Paulistana

### **Sub Eixo 2.2. Medicamentos e insumos para Assistência Integral aos portadores de Doenças Crônicas**

#### **Objetivos Estratégicos:**

##### **1. Programa Remédio em Casa**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Implementar o Programa Remédio em Casa (entrega domiciliar dos medicamentos anti hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes orais)	Cadastrar 15% de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes melitus até 2013 Cadastrar 30% de pacientes com dislipidemias (colesterol elevado) até 2013 Disponibilizar no Remédio em Casa os novos medicamentos (anti hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes orais) incluídos nas atualizações da REMUME

## 2. Monitoramento Glicêmico

Ação Estratégica	Meta
Ampliar a distribuição de insumos para o automonitoramento glicêmico de pacientes insulino-dependentes - AMG	Manter o atendimento aos cadastrados e abranger 10% de novos cadastrados a cada ano

## Sub Eixo 2.3. Estratégias por Ciclo de Vida

### 2.3.1. Saúde da Criança e do Adolescente

#### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Reduzir a Mortalidade Infantil

Ação Estratégica	Meta
Desenvolver ações integradas para a redução da Mortalidade Infantil	Reduzir em 1% a Mortalidade Infantil

#### 2. Qualificar a assistência com enfoque na redução da Mortalidade Infantil

Ação Estratégica	Meta
Implementar ações do Comitê Municipal e dos Comitês Regionais para a investigação das mortes infantis segundo os critérios de investigação obrigatória	Diminuir o Coeficiente de Mortalidade Neonatal em 1%
	Diminuir o Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal em 1%
	Investigar 90% dos óbitos de crianças menores de um ano, segundo os critérios de investigação obrigatória definidos pela área técnica da Saúde da Criança e do Adolescente
Monitorar a coleta de Triagem Neonatal nas Maternidades do MSP	99% dos nascidos vivos na rede SUS com coleta de triagem neonatal
Reduzir o número de casos de Sífilis Congênita	Notificar em 2013, 330 casos de Sífilis Congênita
Monitorar o coeficiente de incidência de Sífilis Congênita	Atingir em 2013 o coeficiente de incidência de 1,88/1000 para Sífilis Congênita
Reduzir a transmissão vertical do HIV	Atingir em 2013 a Taxa de Incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade = 1,0/100.000

### 3. Promover o Aleitamento Materno

Ação Estratégica	Meta
Implementar Banco de Leite Humano	Implantar Banco de Leite Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula
Implementar postos de coleta de leite humano	Implantar 2 postos de coleta de leite humano na região leste
Capacitar profissionais de saúde das UBS para o manejo clínico da amamentação	Capacitar profissionais de saúde para o manejo clínico da amamentação em pelo menos 12 UBS
Realizar curso de sensibilização e apoio ao aleitamento materno	40 profissionais sensibilizados

### 4. Promover e qualificar a assistência ao adolescente

Ação Estratégica	Meta
Implementar o atendimento básico aos adolescentes nas UBS e ESF	Sensibilizar os profissionais que atuam em pelo menos 10% das UBS e ESF Capacitar médico e enfermeiro em 10% das UBS e ESF para o atendimento básico ao adolescente
Implantar ações educativas dirigidas à prevenção da gestação na adolescência	Reduzir em 1% os nascidos vivos de gestantes adolescentes
Executar o Projeto Segurança Humana	Projeto executado no Distrito Administrativo da Itaquera

### 5. Implementar assistência às crianças e aos adolescentes com asma

Ação Estratégica	Meta
Desenvolver padronização para tratamento da asma na intercrise	Capacitar médico e enfermeiro em 80% das UBS

### 6. Qualificar a Assistência Oftalmológica para crianças desde o seu nascimento

Ação Estratégica	Meta
Diagnosticar e acompanhar os prematuros nascidos nas Maternidades da Rede Municipal próprias e conveniadas, com diagnóstico de retinopatia da prematuridade (ROP)	Realizar triagem oftalmológica para retinopatia da prematuridade e tratamento a laser para 100% dos prematuros com indicação, nas Maternidades da Rede Municipal próprias e conveniadas
Realizar o Teste do Reflexo Vermelho nos recém-nascidos das maternidades municipais próprias e conveniadas	100% das maternidades municipais próprias realizando o Teste do Reflexo Vermelho nos recém-nascidos
Realizar o Teste de Acuidade Visual nos escolares da 1ª série do ensino fundamental da rede municipal em parceria com o Programa Visão do Futuro (incluir no texto da S. Ocular)	100% dos escolares com 1ª série do ensino fundamental da rede municipal, sendo avaliados

Fornecer óculos quando necessário, em parceria com o Programa Visão do Futuro	100% dos escolares da 1º série do ensino fundamental da rede municipal, recebendo óculos quando necessário
-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 7. Garantir o acesso de pacientes com cardiopatia congênita ao sistema municipal de saúde

Ação Estratégica	Meta
Oferecer referência em cirurgia cardíaca fetal, congênita e pediátrica no Hospital do Coração - HCor, credenciado pelo Ministério da Saúde como Filantrópico	Regular 100% da oferta de cirurgia cardíaca fetal, congênita e pediátrica da filantrópia realizada no Hospital do Coração – HCor

### 2.3.2. Adulto

#### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Reduzir a morbimortalidade dos hipertensos e diabéticos ampliando o acesso a todos os níveis de complexidade de atenção

Ação Estratégica	Meta
Fortalecer nas CRS as redes de atenção à hipertensão e ao diabetes, implantando e implementando as políticas definidas por SMS, e apoiando tecnicamente as ações locais	Reduzir para 3,40 as internações por diabetes e suas complicações
Ampliar a rede de profissionais treinados, sensibilizados e aptos a desenvolver ações de prevenção, assistência e recuperação da saúde de hipertensos e diabéticos	Reduzir para 5,45 as internações por Acidente Vascular Cerebral
Detectar precocemente indivíduos com múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular, estabelecendo ações para redução deste risco	

#### 2. Implantar o Programa de Apoio aos Portadores de Psoríase

Ação Estratégica	Meta
Estruturar e fortalecer a rede assistencial de atenção à psoríase	Estabelecer serviço de referência secundária em cada CRS, definindo os fluxos assistenciais de referência e contrarreferência
Utilizar os recursos da Rede São Paulo Saudável para difusão de informações sobre a psoríase	Difundir informações sobre a psoríase para a população em geral
Utilizar os recursos da Rede São Paulo Saudável para a atualização de conhecimentos dos médicos clínicos, generalistas e dermatologistas sobre a psoríase	Realizar capacitação específica em psoríase para cada nível de complexidade do sistema

### 3. Ampliar o atendimento para pacientes com doenças respiratórias crônicas

Ação Estratégica	Meta
Ampliar a rede de Serviços Especializados em Pneumologia, aumentando a cobertura para a população com doenças respiratórias crônicas	Ampliar os Serviços ambulatoriais de Pneumologia de 16 para 23 com Recursos humanos e equipamentos  Atingir a cobertura de 90% da população com doenças respiratórias crônicas que necessita de oxigenoterapia
Implantar os Programas de Educação Permanente para capacitação de médicos pneumologistas, clínicos e enfermeiros nas Unidades de Saúde em Doenças Pulmonar Respiratória Crônica	Treinar profissionais das referências especializadas em pneumologia  Treinar profissionais dos ESF, hospitais municipais próprios e do PROHDOM
Ampliar o Programa de Dispensação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	Garantir a dispensação de oxigenoterapia para 100% dos pacientes com hipoxemia crônica atendidos na rede municipal

### 4. Ampliar o atendimento integral para pacientes SUS com patologia urológica

Ação Estratégica	Meta
Implantar endourologia nos hospitais municipais próprios	Equipar 06 hospitais municipais próprios com equipamentos de endo-urologia
Implantar serviços resolutivos de urologia	Três serviços resolutivos de urologia implantados em hospitais municipais sob gerenciamento de OSS

### 5. Ampliar ações no controle e tratamento do câncer colorretal

Ação Estratégica	Meta
Oferecer referências no hospital filantrópico de rastreamento, diagnóstico e tratamento da neoplasia colorretal na STS M'Mooca / Aricanduva pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Rastrear e tratar neoplasia colorretal na população acima de 50 anos da STS envolvida  Capacitar 100% profissionais das STS envolvidas na captação e acompanhamento da neoplasia colorretal

### 6. Avaliar e promover estratégias para mudança na forma de pagamento dos serviços de oncologia contratados pelo SUS

Ação Estratégica	Meta
Dimensionar os custos dos casos de neoplasia desde diagnóstico até tratamento	Apropriar-se dos custos para os diversos procedimentos em oncologia

### 2.3.3. Saúde da Mulher

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Reduzir a Mortalidade Materna

Ação Estratégica	Meta
Qualificar o atendimento à mulher na gestação, no parto e no puerpério por meio da Rede de Proteção à Mãe Paulistana	Redução da mortalidade materna em 1% ao ano

##### 2. Qualificar a assistência com enfoque na redução da Mortalidade Materna

Ação Estratégica	Meta
Ampliar e implementar a rede de atendimento à gestação de risco	100% das Supervisões Técnicas de Saúde com serviço de atendimento à gestação de risco
Monitorar as Coordenadorias Regionais de Saúde com maior razão de mortalidade materna, para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e puerpério	100 % das CRS com maior razão de mortalidade materna monitoradas
Captar precocemente as gestantes nas UBS	Captar precocemente as gestantes em 80 % das UBS
Ampliar o número de gestantes com SISPRENATAL concluído	Ampliar em 50 % o número de gestantes com SISPRENATAL concluído
Fortalecer as ações do Comitê Municipal e dos Comitês Regionais para a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil	90% dos óbitos em mulheres em idade fértil investigados
Reduzir a taxa de cesárea nas maternidades da Rede de Proteção à Mãe Paulistana	Atingir 30 % de Taxa de Cesárea, nas maternidades da Rede de Proteção à Mãe Paulistana
Implementar a notificação dos casos de Sífilis em Gestantes	Notificar 855 casos de Sífilis em Gestantes no ano de 2013

##### 3. Implementar o Programa da Rede de Proteção à Mãe Paulistana

Ação Estratégica	Meta
Garantir o acesso das gestantes ao Pré-Natal	80 % dos nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
Garantir o acesso das gestantes ao Pré-Natal no mínimo com 4 consultas	100 % dos nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal
Garantir o acompanhamento dos recém nascidos no Parto e no 1º ano de vida	Reduzir em 1% o Coeficiente de Mortalidade Infantil

#### 4. Ampliar ações no controle e tratamento do Câncer de mama

Ação Estratégica	Meta
Integrar a rede de Centros de Alta Complexidade em Oncologia na perspectiva de ampliar a porta de entrada para diagnóstico de Birads 4 e 5 na mamografia/ultrassom e lesões suspeitas	Ampliar em 10 % o número de mulheres com diagnóstico de Ca de Mama em estadiamento inicial
Ampliar a cobertura de rastreamento de Câncer de mama em mulheres na faixa etária acima de 40 anos	Ampliar em 10% a oferta de mamografia

#### 5. Implantar estratégias de rastreamento populacional para neoplasia de mama

Ação Estratégica	Meta
Oferecer referências nos hospitais filantrópicos de rastreamento, diagnóstico e tratamento da neoplasia de mama na STS M' Boi Mirim e Mooca / Aricanduva pelos Hospitais Albert Einstein e Hospital Alemão Oswaldo Cruz respectivamente e diagnóstico e tratamento no H. Sirio Libanês	Ampliar em 10% o número de mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama em estádios iniciais  Ampliar para 70% a cobertura da mamografia nas mulheres acima de 40 anos nas STS envolvidas  Capacitar 100% profissionais das STS envolvidas na captação e acompanhamento da neoplasia de mama

#### 6. Ampliar ações no controle do Câncer de colo uterino

Ação Estratégica	Meta
Ampliar a coleta diária de Papanicolaou na Atenção Básica	Aumentar a coleta diária em 3%, nas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

#### 7. Promover a atualização de médicos e enfermeiros

Ação Estratégica	Meta
Realizar anualmente atualização em pré-natal e de planejamento reprodutivo para médicos e enfermeiros	Atualização anual realizada

### 2.3.4. Saúde do Homem

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH

Ação Estratégica	Meta
Desenvolver projeto piloto em Unidades de Saúde (UBS ou ESF), integrando a PNAISH às demais políticas e ações em andamento no Mun. São Paulo	Piloto implantado em 40% das Unidades de Saúde

### 2.3.5. Atenção à Saúde do Idoso

#### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Implementar o modelo de atenção com enfoque no portador de condições crônicas e promover o envelhecimento ativo

Ação Estratégica	Meta
Implementar as ações voltadas ao idoso frágil ou em situação de fragilidade	Reduzir em 2% a Taxa de Internação por fratura de fêmur em maiores de 60 anos
Implementar as atividades das unidades de referência especializadas em envelhecimento para atender os casos mais complexos de acordo com protocolos estabelecidos (URSI) integrados com a Atenção Básica	100% das URSI integradas com a Atenção Básica
Implementar o Programa Acompanhante do Idosos	Ampliar 10 equipes do Programa Acompanhante do Idoso Capacitar 5% dos Conselheiros Gestores Locais
Implementar a capacitação de cuidadores de idosos para maior suporte às famílias de idosos dependentes	Capacitar 10% dos profissionais da rede de atenção básica, que atuam em grupos da 3ª idade Produzir e distribuir DVD Cuidando do Idoso
Qualificar a assistência a pessoa idosa	Qualificar 5% dos profissionais que atendem as pessoas idosas

#### 2. Promover melhorias das condições sanitárias nas instituições de longa permanência para idosos, visando a proteção da saúde e promoção da qualidade vida à população atendida nestes serviços

