CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde

COVID-19

As potencialidades de uma rede de atenção consolidada no enfrentamento da pandemia no Município de São Paulo

Julho / 2020

Apresentação do Secretário

Como o município consolidou uma rede de atenção à saúde fortalecida para o controle da COVID-19.

A Organização Mundial da Saúde - OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a COVID-19, constitui uma **emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional**.

Antes dessa declaração da OMS, **em 10 de janeiro de 2020**, observando a situação de epidemia iniciada em Wuhan (China), **a Secretaria Municipal da Saúde** (SMS), de maneira articulada com os demais entes federativos, **começou a adotar suas primeiras iniciativas para prevenção do novo coronavírus**.

Para tanto, foram iniciadas **ações de orientação e organização da vigilância em saúde para os desafios vindouros.** Foram realizadas reuniões de articulação com a Secretaria de Estado da Saúde e Centro de Operação de Emergência - COE/SES para estabelecimento de fluxos e atualização em tempo real. Visando à organização da rede de serviços e da vigilância em saúde, foram realizadas reuniões com os Diretores Regionais de Vigilância em Saúde, Coordenadores Regionais de Saúde e Diretores dos Hospitais Municipais para orientação e disseminação de informações. Antecipando-se a eventuais casos, a SMS-SP, por meio da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVISA), criou link específico no aplicativo FormSUS para notificação de casos suspeitos.

Do ponto **de vista da assistência e articulações** para capacitações, foram realizadas reuniões com os Coordenadores Regionais de Saúde e Diretores de Hospitais Municipais e reforçadas as ações de comunicação do gabinete com organizações sociais, gestores e autarquia com orientações de prevenção e apelos corporativos e comunitários.

Em 31 de janeiro, havia 9.826 casos confirmados no mundo; desses, 9.720 casos em território chinês, e 106 óbitos confirmados. Em observância ao cenário internacional, a Secretaria articulou-se internamente, com outros entes federativos e com organizações da sociedade civil para a preparação, **a partir de um plano de ação, para uma potencial emergência sanitária.**

Nesse momento, havia escassas evidências científicas para subsidiar o planejamento e a política de saúde a serem implementados, considerando-se ainda as diferenças entre países, populações, condições sanitárias e políticas públicas estabelecidas, principalmente em relação à

organização dos sistemas de saúde. Assim, ***a estratégia adotada foi a organização das redes de atenção à saúde integradas às ações de vigilância***, que incluíram passos determinantes de compromisso de todos os técnicos, profissionais, gestores e sociedade civil no enfrentamento à COVID-19.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) também se organizava de maneira inicial para a resposta à COVID-19. Do ponto de vista da notificação e monitoramento de casos, o Ministério da Saúde (MS) estruturou primeiramente a plataforma "REDCAP", para notificação de casos suspeitos da COVID-19. Contudo, dadas as características do sistema "REDCAP" e fluxo de notificação do MS, que não permitiam meios de acesso detalhado dos dados pelos municípios notificantes, a Secretaria Municipal da Saúde decidiu manter o monitoramento em dois sistemas: o REDCAP e um Form-SUS específico para monitoramento da vigilância municipal. Dessa maneira, a Secretaria, a partir de sistematização própria de informações, **preparou-se para intervenção oportuna e realinhamento de estratégias conforme a evolução esperada da pandemia no Brasil.**

Com as primeiras notificações de casos suspeitos de COVID-19 no município, a partir de 26 de fevereiro, a SMS intensificou suas ações de **capacitação** dos profissionais de saúde da atenção básica para o **reconhecimento** e **notificação** tempestiva de casos, bem como para a orientação em relação ao seu **manejo clínico**. Além disso, as estratégias de **prevenção** ao vírus para profissionais de saúde e a população foram fortalecidas e amplamente divulgadas, com a **publicação** de site atualizado diariamente com links para orientação e medidas de prevenção e notas técnicas produzidas pela DVE/COVISA[1].

Além das ações elencadas, foram realizadas simulações nas redes básica e hospitalar municipal para manejo clínico de casos respiratórios. Na rede básica foi elaborado protocolo de checagem de itens e práticas essenciais (*check-list*) para prevenção e enfrentamento à COVID-19, principalmente nos equipamentos e serviços que são porta de entrada para possíveis casos e que contou com a participação de mais de 600 profissionais de saúde.

Esse conjunto de ações integradas representou o primeiro desenho de um plano operativo, continuado com reunião de sensibilização com 1.200 profissionais da Atenção Básica, SAMU e Regulação, com a participação no Conselho Consultivo de Saúde/SES e discussões com especialistas de notório saber em epidemiologia e infectologia. A parceria com órgãos de classe foi também promovida

[1] Disponíveis em: Coronavírus | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo.

neste momento, não somente para apresentar as estratégias em andamento, mas também para colher a contribuição desses conselhos.

Em 23 de fevereiro, o município de São Paulo registrou o primeiro diagnóstico de paciente com sintomas da COVID-19, confirmado pelo Ministério da Saúde em 26 de fevereiro como o primeiro caso brasileiro. Os primeiros pacientes diagnosticados tiveram contato com o vírus no exterior e, a partir dele, a disseminação do vírus se manteve por transmissão local. Embora tenha ocorrido a notificação imediata, houve contato do primeiro paciente com 34 pessoas, incluindo os contatos do avião, dos quais quatro eram residentes da cidade e nenhum positivou. Dos contatos familiares em um total de trinta pessoas, apenas três positivaram, o que resultou em uma taxa de ataque de 8,82% (3/34 expostos).

Dessa forma, em **26 de fevereiro,** com o **advento do primeiro caso de transmissão local no MSP** (e o primeiro também do país), a SMS já havia organizado seu plano operativo para detecção, monitoramento e notificação dos casos, além de contar com uma rede já capacitada para atuar nessa crise que se aproximava.

Em 01 março de 2020, havia no mundo 87.137 casos confirmados e 2.977 óbitos confirmados (OMS, 2020[2]), enquanto, no Brasil, apenas dois casos confirmados (MS, 2020), ambos no MSP.

Tendo em vista que os casos no município eram importados, a Secretaria lançou mão de estratégia para controle da transmissão local por meio do monitoramento dos contactantes, principalmente via contato telefônico, com mais de 4.000 pessoas acompanhadas até a declaração de transmissão comunitária em 12 de março**.**

Em 11 de março, a situação de pandemia foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No dia posterior, o MS declara **estado de transmissão comunitária no Brasil** (Portarias MS nº 356, de 11 de março de 2020 e MS nº 454, de 20 de março de 2020). **Em 13 de março de 2020, o Brasil contava com 200 casos e o Estado de São Paulo com 112 casos, dos quais 108 residentes no município de São Paulo - naquele momento o número de pessoas suspeitas de COVID-19 no município eram 548.**

É relevante recuperar a velocidade com que a situação evoluiu. Em poucos dias, a situação de transmissão local tornou-se comunitária e com uma taxa de crescimento que provocou grande

[2] OMS, relatórios situacionais diários, disponíveis em:https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.

apreensão da sociedade. Contudo, a tônica da atuação da SMS sempre foi se colocar um passo à frente da epidemia.

Os primeiros óbitos e a expansão da rede hospitalar

Em 17 de março, foi confirmado o primeiro óbito por COVID-19 em São Paulo, em um hospital privado, cujo foco principal é o atendimento à população idosa. Conforme noticiado, o primeiro caso não foi notificado previamente ao município, o que acabou por revelar outros possíveis casos de COVID-19 no mesmo serviço de saúde após a primeira morte.

A investigação epidemiológica desses casos, e a notificação da ocorrência por SMS ao ente federado competente, orientou ações de aumento de controle no ambiente hospitalar e mudanças no manejo dos pacientes. A avaliação das vigilâncias epidemiológica e sanitária foi que o **ambiente hospitalar poderia ser *lócus* de transmissão do vírus**. A observação indicou que o ocorreu naquela unidade hospitalar poderia ter sido provocado pela convivência entre pacientes infectados e não-infectados e pela circulação de profissionais de saúde entre diferentes serviços. Além disso, revelou-se a importância de se reforçarem os fluxos da rede hospitalar e o cuidado com pacientes mais suscetíveis a agravamento, como as pessoas idosas. Esse contexto pode ter provocado uma maior contaminação e ter sido um potencial **foco da transmissão acentuada do vírus, principalmente em grupos de risco.**

Com a identificação da potencialidade de transmissão em ambiente hospitalar, e tendo-se considerado a rápida expansão da transmissão do vírus no mundo, principalmente no continente europeu e seus impactos nos sistemas de saúde, a SMS adotou medidas para mitigação da contaminação cruzada e elaborou seu plano de expansão de leitos.

Para impedir uma crescente pressão no sistema de saúde e garantir a oferta adequada de cuidados e segurança de pacientes e profissionais, a SMS organizou a rede hospitalar municipal em hospitais e leitos exclusivos para cuidado COVID. O MSP contava com 507 leitos de UTI gerais. A estratégia de ampliação desenvolveu-se em dois eixos: ampliação de leitos de UTI COVID e a separação entre assistência COVID e não-COVID.

Marcos decisórios para o planejamento

Em 16 de março, o mundo tinha 167.515 casos e 6.606 óbitos, sendo metade de casos e óbitos na China (81.077 casos e 3.218 óbitos). A epidemia já se espalhava para o continente europeu, em

especial para a Itália, **que apresentava 24.747 casos e 1.809 óbitos, com elevada taxa de mortalidade** (OMS, 2020[3]). A Itália teve seu sistema de saúde fortemente agravado, sobretudo no que se refere ao cuidado hospitalar, com fortes impactos também no sistema funerário. Contudo, a situação ainda se agravaria mais: em menos de quinze dias (31/03), a Itália já apresentava **101.739 casos e uma elevação expressiva de óbitos (5,4x - 11.591 óbitos).** Nesse momento, havia, no Brasil, 4.256 casos confirmados com 136 óbitos, sendo o município de São Paulo o epicentro da doença.

Dessa maneira, **a demanda crescente por leitos determinou estratégias ágeis e resolutivas** da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), com a ampliação emergencial **de leitos de hospitais de campanha, enquanto se organizavam leitos de UTI e enfermaria nos hospitais próprios da rede.** Foram implementadas também estratégias de gestão para reorganização da rede de atenção com garantia dos meios (insumos e testes) para seu fortalecimento com pressupostos, diretrizes, metas e indicadores para seu monitoramento e acompanhamento.

Para construção de **diretrizes para a assistência**, a SMS articulou-se com a comunidade acadêmica e entidades de classe, levantou experiências internacionais na discussão do cuidado (manejo clínico, escolha adequada de testes) e, internamente, articulou-se com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para compartilhamento de experiências e diretrizes técnicas.

Nesse cenário, e diante das necessidades de ofertar cuidados adequados, identificar casos e contatos, orientar isolamento para controle e evitar a disseminação da doença, foi necessário a construção de um **plano de expansão de testes, inclusive nos casos leves**, ainda que o MS e Instituto Adolfo Lutz (IAL/SES) recomendasse a realização de testes apenas para os casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG[4]).

Foram essenciais para a construção desse desenho a definição de critérios epidemiológicos claros; estratégias de vigilância em saúde para rastreamento dos contactantes com ações de isolamento; além de estratégias específicas para favelas, cortiços e assentamentos precários.

Os **tipos de testes utilizados foram o PCR Real-Time (RT-PCR)**, tendo sido prioridade máxima a utilização nos pacientes hospitalizados com suspeita de COVID-19; trabalhadores de instituições de saúde, ambientes de convivência, socorristas; residentes em instituições de longa permanência de idosos ou outros locais de convivência (albergues, prisões). Essas populações foram definidas como

[3] Op. cit.
[4] Protocolo laboratorial para coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas para investigação de SRAG e SG por SARS-CoV-2. Disponível em: http://www.ial.sp.gov.br/resources/insituto-adolfo-lutz/publicacoes/coronavirus/orientacoesdecoletaestrategiadeampliacao_sg.pdf

prioritárias por se tratar de potenciais disseminadores da doença, identificados pela vigilância epidemiológica; por se tratar de pessoas com sintomas de potencial infecção por COVID-19; e, em último caso, pela impossibilidade de isolamento domiciliar para os residentes em comunidades.

Em decorrência da expansão da epidemia e do aumento do número de casos de COVID-19 no Estado de São Paulo e da pressão sobre o Instituto Adolfo Lutz (IAL) para processar os exames das amostras de SWAB-PCR-RT para SARS-CoV-2, sua capacidade de processamento foi ultrapassada, o que impactou a confirmação de casos suspeitos e, consequentemente, a notificação dos casos confirmados.

Ante esse cenário, a Secretaria Municipal da Saúde **publicou um amplo edital para a formação de parcerias com laboratórios privados**. Com a Portaria SMS.G nº 169/2020, foi realizado **chamamento público**, possibilitando-se a contratação de serviços de Apoio Diagnóstico Laboratorial de Análises Clínicas (teste de biologia molecular) – RT-PCR para COVID-19 e ampliando-se a aquisição de testes.

Foram essenciais para as ações da SMS a formalização de **atos normativos** da PMSP para ordenar as ações de enfrentamento à COVID-19 e as estratégias adotadas na RAS do município de São Paulo. Essas medidas legais promoveram **maior segurança jurídica na situação de emergência, regulamentou, organizou e informou à população as ações realizadas com maior transparência.**

Entre os principais **atos normativos publicados pela PMSP** merece destaque o decreto municipal nº 59.283, de 16 de março de 2020, que "*declara situação de emergência no Município de São Paulo e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus*"; o decreto nº 59.298, de 23 de março de 2020, que "*suspende o atendimento presencial ao público em estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços*" e o decreto nº 59.301, de 24 de março de 2020, que altera o Decreto nº 59.283, de 16 de março de 2020, e *"disciplina as hipóteses de doação em favor da Secretaria Municipal da Saúde, nos termos que especifica".*

Em consonância com os decretos municipais, a SMS implementa, por meio de portarias, importantes ações para a readequação de sua rede à nova realidade imposta pela pandemia. Dentre elas, destacam-se as portarias SMS.G nº 148, de 20 de março de 2020, e nº 165, de 30 de março de 2020, que regulamentam o "*afastamento de servidores com mais de 60 anos com alteração do regime de trabalho ou atividade laboral e a opção por teletrabalho, bem com suas exceções*"; e a Portaria SMS.G nº 154, de 20 de março de 2020, que *"determina a suspensão parcial e temporária de consultas, exames, procedimentos e cirurgias de rotina, a partir de 23 de março de 2020, nos Ambulatórios*

Hospitalares e na Rede de Atenção Básica", especificando claramente os serviços que seguiram operando normalmente nas redes básica e hospitalar.

Em decorrência das mencionadas medidas para adaptar os serviços municipais à situação de emergência e viabilizar medidas de distanciamento, a SMS **reorganizou os horários de atendimento da rede básica, suspendeu parcialmente rotinas para melhor adequação à situação de pandemia e regulamentou o afastamento de servidores municipais de acordo** com o novo cenário epidemiológico, para acolher o usuário em sua necessidade e contribuir no controle da disseminação do vírus.

Destacando ainda a relevância da participação social nesse processo, instituiu-se Mesa Técnica para discussão e acompanhamento da evolução da epidemia da COVID-19, visando a amplo debate com os conselhos, sindicatos e órgãos de classes (Portaria SMS. G nº 158, de 25 de março de 2020), garantindo o exercício do controle social no acompanhamento das ações desenvolvidas. Envolveu e constituiu um **conselho consultivo** com eminentes professores da academia, que fizeram aconselhamentos técnicos e de gestão.

Nesse cenário desconhecido, sem medidas regulatórias estabelecidas entre os entes federativos, e na dimensão da urgência que o tema merecia, **as estratégias de assistência e gestão foram continuamente atualizadas.**

Os contratempos para a Secretaria transcendiam os aspectos relacionados à assistência e vigilância durante a emergência de uma pandemia no MSP. Merecem destaque entre os desafios vivenciados, **a necessidade de insumos**, com destaque aos equipamentos de proteção individual (EPI). Houve aumento do consumo mensal (CMM) desses equipamentos de **350.608** unidades para **2.205.779** (500%). Nesse contexto de dificuldade, a SMS ainda se deparou com a suspensão unilateral de contratos de fornecimento contínuo desses insumos por diversos fornecedores, bem como a não-adesão a atas de preço disponíveis para aquisição, dados os gargalos na importação, as altas taxas e o impacto na disponibilidade de materiais e insumos em todo o globo.

Para garantir o cuidado e segurança tanto de pacientes quanto de profissionais de saúde, com a garantia da condições de trabalho das equipes, **a Prefeitura tomou e tem tomado medidas emergenciais para expandir o abastecimento**, como prospecção de novos fornecedores nacionais e parcerias, articulação com outros entes e adoção de medidas cabíveis, em conformidade com o decreto n° 59.283/2020.

Nesse sentido, garantir o abastecimento de itens de proteção, além de insumos médicos e medicamentos essenciais para o cuidado do paciente são objeto de especial atenção por parte do poder público municipal. Para tanto, a SMS adequou sua política de compras (totalizando 20,8 milhões de itens) a nova necessidade e vem mantendo estoques em níveis seguros.

Em complemento à política de compras, cabe destacar o importante papel que vem cumprindo a sociedade civil em uma corrente solidária de doações de combate à pandemia. Em conformidade com o decreto n° 59.283/2020, as doações vêm sendo coordenadas por equipe intersecretarial no gabinete do Prefeito Bruno Covas, com a qual o gabinete da SMS vem trabalhando de forma eficiente para garantir a melhor alocação dos recursos angariados. As parcerias celebradas entre a sociedade civil e a PMSP, garantiram um total de 836.056 itens recebidos pela SMS até 29/07, totalizando um montante de R$ 2.975.752.55.

A consolidação de uma rede integrada e fortalecida de Atenção à Saúde

Com os marcos continuamente observados e as experiências vivenciadas, desde o final de março, a SMS empreendeu iniciativas com vistas a consolidar uma rede de atenção em que **a COVID-19 fosse tratada como uma linha de cuidado** específica nessa rede complexa. Foram definidos papéis para cada ponto e nível de atenção, desde a identificação precoce de casos leves na rede básica, passando pela assistência nos hospitais de campanha, sua rede de urgência e emergência até a assistência de alta complexidade.

Para melhor articulação da rede, com definição clara de protocolos e fluxos, a SMS publicou diversos documentos para orientar a ação das equipes, aprimorar o fluxo entre os pontos de atenção e definir critérios técnicos para cuidado.

Dessa maneira, a SMS reorganizou o sistema municipal de saúde, atribuindo **papéis aos principais pontos de atenção** no município de São Paulo. O planejamento da rede de serviços de saúde está em constante revisão e desenvolvimento, observada a situação epidemiológica da cidade. Para além da rede existente, foram criados novos equipamentos, os **Hospitais de Campanha, que tem a missão de mitigar a pressão nos leitos de UTI dos hospitais municipais e absorver os casos leves com potencial de agravamento**, principalmente das populações com maiores vulnerabilidades sociais e comorbidades.

Desde o início das medidas de distanciamento social no MSP e da **reorientação das atividades dos serviços de saúde** para mitigação da disseminação dos vírus foram desenvolvidas ações

comunitárias para estimulo a prevenção e ao isolamento social, prioritariamente pela atenção básica, rede de serviços de atenção mais próximo ao território e com maior vínculo com as comunidades.

Para organização da rede, **definição de fluxos e de processos de trabalho**, a SMS elaborou protocolos e regulamentações e difundiu-os na rede. Ressalta-se que em nenhum momento foi suspenso o atendimento de saúde aos agravos não relacionados à COVID. Foram definidas atribuições claras e fluxos para cada ponto de atenção RAS: UBS, Hospitais de Campanha, hospitais e rede de urgência. Foi possível aperfeiçoar o cuidado de casos leves aos críticos, com identificação precoce daqueles com potencial de agravamento (10 a 15%), sobretudo os com comorbidades. O monitoramento de casos leves pela AB e encaminhamento precoce para o hospital de campanha objetivou preencher lacuna entre a rede de atenção básica e hospitalar, reduzindo a pressão sobre o sistema de saúde.

Cumpre destacar que essa reorganização foi executada com a antecipação da operação do **Hospital de Brasilândia** e adiantamento do cronograma de conclusão do **Hospital de Parelheiros, previstos no Programa de Metas 2019-2020**. Além disso, a expansão da rede hospitalar própria também contou com outros **cinco novos hospitais** (Bela Vista, Guarapiranga, Sorocabana e Capela do Socorro, além do Hospital Brigadeiro, que em breve também será entregue à população), **que permanecerão para a população após a epidemia**, além dos 200 leitos de UTI atualmente contratados com 13 hospitais privados.

São resultados alcançados com a reorganização da rede: **392.313 casos monitorados com 252.571 altas pela Atenção Básica**; **7.580 encaminhamentos e 6199 altas nos Hospitais de Campanha** (4.980; 1.219, Pacaembu).