Ação Estratégica	Meta
Inspecionar as Instituições de Longa Permanência para Idosos	Inspecionar anualmente 100% das Instituições de Longa Permanência para idosos cadastrados
Inspecionar instituições geriátricas denunciadas	100% das instituições geriátricas denunciadas inspecionadas

#### 3. Reduzir a morbimortalidade decorrente das complicações causadas pelas doenças respiratórias por influenza em indivíduos com 60 anos e mais

Ação Estratégica	Meta
Vacinar anualmente contra a influenza a população da faixa etária 60 anos e mais	Atingir 80% de cobertura vacinal

## Sub Eixo 2.4. Estratégias Transversais

### 2.4.1. Saúde Mental

#### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Efetivar a atenção integral em saúde mental à população

Ação Estratégica	Meta
Ampliar a Rede de Serviços Especializados em Saúde Mental em Centros de Assistência Psico-social (CAPS)	Alcançar 0,73/100.000 habitantes de cobertura no Município Ampliar em 20% os CAPS
Ampliar a Rede de Serviços Especializados em Saúde Mental – Serviços de Residências Terapêuticas	Ampliar em 40% os Serviços de Residência Terapêutica
Ampliar o número de leitos psiquiátricos nos hospitais próprios	Ampliar em 50% o número de leitos psiquiátricos em hospitais próprios
Ampliar o número de usuários egressos de hospitais psiquiátricos beneficiados com o Programa de Volta para Casa - PVC	Ampliar em 30% os pacientes beneficiados pelo PVC.
Implementar nas CRS a rede de cuidados para questões de uso abusivo de álcool e outras drogas	100% das CRS com rede de cuidados para questões de uso abusivo de álcool e outras drogas implementadas
Ampliar oferta de terapeutas comunitários da rede de saúde	Capacitar 60 profissionais da atenção básica (preferencialmente dos NASF) na metodologia da Terapia Comunitária

#### 2. Implementar as ações intersetoriais visando a população de maior vulnerabilidade

Ação Estratégica	Meta
Implantar atenção Integral ao Dependente Projeto SAID - Serviço de Atenção Integral aos moradores em situação de rua Dependentes e Usuários de álcool e drogas	Projeto SAID implantado
Acompanhar com SMADS (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social) e SEADS (Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social) e SES (Secretaria Estadual de Saúde) a implantação Moradia Especial Provisória	Moradia Especial Provisória implantada

### 2.4.2. Saúde Bucal

#### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Aumentar a cobertura das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e fortalecer ações intersetoriais de prevenção das doenças bucais – aguardando resposta da Candelária

Ação Estratégica	Meta
Implementar a utilização de triagem por meio dos critérios de risco de doenças bucais nas ações coletivas e individuais	Triagem de risco implantada em 90% dos serviços
Aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica	Aumento da cobertura de primeira consulta odontológica para 5,0% da população

Ampliar a cobertura anual das ações de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal e assegurar a referência e contrarreferência	Ampliar em 10% o percentual de usuários atendidos nas ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal
Ampliar o tratamento restaurador atraumático em larga escala, incluindo as ações do Programa Aprendendo com Saúde	Tratar 20% da população de 0 a 14 anos de alto risco que esteja incluída nas ações coletivas
Implementar as Ações Coletivas em Saúde Bucal na população de 0 a 14 anos, em espaços pré-escolares e escolares	Alcançar 25% da população referida inscritos em ações coletivas
Implantar ações coletivas em saúde bucal para idosos do Programa Acompanhante do Idoso	Alcançar 15% da população referida inscritos em ações coletivas
Ampliar a média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Alcançar a média anual de 3,5 escovações dentais supervisionadas

## 2. Ampliar o acesso da população às ações de média e alta complexidade em Saúde Bucal

Ação Estratégica	Meta
Implementar o atendimento das especialidades fundamentais nos Centros de Especialidades Odontológicas.	Aumentar em 10% os procedimentos especializados oferecidos.
Implementar a reabilitação protética (prótese fixa e sobre implantes, prótese total e prótese parcial removível) e a confecção de aparelhos ortodônticos e ortopédicos	Implantar 4 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária Contratar serviço de laboratório de prótese dentária de forma complementar aos próprios
Implementar os serviços de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial nos Hospitais Municipais próprios e implantar a Cirurgia Ortognatia	Ampliar em 30% o atendimento Buco-Maxilo-Facial
Ampliar a ação dos Cirurgiões Dentistas, a pacientes internados nos hospitais, com atendimento odontológico de urgência	50% dos hospitais próprios com o atendimento implantado
Implementar o atendimento odontológico aos fissurados palatinos no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus	Ampliar em 10% o atendimento odontológico aos fissurados
Implantar o atendimento odontológico a pacientes especiais sob anestesia geral, nos hospitais municipais próprios	Implantar o atendimento em 5 hospitais municipais próprios, um para cada CRS

## 3. Vigilância em Saúde Bucal

Ação Estratégica	Meta
Atualizar perfil epidemiológico dos principais agravos em Saúde Bucal, em cada CRS e STS	Finalizar a 2ª fase do perfil epidemiológico, conforme o Programa Saúde Bucal Brasil 2010

### 2.4.3. Programa de DST/Aids

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Prevenção às DST/Aids

Ação Estratégica	Meta
Realizar campanhas de prevenção às DST/HIV/Aids	Realizar 10 campanhas ou eventos de prevenção ao ano
Implementar a produção de materiais informativos, educativos e institucionais para campanhas e eventos relacionados às DST/HIV/Aids.	Ampliar em 20% o quantitativo de material informativo ao ano
Implementar a testagem sorológica para HIV/Sífilis/Hepatite B e C na Rede de atenção à saúde.	Aumentar em 10% a testagem sorológica ao ano
Ampliar a distribuição de insumos de prevenção	Ampliar em: ⇒30% a distribuição de preservativos masculinos e femininos ao ano ⇒10% a distribuição de gel lubrificante ao ano

##### 2. Redução da Transmissão Vertical para HIV e Sífilis

Ação Estratégica	Meta
Fornecer Fórmula Láctea Infantil às crianças expostas ao HIV	Manter a distribuição de formula láctea para 100% das crianças expostas
Implantar referência para reprodução assistida para os casais soro-diferentes	Referência estabelecida
Implantar teste rápido diagnóstico (TRD) para HIV, nas maternidades	100% das maternidades realizando o TRD
Dispensar inibidor de lactação (Cabergolina) para as gestantes HIV	Fornecer a Cabergolina para 100% das gestantes HIV que realizam pré natal na Rede Municipal Especializada em DST/Aids

##### 3. Melhoria da qualidade da atenção à saúde das PVHA e outras DST

Ação Estratégica	Meta
Implementar ações de adesão ao tratamento das DST/Aids nos Serviços de Assistência Especializadas	100% das unidades especializadas com ações de adesão
Implementar ações sistemáticas de prevenção secundária dos efeitos adversos da terapia com antiretrovirais	100% das unidades especializadas na Rede Municipal Especializada em DST/Aids com ações de prevenção secundária
Implementar as referências para cirurgias reparadoras na atenção aos efeitos adversos da terapia com antiretrovirais	Fluxo estabelecido com os hospitais para atendimento de 100% da demanda de cirurgias reparadoras

Manter a terapia medicamentosa para infecções oportunistas e para DST, cumprindo a CIB 107/02 e 85/08 para o tratamento das DST/Aids.	100% dos tratamentos atendidos
Implementar a Política Municipal de Atenção às DST nas regiões que compreendem as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)	5 Regiões com a Política de Atenção às DST implantada
Implantar 3 novos serviços especializados em DST/Aids conforme o perfil epidemiológico	3 novos serviços especializados em DST/Aids implantados

#### 4. Gestão e desenvolvimento humano e institucional

Ação Estratégica	Meta
Implementar ações de Vigilância para o monitoramento da epidemia de DST/HIV/Aids nos 24 serviços da RME	100% dos serviços com banco de dados atualizado
Desenvolver pesquisas de relevância em atenção às DST/Aids	Desenvolver 2 pesquisas ao ano

#### 5. Promoção de Direitos Humanos, Advocacy e Controle Social

Ação Estratégica	Meta
Monitorar os projetos de DST/Aids desenvolvidos pelas Organizações da Sociedade Civil (OSC) no Município de São Paulo	100% dos projetos desenvolvidos pelas OSC, monitorados
Estabelecer parcerias para gestão de projetos prioritários	Projetos desenvolvidos nas três áreas prioritárias: prevenção, adesão e qualificação da gestão

#### 2.4.4. Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde

##### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Fortalecer a atenção à saúde implementando a Homeopatia, Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas na Secretaria Municipal da Saúde

Ação Estratégica	Meta
Readequar as unidades especializadas em Homeopatia, Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde	2 Centros de Referência (01 na CRS Leste e 1 na CRS Centro-Oeste) readequados
Informar os profissionais das Unidades de Saúde sobre a Homeopatia, Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde	50% dos profissionais das Unidades de Saúde informados
Realizar eventos para divulgação e informação para os profissionais de saúde e população sobre as MTHPIS	Realizar um Encontro anual de MTHPIS

##### 2. Implementar o acesso dos usuários das unidades de saúde aos grupos de Atividades Físicas, Práticas Corporais e Meditativas - AFPCM

Ação Estratégica	Meta
------------------	------

Promover Educação permanente para aprimoramento dos instrutores em Supervisão nas AFPCM	50% dos instrutores realizando aprimoramento anual
Ampliar o número de Instrutores formados em AFPCM	Ampliar em 50 % o número de instrutores formados em AFPCM
Implantar o projeto piloto de <i>Capoeira para a Saúde nas CRS</i>	01 grupo de capoeira implantado na CRS Centro Oeste
Ampliar o número de UBS que oferecem atendimento com AFPCM	85% das UBS oferecendo AFPCM
Ampliar o número de dias com grupos de AFPCM nos Serviços de Saúde	Ampliar em 20% o número de dias de grupos nos Serviços com AFPCM

### 3. Reduzir os níveis de sedentarismo na população

Ação Estratégica	Meta
Promover ações educativas e intersetoriais que estimulem o aumento da atividade física	12,5% dos adultos, com atividade física suficiente no tempo livre

### 4. Fortalecer e implementar a Acupuntura nos serviços de saúde

Ação Estratégica	Meta
Promover educação permanente aos médicos acupunturistas da rede (UAD, URSI, NIR, UBS e UBS/ESF)	1,5% dos médicos acupunturistas com aprimoramento

### 5. Implementar o Programa Municipal de Homeopatia

Ação Estratégica	Meta
Implementar as Diretrizes do atendimento Homeopático para a rede municipal.	Implementar as diretrizes do Programa em 80% dos Serviços que já possuem atendimento homeopático.
Promover Educação Permanente para os médicos homeopatas da rede municipal de saúde.	30% dos médicos com especialização em Homeopatia participando anualmente de Educação Permanente
Difundir informações sobre Homeopatia voltadas aos profissionais de saúde da rede municipal e da população atendida	Realizar programa anual através da Rede São Paulo Saudável voltada aos profissionais de saúde e à população geral com temas relacionados à Homeopatia

### 6. Implementar ações de incentivo à alimentação saudável nas Unidades de Saúde

Ação Estratégica	Meta
Capacitar equipe multiprofissional dos equipamentos de saúde em Alimentação Saudável nas diferentes modalidades	Realização de 35 cursos sobre Alimentação Saudável.
Promover, em articulação com o Programa de Alimentação Paulistana, treinamento em cozinha experimental para equipe multiprofissional das Unidades de Saúde	Realizar 01 treinamento piloto em alimentação saudável

Identificar os grupos educativos de alimentação saudável em unidades de saúde	Identificar os Grupos educativos de alimentação saudável
Implementar a abrangência da vigilância nutricional, ampliando a cobertura de ações de alimentação e nutrição nas Unidades de Saúde	Realizar diagnóstico do estado nutricional da população atendida nos diversos serviços de saúde próprios
Difusão de informação sobre alimentação e nutrição nos diversos ciclos de vida e patologias gerais promovendo ações de alimentação e nutrição visando a promoção à saúde	Editar material didático sobre alimentação e nutrição (manuais, vídeos, informativos, cartazes, folhetos)

#### **7. Proporcionar à população acesso seguro às plantas medicinais e a fitoterápicos, conforme Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais do Município de São Paulo**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Promover Educação Permanente para profissionais da saúde envolvidos com conhecimentos em manuseio e prescrição de fitoterápicos	Realizar 02 treinamentos anuais sobre manuseio e prescrição de fitoterápicos por CRS em parceria com Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente
Selecionar com a Assistência Farmacêutica medicamentos fitoterápicos	Medicamentos fitoterápicos selecionados

#### **8. Implantar assistência aos portadores de dor crônica – Cuidando da Dor**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Implantar a mensuração da dor como 5º Sinal Vital nos hospitais municipais próprios	Mensuração da dor como 5º Sinal Vital implantada em três Hospitais municipais próprios
Divulgar a prevenção de dores nas atividades de vida diária (AVD) voltada aos usuários e profissionais das Unidades de Saúde	Realizar inserção do tema utilizando a Rede São Paulo Saudável
Implantar referências a dor em Ambulatórios de Especialidades	Referência à dor implantada em cada Coordenadoria Regional de Saúde

#### **9. Implantar assistência através de técnicas das Medicinas Tradicionais voltadas à assistência a Gestantes e Puérperas – Medicina Integrada**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Implantar “acupuntura como suporte as Gestantes e Puérperas” atendidas no Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário M. Altenfelder Silva	50% dos partos normais realizados com analgesia pré-parto com a acupuntura
	30% dos casos de hiperemese gravídica diagnosticadas atendidas com a acupuntura
	30% das dores pós-cirúrgicas tratadas com acupuntura
	50% dos casos com deficiência da lactação tratados com acupuntura
	50% dos casos de depressão pós-parto tratados com a acupuntura
Implantar a técnica de Shantala às puérperas atendidas no Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário M. Altenfelder Silva	60% das puérperas atendidas praticando Shantala