O MSP fortaleceu a rede de atenção à saúde (RAS) para o enfrentamento à COVID-19, a partir de estudos observacionais dos cenários e fatos ocorridos ao longo da evolução da pandemia, marcos e evidências que embasaram sua construção e subsidiaram os passos tomados ao longo do tempo. A metodologia de organização empregada permitiu que fossem alcançados resultados satisfatórios com diminuição do potencial de casos leves com agravamento e acompanhamento dos casos no território pela Atenção Básica.

As evidências apontam para uma taxa de crescimento de casos decrescente e uma redução da taxa de ocupação de leitos de UTI e enfermaria. Há mais de 50 dias há queda constante na taxa de ocupação de leitos de UTI e na solicitação de vagas de leitos de UTI desde 21 de maio. Em 31/05 a taxa de ocupação de UTI era 84% e em 08/07 alcançou 53%.

Para além das evidências observadas, a SMS também considerou primordial conhecer melhor a prevalência de SARS-CoV-2 na população de SP por meio do um estudo analítico. **Encontra-se em processo de realização uma pesquisa pioneira (iniciada em junho)**, aprovada pelo Comitê de Ética e CONEP, com potencial de legitimar os marcos seguidos e as evidências apontadas: **o inquérito sorológico municipal**.

Esse **inquérito sorológico** objetiva direcionar estratégias de atenção à saúde para os casos susceptíveis. O desenho prevê oito fases, antecedidas de uma fase teste, a coleta é realizada na área de abrangência das 472 UBS a cada quinze dias. Utilizaram-se a capacidade técnica e recursos da SMS sem ônus para o município. Até o momento, a análise dos dados **demonstrou uma prevalência de SARS-CoV-2 em crescimento** (9,5% a 11,1%) no MSP, indo ao encontro dos dados epidemiológicos identificados no monitoramento cotidiano da SMS, especialmente nos 14 distritos mais acometidos (*hotspot*), nos quais foi determinada a coleta em contatos domiciliares de casos suspeitos. A prevalência encontrada difere dos estudos internacionais em países como a Espanha, que já promoveram a abertura com menores taxas de prevalência. Considerando a necessidade de desenhar estratégias para identificar a prevalência na infância e o percentual de transmissibilidade, a PMSP iniciará um inquérito sorológico em menores de 18 anos.

Nesse contexto de resultados positivos no controle à pandemia, o MSP, desde a publicação do Decreto Estadual (21/05/2020)- Plano São Paulo, que regulamentou as medidas **estratégicas de retomada às atividades econômicas em fases,** vem evoluindo para a fase de abertura. Esse processo é coordenado e articulado pela PMSP, por meio de secretarias como SMDET e SMS, que por meio da Coordenadoria de Vigilância à Saúde/SMS recomenda e orienta com protocolos as entidades representativas dos diversos setores econômicos.

Sendo assim, a **reorganização de SMS fez-se necessária** para absorver a rotina da reabertura, estruturando-se em novos formatos de assistência à população. Oferecendo por meio de teleatendimentos, em uma abertura gradual e crescente da assistência presencial, conforme estabelecido nas Portarias SMS.G. nº 241, 260 e 261/2020.

A pandemia surpreendeu a todos em 2020. **Projeções da comunidade científica apontavam que, caso não fossem tomadas medidas mais incisivas de distanciamento social, o número de mortes poderia alcançar a assombrosa marca de 100.000 vidas perdidas até o final de abril**. A Prefeitura Municipal de São Paulo empreendeu todos os esforços para que a situação da cidade não se aproximasse dessas projeções.

Até 31 de julho ocorreram 9.649 óbitos, sem dúvidas, perdas lastimáveis e inestimáveis para os familiares e toda a cidade. A reorganização e fortalecimento da rede de atenção à saúde, o monitoramento e a execução de ações tempestivas foram fundamentais para que esses cenários não se materializassem.

Mantemo-nos comprometidos com a missão de cuidar da saúde da população, reconhecendo as particularidades da cidade e cientes que os desafios estão longe de se esgotarem, mas entendendo que com uma gestão eficaz e com o envolvimento de todos estaremos à frente e aptos para enfrentar conjuntamente as próximas etapas que se apresentarem.

Em continuidade ao compromisso de transparência e prestação de contas à população, a Secretaria Municipal da Saúde divulga o **Relatório Situacional COVID-19 de julho de 2020** no Município de São Paulo. Neste documento, a população encontrará dados e análises referentes à situação epidemiológica da COVID-19 e das ações realizadas para seu enfrentamento até 31 julho de 2020.

EDSON APARECIDO DOS SANTOS
Secretário Municipal de Saúde

Sumário

Introdução 14

1. Situação Geral COVID–19 15

2. Vigilância em Saúde no Município de São Paulo 18

2.1. Panorama dos casos confirmados de covid-19 no município de São Paulo 18

2.1.1. Panorama da Síndrome Gripal 22

2.1.2. Surtos de Síndrome Gripal nas ILPIs e outros 23

2.1.3. Panorama da Síndrome Respiratória Aguda Grave 24

2.2. Óbitos (SIVEP) de COVID-19 no Município de São Paulo 28

2.3. R efetivo no município de São Paulo 32

2.4 Análise de óbitos – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade 34

2.5. Impacto da estratégia de mapeamento de casos na condução da epidemia 39

3. Gestão da Assistência 42

3.1. Atenção Básica 44

3.1.1. Atendimentos realizados 44

3.1.2. Monitoramento dos pacientes sintomáticos respiratórios leves 45

3.1.3. Saúde materno-infantil 46

3.1.4. Saúde do idoso 47

3.1.5. Saúde mental 50

3.1.6. Saúde integral da pessoa em situação de violência 51

3.1.7. Saúde bucal 52

3.1.8. Saúde nutricional 53

3.1.9. Saúde da pessoa com deficiência 54

3.1.10. Assistência farmacêutica 54

3.1.11. Atenção domiciliar 56

3.1.12. Consultório na rua e redenção na rua 57

3.1.13. Saúde indígena 59
3.1.14. Área técnica de práticas integrativas e complementares em saúde 59
3.1.15. Ações comunitárias 60
3.1.16. Saúde do imigrante 61
3.2. Gestão Hospitalar 63
3.3. Exames Laboratoriais e testagem 67
3.3.1. Testes realizados nos profissionais de saúde da rede municipal 68
3.3.2. Testes realizados em servidores públicos de outros órgãos 69
3.3.3. Testes realizados em serviços de atenção a populações vulneráveis 69
3.3.4. Ampliação dos critérios de testagem 70
3.4. Profissionais de saúde 71
3.5. Estratégias de gestão e articulação 72
3.5.1. Gestão participativa ,controle social e assessoria parlamentar 76
3.6. Inquérito e a flexibilização 78
3.6.1. Considerações gerais em relação aos resultados das Fases 0, 1 e 2: 79
4. Plano São Paulo 80
5. Contexto internacional da COVID-19 e a cidade de São Paulo 84
6. Considerações finais 88

Introdução

A Prefeitura de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, divulga o Relatório Situacional COVID-19 de julho de 2020 no Município de São Paulo. Neste documento, a população encontrará dados e análises referentes à situação epidemiológica da COVID-19 bem como informações detalhadas sobre as ações realizadas para seu enfrentamento até 31 de julho de 2020.

Na **primeira seção** são apresentados dados sobre a evolução da pandemia no mundo, no Brasil e no estado de São Paulo durante o período analisado. A Situação Geral contextualiza a situação do município de São Paulo em relação a esses outros níveis de análise e destaca informações relevantes para o enfrentamento da COVID-19, tais como novos estudos e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). São apresentados, nesse sentido, os critérios e diretrizes estabelecidas pela OMS para a abertura segura em uma nova normalidade.

A **segunda seção** trata da vigilância em saúde e situação epidemiológica no município de São Paulo. Nesta edição, com o avanço da pandemia de COVID-19, são apresentadas análises a respeito dos casos confirmados de COVID-19, de síndrome gripal, de síndrome gripal aguda grave (SRAG) e dos dados sobre óbitos confirmados e suspeitos, além de abordar o impacto da estratégia de mapeamento dos casos na condução da epidemia. A SMS, com seu sistema de Vigilância, está concentrando esforços no combate à pandemia, com o objetivo de fornecer à população de São Paulo os recursos necessários para enfrentá-la.

A **terceira seção** traz os dados e ações relativas à Gestão da Assistência nas ações de enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município, na seguinte ordem: Atenção Básica e suas áreas de atuação; Gestão Hospitalar; Exames Laboratoriais e Testagem; Situação dos Profissionais de Saúde, inclusive o número de afastamentos, de casos confirmados e de óbitos; Estratégias de Gestão e Articulação, incluindo um panorama sobre as ferramentas de gestão utilizadas pela SMS e sobre as ações interfederativas e intersecretariais conduzidas até o momento; e, por fim, a subseção que trata do inquérito e flexibilização traz informações sobre o inquérito sorológico iniciado em julho/2020 e os resultados obtidos em suas fases iniciais.

A **quarta seção** apresenta a evolução e considerações sobre o Plano SP no município desde a publicação do Decreto Nº 64.994, de 28 de maio de 2020, que o instituiu. A **quinta seção** traz observações sobre o cenário internacional em comparação com evolução e políticas implementadas na cidade de São Paulo. Finalmente, a **sexta seção** apresenta as considerações finais.

1. Situação Geral COVID–19

Número de casos confirmados **até 31/07/2020:**

	Casos	Mortes
Mundo	17.334.539	674.038
Brasil	2.610.102	91.263
Estado de São Paulo	529.006	22.710

Fontes: Mundo e Brasil: Johns Hopkins, 31/07/2020. Estado de São Paulo: CVE-SES-SP, 30/07/2020.

A Organização Mundial da Saúde - OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a COVID-19, constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a situação foi caracterizada pelo órgão como uma pandemia. Em 13 de Maio, a região das Américas tomou o lugar da Europa como epicentro da crise, conforme monitoramento periódico da OMS.

Em 14 de abril, a **OMS** divulgou **plano estratégico** de preparação e resposta à pandemia da COVID-19. O plano descreve as medidas de saúde pública que a comunidade internacional está disposta a fornecer para apoiar todos os países a se prepararem e responderem à COVID-19. O plano é revisado periodicamente, tendo sido a **última atualização realizada em junho de** 2020[5]. As seguintes estratégias e objetivos para o enfrentamento do coronavírus:

- Interromper a transmissão de humano para humano, incluindo a redução de infecções secundárias entre contatos próximos e profissionais de saúde, evitando eventos de ampliação da transmissão e impedindo a disseminação internacional;
- Identificar, isolar e cuidar precocemente dos pacientes;
- Identificar e reduzir a transmissão de origem animal;
- Focar nos aspectos desconhecidos em relação à gravidade clínica, a extensão da transmissão e infecção, opções de tratamento, e acelerar o desenvolvimento de diagnósticos, tratamentos e vacinas;
- Divulgar informações sobre os riscos e combater *fake news*;
- Minimizar impactos sociais e econômicos por meio de parcerias multisetoriais.

[5] Para ter acesso ao plano e a suas atualizações, consultar: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>

Em 31/07/2020, a situação global da pandemia era de 17.334.539 casos e 674.038 mortes desde janeiro de 2020. Atualmente, o continente americano continua na posição de região mais atingida, concentrando os casos e mortes. Na mesma data, a região apresentava 9.152.173 de casos confirmados e 351.121 mortes, de acordo com a OMS. A caracterização como epicentro da pandemia é puxada pela situação nos Estados Unidos, que apresentam 4.388.566 de casos e 150.954 mortes sendo o país mais atingido no mundo, seguido pelo Brasil em segundo lugar. Em 31/07/2020, o painel da OMS indica que o Brasil apresenta 69.074 novos casos confirmados, 2.610.102 casos e 91.263 mortes. A Europa, segunda região mais atingida no mundo, apresentou, até a mesma data, 3.333.300 casos confirmados[6].

Segundo a OPAS, na primeira quinzena de julho, o Continente Americano tinha 6,8 milhões de infectados e 288.000 mortes, o que equivalia a quase metade de todos os casos e mortes reportados ao redor do mundo. Na semana anterior a essa, a região já reportava 60% dos novos casos e 64% das novas mortes. Além dos EUA, o número de mortes estava em trajetória elevada também no Brasil e no México, com esses três países reportando 77% das novas mortes entre a primeira e segunda semana de julho. No final de julho, a Índia também apresentou elevação expressiva em número de casos, sendo o terceiro país mais atingido, atrás dos EUA e do Brasil.

Gradualmente, maior número de países e entes subnacionais realiza a reabertura e a retomada parcial de atividades. Para que essa reabertura seja segura para a população, é necessário que se adote um conjunto de medidas para mitigação de riscos. Como subsídio para a tomada de decisão e implementação de ações, a OMS publicou protocolos para algumas dessas atividades, tais como grandes eventos e eventos esportivos. Os protocolos e instrumentos de avaliação de riscos foram atualizados de acordo com as novas evidências sobre a COVID-19 e o impacto de grandes eventos[7].

A OMS, destaca no cotidiano vários esforços de cooperação para garantia de acesso à vacina contra a COVID-19, neste foi lançado o mecanismo de acesso global à vacina, denominado COVAX, com 165 países interessados, incluindo o Brasil. O COVAX é um mecanismo de cooperação internacional que visa agilizar o desenvolvimento, produção e acesso equitativo aos testes, tratamentos e vacinas para COVID-19. Seu objetivo é fornecer 2 bilhões de doses de vacinas seguras e

[6] Para consultar os dados completos, acessar o painel da OMS: <https://covid19.who.int/>
[7] Para maiores informações, consultar os documentos completos por meio dos seguintes endereços eletrônicos: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-333185>; https://www.who.int/publications/i/item/10665-333187.

eficazes até o final de 2021. As vacinas serão entregues igualmente a todos os países participantes, proporcionalmente às suas populações, com prioridade inicial aos profissionais de saúde.

Além disso, diversas iniciativas de empresas privadas, institutos de pesquisa e universidades têm apresentado resultados no **desenvolvimento de vacinas. Até o momento, há 163 estudos em curso,** distribuídos da seguinte maneira, conforme as fases de desenvolvimento: 1) 140 encontram-se na fase pré-clínica; 2) 19 encontram-se na fase 1 (em testes de segurança e dosagem); 3) 13 estão na fase 2 (em testes de segurança mais amplos); 4) quatro encontram-se na fase 3 (em testes amplos de eficácia), incluindo a vacina desenvolvida pela SINOVAC em parceria com o Butantã; e 5) há uma vacina aprovada para uso limitado[8].

[8] Para acesso a informações atualizadas sobre os estudos acerca de vacinas contra a COVID-19, acessar: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>

2. Vigilância em Saúde no Município de São Paulo

A Vigilância em Saúde tem papel fundamental na capacitação e articulação no território de todos os atores regionais para identificação, monitoramento e acompanhamento dos agravos de notificação. No caso da pandemia de COVID-19, diversas iniciativas demonstraram um trabalho homogêneo e efetivo com vistas ao controle da transmissão da doença e a redução de infecção em contatos próximos e de profissionais de saúde, impedindo a disseminação nos diversos territórios.

Em trabalho harmonioso profícuo com a rede básica de saúde, as equipes de vigilância identificam, isolam e cuidam precocemente dos pacientes indo ao encontro das recomendações da OMS. Essas equipes têm realizado buscas incontinentes nos aspectos relativos ao tratamento, com videoconferência com especialistas da comunidade científica, bem como, em leituras e intercâmbio com outros países.

Nestes 150 dias de pandemia a Vigilância em Saúde tem recebido destaque e reconhecimento junto à sociedade civil, a partir do desempenho em papel colaborativo de avaliação e apoio técnico na construção e avaliação dos protocolos de flexibilização das atividades econômicas do governo municipal.

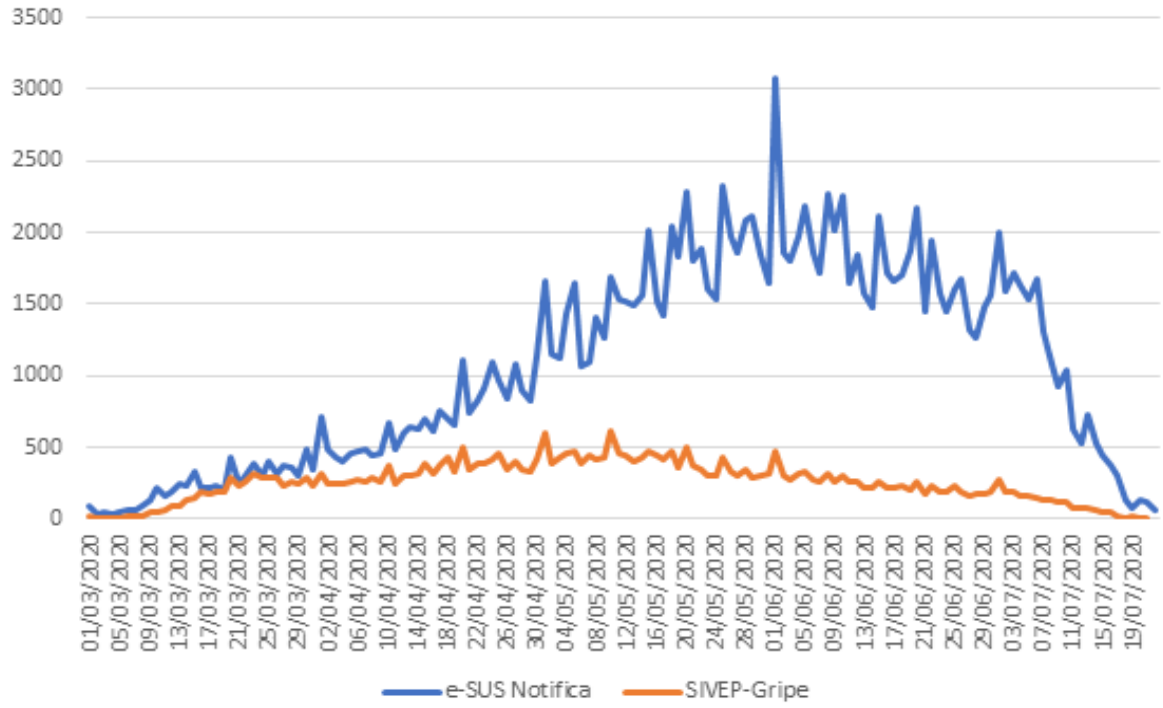
O trabalho conjunto da Vigilância municipal, da Rede de Atenção Básica e da Rede Hospitalar vêm impactando favoravelmente no controle da pandemia em um contexto de flexibilização que a cidade se encontra desde princípios de junho, em passos seguros e pautados no acompanhamento constante e diário do cenário epidemiológico.

2.1. Panorama dos casos confirmados de covid-19 no município de São Paulo

Até 31/07, foram confirmados 225.587 **casos confirmados para COVID-19 residentes no** MSP e 339.089 casos suspeitos. Casos leves de Síndrome Gripal, notificados no E-SUS-VE e casos graves (SRAG), notificados no SIVEP-Gripe.

Observando os dados da figura 1 e da figura 2 (até 23/07), nota-se que **81,9%** do total de casos confirmados são leves, revelando a característica da doença. Dos 203.804 casos confirmados para COVID-19, 9.168 evoluíram para óbito, configurando uma letalidade de 4,5%.

Figura 1 – Distribuição dos **casos confirmados** de COVID-19 notificados nos sistemas e-SUS Notifica (n = 166.898) e SIVEP Gripe (n = 36.906), residentes no município de São Paulo, segundo a data início de sintomas. MSP, 2020.



Fonte: e-SUS Notifica e SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

Figura 2 - Casos notificados nos sistemas e-SUS Notifica e SIVEP Gripe, residentes no município de São Paulo, segundo a classificação final. MSP, 2020.

Sistema	Confirmados	Descartados	Investigação	Notificados
e-SUS Notifica	166.898	215.031	317.457	**699.386**
SIVEP Gripe	36.906	23.898	9.181	**69.985**
Total	**203.804**	**238.929**	**326.638**	**769.371**

Fonte: e-SUS Notifica e SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

O coeficiente de incidência ou taxa de detecção de COVID-19 no MSP é de 1.625 casos por 100.000 habitantes e o coeficiente de mortalidade é de 77,2 óbitos por 100.000 habitantes. No que se refere às CRS, a tabela 3 aponta que o coeficiente de incidência, entre casos leves e graves, é maior na

CRS Centro, seguida da CRS Leste, CRS Sudeste, CRS Oeste, CRS Sul e Norte (até 21/07), conforme distribuído na figura 3.

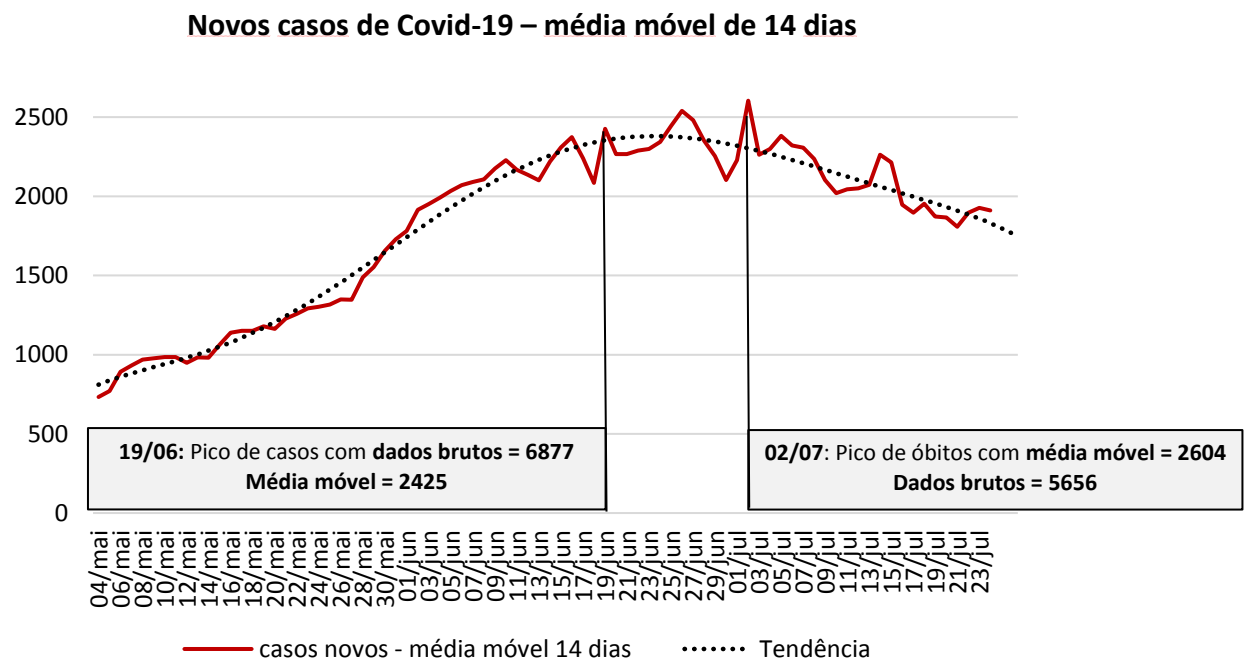
Figura 3 - Casos de Síndrome Gripal e de Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para COVID-19 e coeficiente de incidência de COVID-19 por 100.000 habitantes por Coordenadoria Regional de Saúde de residência, MSP, 2020

CRS	População	Confirmados	Coef. Incidência
Centro	460.024	8.935	1.942,3
Leste	2.507.334	42.739	1.704,6
Norte	2.311.597	32.372	1.400,4
Oeste	1.076.683	17.918	1.664,2
Sudeste	2.710.468	46.074	1.699,6
Sul	2.803.554	44.938	1.602,9
MSP	11.869.660	192.976	1.625

Fonte: e-SUS Notifica, SIVEP – Gripe, 21/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

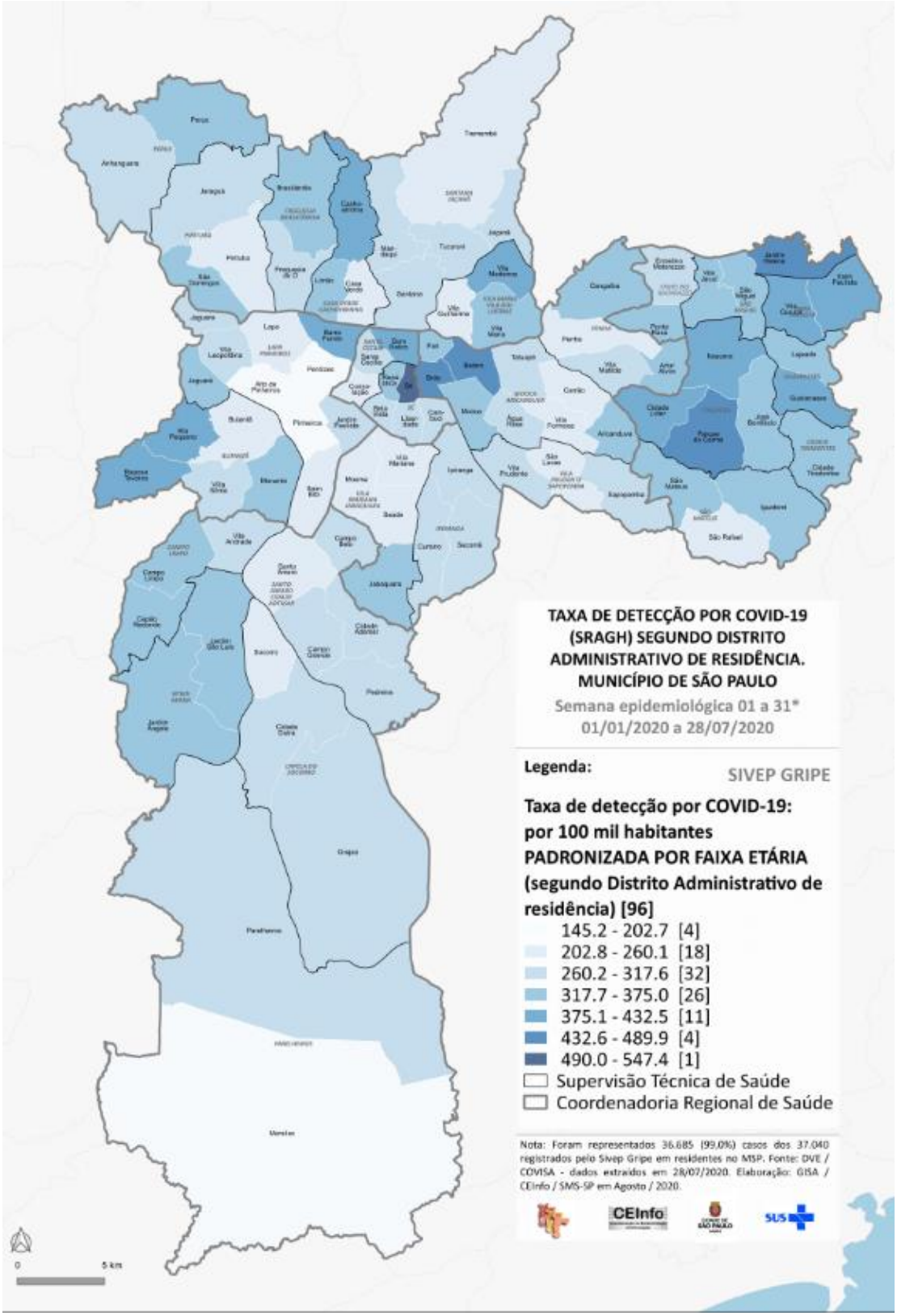
Considerando que os sistemas E-SUS e SIVEP possuem uma intrínseca defasagem entre o período de ocorrência do caso e a notificação, é oportuno analisar a evolução dos novos casos em média móvel. A figura 4 ilustra que o município de São Paulo, segundo este critério, registrou o pico de casos em 02/07 (2.604), desde quando inicia uma tendência de queda.

Figura 4 - Novos casos diários (E-SUS e SIVEP Gripe) - média móvel de 14 dias (23/07/20)



Fonte: Governo do Estado de São Paulo. Plano São Paulo, 24/07/2020.

Figura 5 – Taxa de detecção por COVID-19 (SRAGH) segundo distrito de residência. 28/07/2020



Fonte: CEInfo/SMS.

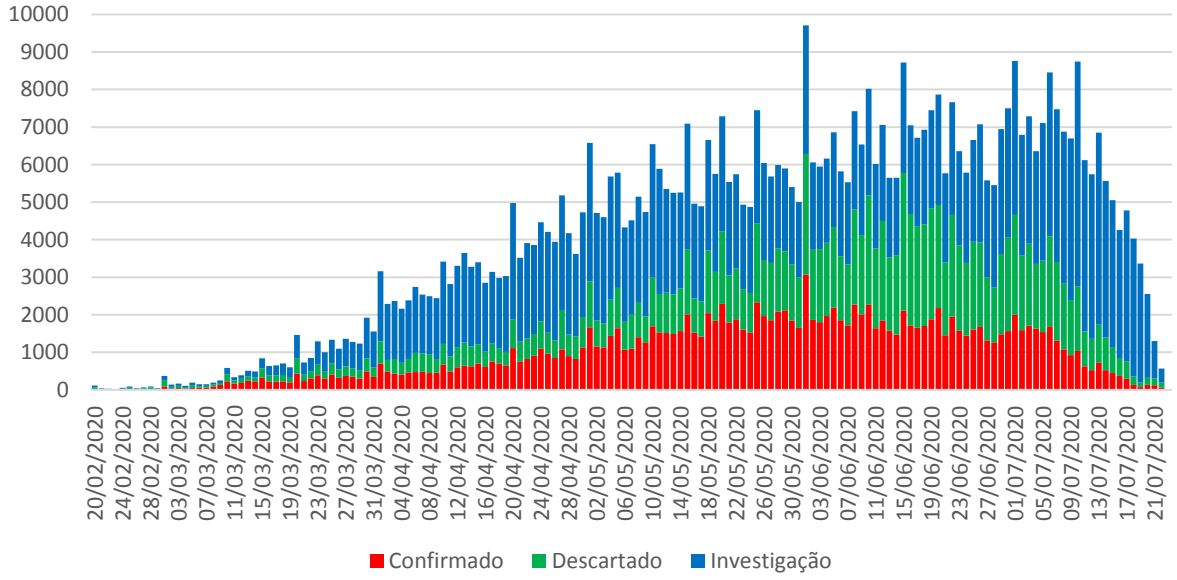
2.1.1. Panorama da Síndrome Gripal

Em 2020, foram **notificados 765.993 casos** de **Síndrome Gripal** (SG)[9] em residentes no município de São Paulo (MSP), até a semana epidemiológica 31 (31 de julho de 2020). Até 31/07, foram confirmados para COVID-19 185.972, 329.662 estão em investigação. Até esta data, **250.359 foram descartados,** o que revela o esforço da Rede Básica no processo de identificação precoce e isolamento para evitar a disseminação da doença.

No início **do mês de março,** observa-se aumento importante no número de casos de (SG) no MSP. Na figura 5, verifica-se que o número de casos de Síndrome Gripal por data de início de sintomas aumenta gradativamente até o dia **01/06/2020**, quando foram registrados **9.706 casos**, entre suspeitos, confirmados e descartados. Após essa data, nota-se uma tendência à diminuição do número de casos notificados e certa estabilidade, intercalada entre picos. Merece destaque, ainda, que os casos notificados como SG têm um percentual elevado de descartados, quase metade deles.

Ao analisar apenas as SG confirmadas para COVID-19 (225.587), observa-se o mesmo padrão descrito, com aumento importante a partir do início do mês de março de 2020 e pico no dia 01/06, com 3.000 casos no dia. A partir desse dia, nota-se uma estabilização dos casos diários, com tendência de queda a partir de 19/05, como ilustra a figura 5 abaixo.

Figura 6 – Distribuição dos casos de Síndrome Gripal, residentes no município de São Paulo, segundo a data início de sintomas e a classificação final. MSP, 2020



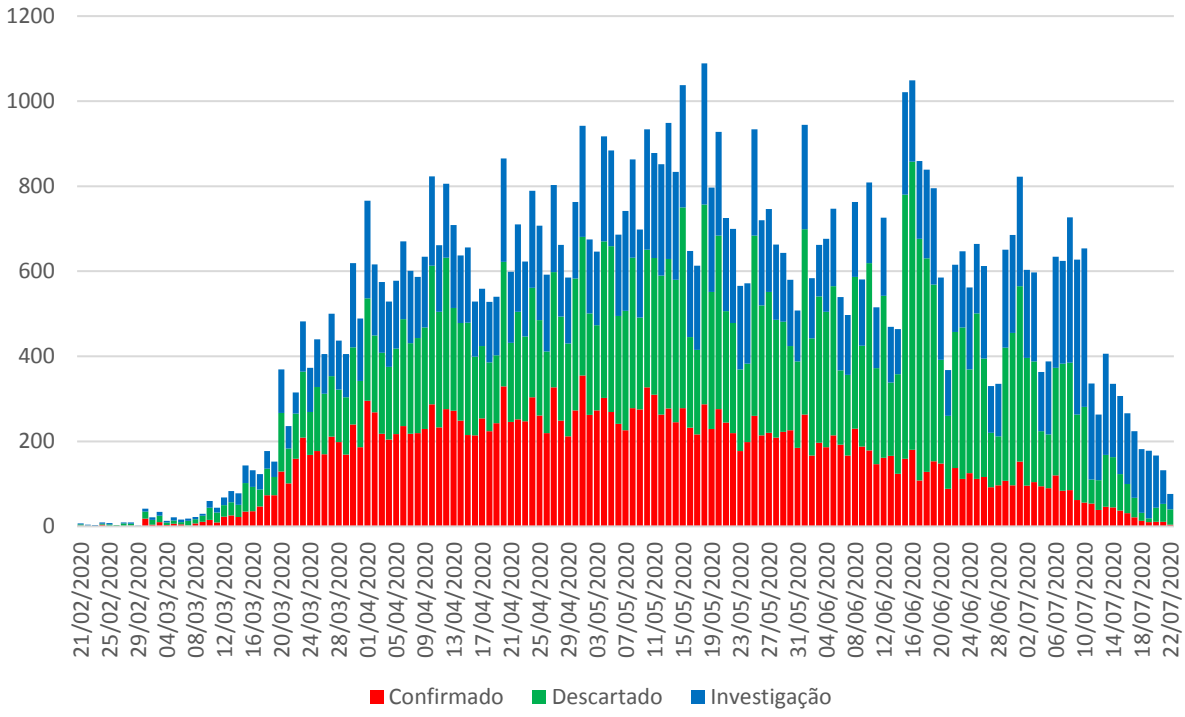
Fonte: e-SUS Notifica, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

[9] Síndrome Gripal mensurada no sistema E-SUS VE/MS.

Entre os mais de 90.000 **profissionais de saúde,** do município, 23.679 foram confirmados para COVID-19, 31.482 descartados e 23.579 permanecem em investigação (Figura 7).

O período de elevação para casos em profissionais de saúde se deu entre os dias 28/03 e 17/05, após o qual houve tendência de queda, apresentando, no entanto, um pico em 16/06. Se avaliarmos apenas os casos confirmados, pode-se observar que apresenta padrão gráfico semelhante à SG que, como mencionado, teve o pico em 19/06.

Figura 7 - Distribuição dos casos de Síndrome Gripal em profissionais da saúde, residentes no município de São Paulo, segundo a data início de sintomas e classificação final. MSP, 2020.



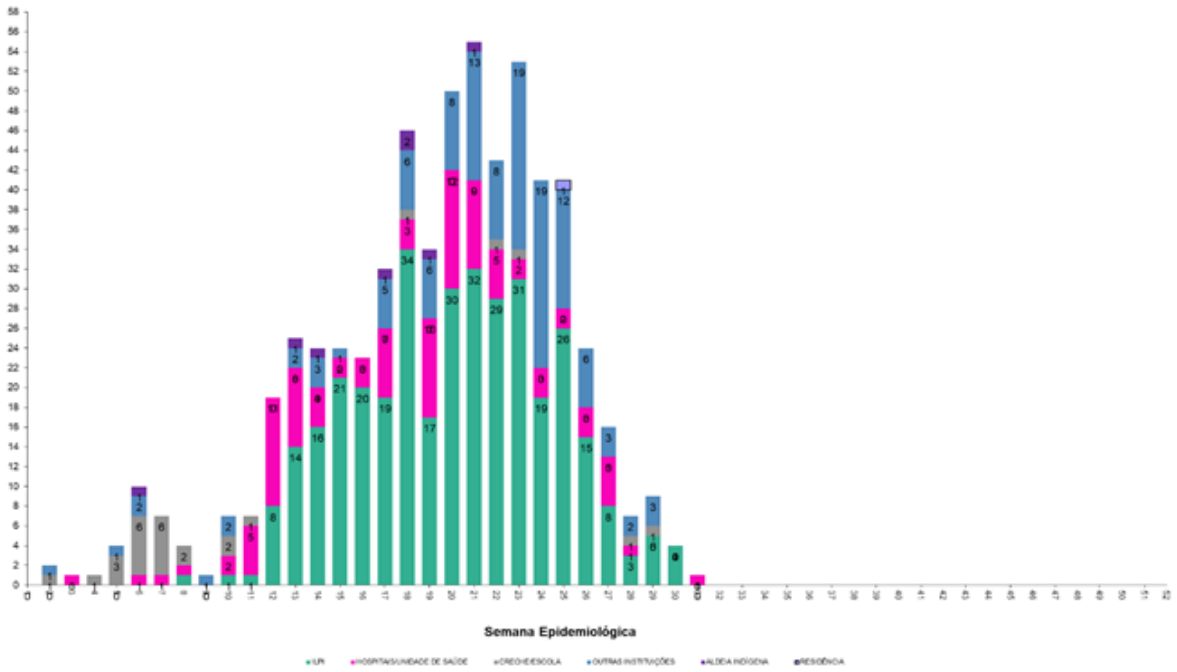
Fonte: e-SUS Notifica, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

2.1.2. Surtos de Síndrome Gripal nas ILPIs e outros

Foram notificados no SINAN Net até o dia 24/07/2020, 615 surtos de Síndrome Gripal no MSP, dos quais 353 (57,4%) ocorreram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), 27 (4,4%) em creche/escola, 102 (16,6%) em hospitais/unidades de saúde, 124 (20,2%) em outras instituições e 8 (1,3%) em aldeias indígenas.

O número de surtos de Síndrome Gripal aumentou significativamente a partir da semana epidemiológica 11, principalmente em decorrência dos surtos em ILPI (Figura 7). Nos 615 surtos de Síndrome Gripal notificados foram registrados 6.465 casos e 440 óbitos. Os surtos de Síndrome Gripal são monitorados pelo Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis (NDAT) que também fornece apoio técnico para as Atenção Básica e UVIS na investigação e implementação de medidas de prevenção e controle. É de suma importância o trabalho em conjunto no enfrentamento dos surtos de Síndrome Gripal em ILPI, já que se trata de população de risco para desfecho desfavorável da doença.

Figura 8 – Distribuição dos surtos de síndrome gripal (N=615) notificados no sistema SINAN Net segundo semana epidemiológica de notificação e local de ocorrência, MSP, 2020



Fonte: SINAN NET, 24/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

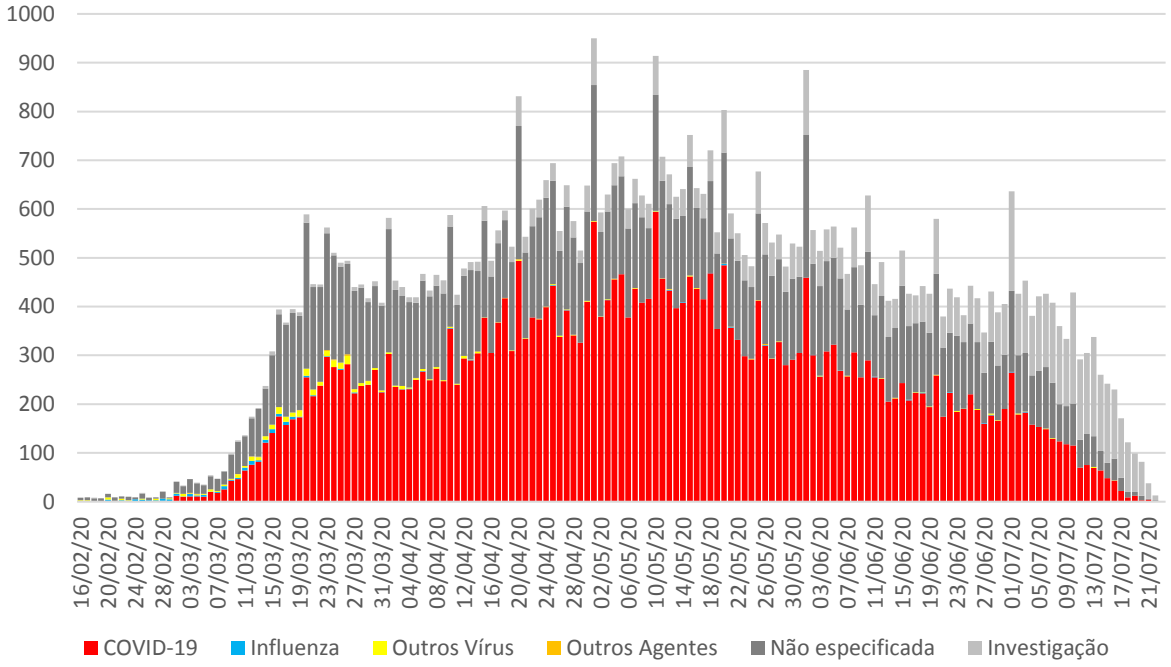
2.1.3. Panorama da Síndrome Respiratória Aguda Grave

Foram notificados no **SIVEP Gripe**, até o dia 23/07/2020, 69.985 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em residentes no MSP, dos quais 36.906 (52,7%) foram confirmados para COVID-19.

Entre os casos de SRAG, 66.090 foram hospitalizados. Destes, 35.673 casos (54,0%) foram confirmados para a COVID-19, 201 casos (0,3%) foram confirmados para o vírus influenza, 371 casos

(0,6%) foram confirmados para outros vírus, 43 (0,1%) foram confirmados para outros agentes, 21.666 casos (32,8%) foram classificados como SRAG não especificada e 8.136 casos (12,3%) permanecem em investigação (Figura 9).