Implantar piloto de “acupuntura como suporte as Gestantes e Puérperas” atendidas em um hospital municipal próprio	50% dos partos normais realizados com analgesia pré-parto com a acupuntura
	20% das dores pós-cirúrgicas tratadas com acupuntura
	20% dos casos com deficiência da lactação tratados com acupuntura
	20% dos casos de depressão pós-parto tratados com a acupuntura

#### 10. Implantar assistência com Qualidade de Vida aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida – Cuidados Paliativos

Ação Estratégica	Meta
Implantar assistência com Cuidados Paliativos, aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida, nos hospitais municipais próprios	Assistência com Cuidados Paliativos implantada em 3 hospitais municipais próprios

#### 11. Incentivo ao fortalecimento do Ser para melhor Qualidade de Vida – Os Caminhos da Arte do Viver

Ação Estratégica	Meta
Ampliar o acesso da população às atividades de incentivo ao fortalecimento do Ser para melhor Qualidade de Vida em parceria com demais Órgãos Municipais e de outras esferas governamentais, privados e ONG.	Ampliar 30 grupos com atividades orientadas por monitor/instrutor habilitado em trabalhos manuais, ikebana, origami, cultivo de plantas ornamentais, teatro, danças variadas, etc. nos espaços públicos da região piloto determinada

#### 2.4.5. Assistência Farmacêutica

##### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Ampliar o acesso da população aos medicamentos da REMUME

Ação Estratégica	Meta
Revisar a REMUME quanto aos itens relacionados à rede básica, rede hospitalar e urgências e emergências com base nas necessidades epidemiológicas e avaliação farmacoterapêutica	Revisão permanente da REMUME
Aumentar gradativamente o número de medicamentos disponíveis na rede básica	Ampliar em pelo menos 5 % o número de medicamentos disponíveis na rede básica

##### 2. Qualificar a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Ação Estratégica	Meta
Instituir a Interlocação Farmacêutica (1 farmacêutico: 4 Unidades de Saúde) nas Unidades com parcerias (contrato de gestão/convênio) ou da administração direta	90% de Interlocação instituída
Realizar estudo para avaliação da adesão dos prescritores à REMUME e qualidade de prescrição.	Estudo realizado até 2013

Adequar o sistema informatizado para medicamentos sujeitos a controle sanitário especial de acordo com exigência sanitária	Sistema informatizado adequado até 2013
Elaboração de boletim informativo sobre farmacoterapia racional	Publicar 02 boletins/ano
Implantar serviços de atenção farmacêutica para pacientes mais vulneráveis (idosos com doenças crônicas)	Implantar pelo menos 01 serviço até 2013

### 3. Garantir o fornecimento dos medicamentos da REMUME para continuidade do tratamento prescrito na alta hospitalar, em finais de semana e feriados

Ação Estratégica	Meta
Implementar a dispensação de medicamentos da REMUME nos Hospitais, Prontos Socorros e Pronto Atendimentos próprios para garantir o fornecimento de medicamentos nos finais de semana e feriados	30% dos Hospitais, Prontos Socorros e Pronto Atendimentos próprios municipais dispensando medicamentos da REMUME nos finais de semana e feriados

### 4. Propiciar o acesso da população às terapias medicamentosas das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas

Ação Estratégica	Meta
Ampliar o acesso aos medicamentos homeopáticos na rede básica por meio do estabelecimento de convênio/contrato com farmácias homeopáticas	Convênio com farmácia homeopática efetuado
Implementar a aquisição de insumos para manipulação de medicamentos da farmácia homeopática do SUS	Ampliar em 50% a aquisição dos insumos
Elaborar a REMUME-FITO	REMUME-FITO elaborada
Disponibilizar para a rede básica medicamentos fitoterápicos	Disponibilizar 10 itens

### 5. Farmácia Popular

Ação Estratégica	Meta
Farmácias Populares com locação dos imóveis através da SMS	Manter 16 Farmácias Populares em funcionamento

#### 2.4.6. Assistência Laboratorial

##### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Promover atendimento com qualidade, economicidade e em tempo hábil, visando atender as necessidades de exames laboratoriais

Ação Estratégica	Meta
Implantar um Programa de Acreditação de Qualidade nos laboratórios municipais próprios	50 % dos laboratórios acreditados

Monitorar o controle físico e financeiro dos exames laboratoriais por sistema informatizado	Avaliar mensalmente o controle físico e financeiro dos exames realizados
Implantar Comissão de Gestão dos contratos de serviços terceirizados de laboratórios e convênios	100% dos convênios e contratos de serviços terceirizados de laboratório acompanhados
Manter a Coleta Diária (segunda a sexta - feira) nas Unidades de Saúde da Rede Básica	Manter 100% das Unidades com coleta para laboratórios referenciados todos os dias de funcionamento
Verificar e acompanhar os fluxos de Referências laboratoriais para os exames de protocolo	100% dos exames de protocolo com fluxo definido
Implementar o retorno do resultado dos exames laboratoriais por via eletrônica	Implantar um piloto por CRS

## 2.4.7. Unidade de Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica - UAD

### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Oferecer atenção domiciliar por meio das Unidades de Assistência Domiciliar (UAD), no âmbito da Atenção Básica, à pessoas com dependência para atividades da vida diária

Ação Estratégica	Meta
Ampliar o número de serviços de UAD com equipe mínima nas Coordenadorias Regionais de Saúde	Ampliar em 50% os serviços de UAD
Avaliar os serviços das UAD	Desenvolver pesquisas semestrais da satisfação de usuários por UAD Revisar 5% dos prontuários dos pacientes em atendimento nas UAD

## Sub Eixo 2.5. Estratégias para os Segmentos Vulneráveis

### 2.5.1. Estratégias para os Portadores de Pé Diabético e Úlceras Crônicas

#### Objetivo Estratégico:

#### 1. Ampliar e qualificar as ações de Prevenção e Tratamento do Pé Diabético e das Úlceras Crônicas, implementando o acesso aos cuidados clínicos avançados, órteses e próteses

Ação Estratégica	Meta
Integrar a Atenção ao Portador de Úlceras Crônicas e Pé diabético nos três níveis de atendimento	100% do fluxo estabelecido entre UBS, Ambulatórios de Especialidades e Hospitais
Ampliar o acesso dos pacientes com diabetes melitus com complicações podais a cuidados clínicos avançados	Capacitar 02 Auxiliares de Enfermagem de cada serviço de referência de cuidados do Pé Diabético em cuidados podiátricos básicos
Implantar referência ambulatorial para prevenção e tratamento do Pé Diabético e das Úlceras Crônicas	36 referência ambulatoriais implantadas
Ampliar a rede de profissionais treinados na prática de cuidados clínicos avançados para portadores de Úlceras Crônicas e aos pacientes diabéticos com complicações podais	Capacitar, em serviço, 20% dos profissionais da rede

Confecção do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas da SMS	3ª edição do Protocolo implantada
Realizar o II Encontro de Profissionais em Prevenção e Tratamento de Feridas do Município de São Paulo	II Encontro de Profissionais em Prevenção e Tratamento de Feridas do Município de São Paulo realizado
Implantar medidas preventivas e terapêuticas oportunas com vistas à preservação do membro afetado por vasculopatia, dos pacientes com diabetes (membro inferior)	100% das necessidades de sapatos e palmilhas, dos pacientes com diabetes, atendidas

## 2.5.2. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Ampliar a oferta de serviços de reabilitação para pessoas com deficiência

Ação Estratégica	Meta
Implementar os Núcleos Integrados de Reabilitação e Núcleos Integrados de Saúde Auditiva	Implantar 3 NIR
	Habilitar 1 NISA II como alta complexidade
	Desenvolver ações de educação permanente para 50% dos profissionais dos NIR e NISA
	Ampliar o fornecimento de aparelhos de amplificação sonora (AASI) em 5%
	Ampliar o fornecimento de órteses e próteses físicas em 10 %
Implantar o Programa Acompanhante Comunitário da Pessoa com Deficiência nas 5 CRS	Implantar 20 equipes do Programa Acompanhando a Pessoa com Deficiência nas 5 CRS

#### 2. Implementar ações voltadas a prevenção e identificação de deficiências

Ação Estratégica	Meta
Implantar a Triagem Auditiva Neonatal Universal – TANU nas Maternidades Municipais, integrantes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana	TANU implantado em 100% dos prematuros dos Hospitais Municipais da Rede de Proteção à Mãe Paulistana

#### 3. Implementar ações intersecretariais voltadas à promoção e proteção da saúde vocal junto a comunidade escolar

Ação Estratégica	Meta
Realizar oficinas de Saúde Vocal do educador	Disponibilizar rede anual de oficinas aos professores da rede municipal de ensino

### 2.5.3. Atenção à População Indígena

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Implementar programas e projetos relacionados à melhoria da Saúde da População Indígena

Ação Estratégica	Meta
Garantir a assistência da população indígena cadastrada no SIASI	100 % da população indígena cadastrada assistida
Implementar assistência diferenciada para os alcoolistas indígenas no CAPS Álcool e Drogas de referência	50 % dos CAPS AD de referência com assistência diferenciada para os alcoolistas indígenas

### 2.5.4. Atenção à Saúde da População Negra

#### Objetivo Estratégico:

##### 1. Implementar a política de Atenção Integral à População Negra

Ação Estratégica	Meta
Implementar o Programa de Atenção Integral aos portadores de anemia falciforme e outras hemoglobinopatias	30% das Unidades com o Programa implementado (UBS, Amb. Especialidade, CEO, AMA, CAPS e CECCO)
Melhorar a qualidade da informação do quesito “cor” com ênfase para os agravos de maior prevalência na população negra	Aumentar em 80% o preenchimento do quesito “cor”, nos sistemas de informações utilizados Implementar em 30% as análises da informação desagregada por raça/cor para a gestão e divulgação
Introduzir nas capacitações previstas nas diferentes áreas técnicas, as especificidades e necessidades de saúde da população negra	Introduzir em 50 % das capacitações previstas
Articular junto a outras Secretarias e Sociedade Civil as ações de promoção à saúde,	Ações de Promoção junto a População Negra realizadas
Introduzir indicadores de monitoramento para avaliação do acesso da população negra aos serviços de saúde	Introduzir no Painel de Monitoramento de SMS indicadores de monitoramento para avaliação do acesso da população negra aos serviços de saúde
Desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção a doenças em espaços extra muros das unidades de saúde	Aumentar em 50% as ações realizadas
Realizar intervenções de diagnóstico precoce dos principais agravos e fatores de risco cardiovasculares nas comunidades das Escolas de Samba	8% das UBS realizando ações do projeto Sambando com Saúde, nas comunidades das Escolas de Samba

### 2.5.5. Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

#### Objetivo Estratégico:

##### 1. Implementar as Ações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador segundo diretrizes nacionais

Ação Estratégica	Meta
Implementar banco de dados das atividades econômicas formais e informais e agravos relacionados ao trabalho, observados na área de abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST	Implementar em cada CRST o diagnóstico local dos agravos relacionados ao trabalho e as atividades econômicas formais e informais

Divulgar a Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	Realizar anualmente Seminário sobre as Ações em Saúde do Trabalhador
Implementar a notificação de acidentes e agravos relacionados ao Trabalho na Rede Básica e Hospitalar	Publicar anualmente Boletim dos CRST e material educativo sobre as ações desenvolvidas na área
Implementar a notificação de acidentes e agravos relacionados ao Trabalho na Rede Básica e Hospitalar	Capacitar 50% da Rede Básica, Especializada e Hospitalar para reconhecer aos acidentes e agravos relacionados ao Trabalho
Implementar a notificação de acidentes e agravos relacionados ao Trabalho na Rede Básica e Hospitalar	Aumentar, em 2013, 25% o número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes na Portaria GM/MS777/04
Implementar a notificação de acidentes e agravos relacionados ao Trabalho na Rede Básica e Hospitalar	Investigar anualmente 100% dos acidentes graves, fatais e em menores de 18 anos, notificados pelo SINAN, de casos residentes e ocorridos no Município de São Paulo, passíveis de investigação
Realizar adequações dos CRST para o desenvolvimento de ações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	Implantar um CRST na Região Leste
Realizar adequações dos CRST para o desenvolvimento de ações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	Adequar equipamentos necessários dos 06 CRST
Realizar adequações dos CRST para o desenvolvimento de ações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	Adequar área física dos 06 CRST
Implantar Serviços de Retaguarda (especialidades, diagnóstico e reabilitação) para Atenção Integral em Saúde do Trabalhador	Implementar 75 serviços da Rede Municipal de Saúde para retaguarda na Atenção à Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis de complexidade
Implementar o diagnóstico dos acidentes e agravos relacionados ao Trabalho	Atender 70% das necessidades de exames complementares e toxicológicos para diagnóstico e nexos causais dos agravos e acidentes relacionados ao Trabalho
Implantar a Educação Permanente em Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis de atenção, nos campos de Gestão, Diagnóstico, Reabilitação e Vigilância	Capacitar 50% dos profissionais dos 06 CRST
Implantar a Educação Permanente em Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis de atenção, nos campos de Gestão, Diagnóstico, Reabilitação e Vigilância	Capacitar 10% das equipes da ESF
Implantar a Educação Permanente em Saúde do Trabalhador nos diferentes níveis de atenção, nos campos de Gestão, Diagnóstico, Reabilitação e Vigilância	Realizar projeto de pesquisa sobre o tema Saúde do Trabalhador nos CRST em parceria com a USP e Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia
Implementar propostas do I Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, do Município de São Paulo	100% das propostas implementadas