Figura 9 – Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados (n = 66.090), residentes no município de São Paulo, segundo a data de início de sintomas e a classificação final. MSP, 2020.



Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

A partir de 07/03, verifica-se um aumento significativo do número de notificação de casos de SRAG no MSP. Em 20/03/2020, observa-se o primeiro pico de número de casos notificados por data de início dos sintomas (589 casos). Se analisarmos o período entre 19/03/e 27/03, o número de casos de SRAG (COVID-19) por data de início de sintomas registrou picos em torno de 300 casos/dia.

Levando-se em consideração o período de 15/04 a 25/05, o número de casos de SRAG oscilou entre 500 e 750 casos/dia, sendo esse o período mais crítico para casos graves no MSP.

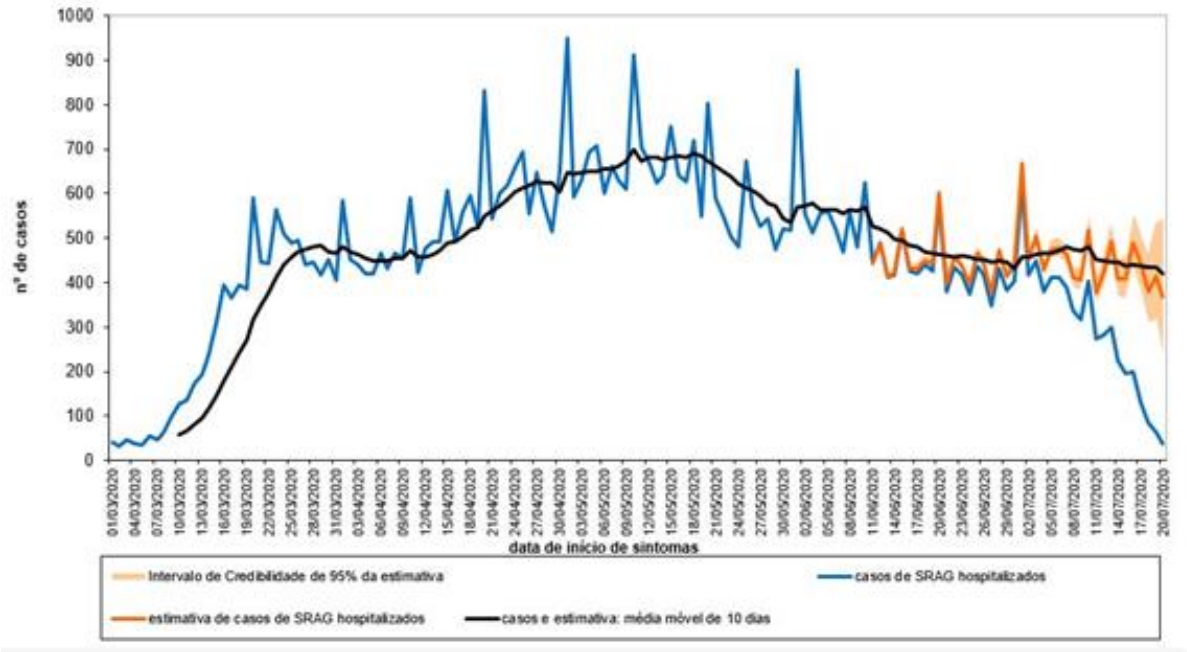
A partir do início de junho de 2020, observa-se tendência à diminuição do número total de casos de SRAG, bem como diminuição dos casos de SRAG confirmados para COVID-19. Para os casos de SRAG Hospitalizados o tempo médio decorrente entre o início dos sintomas e a internação foi de 5,4 dias, com mediana de 4 dias.

A média do tempo de notificação dos casos de SRAG Hospitalizados (diferença entre data da digitação da ficha de notificação no sistema SIVEP Gripe e data de internação dos casos) foi de 4,8 dias e mediana de 2 dias. A média do tempo de digitação dos casos no SIVEP a partir da data de início de sintomas foi de 10 dias com mediana de 8 dias.

Para corrigir o intervalo entre a data de início de sintomas e a digitação no SIVEP Gripe foi realizada estimativa dos casos de SRAG hospitalizados por meio do *nowcasting*, técnica estatística que corrige os intervalos do sistema de vigilância e estima o número de casos que iniciaram os sintomas hoje, isto é, se adianta às notificações oficiais pelo tempo médio entre uma pessoa infectada sentir os sintomas e seu dado ser incluído no sistema de vigilância. Na prática, para obtenção de estimativas mais consistentes o cálculo é realizado para dois dias antes da data da análise.

Na distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, corrigida pelo método de *nowcasting*, há tendência de queda entre os dias 11 e 29/06 e após esta data a situação é de estabilidade, com variação entre 400 a 500 casos novos/dia até 20/07.

Figura 10 – Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizados, em residentes no município de São Paulo, por data de início dos sintomas e correção do a entre o início dos sintomas e a digitação pelo método de *nowcasting* até 20/07/2020. MSP, 2020



Fonte: SIVEP Gripe, 22/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

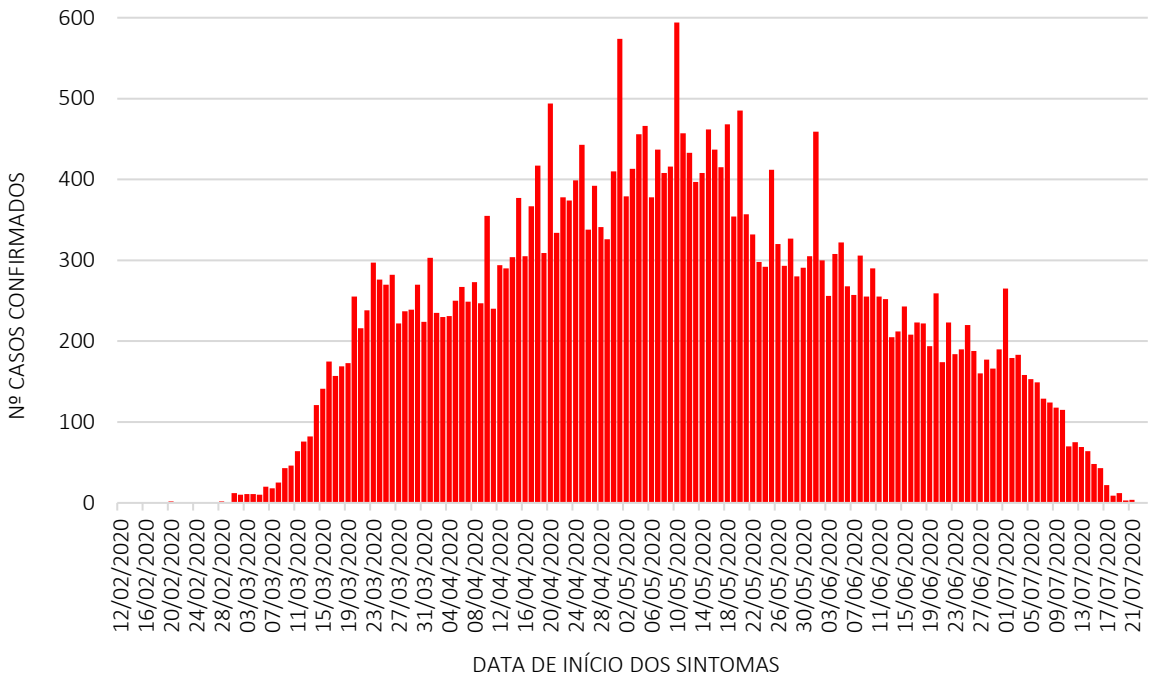
Na figura 11 estão representados os casos de SRAG hospitalizados confirmados para COVID-19 distribuídos por data de início dos sintomas.

Observa-se um aumento significativo do número de casos confirmados a partir do início de março de 2020. O primeiro pico no número de SRAG confirmadas para COVID-19 ocorreu em 23/03/2020. Entre 23/03/2020 e 13/04/2020 o número de casos de SRAG confirmadas variou entre 220 e 305 casos/dia.

De 14/04/2020 a 20/05/2020 ocorreu novo aumento do número de casos confirmados, que oscilou de 300 e 480 casos/dia, com um pico de 594 casos confirmados para COVID- 19 no dia 10/05/2020. Pode-se dizer que este foi o período mais crítico em relação aos casos graves hospitalizados no MSP. Entre 21/05/2020 e o dia 01/07/2020 há uma variação entre 334 e 160 casos confirmados/dia.

Nos últimos 20 dias, observa-se uma **diminuição do número total de casos de SRAG confirmados** para COVID-19. Cabe destacar que os casos mais recentes possuem um intervalo entre a data de início dos sintomas, a internação, a notificação e o encerramento dos casos. Entretanto, a tendência de queda tem se mostrado uma realidade.

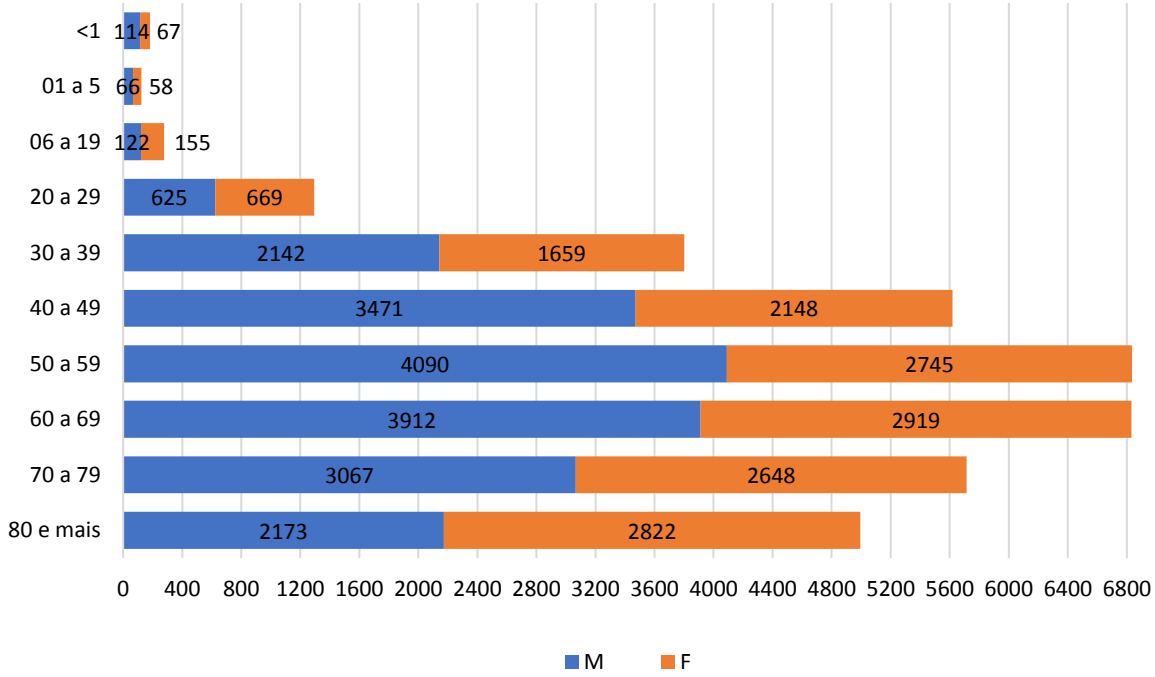
Figura 11 - Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, confirmados para COVID-19 (n =35.673), residentes no município de São Paulo, segundo a data de início dos sintomas. MSP, 2020.



Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

Dos 35.673 casos de SRAG hospitalizados confirmados para COVID-19, a maior parte (19.782 casos – 55,5%) se refere a indivíduos do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 6.835 (19,16%) têm entre 50 e 59 anos, seguidos por 6.831 (19,14%), na faixa entre 60 a 69 anos (Figura 12).

Figura 12 - Distribuição dos casos de SRAG hospitalizados, confirmados para COVID-19 (n =35.673), residentes no município de São Paulo, segundo a faixa etária (anos) e o sexo. MSP, 2020



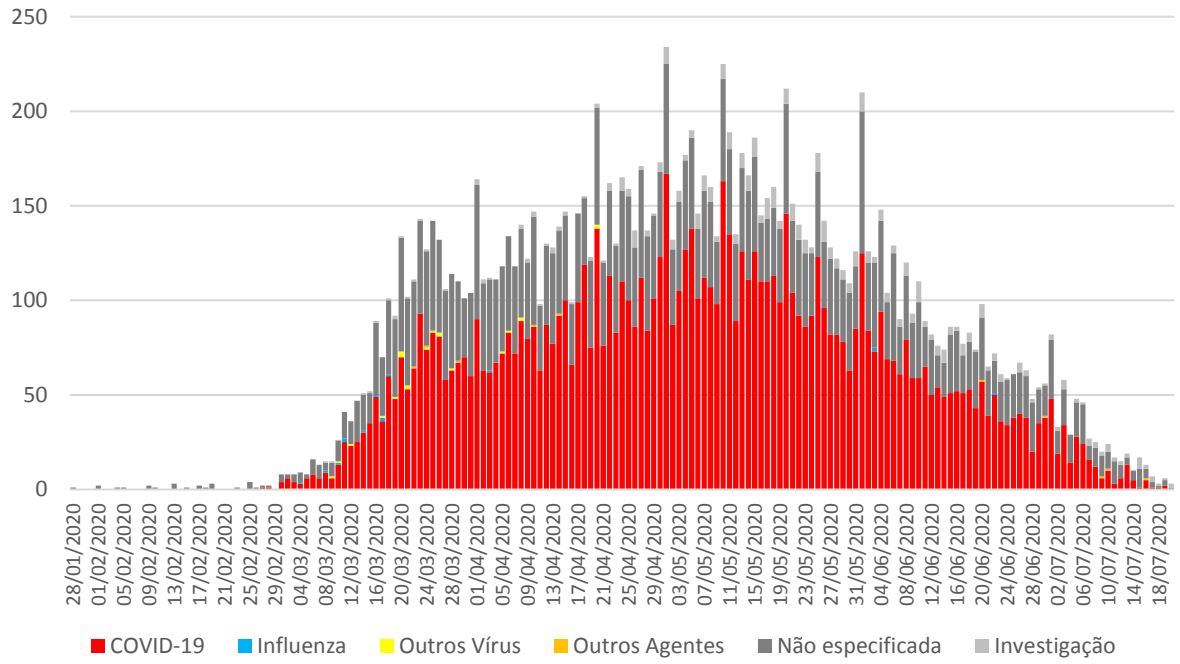
Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

2.2. Óbitos (SIVEP) de COVID-19 no Município de São Paulo

Dentre os **66.090 casos de SRAG hospitalizado**s residentes no MSP e notificados até 23/07/2020, 14.356 (21,7%) evoluíram para o óbito.[10] Desses, 9.168 (63,9%) óbitos foram confirmados para a COVID-19, 15 (0,1%) foram confirmados para o vírus influenza, 21 casos (0,1%) tiveram diagnóstico para outros vírus, 10 (0,1%) foram confirmados para outros agentes, 4.681 (32,6%) foram classificados como SRAG não especificada e 470 (3,3%) permanecem em investigação (Figura 13).

[10] Nos hospitais municipais e leitos contratualizados, esse percentual encontra-se em 19%. Boletim diário de 31/07/2020.

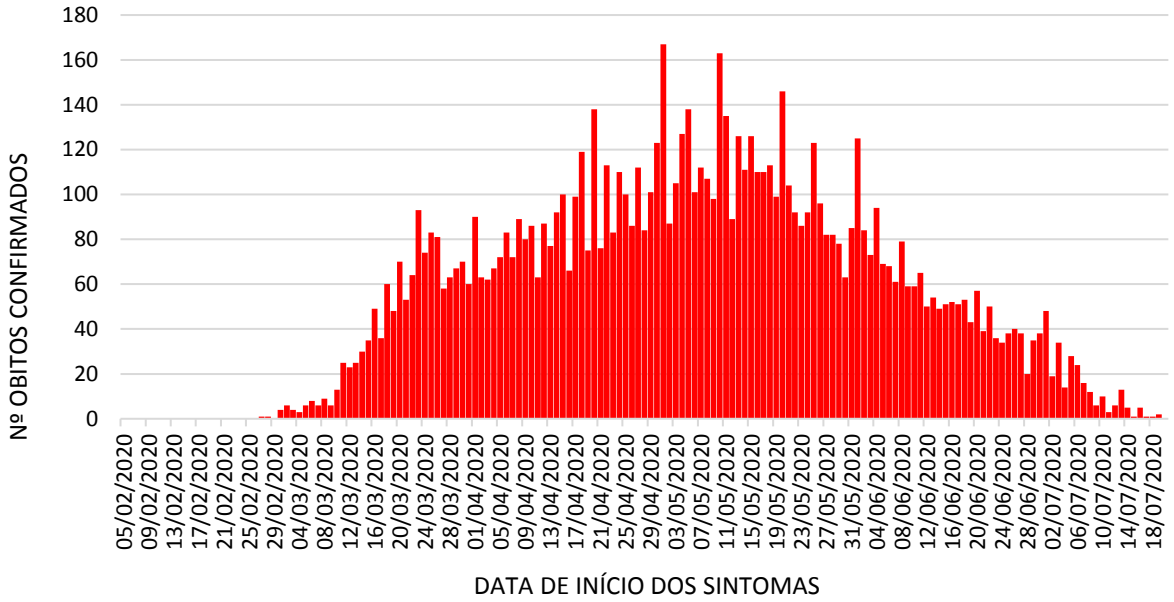
Figura 13 – Distribuição dos óbitos por SRAG hospitalizados (n = 14.356), residentes no município de São Paulo, segundo a data de início de sintomas e a classificação final. MSP, 2020.



Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

Em relação aos 9.168 óbitos confirmados para COVID 19, observa-se aumento a partir do início de março de 2020, com variação de 60 a 100 óbitos/dia no período de 20/03/2020 a 17/04/2020. Na segunda quinzena de abril ocorreu novo aumento dos óbitos, que se manteve até 02/06, com picos de até 167 óbitos/dia, configurando o período mais crítico em relação aos óbitos para o MSP. A partir do início do mês de junho, observa-se diminuição do número de óbitos, com registros variando entre 40 e 50 óbitos/dia, como ilustra a figura 14.

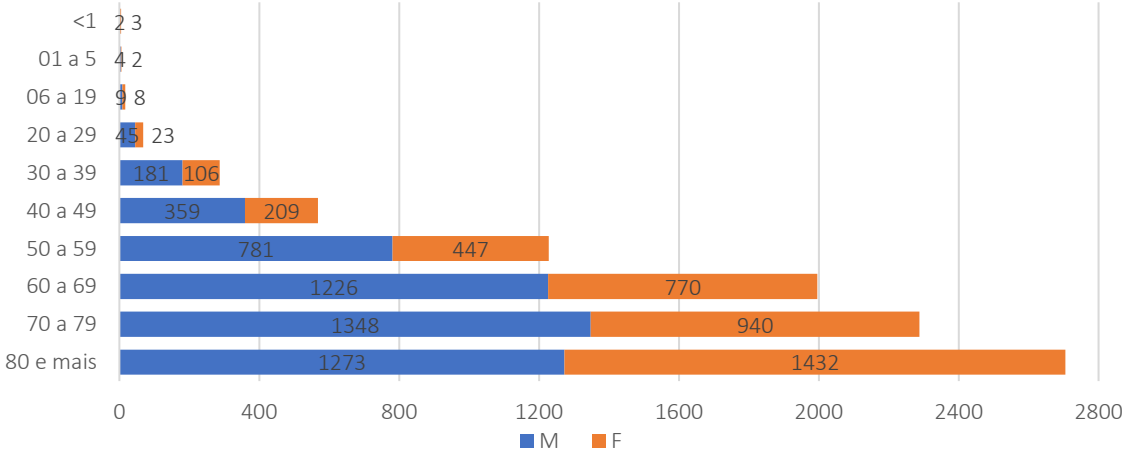
Figura 14 – Distribuição dos óbitos por SRAG hospitalizados (n = 9.168), confirmados para COVID-19, residentes no município de São Paulo, segundo a data de início de sintomas. MSP, 2020



Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

O tempo médio de internação para os óbitos confirmados de COVID-19 foi de 10 dias, com mediana de 8 dias. Dos 9.168 óbitos confirmados para COVID-19, a maior parte (5.228 óbitos – 57,1%) se refere a indivíduos do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 2.705 óbitos (29,5%) foram de indivíduos com 80 anos ou mais, seguido por 2.288 (25%) com 70 a 79 anos (figura 15). O número de óbitos confirmados para COVID-19 aumenta proporcionalmente à faixa etária dos casos, o que evidencia a importância da idade mais avançada no desfecho desfavorável da doença.

Figura 15 – Distribuição dos óbitos confirmados para COVID-19 (n = 9.168), residentes no município de São Paulo, segundo a faixa etária e o sexo. MSP, 2020.