## 2.5.6. Saúde da População em Situação de Rua

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Ampliar a assistência à saúde da População em Situação de Rua

Ação Estratégica	Meta
Acompanhar pessoas em Situação de Rua cadastradas pela ESF especial	70% das pessoas em Situação de Rua cadastradas pela ESF especial acompanhadas
Monitorar indicadores específicos para ESF especial para população em situação de rua, pactuados pelos Parceiro	Indicadores específicos da ESF especial, monitorados

## 2.5.7. Atenção à População Exposta à Violência

### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Promover a integralidade da Atenção às Pessoas em Situação ou Risco de Violência

Ação Estratégica	Meta
Implementar e fortalecer a rede de cuidados às pessoas em situação ou risco de violência, articulada com outras redes de apoio	100% das STS com redes constituídas
Ampliar os núcleos de profissionais para o acolhimento de casos de violência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)	40% das UBS
Implementar o Projeto "Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI	Implementar o projeto em 9 equipes da ESF no Distrito Administrativo da Brasília

#### 2. Contribuir na ampliação da cobertura da notificação dos casos de violência

Ação Estratégica	Meta
Ampliar a cobertura da notificação dos casos de violência nas unidades da Atenção Básica	50% das UBS/AMA notificantes

#### 3. Qualificar o cuidado às Pessoas em Situação ou Risco de Violência

Ação Estratégica	Meta
Promover a educação permanente dos profissionais de saúde para o cuidado às pessoas em situação ou risco de violência	200 profissionais de saúde participando de educação permanente
Produzir material de apoio técnico aos profissionais da saúde	1 publicação

#### 4. Desenvolver campanhas educativas de prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz

Ação Estratégica	Meta
Implementar ações de prevenção da violência junto aos usuários das unidades de saúde, famílias e comunidades	Realizar anualmente campanhas educativas de prevenção de violência

## Sub Eixo 2.6. Estratégias para Intersetorialidade

### 2.6.1. Aprendendo com Saúde

#### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Implementar o Programa Aprendendo com Saúde para o atendimento no espaço escolar visando diagnosticar precocemente e intervir nos agravos que possam comprometer o desempenho escolar

Ação Estratégica	Meta
Atender as crianças de CEI, EMEI, EMEF no ambiente escolar com equipes volantes de Pediatria e Saúde Bucal	Examinar mais de 75% das crianças matriculadas na Rede Municipal de Ensino
Articular junto com a Secretaria Municipal da Educação a implantação do estudo nutricional na Rede Municipal de Ensino	Estudo nutricional dos alunos da rede municipal de ensino implantado
Implementar ações de promoção, prevenção e tratamento nos escolares com alto risco para cárie, atendidos pelas equipes de Saúde Bucal do Programa Aprendendo com Saúde	Realização de Tratamento Restaurador Atraumático - TRA em 70% dos alunos com alto risco para cárie
Implementar as ações de prevenção e incentivo à cobertura vacinal adequada	Avaliar a situação vacinal de 100% dos alunos nas escolas visitadas Dimensionar a cobertura vacinal dos alunos nas escolas visitadas
Realizar ações de Promoção e Prevenção em Saúde Bucal	Orientar alimentação saudável para 70% das escolas visitadas pelo Programa Aprendendo com Saúde Realizar escovação supervisionada para 100% das escolas visitadas pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa Aprendendo com Saúde Realizar escovação supervisionada para 40% dos alunos avaliados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa Aprendendo com Saúde
Ações de promoção e prevenção à Saúde do Adolescente da Rede Municipal de Ensino	Realizar ações educativas de prevenção e promoção sobre riscos para hipertensão e diabetes na adolescência Ação educativa de prevenção da gestação na adolescência em 70% EMEF visitadas pelo Programa Aprendendo com Saúde Realizar de prevenção de DST/AIDS nas EMEF visitadas pelo Programa Aprendendo com Saúde Realizar ações educativas sobre tabagismo em 70% das escolas visitadas

## 2.6.2. Prevenção do Tabagismo

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Reduzir a prevalência do Tabagismo

Ação Estratégica	Meta
Implementar ações intersetoriais com a Secretaria Municipal da Educação através do programa Aprendendo com Saúde, na divulgação dos tratamentos antitabagismo disponíveis e a importância da promoção de Ambientes Livres de Tabaco	100% das equipes do Programa Aprendendo com Saúde divulgando tratamentos antitabagismo disponíveis e a importância da promoção de Ambientes Livres de Tabaco
Ampliar a oferta de serviços de abordagem intensiva ao tabagista	Alcançar 25% da rede credenciada atuando de maneira intensiva
Promover Campanhas antitabagismo	0,5 % de redução na prevalência de tabagismo em relação ao ano anterior (nacional)

## 2.6.3. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Consolidar a intersectorialidade nas ações de saúde por meio do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS

Ação Estratégica	Meta
Implementar projetos e ações para a melhoria da qualidade do meio ambiente e promoção da saúde através do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis – PAVS	60% dos projetos implantados

## 2.6.4. l'le de France

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Implementar as ações

Ação Estratégica	Meta
Capacitar profissionais da ESF da STS Cidade Tiradentes no módulo II sobre o tema Saúde Mental	75% dos profissionais inscritos no módulo II do Projeto, capacitados

## 2.6.5. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pro Saúde

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Promover a integração do processo de aprendizado dos alunos da Universidade com a prática nos serviços da rede básica de saúde

Ação Estratégica	Meta
Promover a integração do processo de aprendizado dos alunos das Universidades conveniadas com a prática nos serviços da rede básica de saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde	100% das Universidades conveniadas com SMS tendo acesso ao “cenário de práticas”, reorientando a formação profissional (mudança da grade curricular) assegurando a abordagem integral do processo saúde/doença

## 2.6.6. Fundação Casa

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Promover e qualificar a Atenção à Saúde dos Adolescentes em conflito com a Lei

Ação Estratégica	Meta
Elaborar o Plano de Ação Municipal voltado a Atenção à Saúde dos Adolescentes em conflito com a Lei envolvendo a Fundação Casa e a SMS (assessoria das políticas da Criança e do Adolescente, Mulher, Mental, Bucal, Pessoa portadora de Deficiência, Ocular, População Negra e Cultura da Paz e Cidadania)	Plano de Ação Municipal elaborado  Referências Secundárias formalizadas junto às CRS

## 2.6.7. Saúde no Esporte

### Objetivo Estratégico:

#### 1. Ampliar o acesso da população às unidades de esportes, lazer e recreação, com equipes multiprofissionais de saúde

Ação Estratégica	Meta
Implantar equipes multiprofissionais de saúde nas unidades de esporte e lazer da Cidade	160 unidades de esporte e lazer com equipes multiprofissionais de saúde

## Sub Eixo 2.7. Vigilância em Saúde

### 2.7.1. Vigilância Epidemiológica

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Implementar a vigilância das doenças transmissíveis prioritárias

Ação Estratégica	Meta
Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de Meningite Bacteriana por meio das técnicas de cultura, contra-imunoeletroforese e látex	50% dos casos de Meningite Bacteriana confirmados por critério laboratorial, anualmente
Realizar notificação negativa de Sarampo	90% das unidades notificantes realizando notificação de sarampo, anualmente
Realizar o diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas (Sarampo e Rubéola)	90% dos casos de Sarampo e Rubéola investigados laboratorialmente, ao ano, por meio de sorologia
Investigar oportunamente casos suspeitos de Sarampo e Rubéola	90% dos casos de Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) investigadas, oportunamente, por ano
Notificar casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 anos (por 100 mil)	Taxa de notificação maior que 1 / 100 mil habitantes menores de 15 anos, por ano

Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda – PFA.	80% dos casos de PFA detectados, anualmente, com uma amostra de fezes, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora
Confirmar casos de Hepatites B por sorologia	95% dos casos de Hepatites B confirmados por sorologia, anualmente
Enviar regularmente os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN	100% (52/ano) remessas regulares do banco de dados anualmente
Encerrar casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), oportunamente, após notificação	90% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), encerrados oportunamente após notificação, anualmente
Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus Influenza de acordo com o preconizado	Coletar anualmente 80% de amostras clínicas de vírus Influenza em relação ao preconizado
Encerrar oportunamente a investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos	100% dos surtos de doenças transmitidas por alimentos investigados anualmente
Ampliar a cura de casos novos de Tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano	Atingir em 2013, 83% de casos novos de Tuberculose curados
Ampliar a taxa de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados	Atingir 2013, 80% de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
Avaliar o grau de incapacidades físicas nos casos novos de Hanseníase	Atingir em 2013, 85% de casos novos de Hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados
Avaliar o grau de incapacidades físicas nos casos curados de Hanseníase	Atingir em 2013, 71% de casos curados de Hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados
Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de Hanseníase, de acordo com as normas preconizadas	Atingir em 2013, 58% de contatos intradomiciliares examinados
Reduzir a porcentagem de casos de Hanseníase diagnosticados com grau II de incapacidades físicas	12% de casos detectados com grau II de incapacidades físicas, anualmente

## 2. Manter elevadas e homogêneas as coberturas vacinais

Ação Estratégica	Meta
Aumentar a cobertura vacinal da Hepatite B em menores de um ano	95% de 3ª doses de vacina de Hepatite B aplicadas, anualmente, em menores de 01 ano
Vacinar a população de 01 ano de idade contra Sarampo, Caxumba e Rubéola (vacina tríplice viral)	95% da população referida vacinada, anualmente
Aumentar a cobertura vacinal contra a Poliomielite em menores de 01 ano	95% de 3ª doses de vacina contra poliomielite aplicadas, anualmente, em menores de 01 ano

Vacinar crianças menores de cinco anos na campanha anual (em duas etapas) contra Poliomielite	Atingir 95% de cobertura anual
Atingir cobertura vacinal adequada para tetravalente em menores de um ano de idade	Aplicar anualmente, 95% de 3ª doses de vacina tetravalente em menores de 01 (um) ano
Enviar regularmente os dados do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização – API	Realizar anualmente 15 envios dos dados do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização – API
Investigar os eventos adversos graves pós-vacinação	100% de eventos adversos graves pós-vacinação notificados e investigados anualmente
Inspeccionar os serviços de vacinação e imunização humana	100% dos serviços definidos deverão ser cadastrados e inspecionados anualmente

### 3. Implementar o controle de infecções hospitalares

Realizar reuniões técnicas com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH de hospitais municipais próprios, contratados e privados	Realizar 100% das reuniões técnicas programadas (09 reuniões)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

## 2.7.2. Vigilância em Saúde Ambiental

### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Implementar a vigilância de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana

Ação Estratégica	Meta
Detectar precocemente transmissão autóctone de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)	Atingir em 2013, 95% de casos investigados no SINAN
Realizar tratamento dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, de acordo com protocolo clínico	Atingir em 2013, 70% de casos curados de Leishmaniose Tegumentar Americana

#### 2. Reduzir a incidência de Dengue Clássica e evitar a ocorrência de Dengue Hemorrágica

Ação Estratégica	Meta
Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e/ou <i>Aedes albopictus</i> nos imóveis	Realizar anualmente inspeções nos imóveis em número correspondente a 80% do sêxtuplo dos imóveis da Cidade
Manter índice de infestação predial menor ou igual a 1% realizado no mês de outubro	70 % dos Distritos Administrativos de Saúde com índice de infestação menor ou igual a 1%, anualmente
Reduzir a letalidade das formas graves de dengue	Manter a taxa de letalidade das formas graves da dengue < 7,5%, no ano de 2013

### 3. Reduzir a incidência de Leptospirose

Ação Estratégica	Meta
Realizar o controle de roedores em áreas programáticas	Implementar anualmente o tratamento de pulso em 90% das áreas programadas
Monitorar a infestação por roedores através do índice de infestação predial por roedores nas áreas programadas	100% das áreas programadas com índice de infestação determinado no quadriênio

### 4. Implementar o desenvolvimento de atividades de saúde ambiental visando a proteção e promoção da saúde

Ação Estratégica	Meta
Realizar a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano - VIGIAGUA	Dois relatórios produzidos, anualmente
Cadastrar e monitorar as soluções alternativas de água para consumo humano – VIGIAGUA	Aumentar em 20% o número de cadastros efetuados em relação ao ano anterior
Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade	100% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais, anualmente.
Registrar em Banco de Dados específicos, áreas com população exposta ou potencialmente exposta, a solo contaminado – VIGISOLO	Produzir um relatório anual conforme modelo padronizado
Acompanhar o efeito dos principais poluentes do ar na saúde de idosos e crianças do Município de São Paulo – VIGIAR.	Produzir um relatório anual conforme modelo padronizado

#### 2.7.3. Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde

##### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Controlar o risco sanitário dos serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS, serviços de Hemoterapia e serviços de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama

Ação Estratégica	Meta
Inspecionar os serviços de TRS, serviços de Hemoterapia e serviço de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama	100% dos serviços cadastrados inspecionados no quadriênio

#### 2. Controlar o risco sanitário nos Hospitais, Maternidades, Centros de Parto Normal, Berçários, Bancos de Leite Materno, UTI Adulto e UTI Neonatal

Ação Estratégica	Meta
Inspecionar os Hospitais, Maternidades, Centros de Parto Normal, Berçários, Bancos de Leite Materno, UTI Adulto e UTI Neonatal	100% dos Hospitais, Maternidades, Centros de Parto Normal, Berçários, Bancos de Leite Materno, UTI Adulto e UTI Neonatal cadastrados, inspecionados no quadriênio