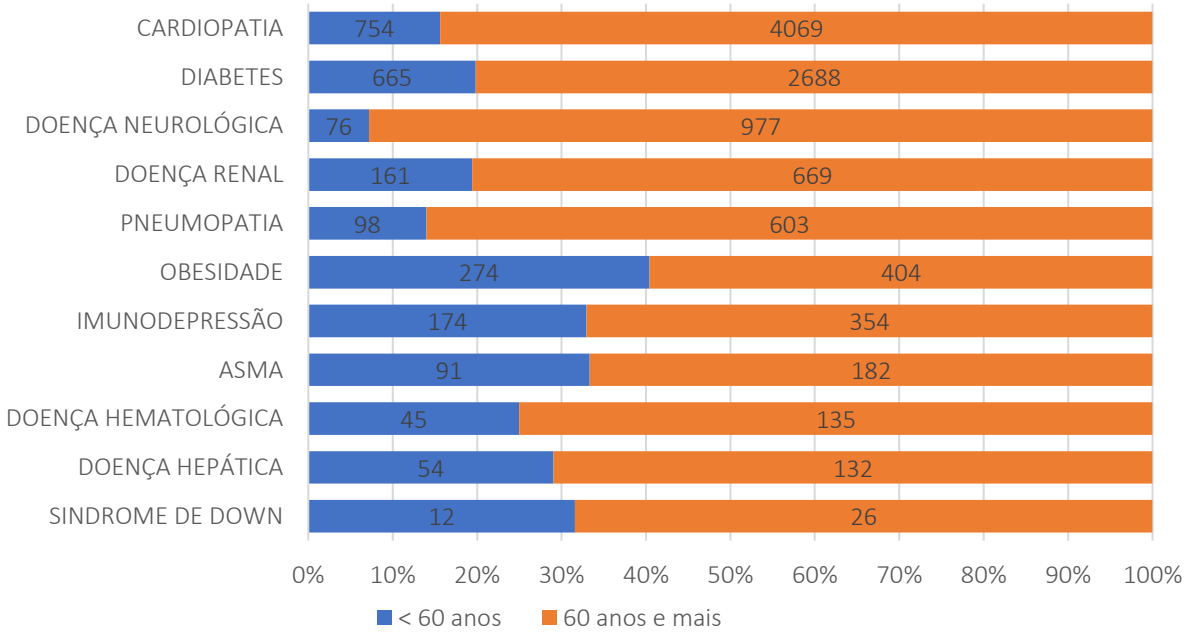


Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

Dos 9.168 óbitos confirmados para COVID-19, 8.601 (93,8%) possuem fatores de risco associados.

Em relação aos fatores de risco ou comorbidades, 56% apresentavam cardiopatia (4.823), 38,9% tinham diabetes (3.353) e 12,2% apresentavam doença neurológica (1.053). Nota-se que a mortalidade se concentra na população idosa com comorbidades, com destaque para o fator de risco Obesidade, uma vez que dentre os que faleceram, 40,4% tinham menos de 60 anos de idade, como revela a figura 16.

Figura 16 – Distribuição dos óbitos por SRAG hospitalizados, confirmados para COVID-19, residentes no município de São Paulo, segundo a faixa etária e fatores de risco ou comorbidades. MSP,2020

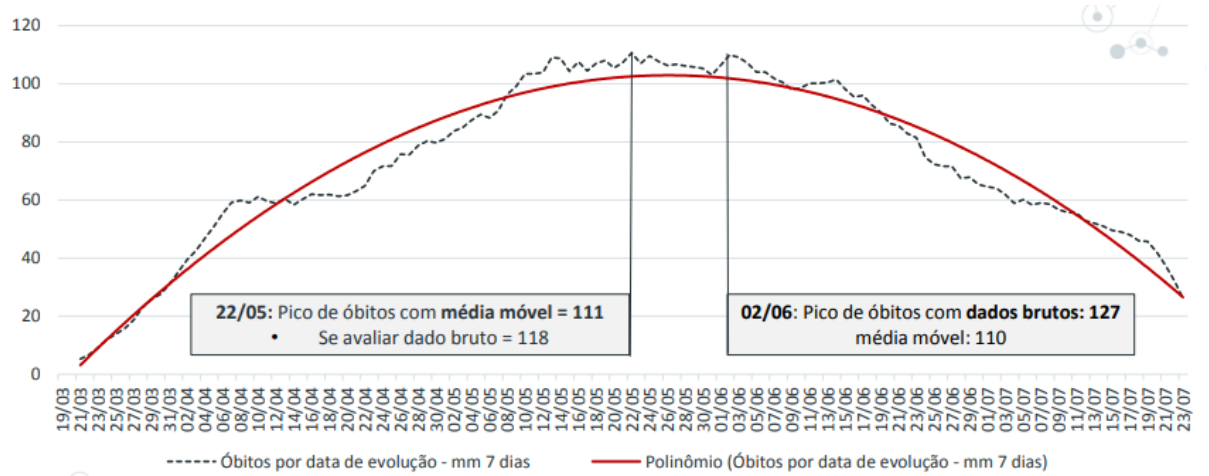


Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Dados sujeitos a alterações.

Há ainda, 9 casos de óbitos confirmados para COVID-19 em gestantes e 8 puérperas.

Entre profissionais e saúde, até 23/07, houve 26 óbitos, sendo 7 auxiliares de enfermagem, 6 médicos, 5 técnicos de enfermagem, 2 fisioterapeutas, 1 Agente Comunitário de Saúde, 2 cirurgiões dentistas, 1 atendente de enfermagem, 1 atendente de farmácia e 1 recepcionista de consultório médico.

Figura 17 – Novos óbitos confirmados por COVID-19 - média móvel 7 dias



Fonte: SIVEP Gripe, 23/07/2020. Óbitos por data de evolução.

Analisando a média móvel de 7 dias dos novos óbitos registrados no SIVEP-Gripe (figura 17) observa-se o pico m 22/05, quando registrou 111 óbitos. A partir desta data inicia-se sólida trajetória decrescente, configurando o êxito da estratégia de cuidado da SMS no controle da letalidade da doença.

2.3. R efetivo no município de São Paulo

O Número Reprodutivo efetivo (Re) é a média de pessoas contaminadas por um infectado. Valores maiores que 1 indicam que o número de novos casos está aumentando. Valores de Re próximos de 1 indicam que a cada dia temos um número constante de casos. E apenas valores de Re abaixo de 1 por muitos dias indica seguramente tendência de redução no número de casos. O Observatório COVID-19 BR estima o Re da epidemia de COVID-19 no Brasil diariamente e no MSP baseando-se nos dados estimados de casos graves**. No momento o Re está entre 0.72 e 0.99 (**Dados de 28/07/2020).

Fonte: Observatório COVID-19 BR.
Disponível em: https://covid19br.github.io/municipios.html?aba=aba3&uf=SP&mun=Sao_Paulo&q=dia#

2.4 Análise de óbitos – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade

O Programa de Aprimoramento das Informação de Mortalidade - **PRO-AIM**, tem como missão o aprimoramento da informação e investigação das mortes na cidade. Para o monitoramento da COVID-19 na cidade, a SMS acompanha os óbitos nos sistemas nacionais de vigilância (SIVEP-Gripe) e complementarmente, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), observa o comportamento dos óbitos confirmados e suspeitos por meio das declarações de óbito que chegam a PRO-AIM - SMS/SP.[11]

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é de cobertura populacional e reúne importantes informações sobre os óbitos, essenciais para o acompanhamento e investigação de qualquer agravo. Para analisar a evolução de óbitos por doenças e agravos, o PRO-AIM trabalha em parceria com o sistema de vigilância sob responsabilidade da COVISA/SMS. Destaca-se que o PRO-AIM não é um sistema de vigilância, seu propósito é a investigação das mortes em uma rede implementada entre hospitais, cartórios e serviço funerário.

Até o dia **31/07/2020**, o total de **óbitos ocorridos** no município de São Paulo foi de **67.485** óbitos e deste total, **12,5%** foram de residentes de outros municípios.

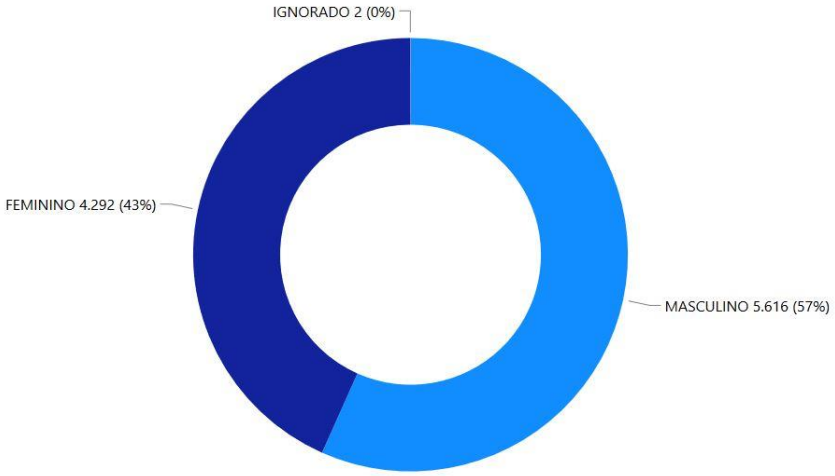
No total de óbitos ocorridos observa-se que **15.753** estão relacionados à COVID-19, sendo **9.969** confirmados e **5.784** suspeitos.

Ressalta-se que, dos óbitos relacionados à COVID-19, **13,9%** foram de residentes de outros municípios, representando um total de **2.197** óbitos de não-residentes no município, (**75,7%** eram maiores s de 60 anos) sendo 1.688 tiveram diagnóstico confirmados e 509 suspeitos.

Como se pode observar na figura 18, do total de óbitos registrados até 31/07/2020, **4.292** eram de pessoas do sexo feminino, o que corresponde a **43%** do total, enquanto houve **5.616** óbitos de pessoas do sexo masculino (**57%**).

[11] Maiores informações em sobre o PRO-AIM/SIM disponíveis em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/index.php?p=29586>.

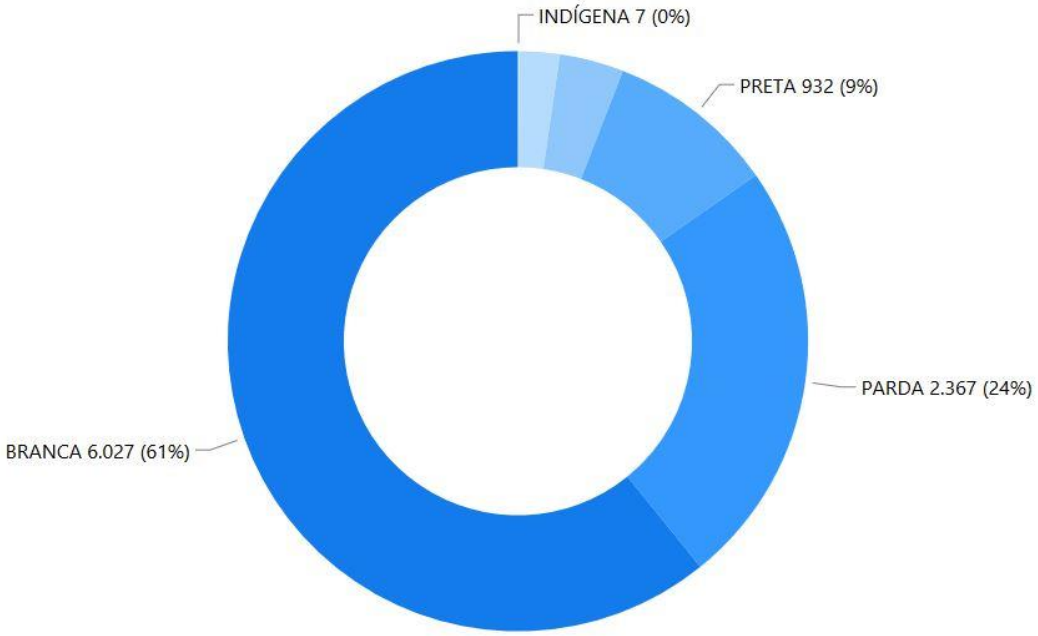
Figura 18 - Total de óbitos de residentes confirmados de COVID-19 segundo sexo. MSP, 2020.



Fonte: SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP. Óbitos ocorridos até 31/07/2020. Dados extraídos em 03/08/2020.

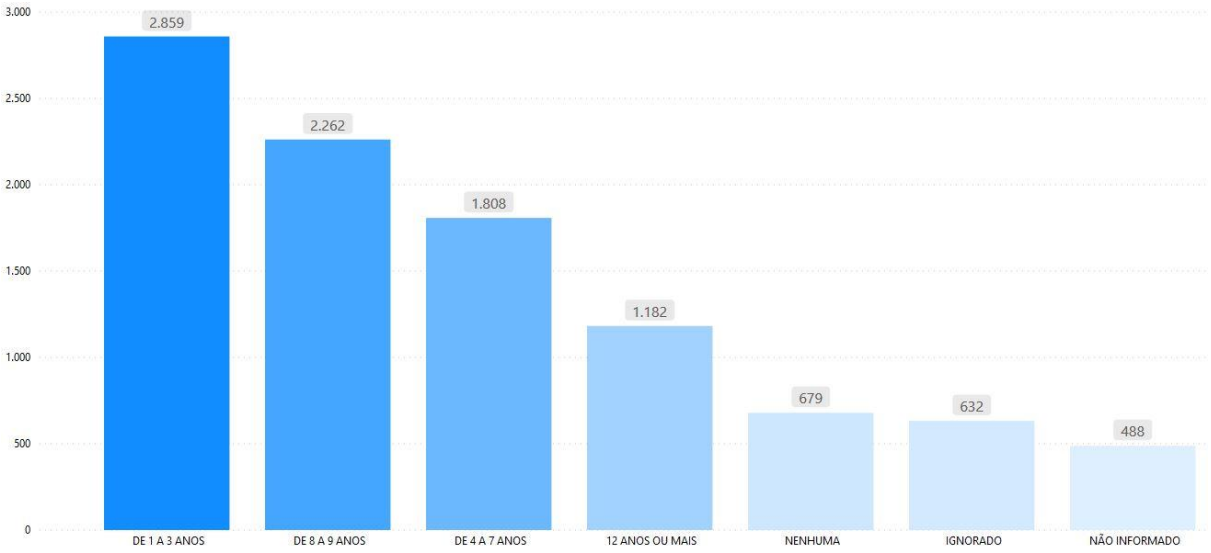
Na figura 19, por sua vez, pode-se observar a distribuição de óbitos confirmados até 31/07/2020 por raça/cor. Do total, 6.027 (61%) óbitos foram de pessoas brancas; 2.367 (24%) de pessoas pardas; 932 (9%) de pessoas pretas e 7 de pessoas indígenas (taxa menor que 1%).

Figura 19 - Total de óbitos de residentes confirmados de COVID-19 segundo raça/cor. MSP, 2020.
Fonte: SIM/PRO-AIM/CEInfo/ SMS-SP. Óbitos ocorridos até 31/07/2020. Dados extraídos em 03/08/2020.



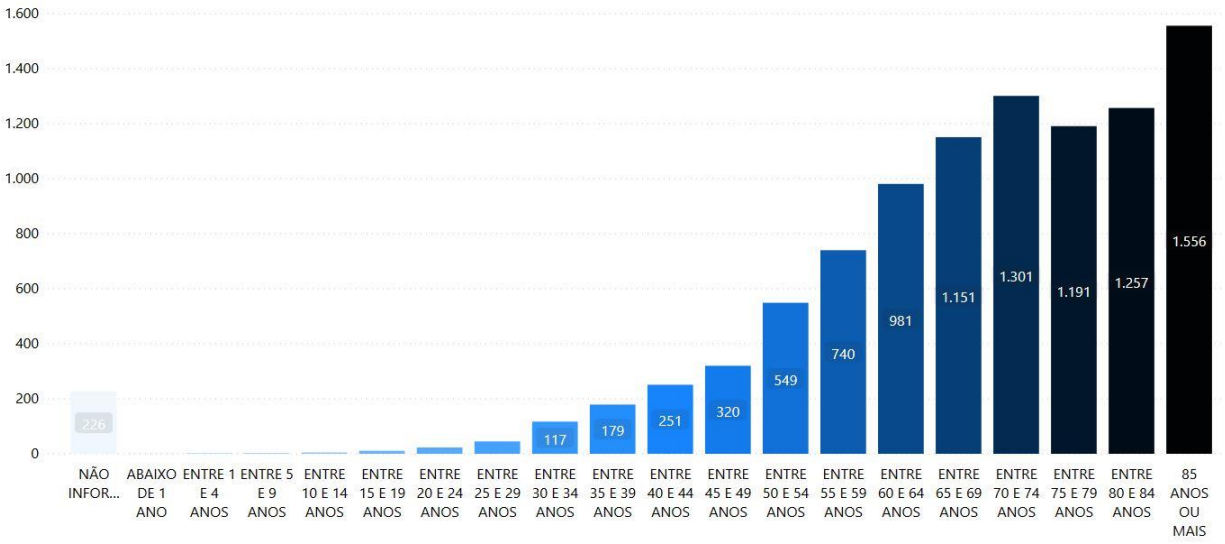
As figuras 20 e 21 apresentam a distribuição dos óbitos confirmados segundo anos de escolaridade e faixa etária, respectivamente.

Figura 20 - Total de óbitos de residentes confirmados de COVID-19 segundo anos de escolaridade. MSP, 2020.



Fonte: SIM/PRO-AIM/CEInfo/ SMS-SP. Óbitos ocorridos até 31/07/2020. Dados extraídos em 03/08/2020.

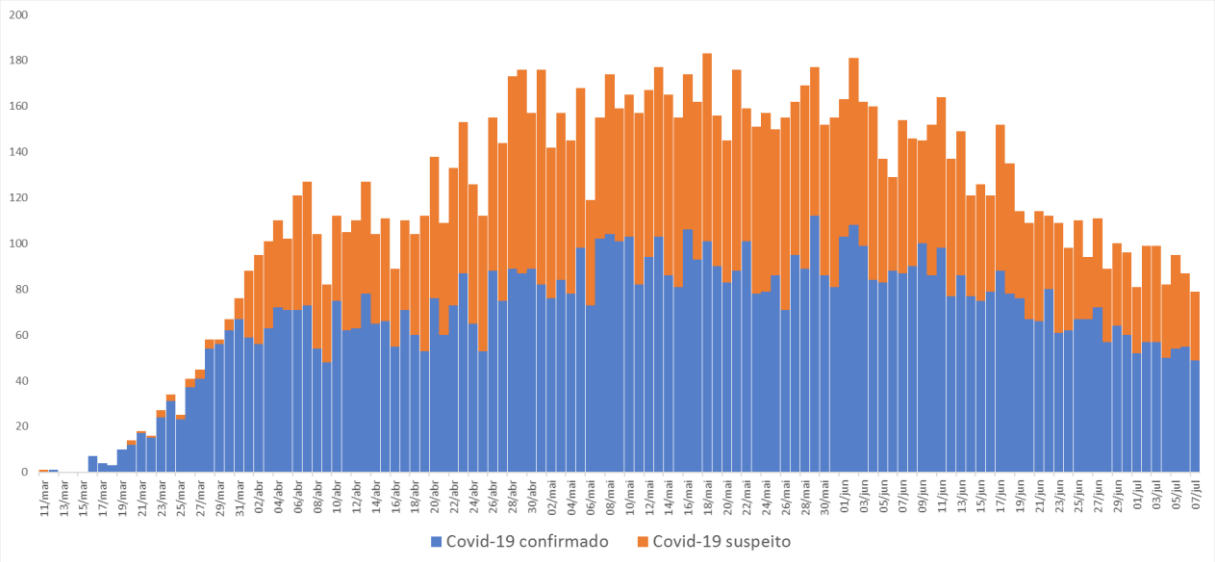
Figura 21 - Total de óbitos de residentes confirmados de COVID-19 segundo faixa etária. Município São Paulo, 2020.



Fonte: SIM/PRO-AIM/CEInfo/ SMS-SP. Óbitos ocorridos até 31/07/2020. Dados extraídos em 03/08/2020.

Considerando os óbitos de residentes segundo a data de óbito, o pico de óbios se deu 2 de julho, como se pode observar na figura 22.

Figura 22 - Total de Óbitos de residentes por COVID-19 confirmados e suspeitos segundo data do óbito. Município São Paulo, 2020.



Fonte: SIM/PRO-AIM/CEInfo/ SMS-SP

Nos óbitos analisados por faixa etária, as taxas de mortalidade específicas por faixa etária (base 100.000) são maiores na população de 60 anos, observando-se para a população com idade igual ou superior a 75 anos o valor de 1.367 óbitos por 100.000 habitantes (COVID-19 confirmados e suspeitos).