### 3. Controlar o risco sanitário nos estabelecimentos que prestam assistência odontológica

Ação Estratégica	Meta
Inspecionar as Instituições de Ensino que prestam assistência odontológica	100% das instituições de ensino que prestam assistência odontológica cadastradas, inspecionadas no quadriênio
Inspecionar os estabelecimentos que prestam assistência odontológica denunciados	100% dos estabelecimentos que prestam assistência odontológica denunciados, inspecionados no quadriênio
Cadastrar os serviços que prestam assistência odontológica	Cadastrar 100% dos serviços que prestam assistência odontológica no quadriênio

### 4. Controlar o Risco Sanitário das Clínicas com procedimentos cirúrgicos

Ação Estratégica	Meta
Cadastrar no SIVISA as Clínicas de Estética com procedimentos invasivos	100% das Clínicas de Estética com procedimentos invasivos, cadastradas
Inspecionar as Clínicas de Estética com procedimentos invasivos denunciadas.	100% das Clínicas de Estética com procedimentos invasivos denunciadas, inspecionadas no quadriênio
Inspecionar as Clínicas Médicas com procedimento cirúrgico	100% dos estabelecimentos programados por critério de priorização por risco, inspecionados no quadriênio

### 5. Controlar o risco sanitário dos serviços de saúde

Ação Estratégica	Meta
Inspecionar: UTI Móvel; serviços móveis de atendimento a urgências; laboratórios de anatomia patológica e citológica; laboratórios clínicos; serviços de: tomografia; diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante - exceto tomografia; ressonância magnética; diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante; ressonância magnética; diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante; diagnóstico por registro gráfico; diagnóstico por métodos ópticos; quimioterapia; radioterapia; litotripsia; bancos de células e tecidos humanos; e, atividades de serviço de: complementação diagnóstica e terapêutica; fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio	100% dos serviços cadastrados, inspecionados no quadriênio

## 6. Controlar o risco sanitário nas Creches

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Cadastrar no SIVISA os estabelecimentos de Educação Infantil / Creches	100% dos estabelecimentos de Educação Infantil / Creches cadastrados
Inspecionar estabelecimentos de Educação Infantil / Creches denunciados	100% dos estabelecimentos de Educação Infantil / Creches denunciados, inspecionados no quadriênio

## 7. Controlar o risco sanitário dos produtos alimentícios

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Cadastrar no SIVISA os estabelecimentos que fabricam, transportam, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam e comercializam alimentos	100% dos estabelecimentos que fabricam, transportam, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam e comercializam alimentos, cadastrados
Inspecionar os estabelecimentos fabricantes de alimentos	100% dos serviços cadastrados, inspecionados no quadriênio
Inspecionar os estabelecimentos que fabricam, transportam, expedem, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam alimentos	100% dos estabelecimentos denunciados e envolvidos em surtos que fabricam, transportam, expedem, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam alimentos, inspecionados no quadriênio
Inspecionar os estabelecimentos que comercializam alimentos	100% dos estabelecimentos denunciados pelo Ministério Público, Ouvidoria e os envolvidos em surtos, que comercializam alimentos, inspecionados no quadriênio
Inspecionar os estabelecimentos alimentícios industriais, atacadistas, distribuidores e cozinhas industriais.	100% dos estabelecimentos envolvidos em projetos específicos priorizados por risco, inspecionados no quadriênio
Inspecionar os estabelecimentos varejistas de alimentos	100% dos estabelecimentos envolvidos em projetos específicos priorizados por risco, inspecionados no quadriênio
Monitorar a qualidade de alimentos através do Programa da Merenda Escolar da Cidade, tendo como critério o risco	Efetuar análise efetuada em 100% das amostras coletadas no quadriênio

## 8. Controlar o risco sanitário dos medicamentos e produtos de interesse da saúde, exceto alimentos

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Cadastrar os estabelecimentos que manipulam, dispensam, transportam, expedem, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam e comercializam medicamentos e produtos de interesse da saúde, exceto alimentos	Cadastrar 100% dos estabelecimentos definidos
Inspecionar os estabelecimentos que transportam, expedem, armazenam, embalam, distribuem, importam, exportam e	Inspecionar no quadriênio 100% dos

comercializam no atacado medicamentos e produtos de interesse da saúde, exceto alimentos	estabelecimentos definidos denunciados
Inspecionar o comércio varejista de medicamentos com manipulação de fórmula	Inspecionar no quadriênio 100% dos estabelecimentos definidos denunciados
Inspecionar o comércio varejista de medicamentos com manipulação de fórmula que manipulam estéreis.	Inspecionar no quadriênio 100% dos estabelecimentos definidos
Inspecionar o comércio varejista de medicamentos sem manipulação de fórmula	Inspecionar no quadriênio 100% dos estabelecimentos do comércio varejista de medicamentos sem manipulação de fórmula denunciados e aqueles que solicitaram dispensação de medicamentos controlados
Inspecionar estabelecimentos fabricantes de medicamentos e de produtos para a saúde/correlatos	Inspecionar no quadriênio 100% dos estabelecimentos definidos
Inspecionar os estabelecimentos que fabricam cosméticos, produtos de higiene, perfumes e saneantes	Inspecionar no quadriênio 100% dos estabelecimentos definidos
Efetuar coleta de amostra para análise fiscal de medicamentos (denunciados e selecionados rotineiramente pelo Programa Municipal de Fiscalização de Medicamentos)	Analisar no quadriênio, 100% das amostras coletadas

#### 2.7.4. Controle de Zoonoses

##### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Monitorar e controlar as populações de animais domésticos, para a prevenção e controle de zoonoses e promoção da saúde humana e animal

Ação Estratégica	Meta
Realizar o controle da população de cães e gatos por meio de esterilização	Ofertar 350.000 esterilizações no quadriênio
Realizar a esterilização, vacinação e microchipagem de cães e gatos alojados no Centro de Controle de Zoonoses	80% de esterilização, vacinação e microchipagem realizadas nos cães e gatos alojados no CCZ, anualmente
Atender as solicitações oriundas da Central 156, confirmadas, com status de alta prioridade para remoção de animais domésticos	Atender, em 2013, 60% das solicitações
Implementar o Programa de Bem Estar Animal – PROBEM	Implantar dois Núcleos de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos
Garantir Assistência Médica Veterinária aos animais admitidos no Centro de Controle de Zoonoses – CCZ	100% dos animais admitidos assistidos, anualmente
Implementar a identificação e registro de cães e gatos, por meio do Registro Geral de Animais - RGA e <i>microchipagem</i>	500.000 animais <i>microchipados</i> no quadriênio

Implantação dos Centros Cirúrgicos de Esterilização de cães e gatos	03 (três) Centros Cirúrgicos implantados.
Implementar a adoção de cães e gatos	30% dos animais internados no CCZ, adotados anualmente

## 2. Realizar vigilância e monitoramento das principais populações de vetores/reservatórios de zoonoses

Ação Estratégica	Meta
Imunizar a população canina através de campanha de vacinação anti-rábica	65% de cães vacinados contra raiva, anualmente
Imunizar a população felina através de campanha de vacinação anti-rábica	70% de gatos vacinados contra raiva, anualmente
Vacinar cães e gatos rotineiramente em áreas da periferia não cobertas pela Campanha e áreas de foco de raiva	70% de cães e gatos vacinados na periferia não coberta pela campanha, anualmente
Investigar os casos humanos e/ou animais suspeitos de leishmanioses, febre maculosa e de outras zoonoses, identificados por rumores ou notificações	Investigar anualmente 100% dos rumores ou notificações
Realizar o diagnóstico de Raiva em quirópteros encaminhados ao Centro de Controle de Zoonoses – CCZ	Realizar anualmente os diagnósticos de Raiva em 100% dos morcegos encaminhados ao CCZ
Realizar investigação e bloqueio de foco dos diagnósticos positivos para raiva em quirópteros	Investigar anualmente 100% dos diagnósticos positivos
Realizar o monitoramento em cães internados no CCZ, para as Leishmanioses e Febre Maculosa, por meio do diagnóstico laboratorial	80% dos animais internados com diagnóstico laboratorial, anualmente
Realizar diagnóstico laboratorial para anemia infecciosa e febre maculosa em equídeos internados no CCZ	100% dos equídeos internados no CCZ com diagnóstico laboratorial, anualmente

## 3. Diminuir os agravos e incômodos gerados pela infestação de animais sinantrópicos

Ação Estratégica	Meta
Identificar espécimes de morcegos recebidos	90% de espécimes recebidas identificadas, anualmente
Atender as solicitações oriundas da Central 156, referentes a problemas com morcegos	Atender, em 2013, 90% das solicitações confirmadas
Atender as solicitações da Central 156, referentes a problemas com abelhas e vespídeos	Atender, em 2013, 70% das solicitações confirmadas
Atender solicitações das Supervisões de Vigilância em Saúde - SUVIS para controle espacial do mosquito Culex	80% das solicitações confirmadas atendidas, anualmente
Realizar monitoramento de mosquitos Culex no Rio Pinheiros	80% dos monitoramentos programados realizados, anualmente

Realizar tratamento para o controle de larvas de mosquitos Culex no Rio Pinheiros	80% dos tratamentos programados realizados, anualmente
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

#### 4. Realizar diagnóstico laboratorial de zoonoses e doenças transmitidas por vetores em amostra humana, de animais e de ambiente

Ação Estratégica	Meta
Realizar diagnóstico laboratorial de zoonoses e doenças transmitidas por vetores em amostras humanas, animal e ambiental.	100% dos exames laboratoriais solicitados realizados, anualmente

#### 5. Caracterizar a fauna sinantrópica que afeta a qualidade de vida da população, oferecendo subsídios para o estabelecimento e implementação de programas

Ação Estratégica	Meta
Identificar animais da fauna antrópica	100% dos animais recebidos para identificação identificados, anualmente
Investigar a ocorrência de animais da fauna antrópica que possam provocar agravos à saúde e propor ações de controle quando pertinente	Atualizar anualmente a Coleção da Fauna Sinantrópica do Município de São Paulo
Implementar a Coleção da Fauna Sinantrópica do Município de São Paulo (CFS-MSP), visando o aumento de sua representatividade como Coleção Zoológica de Caráter Médico-Sanitário Regional	Realizar relatório semestralmente

#### 6. Intervir nos casos de maus tratos, condições inadequadas de criação e manutenção de animais domésticos e no comércio ilegal, por meio de vistorias zoonosológicas

Ação Estratégica	Meta
Realizar vistorias zoonosológicas, de alta complexidade, que envolvam ações judiciais ou conjuntas com diferentes órgãos públicos	Atender anualmente 90% das solicitações
Inspecionar clínicas veterinárias, <i>Pet-Shops</i> e afins, mediante solicitações	Atender anualmente 90% das solicitações

#### 7. Promover ações de desenvolvimento de pessoas e educação em saúde para o controle de animais domésticos e sinantrópicos, visando o controle de zoonoses

Ação Estratégica	Meta
Desenvolver o Programa para Viver de Bem com os Bichos (PVBB), nas unidades da rede municipal, estadual e particular de ensino.	Realizar anualmente seis eventos
Realizar campanha educativa com enfoque no abandono de cães com potencial de agressividade	Campanha realizada no quadriênio

### 2.7.5. Adequar os Serviços Municipais de Vigilância em Saúde ao Regulamento Sanitário internacional 2005 (RSI-2005)

#### Objetivos Estratégicos:

1. Detectar e intervir oportunamente em situações que possam constituir emergência de saúde pública de modo a conter ou mitigar suas consequências

Ação Estratégica	Meta
Adequar os serviços de vigilância em saúde para o cumprimento do RSI-2005	80% dos serviços de vigilância em saúde adequados ao RSI-2005
Implementar vigilância laboratorial dos eventos e agravos de notificação imediata	Implantar padrão de fluxo de notificação de eventos e agravos de notificação imediata em 100% dos laboratórios.

### 2.7.6. Estrutura Física dos Serviços Municipais de Saúde

#### Objetivos Estratégicos:

1. Implementar os projetos de construção, reformas e modernização dos serviços de saúde

Ação Estratégica	Meta
Adequar a estrutura física das Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) ao porte dos serviços prestados	Uma SUVIS por CRS com estrutura física adequada ao porte dos serviços prestados até 2013
Readequar rede física da Central de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CADI) e dos Postos de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (PADI)	CADI e dois PADI com estrutura física adequada ao porte dos serviços prestados até 2013
Implantar Pólos Regionais de armazenamento, manipulação e distribuição de inseticidas e raticidas	Implantar um Pólo Regional por CRS até 2013
Construir Centros de Controle de Zoonoses Regionais	Construir um CCZ ao ano
Reformar as instalações para alojamento dos animais mantidos no CCZ	75% dos alojamentos reformados até 2013

### 2.7.7. Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde

#### Objetivos Estratégicos:

1. Disponibilizar e aperfeiçoar os sistemas de informação para atenção à saúde e gestão

Ação Estratégica	Meta
Implantar (comprar e instalar na PRODAM) o ambiente operacional de servidores de rede para hospedagem e armazenamento de sistemas informatizados de gestão de vigilância em saúde	Ambiente operacional 100% implantado

Integrar sistemas de vigilância (atividades fim) com os administrativos e financeiros (atividades meio) com vistas a subsidiar a gestão de vigilância em saúde	Sistemas 100% integrados
Implementar sistema informatizado do Registro Geral de Animais – RGA	Sistema disponibilizado

**2.7.8. Estrutura organizacional e profissional de Vigilância em Saúde**

**Objetivos Estratégicos:**

**1. Fortalecer a estrutura organizacional e profissional de Vigilância em Saúde**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Elaborar projeto de lei para concessão de gratificação aos profissionais de Vigilância em Saúde	Elaboração e envio do projeto ao legislativo
Implantar Núcleo de Vigilância em Saúde nos Serviços de Saúde sob Gestão Municipal	100% dos Serviços de Saúde sob Gestão Municipal com Núcleo de Vigilância em Saúde implantado

**Sub Eixo 2.8. Política Integral de Urgência e Emergência na Cidade de São Paulo**

**Objetivos Estratégicos:**

**1. Estruturar o Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências a partir das necessidades sociais em saúde dos diferentes territórios e grupos humanos**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Elaborar, formalizar e publicar o Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências	Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências publicado em DOM

**2. Estruturar o Plano Municipal de Atenção às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Elaborar, formalizar e publicar o Plano Municipal de Atenção Médica às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas	Plano Municipal de Atenção Médica às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas publicado em DOM

**3. Consolidar a Rede Municipal de Atenção às Urgências e Emergências.**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Rever as normas organizacionais da Rede de Assistência às Urgências e Emergências; ACAO REDE	
Ampliar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências envolvendo desde a atenção básica à alta complexidade hospitalar	Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Município resolutive, integrada à Central de Regulação das U/E Municipal do Complexo

Revisar sistematicamente os fluxos e referências resolutivas para a Atenção às Urgências e Emergências	Regulador Municipal, publicada em DOM
Efetivar a integração da unidade de trabalho pré-hospitalar (SAMU 192) à Central de Regulação das U/E Municipal (CRUEM) do Complexo Regulador Municipal;	

**4. Implantar a Rede Municipal AVC e promover sua inserção na Rede Nacional.**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Reduzir a morbimortalidade por doenças cérebro-vasculares	<p>100% da Rede Municipal AVC (Acidente Vascular Cerebral) implantada</p> <p>Protocolos de atendimento para as doenças cerebrovasculares, em especial o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) na Rede Municipal de Atenção às Urgências, desenvolvidos</p> <p>100% dos profissionais da Rede Municipal AVC qualificados</p> <p>06 unidades vasculares nos hospitais municipais próprios, no total de 36 leitos, implantadas</p>

**5. Reduzir danos provocados por Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas.**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Desenvolver programa de educação permanente para os profissionais necessários à operacionalização, monitoramento e avaliação dos planos de atenção as Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas	Plano conjunto de Atenção às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas elaborado

**6. Fortalecer o atendimento nas AMA com a melhoria dos diagnósticos cardiológicos**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Implementar o Sistema de TELECARDIOLOGIA nas AMA	Sistema de TELECARDIOLOGIA implantado nas 59 AMA desprovidas dos equipamentos

## EIXO 3 – APRIMORAR A CAPACIDADE GESTORA

### Sub Eixo 3.1. Monitoramento e Avaliação

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Acompanhar o desempenho dos indicadores do Pacto pela Saúde

Ação Estratégica	Meta
Monitorar os indicadores do Pacto pela Saúde (Pela Vida e de Gestão) de forma automatizada	Desenvolver aplicativo para monitoramento do alcance das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde

##### 2. Implementar metodologia de Monitoramento e Avaliação do SUS na Cidade de São Paulo

Ação Estratégica	Meta
Disponibilizar indicadores epidemiológicos e assistenciais em várias agregações territoriais que permitam discriminar continuamente os níveis, as tendências e realizar comparações espaciais dos indicadores, contribuindo para avaliar o impacto da política de saúde na Cidade	Aplicativo "Perfil Dinâmico da Situação de Saúde da Cidade de São Paulo" desenvolvido
Capacitar profissionais de saúde, em todos os níveis da SMS e parceiros, para operação e análise das informações produzidas pelo Novo Painel de Monitoramento	800 técnicos, gestores e parceiros da SMS capacitados no Módulo Básico 80 técnicos, gestores e parceiros da SMS capacitados no Módulo Avançado I 80 gestores da SMS capacitados no Módulo Avançado II

### Sub Eixo 3.2. Epidemiologia e Informação

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Sistemas de Informação do SUS e Tecnologia de Informação e Comunicação

Ação Estratégica	Meta
Manter atualizados os sistemas de dados de base nacional	Bases de dados nacionais obrigatórias (SIM, SINASC, SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB, dentre outros) regularmente alimentadas
Promover a integração dos sistemas de informações em saúde através do Sistema Municipal de Informação – SMS tendo como base o Cartão SUS	Fórum de Informação e Informática (FII) formalizado como espaço de discussão e deliberação de temas relacionados ao processo de produção de informação na SMS (com definição de objetivos, composição, coordenação, método de trabalho) Projeto de Análise das Bases de Dados do Sistema Municipal de Informação da SMS desenvolvido

<p>Promover a melhoria da qualidade da informação e implementar a democratização daquelas de interesse para a SMS</p>	<p>Informações de interesse para a SMS disponibilizadas de forma ágil, por meio da extranet, de forma oportuna, para apoiar a Gestão</p> <p>Informações de qualidade para atender às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social disponibilizadas na internet por meio da reformulação do site da SMS</p> <p>Aplicativo "Sistema de Monitoramento da Qualidade das Bases de Dados do SUS na Cidade de São Paulo" desenvolvido</p> <p>Projeto para aprimoramento da qualidade do CNES, em parceria com a Coordenação de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria desenvolvido</p>
<p>Desenvolver "Projeto de Digitalização de Declaração de Óbito (DO) e de Nascido Vivo (DNV)</p>	<p>100% das Declarações de Nascido Vivo e Óbito processadas pelo SIM e SINASC municipal a partir de 2006, digitalizadas</p>
<p>Divulgar boletins informativos sobre a situação de saúde da população de São Paulo e atuação dos serviços</p>	<p>Boletim CEInfo em Dados e edição do Boletim CEInfo Análise, anualmente publicados</p> <p>Cinco Cadernos Temáticos, a partir da análise da base de dados do Inquérito de Saúde de Base Populacional - ISA 2008, produzidos</p> <p>Editar bianualmente o "Caderno de Indicadores de Saúde da Cidade de São Paulo"</p> <p>Publicar seis edições do Boletim Eletrônico CEInfo</p>
<p>Desenvolver e implantar, em conjunto com a COGERH e Autarquia, Sistema Informatizado, para alimentação das informações oriundas dos hospitais municipais próprios, utilizando conteúdo do Relatório Estatístico Mensal Hospitalar (REMH), atualmente em uso</p>	<p>Sistema Informatizado em linguagem WEB implantado, em 100% dos hospitais municipais próprios</p>
<p>Aprimorar a utilização de técnicas de geoprocessamento como apoio à análise da situação de saúde da Cidade de São Paulo</p>	<p>Viabilizar o uso do novo mapa digital para fins de mapeamento de informações de interesse para a saúde</p>
<p>Desenvolver Sistema de Gestão Documental na SMS, visando recuperação e preservação da memória institucional</p>	<p>Política de Organização Integrada dos Arquivos da CEInfo implantada</p> <p>10 técnicos capacitados para implantar política de organização integrada de arquivos e criar estrutura compatível</p>
<p>Consolidar a estratégia de avaliação e certificação da qualidade da informação sobre o nascido vivo, por meio da concessão do prêmio anual "Selo SINASC" junto às maternidades da Cidade de São Paulo</p>	<p>Selos SINASC para as maternidades monitoradas, concedidos</p>

### Sub Eixo 3.3. Fortalecer a rede informatizada dos serviços municipais

#### Objetivos Estratégicos:

##### 1. Integrar os sistemas de informações do SUS no Município de São Paulo

Ação Estratégica	Meta
Integrar os instrumentos utilizados para coleta de dados do Sistema Nacional de Informação em Saúde (Sisprenatal, Cartão SUS, CNES e SIAB) com o Sistema Municipal de Informações (SMI)	100 % dos sistemas nacionais integrados com SMI
Implementar a integração dos sistemas hospitalares ao SMI	100 % dos hospitais municipais próprios com sistema integrado ao SMI
Integrar o SMI com o sistema da SES para Regulação de consultas e exames de especialidades	100% do sistema da SES integrado
Implementar solução de confirmação de consultas e exames de especialidades integrada ao SMI	100% dos AE e AMA Espec. com serviços de confirmação de consultas

##### 2. Melhorar o acesso e a qualidade da informação dos sistemas de informação da SMS

Ação Estratégica	Meta
Desenvolver relatórios para disponibilizar informações de qualidade para atender às necessidades de profissionais, gestores, prestadores de serviço e controle social	100% dos relatórios desenvolvidos e disponibilizados

##### 3. Manter atualizada a infraestrutura de TIC da SMS

Ação Estratégica	Meta
Adquirir equipamentos e serviços de informática para modernização, adequação e expansão do Datacenter e da rede instalada da SMS	100% dos sistemas informatizados disponíveis
	100% das unidades novas inauguradas, informatizadas e conectadas
	100% das unidades de saúde com atualização do parque de equipamentos de informática
	100% das equipamentos adquiridos e instalados no Datacenter/ Prodram

#### 4. Implantar um sistema portátil de armazenamento de informações de saúde do usuário

Ação Estratégica	Meta
2.3.7 - Implantar o cartão SUS paulistano	100% da população das áreas com alto e médio Índice de Necessidades de Saúde, com o novo cartão SUS paulistano

#### 5. Disponibilizar e aperfeiçoar os sistemas de informação e comunicação para a Atenção à Saúde e Gestão do SUS

Ação Estratégica	Meta
Expandir o SMI para todas as unidades, racionalizando a coleta de dados com implementação de novos módulos	100% de unidades usando novos módulos 100% do SMI atualizado com novo módulo ESF
Implantar Projeto Integrado de Imagens Médicas, integrando com o prontuário do paciente	100% das unidades geradoras de imagens, definidas no escopo, com solução implantada
Realizar Estudo sobre o registro eletrônico de saúde com as informações necessárias para o prontuário do paciente e do processo de certificação pelo CFM/SBIS	Estudo realizado
Desenvolver módulo para coleta de morbidade no SMI para realizar coleta de morbidade na rede ambulatorial própria da SMS	Funcionalidade desenvolvida e implantada
Aprimorar os processos de trabalho das equipes envolvidas na gestão do SMI, nas áreas relacionadas com a produção da informação: atualização de tabelas, configurações, controle de erros e criação de relatórios gerenciais	100% de softwares e equipamentos adquiridos para as equipes envolvidas na gestão do SIGA Criação das equipes de gestão das informações para o SIGTAP e LOINC
Implementar as ferramentas de BI para a geração de relatórios voltados para a gestão e pesquisa	100% dos equipamentos / serviços / software adquiridos para implementar ferramentas de BI
Implementar ferramentas de ensino à distância, sistemas de apoio a decisão, protocolos clínicos e programáticos, bem como telemedicina visando tornar a gestão do SUS mais eficiente, através da Rede São Paulo Saudável	100% de unidades com kits de TV da Rede São Paulo Saudável
Aquisição de equipamentos para implantar a BVS no CEFOR	100% dos equipamentos implantados para a BVS
Desenvolver novos módulos do sistema de RH da SMS conforme solicitação do CRH/SMS	100% dos novos módulos do sistema de RH da SMS desenvolvidos e disponíveis

### Sub Eixo 3.4. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

#### Objetivos Estratégicos:

**1. Desenvolver Políticas de Gestão de Pessoas que garantam qualidade de vida no trabalho e desenvolvimento profissional, a partir de ações que visem o fortalecimento da imagem institucional da SMS, a humanização dos serviços e a valorização profissional dos trabalhadores da saúde.**

Ação Estratégica	Meta
Executar projetos de desenvolvimento organizacional tendo como diretriz a Política Nacional de Humanização	80% dos projetos realizados
Executar projetos de melhoria da qualidade de vida do trabalhador no âmbito da SMS	80% dos projetos realizados
Executar programas de ensino mediado por tecnologia: EAD; REDE SÃO PAULO SAUDÁVEL e outros	6 programas implantados

**2. Executar Programas e Projetos de Desenvolvimento Sustentável que estimule e instrumentalize os trabalhadores na adoção de atitudes adequadas para a melhoria e preservação do meio-ambiente, tanto no trabalho como na Cidade.**

Ação Estratégica	Meta
Elaborar projetos intersecretariais voltados ao desenvolvimento sustentável	Um projeto / ano

**3. Promover a participação e fomentar a criatividade dos profissionais, por meio do incentivo à produção de conhecimento e da educação em saúde, para a transformação das práticas no SUS – práticas de gestão, de atenção em todos os níveis e de controle social.**

Ação Estratégica	Meta
Desenvolver o Plano Municipal de Educação Permanente (PLAMEP) em Saúde da SMS	PLAMEP anual
Desenvolver os Programas de Estágios Remunerados (ER) e Não Remunerados (ERN) no âmbito do SMS	100% dos estágios remunerados (ER) executados
Monitorar o Programa de Residência Médica no âmbito SMS	100% dos Programas de Residência Médica (PRM) monitorados

**4. Desenvolver instrumentos de gestão que garantam qualidade, agilidade e transparência às Políticas de Gestão de Pessoas, visando uma área moderna, dinâmica e relacional, capaz de atender com prazos e recursos adequados as demandas internas e externas da SMS.**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Reestruturar a área de Gestão de Pessoas em todos os níveis da SMS	<p>Estabelecer competências e atribuições da área de Gestão de Pessoas</p> <p>Estabelecer o perfil do profissional da saúde da SMS</p> <p>Regulamentar o PCCS</p> <p>Regular os diferentes vínculos empregatícios existentes</p> <p>Instituir o Banco de Talentos da SMS</p> <p>Implantar a Escola de Saúde Pública</p> <p>Criar a Biblioteca Multimídia incluindo Documentação Histórica</p> <p>Criar o Núcleo de Atendimento aos Profissionais da Saúde</p>
Dar prosseguimento ao desenvolvimento dos Módulos do Sistema SISRH	Finalização do desenvolvimento dos módulos "Cadastro" e "TLP" do sistema SISRH.
Monitorar as ações da área de Gestão de Pessoas por meio de instrumentos de avaliação de processos e resultados	5 indicadores construídos e implantados
Atender as necessidades de pessoal de acordo com as especificidades dos equipamentos de saúde	Realizar 100% de processos de Ingressos autorizados
Implementar a utilização dos SISRH visando a melhoria da informação para o Planejamento e Gestão em SMS	Publicação dos Relatórios de RH no Boletim CEInfo, Painel de Monitoramento e outros.