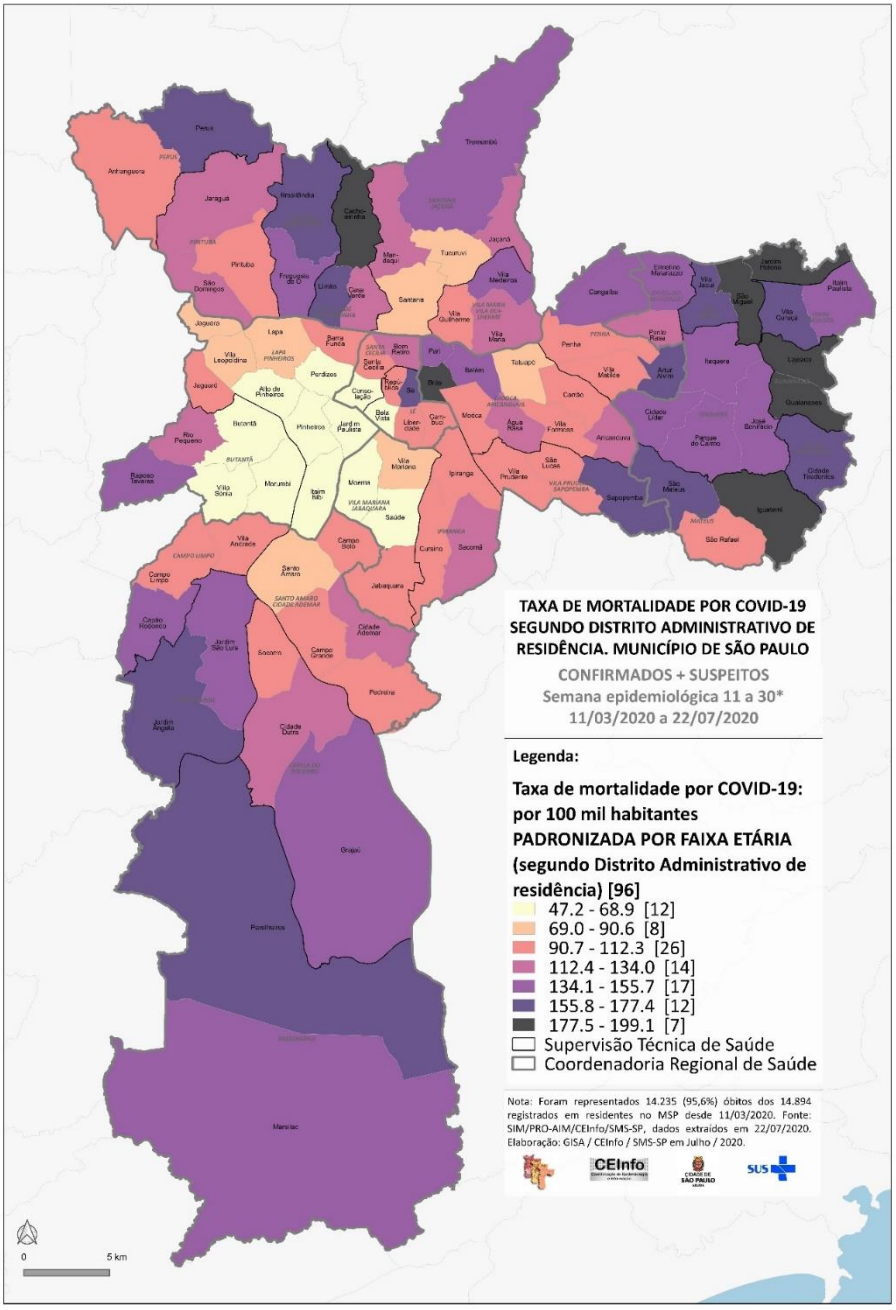
Considerando a variável sexo, a taxa de mortalidade por COVID-19 (confirmados e suspeitos) padronizada por idade foi 157 por 100.000 hab (masculino) e 86 (feminino).

Para a análise da variável raça/cor foram consideradas as proporções de cada categoria no Censo 2010, e aplicadas na população estimada para 2020. As taxas foram também padronizadas por idade para a comparação dos valores em bases mais realistas. As Taxas de Mortalidade padronizadas (base 100.000) dos óbitos totais (confirmados e suspeitos) são maiores no quesito raça/cor Preta com 223 óbitos por 100.000 habitantes e na Parda com 183 óbitos por 100.000 habitantes. Na sequência a Branca com 116, Indígena com 103 e Amarela com 74 óbitos por cada 100.000 habitantes.

As Coordenadorias Regionais de Saúde que apresentaram maiores taxas de mortalidade (base 100.000), quando analisados os óbitos COVID-19 confirmados foram: CRS Leste (80), CRS Norte (70) e CRS Sul (65). Na sequência, estão Sudeste (58), Centro (53) e Oeste com (45) óbitos para cada 100.000 habitantes.

A figura 23 apresenta a distribuição espacial de óbitos confirmados e suspeitos por COVID-19 segundo Distrito Administrativo (DA) de residência, conforme a taxa de mortalidade por 100.000 habitantes padronizada por faixa etária.

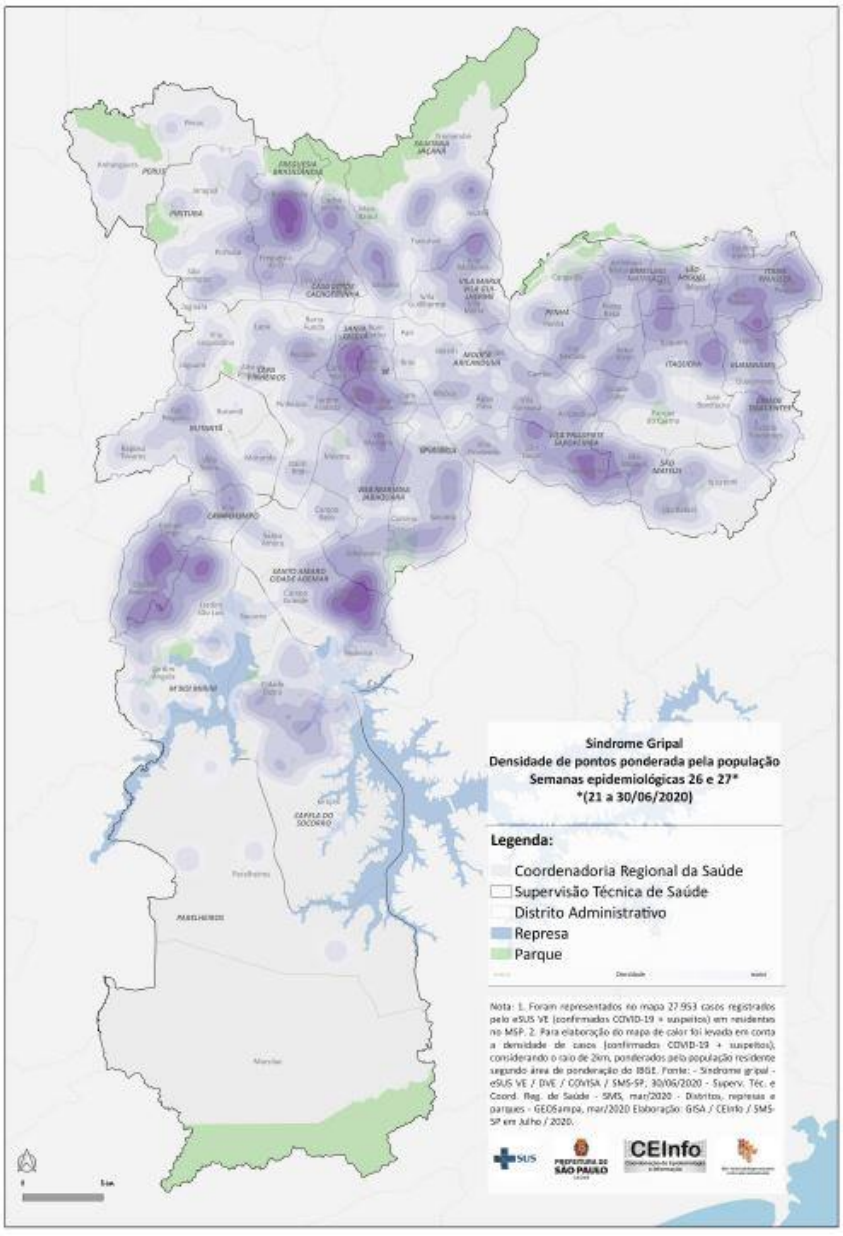
Figura 23 – Taxa de mortalidade por COVID-19 (suspeitos e confirmados) por 100.000 habitantes padronizada por faixa etária. Município de São Paulo,2020. **09/07/2020**.



2.5. Impacto da estratégia de mapeamento de casos na condução da epidemia

Os **casos confirmados e suspeitos (e-SUS e SIVEP-Gripe)**, quando mapeados por distritos administrativos, em 30 de junho, revelaram uma maior concentração em 14 distritos (***hotspot***): Brasilândia; Cachoeirinha; Jaçanã/Tremembé, Liberdade, Santa Cecília/Republica, Cidade Ademar, Jd. São Luís, Campo Limpo, Capão Redondo, Parque São Lucas/Formosa, Sapopemba,, Itaim Paulista, Itaquera, Lajeado. Essa distribuição também foi ratificada pelos resultados alcançados nas fases atuais do inquérito sorológico que vem sendo realizado pelo município desde 21 de junho.

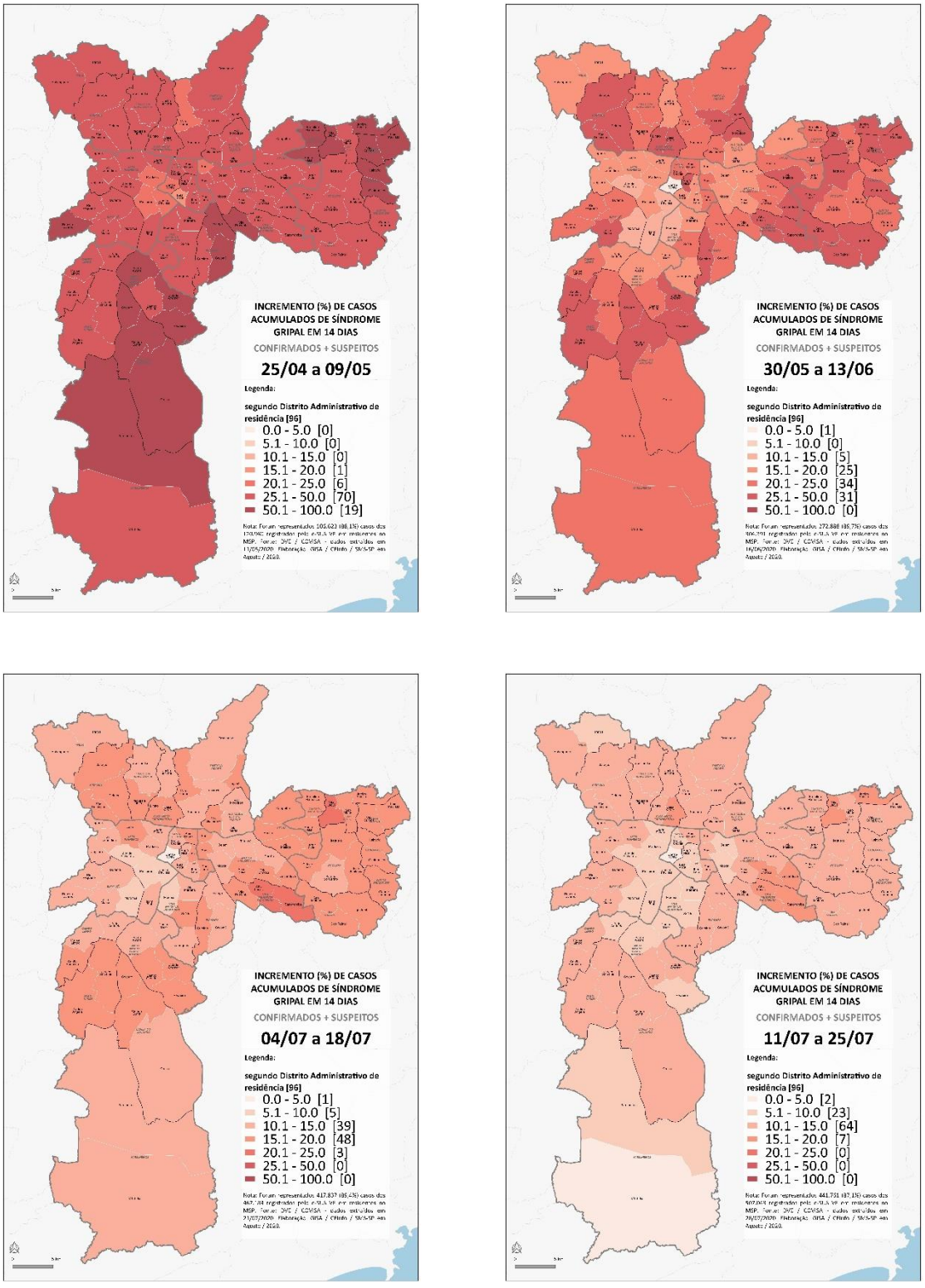
Figura 24 – Mapeamento de *hotspot* (densidade de pontos ponderada pela população) de casos de Síndrome Gripal.



A rede de atenção à saúde do município tem como premissa, em atenção aos protocolos ministeriais e conforme seus protocolos adaptados **a testagem de todas as pessoas sintomáticas respiratórias**, independentemente da gravidade. A partir do mapeamento dos territórios identificados nos *hotspots,* a SMS implementou uma estratégia de acompanhamento de todos os contatos domiciliares dos casos sintomáticos nos territórios das CRS, o que contribuiu para o controle da disseminação da doença nas áreas mais vulneráveis. Essa estratégia fortalece justamente um dos pilares do SUS, que é a atenção a saúde com equidade.

Conforme a figura 25, o incremento percentual de casos acumulados de síndrome gripal em 14 dias vem se mostrando descrente.

Figura 25 – Incremento percentual de casos acumulados de Síndrome Gripal em 14 dias.



3. Gestão da Assistência

A atenção básica, enquanto ordenadora do cuidado, destaca-se em seu papel no **monitoramento e cuidado da população de seu território.** Considerando o conhecimento da gravidade do risco de morte nestas populações e sua dificuldade no autocuidado e monitoramento de suas condições de saúde como hipertensão e diabetes, as unidades básicas de saúde atuam de maneira proativa como sentinela de detecção precoce de casos.

Para melhor articulação da rede com definição clara de protocolos e fluxos, a SMS publicou diversos documentos para orientar a ação das equipes, aprimorar o fluxo entre os pontos de atenção e definir critérios técnicos para cuidado.

São os principais **pontos de atenção** à COVID-19:

I. Unidade Básica de Saúde (UBS): ações de promoção e prevenção, monitoramento e acompanhamento dos casos sintomáticos leves e encaminhamento de casos para os hospitais de campanha e referência;

II. Hospital de Campanha – Anhembi: referência para rede básica e hospitalar para casos de baixa complexidade com potencial de agravamento, conforme quadro clínico e comorbidades e para casos de média complexidade;

III. Hospital Municipal: Atendimento dos casos críticos em enfermaria e UTI;

IV. Hospital de Campanha – Pacaembu: assistência aos casos graves em restabelecimento que necessitem de continuidade do cuidado e pacientes COVID oncológicos, com objetivo de reduzir a pressão aos leitos de UTI dos hospitais municipais.

V. Rede de Urgência e Emergência - UPAs, PS, AMAs 12h e 24h, PA: atendimento a situações de emergência, observação e pronto-encaminhamento para os hospitais de campanha e de referência.

Se por um lado, a atuação de maneira organizada tem o potencial de reduzir a pressão sobre a rede hospitalar, por outro, a integralidade da atenção é uma estratégia-chave no acompanhamento dos casos leves e intervenção oportuna, com vistas à identificação, cuidado e estratificação dos casos que têm o potencial de agravarem.

As diretrizes que norteiam as ações para o enfrentamento à pandemia consideram o Decreto n° 59.283, de 16 de março de 2020, que declara situação de emergência no município de São Paulo e se baseiam na Atenção Básica como porta de entrada do sistema de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde - UBS, equipamentos de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Unidades de

Pronto Atendimento (UPA) e Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS). Essa rede assistencial tem o papel de prestar assistência à população em geral e desenvolver ações estratégicas para alcançar as comunidades e indivíduos com maior vulnerabilidade.

Para tanto, foram definidas diretrizes que foram regulamentados e publicizadas em toda rede, são essas:

- *Protocolo para Enfrentamento à COVID-19 em São Paulo:* Cuidados na Atenção Básica - Recomendações, Fluxograma e Critérios de Encaminhamento para Hospitais de Campanha - HCAMP com manual de recomendações para a rede básica municipal de saúde frente à pandemia de coronavírus (COVID-19) - 39 Recomendações Técnicas – Portaria SMS.G nº 187 de 17 de abril de 2020 - Institui o Protocolo para Enfrentamento à COVID-19 em São Paulo: Cuidados na Atenção Básica - Recomendações, Fluxograma e Critérios de Encaminhamento para Hospitais de Campanha – HCAMP e define o papel dos principais pontos de atenção à COVID-19 no Município de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FLUXO_AB_COVID19_ANEXO_E_MANUAL_20_05_FINAL.pdf
- Recomendação Técnica para intervenção oportuna na COVID-19 em casos sintomáticos nos diferentes pontos de atenção à saúde - PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 222 DE 19 DE MAIO DE 2020 - Apresenta Recomendação Técnica para intervenção oportuna na COVID-19 em casos sintomáticos nos diferentes pontos de atenção à saúde
- Recomendação técnica para manejo comunitário da COVID-19. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/coronavirus/index.php?p=291766
- Documentos Técnicos, disponíveis em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/coronavirus/index.php?p=291766
- Portaria SMS.G nº 260/2020, de 19 de junho de 2020 e Portaria SMS.Gnº261/2020, de 22 de junho de 2020. Disponíveis em: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/

Ressalta-se que as Portarias SMS.G nº 260 e 261 estabelecem o retorno gradual aos atendimentos agendados em conformidade com as normas de biossegurança e distanciamento social, de acordo com o cenário da pandemia. As agendas retomaram com prioridade para usuários agendados anteriormente. Os usuários estão sendo contatados e orientados a comparecer a unidade para atendimento em dia e horário previamente agendados.

3.1. Atenção Básica

3.1.1. Atendimentos realizados

Conforme estabelecido pela **Portaria SMS.G nº 154**, de 21 de março de 2020, e **Portaria SMS.G nº 182**, de 15 de abril de 2020, as unidades continuaram em funcionamento durante a situação epidemiológica da COVID-19, com exceção dos atendimentos agendados, que foram retomados conforme **Portaria SMS.G nº 260/2020**, de 19 de junho de 2020, em conformidade com as normas de biossegurança e distanciamento social, com prioridade para usuários agendados anteriormente.

Não tiveram nenhuma interrupção durante a pandemia:

- Acolhimento, coleta de exames, curativo, inalação, medicação e procedimentos;
- Vacinação – Campanha *Influenza* e primeira infância;
- Mãe Paulistana: assistência ao pré-natal e puerpério;
- Assistência ao recém-nascido e puericultura;
- Acompanhamento e assistência a pacientes com doenças infecciosas (como tuberculose, sífilis, HIV, entre outras);
- Acompanhamento e assistência a pacientes com doenças crônicas (como hipertensão, diabetes, entre outras);
- Atendimento às urgências clínicas e odontológicas;
- Monitoramento e assistência a pacientes sintomáticos respiratórios;
- Monitoramento e assistência a pacientes idosos e de outros grupos de risco;
- Fornecimento de medicamentos nas farmácias públicas municipais.

O quantitativo dos atendimentos realizados na Atenção Básica, no **período de 01 de março a 31 de julho de 2020**, estão consolidados na **figura 26.**

Figura 26: Quantidade de atendimentos por subgrupo de procedimentos realizados em UBS e AMA – 01 de março a 31 de julho/2020 – SMS/SP

Procedimento	Tipo de Procedimento	Total
Acolhimento	Acolhimento	20.792
	Acolhimento Com Classificação De Risco	426.985
	Acolhimento na Atenção Básica Nível Médio	25.464
	Acolhimento na Atenção Básica Nível Superior	65.447
	Escuta Inicial / Orientação (acolhimento a demanda espontânea)	914.255
Atendimento de urgência	Atendimento de Urgência em Atenção Básica	1.467.429
	Atendimento de Urgência em Atenção Básica com observação (até 8 h)	87.323
	Atendimento de Urgência em Atenção Básica com remoção	26.054
Consultas	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica (Exceto Médico)	1.035.533
	Consulta Médica em Atenção Básica	2.102.615
	Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Básica	144.962

Procedimentos gerais	Administração de Medicamentos em Atenção Básica (por paciente)	1.300.594
	Aferição de Pressão Arterial	986.908
	Curativo (por paciente)	165.188
	Eletrocardiograma	51.076
	Glicemia Capilar	202.183
Visita domiciliar	Visita Domiciliar	31.441
	Visita Domiciliar Por Profissional de Nível Médio	6.271.803
	Visita Domiciliar Por Profissional de Nível Superior	2.195

Fonte: CEInfo/SMS SIGA – Adaptação por subgrupo

3.1.2. Monitoramento dos pacientes sintomáticos respiratórios leves

O monitoramento diário por um período de 14 dias, a partir do primeiro atendimento realizado feito pela UBS, foi instituído para o acompanhamento dos pacientes sintomáticos respiratórios leves que estão em isolamento domiciliar. Esse monitoramento é realizado por telefone ou, caso não seja possível, por meio de visita domiciliar. De acordo com a avaliação do quadro clínico, o paciente pode receber alta, ser encaminhado para um Hospital de Campanha ou para o Hospital de referência COVID-19 da região, conforme fluxo estabelecido.