**Sub Eixo 3.5. Modernização da Gestão Pública**

**1. Acompanhamento técnico e financeiro dos Contratos de Gestão e aprimoramento e consolidação do modelo**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Acompanhar mensalmente os Contratos de Gestão	Acompanhar 100% dos contratos vigentes, mensalmente
Avaliar trimestralmente os indicadores de Qualidade dos Contratos de Gestão	Avaliar trimestralmente 100% dos contratos de gestão através das reuniões da Comissão Técnica de Acompanhamento
Avaliar semestralmente a produção das Unidades de Saúde sob Contrato de Gestão	Avaliar a produção semestral de 100% dos contratos de gestão através das reuniões da Comissão Técnica de Acompanhamento

<p>Acompanhamento e Avaliação Financeira dos Recursos destinados aos Contratos</p>	<p>Acompanhar e analisar a prestação de contas e demais informações econômico-financeiras de 100% dos contratos de gestão mensalmente, visando a adequada utilização dos recursos e o equilíbrio econômico- financeiro</p>
<p>Realizar Oficinas de Trabalho entre NTCSS, demais instâncias de SMS e Parceiros para aprimoramento e consolidação do modelo</p>	<p>Realizar 1 oficina no 2º semestre de 2010, com a participação de representantes de 100% das instâncias-chave nos contratos de gestão e de 100% das Organizações Sociais com contratos vigentes</p> <p>Atingir o gerenciamento pleno da região contratada pela Organização Social em 100% das Microrregiões</p>

## **EIXO 4 – FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL**

### **Sub-Eixo 4.1. Conselho Municipal da Saúde**

#### **Objetivos Estratégicos:**

#### **1. Manter as condições administrativas e técnicas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Manter as condições administrativas e técnicas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS	Realizar reuniões mensais do Pleno do CMS
	Realizar as reuniões extraordinárias das Comissões instituídas
	Divulgar as Atas e outros documentos

#### **2. Manter as condições administrativas e técnicas para o desenvolvimento das atividades dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Manter as condições administrativas e técnicas para o funcionamento dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde	Realizar 100% das reuniões dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde
	Divulgar as Atas e outros documentos
Realizar o II Encontro Municipal de Conselheiros Gestores	II Encontro Municipal de Conselhos Gestores realizado

#### **3. Promover e prover as condições necessárias para a realização de Conferências Regionais de Saúde como etapas preparatórias para a realização bianual de Conferência Municipal de Saúde**

<b>Ação Estratégica</b>	<b>Meta</b>
Estabelecer parcerias para a organização das Conferências Regionais de Saúde	Realizar Conferência Regional de Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde
Estimular a ampla participação e discussão dos assuntos prioritários para a política municipal de saúde e contribuir para o estabelecimento da Política Estadual e Nacional	Realizar duas Conferências Municipais de Saúde

## Sub-Eixo 4.1. Ouvidoria

### Objetivos Estratégicos:

#### 1. Aperfeiçoar o sistema de Ouvidoria na Saúde

Ação Estratégica	Meta
Aperfeiçoar a Ouvidoria realizando avaliação contínua do grau de satisfação do usuário	Realizar avaliação mensal das queixas das Unidades de Saúde
Divulgar resultados das avaliações para Rede Municipal	Divulgar os resultados das avaliações pela Rede TV São Paulo Saudável e internet
Desenvolver cursos, encontros e outros processos de formação e capacitação que possam qualificar o trabalho dos Ouvidores Municipais e Locais	Realizar um evento por CRS semestralmente

## Conteúdo

<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>II. PRINCÍPIOS E ESTRUTURA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>4</b>
<b>III. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO E A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Visão Geral da Cidade .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Aspectos Demográficos, Socioeconômicos e Ambientais .....</b>	<b>9</b>
A. Caracterização das atividades econômicas e ocupações	18
B. Saneamento básico e aspectos ambientais associados às atividades e serviços urbanos	20
C. População exclusivamente usuária SUS	22
<b>3. Condições de Saúde .....</b>	<b>23</b>
A. Quadro Epidemiológico	23
B. Nascidos vivos	24
C. Mortalidade Infantil	26
D. Mortalidade por faixa etária e causas	28
E. Morbidade e fatores de risco	33
Câncer: incidência e rastreamento	34
<b>4. Serviços e Produção de Saúde no Município de São Paulo .....</b>	<b>36</b>
A. Serviços de Saúde	36
B. Produção Ambulatorial	38
C. Produção Hospitalar	42
<b>IV. GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO .....</b>	<b>44</b>
<b>1. Financiamento do SUS.....</b>	<b>45</b>
<b>2. Controle Social .....</b>	<b>46</b>
<b>3. Ouvidoria .....</b>	<b>47</b>
<b>V. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE .....</b>	<b>48</b>
<b>1. Composição da Secretaria Municipal da Saúde .....</b>	<b>48</b>
<b>2. Atenção Básica no Município de São Paulo .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. Atenção Básica e os Programas Prioritários</b>	<b>50</b>
<b>a) Estratégia Saúde da Família</b>	<b>50</b>
Consolidação da Estratégia Saúde da Família	51
Sistema de Monitoramento e Avaliação	51
Conselho de Acompanhamento dos Convênios -CONAC	52
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	52
Assistência às Pessoas em Situação de Rua – ESF Especial para população em situação de rua	53
Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF	54
<b>b) Assistência Médica Ambulatorial - AMA</b>	<b>54</b>
AMA Especialidades	55
<b>c) Programa Remédio em Casa</b>	<b>55</b>
<b>d) Programa de Auto Monitoramento Glicêmico - AMG</b>	<b>56</b>
<b>e) Rede de Proteção à Mãe Paulistana: um novo modelo de gestão da saúde materno-infantil</b>	<b>56</b>
<b>f) Programa Aprendendo com Saúde</b>	<b>58</b>
<b>g) Programa Acompanhante do Idoso</b>	<b>59</b>

<b>2.2. Atenção Básica e a Integralidade da Atenção à Saúde</b>	<b>59</b>
<b>a) Estratégias por Ciclo de Vida</b>	<b>59</b>
Saúde da Criança e do Adolescente	59
Saúde do Adulto	61
Saúde da Mulher	63
Saúde do Homem	68
Saúde da Pessoa Idosa	68
<b>b) Estratégias Transversais</b>	<b>70</b>
Saúde Mental	70
Saúde Bucal	72
Saúde Ocular	73
Cultura da Paz, Saúde e Cidadania	74
Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde – MTHPIS	76
Programa Municipal DST/Aids	77
Assistência Farmacêutica	80
Assistência Laboratorial	81
Unidade de Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica	81
<b>c) Estratégias para os segmentos Vulneráveis</b>	<b>82</b>
Saúde da Pessoa com Deficiência	82
Saúde do Trabalhador	83
Saúde da População Negra	85
Saúde da População Indígena	86
<b>d) Intersectorialidade e a Promoção à Saúde</b>	<b>87</b>
Tabagismo	87
Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS)	88
Projeto de Segurança Humana	89
Projeto Île de France	89
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	90
Fundação CASA	90
Programa Bolsa Família – PBF	91
<b>3. Vigilância em Saúde</b>	<b>92</b>
<b>3.1. Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde</b>	<b>92</b>
<b>3.2. Vigilância Epidemiológica</b>	<b>97</b>
Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009	99
<b>3.3. Programa Municipal de Imunização</b>	<b>100</b>
<b>3.4. Vigilância em Saúde Ambiental</b>	<b>101</b>
<b>3.5. Controle de Zoonoses</b>	<b>103</b>
<b>3.6. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS</b>	<b>105</b>
<b>3.7. Informação, Gestão de Pessoas e Comunicação Social</b>	<b>106</b>
<b>3.8. Linhas de Ação da Vigilância em Saúde no PPA 2010-2013</b>	<b>107</b>
<b>4. Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria</b>	<b>108</b>
<b>5. Atenção Hospitalar</b>	<b>110</b>
<b>5.1. Programa Hospitalar Domiciliar - PROHDOM</b>	<b>111</b>
<b>6. Política Integral de Urgência e Emergência na Cidade de São Paulo.</b>	<b>112</b>
<b>6.1. Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU</b>	<b>113</b>
<b>7. Epidemiologia e Informação</b>	<b>114</b>
<b>8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde</b>	<b>115</b>
<b>9. Rede Municipal de Informação em Saúde</b>	<b>119</b>
<b>10. Contratação de Serviços de Saúde</b>	<b>122</b>
<b>11. Programas Estratégicos</b>	<b>123</b>

<b>VI. COMPROMISSOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>125</b>
<b>EIXO 1 – AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO, COM REDUÇÃO DE DESIGUALDADES REGIONAIS E APERFEIÇOAMENTO DA QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>125</b>
<b>Sub Eixo 1.1 Atenção Básica em Saúde</b>	<b>125</b>
1. Fortalecer e consolidar a Estratégia Saúde da Família – ESF qualificando a Assistência	125
2. Monitorar e Avaliar trimestralmente os indicadores da ESF (termo de convênio e contrato de gestão) através dos Conselhos de Acompanhamento - CONAC- organizados nas Supervisões Técnicas de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Coordenação da Atenção Básica	125
3. Fortalecer e efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário da organização do Sistema Municipal de Saúde	126
4. Realizar adequações e adaptações da Rede Física	127
<b>Sub Eixo 1.2 Atenção Hospitalar</b>	<b>127</b>
1. Ampliar o acesso da população aos leitos SUS	127
2. Ampliar o SAMU (Atendimento Pré-Hospitalar)	127
3. Aperfeiçoar a qualidade das ações hospitalares e de urgência/emergência	128
4. Adequar os hospitais municipais próprios de acordo com a legislação vigente	128
5. Avaliar a performance dos hospitais municipais próprios	128
6. Qualificar a gestão e a gerência dos hospitais municipais próprios	128
7. Estabelecer redes assistenciais para garantir a integralidade da atenção	129
<b>Sub Eixo 1.3. Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria</b>	<b>129</b>
1. Conduzir o processo da Programação Pactuada e Integrada (físico e financeiro) no âmbito do Município e com os outros municípios do Estado de São Paulo	129
2. Implementar a Política de Regulação do acesso em articulação com os outros municípios e com a Secretaria de Estado da Saúde	129
3. Implementar mecanismos de contratualização com os estabelecimentos e serviços de saúde sob Gestão Municipal	130
4. Atualizar os Credenciamentos e Habilitações de serviços sob Gestão Municipal	130
5. Estabelecer e implantar metodologia de avaliação e monitoramento do SUS	131
6. Implementar as ações de Auditoria no Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria	131
<b>Eixo 2 – FORTALECER A ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO .....</b>	<b>132</b>
<b>Sub Eixo 2.1. Rede de Proteção da Mãe Paulistana</b>	<b>132</b>
1. Implementar a Rede de Proteção da Mãe Paulistana	132
<b>Sub Eixo 2.2. Medicamentos e insumos para Assistência Integral aos portadores de Doenças Crônicas</b>	<b>132</b>
1. Programa Remédio em Casa	132
2. Monitoramento Glicêmico	133
<b>Sub Eixo 2.3. Estratégias por Ciclo de Vida</b>	<b>133</b>
<b>2.3.1. Saúde da Criança e do Adolescente</b>	<b>133</b>
1. Reduzir a Mortalidade Infantil	133
2. Qualificar a assistência com enfoque na redução da Mortalidade Infantil	133
3. Promover o Aleitamento Materno	134
4. Promover e qualificar a assistência ao adolescente	134
5. Implementar assistência às crianças e aos adolescentes com asma	134
6. Qualificar a Assistência Oftalmológica para crianças desde o seu nascimento	134
7. Garantir o acesso de pacientes com cardiopatia congênita ao sistema municipal de saúde	135
<b>2.3.2. Adulto</b>	<b>135</b>
1. Reduzir a morbimortalidade dos hipertensos e diabéticos ampliando o acesso a todos os níveis de complexidade de atenção	135
2. Implantar o Programa de Apoio aos Portadores de Psoríase	135
3. Ampliar o atendimento para pacientes com doenças respiratórias crônicas	136
4. Ampliar o atendimento integral para pacientes SUS com patologia urológica	136
5. Ampliar ações no controle e tratamento do câncer colorretal	136
6. Avaliar e promover estratégias para mudança na forma de pagamento dos serviços de oncologia contratados pelo SUS	136