Na **figura 27** é apresentado o monitoramento dos pacientes sintomáticos respiratórios leves realizado pelas UBS e na **figura 28** é demonstrado o perfil dos pacientes segundo raça/cor, ambos no **período de 23 de abril a 31 de julho/2020**.

Figura 27: Monitoramento de pacientes sintomáticos respiratórios leves pelas UBS – 23 de abril a 31 de julho/2020 – SMS/SP

CRS	Nº total de pacientes monitorados pelas UBS	Nº total de pacientes que receberam alta	Nº atual de pacientes ainda em monitoramento	Nº pacientes transferidos para serviços urgência e emergência/ hospitais	Outros desfechos	
					Óbito domiciliar	Perda de monitoramento
NORTE	72.995	50.664	15.459	982	183	5.707
SUL	85.020	64.810	18.106	695	302	1.107
OESTE	29.688	15.575	11.130	511	48	2.424
LESTE	112.960	62.126	43.542	2.034	92	5.166
CENTRO	8.104	3.428	3.634	79	8	955
SUDESTE	83.546	56.312	19.533	1.331	46	6.324
TOTAL	**392.313**	**252.915**	**111.404**	**5.632**	**679**	**21.683**

Fonte: SMS/CRS/STS

Figura 28: Monitoramento de pacientes sintomáticos respiratórios leves pelas UBS, segundo quesito raça/cor – 23 de abril a 31de julho/2020 – SMS/SP

CRS	Nº total de pacientes monitorados pelas UBS pardo	Nº de pacientes por quesito raça/cor					
		preto	branco	amarelo	indígena	Raça/cor não info.	pardo
NORTE	72.995	30.922	7.280	33.108	1.365	265	55
SUL	85.020	51.454	6.329	24.011	2.554	647	25
OESTE	29.688	10.090	2.432	16.690	447	29	0
LESTE	112.960	53.805	21.290	33.541	3.965	359	0
CENTRO	8.104	3.304	641	3.977	131	8	43
SUDESTE	83.546	35.050	6.969	38.521	1.214	23	1.769
TOTAL	**392.313**	**184.625**	**44.941**	**149.848**	**9.676**	**1.331**	**1.892**

Fonte: SMS/CRS/STS

3.1.3. Saúde materno-infantil

Dentre as ações consideradas prioritárias neste momento, foram mantidas todas as atividades relacionadas ao atendimento do pré-natal e do puerpério, além das ações associadas à prevenção ou tratamento do câncer ginecológico e planejamento reprodutivo individual.

Instituiu-se ainda o monitoramento de todas as gestantes e puérperas por meio de ações desenvolvidas pelas UBS e pelo serviço de monitoramento "Alô Mãe", inclusive a busca pelas faltosas, por meio de contato telefônico ou visita domiciliar. Outra ação importante tem sido desenvolvida por apoiadoras da Atenção Básica que atuam dentro das maternidades, oferecendo orientações e garantindo o agendamento da consulta de puerpério e da primeira consulta do recém-nascido (RN). Em relação aos casos de gestantes e puérperas sintomáticas respiratórias, o monitoramento tem sido conduzido por meio dos bancos de dados disponíveis.

Na **figura 29** observa-se aumento das consultas de pré-natal, consultas de puerpério realizadas e exames papanicolau colhidos. Na **figura 30** é demonstrado o número de consultas de recém-nascidos realizadas, ambos os quadros se referem ao período de abril a 24 de julho/2020. No **Quadro 6** é apresentado o número de gestantes ativas por quesito raça/cor, dados acessados em 31 de julho/2020. As equipes de Atenção Básica têm realizado o monitoramento de **gestantes e puérperas** sintomáticas respiratórias. A identificação é diária das mesmas durante a **consulta de pré-natal e puerpério**. No momento **foram informadas 396 gestantes em monitoramento.**

Figura 29: Monitoramento do atendimento às gestantes, puérperas e coleta de colpocitologia oncótica (Papanicolau) nas UBS – abril a 24 de julho/2020 - SMS/SP

Monitoramento	Maio	Junho	Julho*	Total
Nº de gestantes atendidas em PN	**67.062**	**75.220**	**60.005**	**202.287**
Nº de gestantes reagendadas em PN	**15.268**	**16.567**	**12.909**	**44.744**
Nº de consultas de puerpério realizadas	**7.920**	**8.172**	**6.390**	**22.482**
Gestantes COVID 19 em acompanhamento (dados cumulativos)	**182**	**92**	**396**	**670**
Papanicolaou colhidos	**2.412**	**5.758**	**9.226**	**17.396**

Fonte: SMS/CRS - *dados até 24 de julho

Figura 30: Monitoramento das consultas de RN realizadas - abril a 24 de julho/2020 – SMS/SP

Monitoramento	Maio	Junho	Julho*	Total
Nº de consultas de RN realizadas	11.662	12.183	9.709	33.554

Fonte: SMS/CRS - *dados até 24 de julho

Figura 31: Monitoramento das gestantes ativas (em pré-natal) por quesito raça/cor, até 31/07/2020.

CRS	Nº total de gestantes ativas monitoradas	Nº de gestantes por quesito raça/cor					
		pardo	preto	branco	amarelo	indígena	não informado
NORTE	1.621	692	159	714	29	2	184
SUL	2.841	1.290	267	1.042	230	3	276
OESTE	440	176	48	202	2	0	60
LESTE	2.466	1.064	279	1.031	64	2	305
CENTRO	213	74	24	103	10	0	26
SUDESTE	1.220	109	109	590	230	0	127
TOTAL	**8.801**	**3.782**	**886**	**3.682**	**352**	**7**	**978**

Fonte: SIGA/BI Mãe Paulistana

3.1.4. Saúde do idoso

O município possui 12 **Unidades de Referência em Saúde do Idoso (URSI)**, nas quais tem sido realizado o atendimento remoto (por contato telefônico) aos idosos ativos, principalmente os mais frágeis, e priorizados os atendimentos presenciais para os casos mais necessários, por meio de visitas domiciliares aos impossibilitados de locomoção ou mais vulneráveis à contaminação. Assim o número de idosos atendidos, na URSI nos meses de abril a julho/2020, alcançou **12.582 idosos**.

A partir da segunda quinzena de junho de 2020, conforme estabelecido pela Portaria nº 260/2020, os serviços organizaram a retomada dos atendimentos **presenciais individuais, priorizando as consultas médicas e necessidades clínicas e utilizando critérios de agendamento que impeçam aglomerações no serviço.**

O município possui 48 equipes do **Programa Acompanhante de Idosos (PAI**), que realizam atendimento domiciliar a pessoas idosas em situação de fragilidade associada à vulnerabilidade e, por isso, a estratégia de atendimento durante a pandemia de COVID-19 foi manter as visitas domiciliares aos idosos em situação de maior vulnerabilidade e, também, àqueles com maior necessidade clínica. O número total de atendimentos realizados foi **58.764**, sendo o número de **idosos ativos (5.536) e atendidos (5.533) e externo (10.824) e domiciliar (21.386)**, realizados nos meses de abril a julho/2020.

As **equipes de PAI** até julho, também realizaram o monitoramento e acompanhamento de sintomáticos respiratórios suspeitos e COVID-19 positivos. Desde o início da pandemia na cidade, foram registrados 327 casos suspeitos e 152 casos confirmados até 27/07/2020, sendo 41 idosos internados e 56 óbitos (11%). Foram curados 287 idosos (59,9%).

Os **Serviços Sócio Sanitários públicos** são representados por **21 serviços** (13 ILPI Grau II, 1 ILPI Grau III e 7 CAEI) constituídos por **Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)** e **Centros de Acolhida Especial para Idosos (CAEI)**, gerenciados de forma híbrida pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento social (SMADS) em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), através da Portaria Intersecretarial SMADS/SMS nº 01 de 31/10/2018. Estes serviços atendem 1.105 idosos por meio do trabalho de 674 profissionais, incluindo as equipes da saúde (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem), e cada um deles tem uma UBS como referência.

As ações preconizadas por SMS através da AT de Saúde da Pessoa Idosa são:

- Vacinação contra Influenza em idosos residentes e profissionais;
- Orientação, supervisão e monitoramento de ações preventivas e de controle de surtos;
- Acompanhamento clínico de sintomáticos respiratórios suspeitos ou positivos para COVID-19;
- Organização da rede pública do território para gestão de casos, encaminhamentos, internação e atendimento de urgência;
- Organização de referência para isolamento dos idosos residentes positivos para COVID-19 (sintomáticos ou não) em locais de apoio (centro de acolhida e hospitais de campanha);
- Afastamento de profissionais sintomáticos (suspeitos ou positivos) e assintomáticos (positivos);
- Realização de testagem coletiva nos serviços para contenção de focos e surtos;
- Acompanhamento diário de casos.

No período de 23 de março a 31 de julho foram realizados **1.779 testes** em 100% dos idosos e profissionais de saúde que estiveram no cuidado desses munícipes nas instituições ILPI e CAEI. Os testes inconclusivos foram repetidos e foram identificados 146 idosos residentes positivos, dos quais 7,6% estavam sintomáticos. Esses idosos foram encaminhados para alas específicas de isolamento no

próprio equipamento ou externo (se necessário). Destaca-se ainda que os profissionais positivos também foram afastados.

O monitoramento das **Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI) privadas e filantrópicas** é realizado no território com ações integradas da Vigilância Sanitária e Unidades Básicas de Saúde. As ações propostas pela área técnica de saúde da pessoa idosa que estão sendo realizadas em todas as coordenadorias regionais de saúde do município são:

- Localização dos serviços cadastrados pela Vigilância Sanitária no território e, também, busca ativa de serviços ainda não cadastrados;
- Integração das UBS com estes serviços encontrados em sua área de abrangência;
- Vacinação contra Influenza em todos os equipamentos;
- Orientação sobre medidas de prevenção, monitoramento e controle de casos e possíveis surtos;
- Monitoramento de casos e medidas preventivas;
- Fluxos de avaliação e encaminhamento para casos suspeitos e confirmados para internos com acesso a medicina suplementar e, também, para usuários da rede pública;
- Realização de testes RT-PCR e Teste rápido;
- Visitas para alinhamento de condutas, supervisão e fiscalização, sob coordenação da Vigilância Sanitária;
- Intervenções e interdições (1 serviço já interditado) de acordo com avaliação da Vigilância Sanitária;
- Acompanhamento e monitoramento das ações pela interlocução da área técnica de saúde da pessoa idosa do território e,
- Outras medidas de suporte da UBS e UVIS que se fizerem necessárias.

No período de **01 de abril a 31 de julho**, **foram identificados 716** estabelecimentos privados e filantrópicos cadastrados pela Vigilância Sanitária, dos quais **99,8% (715) r**esponderam aos contatos realizados no território e 99% participaram da campanha de imunização da Influenza e 99% receberam orientações sobre prevenção e controle de surto do COVID-19. Em 25,8% dos serviços foram identificados 629 idosos suspeitos, sendo confirmados 1497 e evoluíram para óbito 610 idosos por COVID-19 das ILPI particulares e filantrópicas.

Em junho, foi firmado um contrato de parceria entre a SMS SPe o Hospital Dom Pedro, por meio do qual foram pactuados 40 leitos para isolamento de idosos positivos para COVID-19 e que tenham necessidade de cuidados de maior complexidade. No momento, há 8 idosos internados, provenientes de uma ILPI particular.

3.1.5. Saúde mental

Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde Mental, nos CAPS e CECCO, destacam-se, até o dia 16 de julho/2020, mais de **101 mil Teleatendimentos, 10 mil visitas domiciliares, mais de 5 mil "lives" e cerca de 106 mil atendimentos presenciais** (sobretudo para situações de crise).

- **Teleatendimentos:** por telefone fixo, telefone celular ou aplicativos de mensagens, a depender do modo de funcionamento de cada equipe;
- **Lives:** sobretudo em redes sociais e propondo atividades em grupo como substituição aos grupos presenciais;
- **Visitas domiciliares:** dispositivo já bastante usado pelas equipes, que seguem priorizando os casos mais graves. Os CAPS IJ II e III têm proposto atividades lúdicas para serem entregues às crianças e jovens durante as visitas;
- **Atendimentos presenciais:** seguem em crescimento, sobretudo os acolhimentos de casos novos e os atendimentos farmacêuticos;
- **Acolhimentos noturnos: para os CAPS AD III e AD IV** registrou-se um aumento e para os serviços nos quais houve a transferência das enfermarias do Hospital Campo Limpo (para CAPS Adulto III Paraisópolis, CAPS AD III Campo Limpo e CAPS Adulto III Itaim Bibi) e na CRS Sudeste, Hospital Benedito Montenegro (para CAPS Adulto III Vila Matilde) registrou-se um esperado aumento, bem como para o CAPS AD IV Redenção;
- **Ações desenvolvidas pelo Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica** (SIAT I, II e III), com o objetivo de prestar atendimento a indivíduos e famílias que sejam público-alvo do Programa Redenção, nos termos Decreto 58.760 de 20 de maio de 2019;
- Ações de distribuição de água, sabão e alimentos para a população em situação de rua e atividades de confecção de máscaras;
- Início da testagem de moradores de SRT, UAA, UAIJ e SIATs II e III para COVID-19.

Na **figura 32** são apresentados os atendimentos realizados pelos CAPS e CECCO no período de 06 de abril a 16 de julho/2020. Na **figura 33** são demonstrados os atendimentos presenciais, considerando também os acolhimentos e atendimentos nas farmácias, por quesito raça/cor e tipo de unidade, no período de 06 de abril a 09 de julho/2020. Destaca-se que o maior número de atendimentos ocorreu na população branca (46.403), seguido pela parda (38.024).

Figura 32: Atendimentos realizados pelos CAPS e CECCO – 06 de abril a 16 de julho/2020 – SMS/SP

Tipo de atendimento	CAPS ADULTO II	CAPS AD II	CAPS IJ II	CAPS ADULTO III	CAPS AD III	CAPS IJ III	CECCO	TOTAL
TELEATENDIMENTO	15.130	9.605	21.139	14.201	16.422	6.923	18.478	**101.898**
VD	2.472	1.231	1.353	2.515	2.162	849	99	**10.681**
LIVE	74	116	756	292	554	98	3.628	**5.518**
ATENDIMENTO PRESENCIAL*	19.508	13.867	10.705	28.849	25.771	6.244	1.073	**10.6017**
ACOLHIMENTO NOTURNO (MÉDIA)				1.045,8	1.308,5	188,95		**2.543,25**

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – SMS/CRS/STS

Obs.: os dados de atendimento presencial se referem apenas aos atendimentos, excluindo-se acolhimentos – casos novos – e atendimentos na farmácia.

Figura 33: Atendimentos presenciais realizados por tipo de unidade e quesito raça/cor – 06 de abril a 09 de julho/2020 – SMS/SP

Tipo Estabelecimento	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Não informado	Total
CAPS AD (II e III)	1.531	16.175	48	17.256	6.364	5.767	**47.141**
CAPS ADULTO (II e III)	871	19.181	171	12.233	4.134	3.335	**39.925**
CAPS IJ (II e III)	668	9.272	4	7.928	1.542	3.702	**23.116**
CECCO	280	1.775	-	607	204	673	**3.539**
Total	**3.350**	**46.403**	**223**	**38.024**	**12.244**	**13.477**	**113.721**

Fonte: SIGA Saúde

3.1.6. Saúde integral da pessoa em situação de violência

Dentre as ações consideradas prioritárias neste momento da pandemia da COVID-19, informamos q**ue os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) c**ontinuam com as atividades relacionadas ao atendimento de casos de suspeita ou confirmação de vítimas de violência. Instituiu-se o monitoramento de todos os casos que já estavam em acompanhamento através de contato telefônico e/ou de visita domiciliar. Aos casos novos, os NPV têm seguido o fluxo de atendimento e cuidado em rede: acolhendo, orientando e encaminhando para a rede de cuidados.

Destacam-se ainda as seguintes ações:

- Elaboração de folder e vídeo com conteúdo referente a rede de cuidados e canais para denúncia para divulgação nas Redes Sociais e via WhatsApp, com Intensificação do levantamento, monitoramento e busca ativa dos casos notificados via SINAN;
- Apoio e incentivo às equipes de trabalho para que mantenham o olhar atento às questões de violência no território, especialmente os/as agentes comunitários de saúde e articulação com a rede via e-mail e telefone para encaminhamento dos casos fortalecidas no territórios para divulgação de material relacionado ao tema, cartazes e carro de som com a divulgação de canais para denúncia, e-mail e serviços de acolhimento. Em alguns territórios a SMS pode também contar com o recurso da rádio comunitária, que cede seu espaço.

Somando casos em andamento e casos novos, no período de 13 de abril a 31 de julho de 2020, foram realizados **22.591 atendimentos nos NPV**, dos quais 17.919 foram casos que já estavam em andamento e 4.672 foram casos novos. Durante o período, foram realizados **7.514 atendimentos presenciais, 6.186 teleatendimentos e 4.540 visitas domiciliares**, que resultaram em 7.524 notificações (SINAN) e 4.550 encaminhamentos para a rede e órgãos de proteção. Com relação ao gênero e tipo de violência, destacam-se os índices relacionados à violência à mulher e violência física**.**

3.1.7. Saúde bucal

Conforme Portaria SMS.G nº 182, de 19 de março de 2020, as equipes de Saúde Bucal têm atuado no atendimento às **urgências odontológicas**. Entretanto, tem contribuído com outras ações junto às equipes multidisciplinares nas unidades, como no monitoramento de pacientes sintomáticos respiratórios leves. A Área Técnica de Saúde Bucal tem desenvolvido normativas relacionadas à Biossegurança, levando em consideração evidências científicas, legislações sanitárias e recomendações de autoridades em saúde pública, com vistas ao retorno gradual dos atendimentos. Com vistas a evitar a produção de aerossol, intervalo entre consultas para limpeza e desinfecção de ambientes, uso de EPI pela equipe de Saúde Bucal, mantendo a prevenção e controle de disseminação do COVID 19 entre profissionais, pacientes suspeitos e os assintomáticos.

A partir de 18 de junho, em atenção à Portaria SMS.G nº 260, que prevê a retomada dos atendimentos odontológicos, seguindo as orientações propostas pela área técnica e de acordo com o plano operativo de cada Centro de Especialidades Odontológicas. Foram realizados **117.248 atendimentos** no período de 01 de abril a 31 de julho/2020. No que se refere ao quesito raça/cor, o maior índice de atendimentos foi realizado em pessoas da raça branca e parda.

3.1.8. Saúde nutricional

A Área Técnica de Saúde Nutricional (ATSN) desenvolveu o Programa de Teleatendimento e Monitoramento do Consumo Alimentar, que propõe a realização da avaliação do padrão do consumo alimentar dos usuários em maior risco social e nutricional, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde do município. Esta avaliação tem dois públicos alvos: 1) Crianças de 0-7 anos, em risco nutricional; 2) Idosos (a partir de 60 anos) com presença de DCNT. Este projeto também visa atender o Programa de Metas- Biênio 2019-2020 e Metas 14 e 14h, que visa **reduzir a vulnerabilidade na Primeira Infância e reduzir a desnutrição de gestantes e crianças de 0 a 6 anos e a obesidade na primeira infância.**

Essas atividades oportunizaram a melhoria da qualidade de vida das crianças e idosos com enfoque na proteção da melhor nutrição para prevenção da COVID-19. Foram realizados **122.798 atendimentos, sendo 26.567 consultas na atenção especializada, 9.955 fichas de marcador de consumo alimentar e 8.629 teleatendimentos e 19.454 visitas/consultas domiciliares**, no período de abril a julho/2020 de SMS/SP.

Dentre as ações desenvolvidas e realizadas pelos nutricionistas da Atenção Básica e do Centro de Recuperação e Educação Nutricional- CREN, destacamos os atendimentos realizadas no período de abril a julho/2020. As ações realizadas pelo CREN foram dentro dos 05 Distritos Prioritários do Programa da Primeira Infância (Brasilândia, Lajeado, Cidade Tiradentes, Grajaú e Jd. Ângela), que coincidem com os 14 distritos (*hotspot*) de maior acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 na cidade. A ATSN também elaborou materiais escritos e audiovisuais para postagens em redes sociais e divulgação entre servidores da rede (alimentação saudável nos ciclos de vida, prevenção de ganho de peso e higienização correta dos alimentos). Os atendimentos nutricionais realizados pelo CREN são apresentados na **figura 34**.

Figura 34: Atendimentos nutricionais realizados pelo CREN – abril a julho/2020 – SMS/SP

Tipos de atendimentos	Números
Visitas domiciliares	3.102
Teleatendimento	5.195
Fichas de Marcadores de Consumo Alimentar	1.287
TOTAL	**9.584**

Fonte: ATSN/CREN

3.1.9. Saúde da pessoa com deficiência

Os usuários são monitorados e estão mantidos os atendimentos individuais, inclusive a dispensação de OPM física e auditiva, conforme avaliações da equipe, com maior espaçamento entre atendimentos, utilização de EPI e higienização do ambiente a cada atendimento.