<b>2.3.3. Saúde da Mulher</b>	<b>137</b>
1. Reduzir a Mortalidade Materna	137
2. Qualificar a assistência com enfoque na redução da Mortalidade Materna	137
3. Implementar o Programa da Rede de Proteção à Mãe Paulistana	137
4. Ampliar ações no controle e tratamento do Câncer de mama	138
5. Implantar estratégias de rastreamento populacional para neoplasia de mama	138
6. Ampliar ações no controle do Câncer de colo uterino	138
7. Promover a atualização de médicos e enfermeiros	138
<b>2.3.4. Saúde do Homem</b>	<b>138</b>
1. Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH	138
<b>2.3.5. Atenção à Saúde do Idoso</b>	<b>139</b>
1. Implementar o modelo de atenção com enfoque no portador de condições crônicas e promover o envelhecimento ativo	139
2. Promover melhorias das condições sanitárias nas instituições de longa permanência para idosos, visando a proteção da saúde e promoção da qualidade vida à população atendida nestes serviços	139
3. Reduzir a morbimortalidade decorrente das complicações causadas pelas doenças respiratórias por influenza em indivíduos com 60 anos e mais	139
<b>Sub Eixo 2.4. Estratégias Transversais</b>	<b>140</b>
<b>2.4.1. Saúde Mental</b>	<b>140</b>
1. Efetivar a atenção integral em saúde mental à população	140
2. Implementar as ações intersetoriais visando a população de maior vulnerabilidade	140
<b>2.4.2. Saúde Bucal</b>	<b>140</b>
1. Aumentar a cobertura das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e fortalecer ações intersetoriais de prevenção das doenças bucais – aguardando resposta da Candelária	140
2. Ampliar o acesso da população às ações de média e alta complexidade em Saúde Bucal	141
3. Vigilância em Saúde Bucal	141
<b>2.4.3. Programa de DST/Aids</b>	<b>142</b>
1. Prevenção às DST/Aids	142
2. Redução da Transmissão Vertical para HIV e Sífilis	142
3. Melhoria da qualidade da atenção à saúde das PVHA e outras DST	142
4. Gestão e desenvolvimento humano e institucional	143
5. Promoção de Direitos Humanos, Advocacy e Controle Social	143
<b>2.4.4. Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde</b>	<b>143</b>
1. Fortalecer a atenção à saúde implementando a Homeopatia, Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas na Secretaria Municipal da Saúde	143
2. Implementar o acesso dos usuários das unidades de saúde aos grupos de Atividades Físicas, Práticas Corporais e Meditativas - AFPCM	143
3. Reduzir os níveis de sedentarismo na população	144
4. Fortalecer e implementar a Acupuntura nos serviços de saúde	144
5. Implementar o Programa Municipal de Homeopatia	144
6. Implementar ações de incentivo à alimentação saudável nas Unidades de Saúde	144
7. Proporcionar à população acesso seguro às plantas medicinais e a fitoterápicos, conforme Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais do Município de São Paulo	145
8. Implantar assistência aos portadores de dor crônica – Cuidando da Dor	145
9. Implantar assistência através de técnicas das Medicinas Tradicionais voltadas à assistência a Gestantes e Puérperas – Medicina Integrada	145
10. Implantar assistência com Qualidade de Vida aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida – Cuidados Paliativos	146
11. Incentivo ao fortalecimento do Ser para melhor Qualidade de Vida – Os Caminhos da Arte do Viver	146
<b>2.4.5. Assistência Farmacêutica</b>	<b>146</b>
1. Ampliar o acesso da população aos medicamentos da REMUME	146
2. Qualificar a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	146
3. Garantir o fornecimento dos medicamentos da REMUME para continuidade do tratamento prescrito na alta hospitalar, em finais de semana e feriados	147
4. Propiciar o acesso da população às terapias medicamentosas das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas	147

5. Farmácia Popular	147
<b>2.4.6. Assistência Laboratorial</b>	<b>147</b>
1. Promover atendimento com qualidade, economicidade e em tempo hábil, visando atender as necessidades de exames laboratoriais	147
<b>2.4.7. Unidade de Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica - UAD</b>	<b>148</b>
1. Oferecer atenção domiciliar por meio das Unidades de Assistência Domiciliar (UAD), no âmbito da Atenção Básica, à pessoas com dependência para atividades da vida diária	148
<b>Sub Eixo 2.5. Estratégias para os Segmentos Vulneráveis</b>	<b>148</b>
<b>2.5.1. Estratégias para os Portadores de Pé Diabético e Úlceras Crônicas</b>	<b>148</b>
1. Ampliar e qualificar as ações de Prevenção e Tratamento do Pé Diabético e das Úlceras Crônicas, implementando o acesso aos cuidados clínicos avançados, órteses e próteses	148
<b>2.5.2. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência</b>	<b>149</b>
1. Ampliar a oferta de serviços de reabilitação para pessoas com deficiência	149
2. Implementar ações voltadas a prevenção e identificação de deficiências	149
3. Implementar ações intersecretariais voltadas à promoção e proteção da saúde vocal junto a comunidade escolar	149
<b>2.5.3. Atenção à População Indígena</b>	<b>150</b>
1. Implementar programas e projetos relacionados à melhoria da Saúde da População Indígena	150
<b>2.5.4. Atenção à Saúde da População Negra</b>	<b>150</b>
1. Implementar a política de Atenção Integral à População Negra	150
<b>2.5.5. Atenção Integral à Saúde do Trabalhador</b>	<b>150</b>
1. Implementar as Ações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador segundo diretrizes nacionais	150
<b>2.5.6. Saúde da População em Situação de Rua</b>	<b>152</b>
1. Ampliar a assistência à saúde da População em Situação de Rua	152
<b>2.5.7. Atenção à População Exposta à Violência</b>	<b>152</b>
1. Promover a integralidade da Atenção às Pessoas em Situação ou Risco de Violência	152
2. Contribuir na ampliação da cobertura da notificação dos casos de violência	152
3. Qualificar o cuidado às Pessoas em Situação ou Risco de Violência	152
4. Desenvolver campanhas educativas de prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz	152
<b>Sub Eixo 2.6. Estratégias para Intersetorialidade</b>	<b>153</b>
<b>2.6.1. Aprendendo com Saúde</b>	<b>153</b>
1. Implementar o Programa Aprendendo com Saúde para o atendimento no espaço escolar visando diagnosticar precocemente e intervir nos agravos que possam comprometer o desempenho escolar	153
<b>2.6.2. Prevenção do Tabagismo</b>	<b>154</b>
1. Reduzir a prevalência do Tabagismo	154
<b>2.6.3. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis</b>	<b>154</b>
1. Consolidar a intersetorialidade nas ações de saúde por meio do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS	154
<b>2.6.4. I'le de France</b>	<b>154</b>
1. Implementar as ações	154
<b>2.6.5. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pro Saúde</b>	<b>154</b>
1. Promover a integração do processo de aprendizado dos alunos da Universidade com a prática nos serviços da rede básica de saúde	154
<b>2.6.6. Fundação Casa</b>	<b>155</b>
1. Promover e qualificar a Atenção à Saúde dos Adolescentes em conflito com a Lei	155
<b>2.6.7. Saúde no Esporte</b>	<b>155</b>
1. Ampliar o acesso da população às unidades de esportes, lazer e recreação, com equipes multiprofissionais de saúde	155
<b>Sub Eixo 2.7. Vigilância em Saúde</b>	<b>155</b>
<b>2.7.1. Vigilância Epidemiológica</b>	<b>155</b>
1. Implementar a vigilância das doenças transmissíveis prioritárias	155
2. Manter elevadas e homogêneas as coberturas vacinais	156
3. Implementar o controle de infecções hospitalares	157
<b>2.7.2. Vigilância em Saúde Ambiental</b>	<b>157</b>
1. Implementar a vigilância de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana	157
2. Reduzir a incidência de Dengue Clássica e evitar a ocorrência de Dengue Hemorrágica	157
3. Reduzir a incidência de Leptospirose	158

4. Implementar o desenvolvimento de atividades de saúde ambiental visando a proteção e promoção da saúde	158
<b>2.7.3. Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde</b>	<b>158</b>
1. Controlar o risco sanitário dos serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS, serviços de Hemoterapia e serviços de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama	158
2. Controlar o risco sanitário nos Hospitais, Maternidades, Centros de Parto Normal, Berçários, Bancos de Leite Materno, UTI Adulto e UTI Neonatal	158
3. Controlar o risco sanitário nos estabelecimentos que prestam assistência odontológica	159
4. Controlar o Risco Sanitário das Clínicas com procedimentos cirúrgicos	159
5. Controlar o risco sanitário dos serviços de saúde	159
6. Controlar o risco sanitário nas Creches	160
7. Controlar o risco sanitário dos produtos alimentícios	160
8. Controlar o risco sanitário dos medicamentos e produtos de interesse da saúde, exceto alimentos	160
<b>2.7.4. Controle de Zoonoses</b>	<b>161</b>
1. Monitorar e controlar as populações de animais domésticos, para a prevenção e controle de zoonoses e promoção da saúde humana e animal	161
2. Realizar vigilância e monitoramento das principais populações de vetores/reservatórios de zoonoses	162
3. Diminuir os agravos e incômodos gerados pela infestação de animais sinantrópicos	162
4. Realizar diagnóstico laboratorial de zoonoses e doenças transmitidas por vetores em amostra humana, de animais e de ambiente	163
5. Caracterizar a fauna sinantrópica que afeta a qualidade de vida da população, oferecendo subsídios para o estabelecimento e implementação de programas	163
6. Intervir nos casos de maus tratos, condições inadequadas de criação e manutenção de animais domésticos e no comércio ilegal, por meio de vistorias zoonosômicas	163
7. Promover ações de desenvolvimento de pessoas e educação em saúde para o controle de animais domésticos e sinantrópicos, visando o controle de zoonoses	163
<b>2.7.5. Adequar os Serviços Municipais de Vigilância em Saúde ao Regulamento Sanitário internacional 2005 (RSI-2005)</b>	<b>164</b>
1. Detectar e intervir oportunamente em situações que possam constituir emergência de saúde pública de modo a conter ou mitigar suas consequências	164
<b>2.7.6. Estrutura Física dos Serviços Municipais de Saúde</b>	<b>164</b>
1. Implementar os projetos de construção, reformas e modernização dos serviços de saúde	164
<b>2.7.7. Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde</b>	<b>164</b>
1. Disponibilizar e aperfeiçoar os sistemas de informação para atenção à saúde e gestão	164
<b>2.7.8. Estrutura organizacional e profissional de Vigilância em Saúde</b>	<b>165</b>
1. Fortalecer a estrutura organizacional e profissional de Vigilância em Saúde	165
<b>Sub Eixo 2.8. Política Integral de Urgência e Emergência na Cidade de São Paulo</b>	<b>165</b>
1. Estruturar o Plano Municipal de Atenção às Urgências e Emergências a partir das necessidades sociais em saúde dos diferentes territórios e grupos humanos	165
2. Estruturar o Plano Municipal de Atenção às Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas	165
3. Consolidar a Rede Municipal de Atenção às Urgências e Emergências.	165
4. Implantar a Rede Municipal AVC e promover sua inserção na Rede Nacional.	166
5. Reduzir danos provocados por Catástrofes, Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas.	166
6. Fortalecer o atendimento nas AMA com a melhoria dos diagnósticos cardiológicos	166
<b>EIXO 3 – APRIMORAR A CAPACIDADE GESTORA .....</b>	<b>167</b>
<b>Sub Eixo 3.1. Monitoramento e Avaliação</b>	<b>167</b>
1. Acompanhar o desempenho dos indicadores do Pacto pela Saúde	167
2. Implementar metodologia de Monitoramento e Avaliação do SUS na Cidade de São Paulo	167
<b>Sub Eixo 3.2. Epidemiologia e Informação</b>	<b>167</b>
1. Sistemas de Informação do SUS e Tecnologia de Informação e Comunicação	167
<b>Sub Eixo 3.3. Fortalecer a rede informatizada dos serviços municipais</b>	<b>169</b>
1. Integrar os sistemas de informações do SUS no Município de São Paulo	169
2. Melhorar o acesso e a qualidade da informação dos sistemas de informação da SMS	169
3. Manter atualizada a infraestrutura de TIC da SMS	169
4. Implantar um sistema portátil de armazenamento de informações de saúde do usuário	170

5. Disponibilizar e aperfeiçoar os sistemas de informação e comunicação para a Atenção à Saúde e Gestão do SUS 170	
<b>Sub Eixo 3.4. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde</b>	<b>171</b>
1. Desenvolver Políticas de Gestão de Pessoas que garantam qualidade de vida no trabalho e desenvolvimento profissional, a partir de ações que visem o fortalecimento da imagem institucional da SMS, a humanização dos serviços e a valorização profissional dos trabalhadores da saúde.	171
2. Executar Programas e Projetos de Desenvolvimento Sustentável que estimule e instrumentalize os trabalhadores na adoção de atitudes adequadas para a melhoria e preservação do meio-ambiente, tanto no trabalho como na Cidade.	171
3. Promover a participação e fomentar a criatividade dos profissionais, por meio do incentivo à produção de conhecimento e da educação em saúde, para a transformação das práticas no SUS – práticas de gestão, de atenção em todos os níveis e de controle social.	171
4. Desenvolver instrumentos de gestão que garantam qualidade, agilidade e transparência às Políticas de Gestão de Pessoas, visando uma área moderna, dinâmica e relacional, capaz de atender com prazos e recursos adequados as demandas internas e externas da SMS.	172
<b>Sub Eixo 3.5. Modernização da Gestão Pública</b>	<b>172</b>
1. Acompanhamento técnico e financeiro dos Contratos de Gestão e aprimoramento e consolidação do modelo	172
<b>EIXO 4 – FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONTROLE SOCIAL .....</b>	<b>174</b>
<b>Sub-Eixo 4.1. Conselho Municipal da Saúde</b>	<b>174</b>
1. Manter as condições administrativas e técnicas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	174
2. Manter as condições administrativas e técnicas para o desenvolvimento das atividades dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde	174
3. Promover e prover as condições necessárias para a realização de Conferências Regionais de Saúde como etapas preparatórias para a realização bianual de Conferência Municipal de Saúde	174
<b>Sub-Eixo 4.1. Ouvidoria</b>	<b>175</b>
1. Aperfeiçoar o sistema de Ouvidoria na Saúde	175