As equipes têm reorganizado os **atendimentos (91.184) em atendimentos presenciais (37.181), teleatendimentos (46.012) e visitas domiciliares (7.991)** a partir das necessidades de cada paciente, conforme **Quadro 10**. Com esta ação os serviços têm evitado aglomerações e protegido os usuários e profissionais da infecção por SARS-CoV-2 na sala de espera. Como estratégia para os teleatendimentos as equipes têm produzido vídeos e cartilhas de orientação. Cabe destacar que 41.848 atendimentos foram realizados neste período para os RN de risco. Ainda estão sendo realizados monitoramento telefônico de pacientes sintomáticos, orientações de prevenção e cuidados. As equipes comunicam as UBS sobre estes casos.

Figura 35: Atendimentos realizados pelos Centros Especializados em Reabilitação – 20 de abril a 30 de julho/2020 – SMS/SP

Tipos de atendimentos	Nº
Atendimentos presenciais	37.181
Visitas domiciliares	7.991
Teleatendimentos	46.012
Recém nascidos de risco atendidos	41.848
Pacientes sintomáticos respiratórios	7.189
Usuários para reabilitação pós COVID-19	29
TOTAL	**140.250**

Fonte: Área Técnica de Pessoas com Deficiência – SMS/CRS/STS

Dos pacientes sintomáticos respiratórios identificados no mês de julho nos Centros Especializados em Reabilitação, os mesmos foram estratificados conforme quesito raça/cor: 56,3% branca, 20,8% parda, 12,5% preta, 0% amarela e 10,4% não informado.

3.1.10. Assistência farmacêutica

Desde o início da pandemia, a Área Técnica de Assistência Farmacêutica (ATAF)/SMS tem desenvolvido diretrizes para a reorganização dos processos de trabalho das farmácias de rede municipal, com o objetivo de garantir a continuidade do atendimento dos usuários de forma segura e eficiente. As notas técnicas que contém tais diretrizes, que estão destacadas a seguir:

- **Nota Técnica nº 02/2020** – Orientações para as farmácias públicas municipais frente à pandemia de COVID-19.
- **Nota Técnica n° 04/2020** – Ampliação temporária da validade das prescrições de medicamentos de uso contínuo.
- **Nota Técnica n° 05/2020** – Ampliação temporária das quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial no ato da dispensação.
- **Nota Técnica n° 06/2020** - Critérios para dispensação de medicamentos de prescrições emitidas e/ou apresentadas em meio eletrônico.
- **Nota Técnica n° 07/2020** – Orientações sobre o uso de oseltamivir.

Nesse sentido, em abril de 2020 realizou videoconferência com órgãos federais e estaduais para debater as atividades desenvolvidas pela AF no período da pandemia.

Por meio de sistemas informatizados, a ATAF tem monitorado os dados referentes ao fornecimento de medicamentos na rede básica, por meio do número de receitas e de pacientes atendidos nas farmácias públicas municipais. Ressalta-se que são atendidas prescrições da rede pública e privada. Na **figura 36** é apresentado o número de atendimentos realizados nas **629 farmácias públicas municipais** que, no trimestre, atendeu **5.582.746 pacientes**, que correspondem a **6.622.594 receitas**. Já na **figura 37** consta o número de atendimentos realizados pelos farmacêuticos, que totalizaram **20.981**, considerando acolhimento/escuta inicial, consulta, visita domiciliar, teleatendimento, no período de abril a julho/2020.

Figura 36: Atendimentos realizados nas farmácias públicas municipais – março a julho/2020.

Atendimentos	Maio	Junho	Julho	Total
Pacientes atendidos	1.678.656	1.857.194	2.046.896	9.563.073
Receitas atendidas	1.973.119	2.198.421	2.451.054	11.317.339

Fonte: Área Técnica de Assistência Farmacêutica – BI GSS

Figura 37: Procedimentos realizados pelos farmacêuticos – abril a julho/2020 – SMS/SP

Procedimentos	Abril	Maio	Junho	Julho	Total
Acolhimento / Escuta Inicial	1.204	1.789	2.628	2.433	**8.054**
Consulta	1.449	1.800	2.347	3.263	**8.859**
Visita domiciliar	117	201	311	577	**1.206**
Teleatendimento*	-	-	283	2.579	**2.862**
TOTAL					**20.981**

Fonte: Área Técnica de Assistência Farmacêutica - CEInfo/SMS SIGA – Adaptação por subgrupo

Obs.: os teleatendimentos iniciaram a partir da publicação da Portaria SMS.G nº 260/2020 em 19 de junho de 2020.

3.1.11. Atenção domiciliar

As equipes de Atenção Domiciliar, maioria sediada nas UBS, articulada com os serviços de saúde estão acompanhando os casos de COVID-19, com a finalidade de aumentar a capacidade de resposta da Rede Atenção à Saúde à Pandemia no município de São Paulo. Atualmente 3748 pessoas em atendimento domiciliar através das EMAD vinculadas ao Programa Melhor em Casa.

A distribuição dos casos por faixa etária tem um comportamento similar ao cenário do município, ou seja, a população idosa (> 60 anos) apresenta número de casos superior às demais faixas etárias, com 200 casos; seguida da população economicamente ativa (20 a 59 anos) com 87 casos; menores de 20 anos com 16 casos. Existem mais casos na raça/cor branca. E, em relação ao sexo, um predomínio de pessoas do sexo feminino em todas as faixas etárias, exceto na faixa etárias de 20 a 59 anos conforme apresentado na **figura 38**, referente ao período de 13 de maio a 31 de julho/2020.

Figura 38: Distribuição dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 acompanhados pelas EMAD do MSP – 13 de maio a 31 de julho/2020 – SMS/SP

Faixa etária (anos)			< 20	20 a 59	> 60	Total geral
Raça/cor	Feminino	Amarela	0	0	2	**2**
		Branca	6	23	90	**119**
		Parda	1	16	27	**44**
		Preta	1	2	8	**11**
		Subtotal	8	41	127	**176**
	Masculino	Amarela	0	0	1	**1**
		Branca	4	27	46	**77**
		Parda	3	14	22	**39**
		Preta	1	5	4	**10**
		Não info.	0	1	0	**1**
		Subtotal	8	46	73	**127**
Total geral			**16**	**87**	**200**	**303**

Fonte: Formsus – Monitoramento Coronavírus

As pessoas em acompanhamento domiciliar têm a possibilidade de coleta de exames em suas residências, qualificando o diagnóstico e, em vista disso, observa-se que a maioria dos casos é classificada como confirmado. Cabe uma ressalva: entre os 303 casos em acompanhamento; 194 casos foram confirmados; 31 casos foram descartados, 77 casos ainda estão classificados como suspeitos e, 1 comunicante. Esses dados, quando em comparação com o quesito raça/cor, apontam que a maioria dos casos classificados como confirmados, suspeitos e descartados é da raça/cor branca, referente ao período de 13 de maio a 31 de julho/2020.

Considerando a condição atual e classificação dos casos, observa-se que ocorreram 29 e 21 óbitos entre os casos respectivamente classificados como confirmados e suspeitos; 20 casos encontravam-se internados e 233 pessoas estavam em atendimento domiciliar, conforme demonstrado na **figura 39**, referente ao período de 13 de maio a 31 de julho/2020.

Figura 39: Distribuição segundo a condição atual e classificação do caso dos usuários em atendimento domiciliar pelas EMAD do MSP – 13 de maio a 31 de julho/2020 – SMS/SP

Condição atual	Classificação do caso				TOTAL
	Confirmado	Descartado	Suspeito	Comunicante	
Domicílio	156	30	46	1	233
Internado	9	1	10	0	20
Óbito	29	0	21	0	50
TOTAL GERAL	**194**	**31**	**77**	**1**	**303**

Fonte: Formsus – Monitoramento Coronavírus

3.1.12. Consultório na rua e redenção na rua

Para a ampliação do acesso e assistência em saúde das pessoas em situação de rua na Atenção Básica, a SMS possui 8 equipes Redenção na Rua (RNR) situadas no centro da cidade e 26 equipes de Consultório na Rua (eCR), distribuídas nas 6 Coordenadorias de Saúde, da seguinte forma: CRS Centro – 10 equipes, CRS leste 02 equipes, CRS Norte 03, CRS Oeste 02 equipes, CRS Sudeste 07 e CRS Sul 02.

As equipes são constituídas por profissionais de diferentes categorias: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, agente da saúde de rua, agente social e administrativo e, em algumas unidades, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Os profissionais das equipes realizam abordagem, desenvolvem vínculo com as pessoas em situação de rua, cadastram, realizam acompanhamento em saúde com consultas, orientações, escuta qualificada, curativos, medicações, vacinação, entre outros procedimentos.

Neste período de pandemia as equipes têm intensificado ações de **abordagem com orientação sobre a COVID-19**, prevenção, sinais e sintomas da doença, é realizado busca ativa de sintomático para posterior encaminhamento, nos Centros de Acolhida, em locais de maior concentração de pessoas em situação de rua (Bom Prato, locais de distribuição de alimentação e locais de higiene) e na rua e monitoramento dos suspeitos/confirmados para possível aparecimento de agravamento.

As atividades prioritárias, pontuais e de seguimento de rotina aos usuários acolhidos e em situação de rua durante a pandemia foram mantidas, com abordagens e acompanhamento, sobretudo àquelas associadas à prevenção e tratamento às principais comorbidades, como a Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, IST etc. A imunização contra a Influenza teve início no dia 23 de março para os

idosos em situação de rua e ampliação da vacinação às outras faixas etárias e funcionários dos equipamentos sociais em abril de 2020. Na **figura 40** é apresentada a produção das equipes nesse período da pandemia, de abril a julho/2020.

Figura 40: Produção das equipes de Consultório na Rua e Redenção na Rua – abril a julho/2020

Dado	Nº
Número de cadastrados	**17.249**
Número de abordagens	**68.955**
Número de consultas médicas	**12.461**
Número de atendimentos de outros profissionais de nível superior	**20.973**
Número de vacinas Influenza aplicadas	**9.252**
Número de ações de COVID nos equipamentos sociais e rua	**9.252**
Número de pessoas interrogadas para sintomático respiratório COVID	**115.821**
Número de pessoas com suspeita de COVID	**767**
Número de pessoas diagnosticadas por COVID	**286**

Fonte: Equipes CR e RNR/STS/CRS/SMS

Os usuários suspeitos e diagnosticados com COVID-19 permaneceram em Centros de Acolhida de isolamento até a confirmação laboratorial. Houve integração intersetorial com SMADS para orientações sobre prevenção, sinais e sintomas da COVID 19 e Tuberculose, busca ativa de sintomáticos para diagnóstico precoce e encaminhamento para isolamento. Houve intensificação e fortalecimento dos vínculos com as pessoas em situação de rua, abordagem, cadastramento e acompanhamento em saúde com consultas, orientações, entre outros procedimentos.

Foi realizado a entrega de kits com álcool gel e sabão líquido, orientações para evitar o compartilhamento de cigarros, bebidas e substâncias psicoativas e evitar o cumprimento com as mãos, vacinação de influenza em todos os usuários e funcionários, vacina pneumocócica 23 nos idosos.

O monitoramento dos usuários em equipamentos sociais de isolamento para COVID vem se demonstrando muito importante na tomada de decisões, estratificação de risco, realização e monitoramento dos exames sorológicos para liberação do isolamento, e quando resultado positivo, para conduta e tratamento médico necessários. Com o monitoramento observa-se uma quantidade expressiva do acompanhamento do usuário nos Centros de Acolhida e demais equipamentos sociais, e melhoria na aproximação e trabalho intersetorial, da Saúde com a Assistência Social.

3.1.13. Saúde indígena

A Atenção Básica da SMS presta assistência à saúde dos indígenas aldeados nas UBS da **Aldeia Jaraguá, Vera Poty e Anexo Krukutu e na UBS Real Parque.** Profissionais das EMSI e lideranças indígenas intensificaram as ações de conscientização sobre a importância de permanecer na aldeia. As equipes realizam busca ativa de sintomáticos da COVID-19 visando à redução do risco de disseminação, detecção precoce dos sintomáticos e monitoramento dos casos suspeitos/ confirmados.

A SMS Implantou de isolamento temporário nas aldeias para suspeitos/confirmados de COVID 19, nos Centros de Educação e Cultura Indígena - CECI das Aldeias Jaraguá (25 leitos), Tenonde Porã (20 leitos) e anexo Krukutu (15 leitos), **totalizando 60 leitos**, com taxa de ocupação média de 93% de abril a julho.

De abril a julho, foram realizadas 2.433 visitas domiciliares, 2.677 ações de busca ativa, entrega de máscara e álcool gel aos indígenas, 1.731 coletas de exames RT- PCR, sendo 373 resultados detectáveis para o vírus. Foram realizados 1.028 Testes Rápidos.

3.1.14. Área técnica de práticas integrativas e complementares em saúde

A área técnica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a partir de meados de março, passou a oferecer suas distintas modalidades terapêuticas e de promoção da saúde exclusivamente aos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde, em virtude da pandemia.

Foram realizados também vários vídeos de curta duração, cerca de 5 a 10 minutos cada um, que foram disponibilizados nas redes sociais aos trabalhadores da Rede de Atenção Básica. Os vídeos apresentam distintas práticas corporais, tais como Tai Chi Pai Lin, Lian Gong, Meditação, Xiang Gong, I Qi Gong, entre outras, que contribuem para o aprendizado à distância a respeito do autocuidado e técnicas para redução da ansiedade, da insônia, depressão, e da angústia, e para a melhoria da autoestima, da confiança em si, do autoconhecimento e da qualidade de vida. Conforme **figura 41** foram realizados **12.429 procedimentos**, distribuídos como se encontra no quadro, no período de abril a julho/2020.

A área técnica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a partir de meados de março, passou a oferecer suas distintas modalidades terapêuticas e de promoção da saúde exclusivamente aos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde, em virtude da pandemia.

Figura 41: Total de procedimentos apresentados nas Práticas Integrativas e complementares em Saúde – março a julho/2020 – SMS/SP

Procedimentos	Abril	Maio	Junho	Julho	Total
Grupos de práticas corporais e meditativas	1.560	900	2.030	1.546	6.036
Distintas modalidades de Acupuntura, em atendimento individual	1.555	1.140	1.600	186	4.481
Outros atendimentos individuais: reiki, aromaterapia, cromoterapia, massoterapia e outros	90	70	1.470	282	1.912
Total	**3.205**	**2.110**	**5.100**	**2.014**	**12.429**

Fonte: Área Técnica de Práticas Alternativas e Complementares em Saúde

3.1.15. Ações comunitárias

As equipes de Atenção Básica têm desenvolvido várias ações nas comunidades com ênfase nas populações de risco e de maior vulnerabilidade, conforme preconizado na "Recomendação Técnica para Manejo Comunitário da COVID-19", que resultaram em **13.720 ações e 1.908.387 pessoas abordadas** com orientações com foco na redução da transmissibilidade da COVID-19, inclusive por meio do georreferenciamento dos casos suspeitos / confirmados que estão sendo realizados pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde.

Quanto às ações comunitárias desenvolvidas pelas equipes de AB no combate à COVID-19, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade, destacam-se:

- Atendimento e informação nas comunidades, com direcionamento das ações dos Agentes Comunitários de Saúde e equipes multidisciplinares para ações de combate ao COVID-19;
- Utilização de várias ferramentas de comunicação para atingir de forma mais efetiva a divulgação dos sinais, sintomas e formas de prevenção (com carro de som e cartazes), articulação com equipamentos sociais e lideranças comunitárias;
- Estímulo ao isolamento social com orientação de acordo com a realidade do local, reforço aos cuidados de higiene individual e da residência, monitoramento de todos os casos com sintomas leves de gripe, através de contato telefônico e, nos casos necessários, através de visita domiciliar;
- Atuação integrada com outras secretarias municipais e em parceria com dispositivos sociais e setoriais, como Centros de Referência em Assistência Social - SMADS, Delegacia Regional de Ensino - SME, Companhia de Engenharia de Tráfego - SMMT, Guarda Civil Metropolitana - SMSU, Secretaria Municipal de Cultura, dentre outras.

Na **figura 42** é apresentado o total de ações comunitárias realizadas por CRS e o número de pessoas abordadas, no período de março a julho/2020.

Figura 42: Total de ações comunitárias por CRS desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica no combate ao COVID-19 – março a julho/2020 - SMS/SP

CRS	TOTAL DE AÇÕES COMUNITÁRIAS REALIZADAS	Nº DE PESSOAS ABORDADAS
CENTRO	718	74.498
LESTE	731	200.271
OESTE	1.358	163.165
NORTE	3.381	395.886
SUDESTE	2.826	430.229
SUL	4.706	644.338
TOTAL	**13.720**	**1.908.387**

Fonte: SMS/CRS/STS - Monitoramento das Unidades Básicas de Saúde

3.1.16. Saúde do imigrante

Para o enfrentamento do COVID-19 junto à população imigrante, os profissionais da Atenção Básica têm desenvolvido ações de conscientização e prevenção sobre COVID-19, busca ativa de sintomáticos, visando a redução do risco de disseminação com detecção precoce e monitoramento dos casos suspeitos/ confirmados. A Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) traduziu o cartaz de orientação sobre a COVID-19 para espanhol, francês, e inglês[12].

As unidades de saúde têm mantido os atendimentos aos imigrantes no período da pandemia, segundo levantamento realizado no SIGA, foram realizados **133.362 atendimentos** com a nacionalidade, no período de março a julho/2020, conforme apresentado na **figura 43**.

Figura 43: Total de atendimentos realizados a imigrantes por CRS – março a julho/2020 - SMS/SP

CRS	Nº atendimentos
NORTE	28.654
SUL	12.785
OESTE	6.184
LESTE	21.216
CENTRO	23.038
SUDESTE	41.485
TOTAL	**133.362**

Fonte: SIGA Saúde

[12] Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_decente/index.php?p=295728

Na **figura 44** são apresentadas as nacionalidades com maior quantidade de pessoas atendidas nas Unidades de Saúde do município de São Paulo, no período de março a julho/2020. Vale destacar que no total foram atendidos imigrantes de 238 nacionalidades diferentes.

Figura 44: Atendimentos por tipo de nacionalidade – março a julho/2020 - SMS/SP

Nacionalidade	Nº de pessoas atendidas
Bolívia	12.208
República do Haiti	3.373
Portugal	2.080
Venezuela	1.805
Angola	1.761
Paraguai	1.380
Peru	1.167
Nigéria	642
Japão	558
Chile	528
Argentina	506
Itália	441
Colômbia	487
China	470
Coréia	406
Espanha	367
Bangladesh	378
Cuba	247
Congo	231
Abissinia	207
Síria	259

Fonte: SIGA Saúde

3.2. Gestão Hospitalar

A partir da constatação da transmissão comunitária no município e o agravamento da pandemia, uma das primeiras estratégias implementadas foi fortalecer e ampliar a assistência hospitalar municipal.

Essa estratégia de fortalecimento e ampliação se deu em quatro eixos: *i)* reorganização da rede hospitalar existente; *ii)* implantação de hospitais temporários; *iii)* contratualização de leitos em hospitais privados e/ou filantrópicos; *iv)* expansão da rede e criação de novos hospitais municipais.

A **reorganização da rede hospitalar municipal** seguiu um processo gradual de readequação dos hospitais por meio de novos fluxos e pontos de atenção segmentados em COVID e não-COVID, bem como a criação de novos leitos de UTI na rede existente. Nessa reorganização, merece destaque a articulação da linha de cuidado COVID na rede hospitalar, com a remodelagem de hospitais como Hospital Municipal Gilson de Cássia Marques de Carvalho, cuja missão de atender pacientes oncológicos foi atualizada para incluir também pacientes COVID oncológicos.

Enquanto **protagonista de uma nova estratégia replicada em âmbito nacional**, a SMS também criou um novo tipo de equipamento: **os hospitais de campanha**.

O primeiro destes equipamentos foi **Hospital de Campanha do Pacaembu**, com 200 leitos, o qual teve a missão de mitigar a pressão nos leitos de UTI dos hospitais municipais. Esse hospital proveu assistência aos casos graves em restabelecimento que necessitassem de continuidade do cuidado, com objetivo de reduzir a pressão aos leitos de UTI dos hospitais municipais. **Entre 06 de abril e 29 de junho**, data em que se encerraram suas operações após a identificação de menor pressão sobre a rede hospitalar, **1.515** pessoas passaram pelo Hospital do Pacaembu, com **1.219** altas e **293** transferências para outros hospitais.

Com a evolução da epidemia no município, os cenários elaborados por SMS indicaram a existência de uma lacuna entre as redes de atenção básica e a hospitalar. Avaliou-se, assim, a necessidade de **um novo ponto de atenção com a missão de absorver os casos leves com potencial de agravamento**. Mantendo-se a estratégia de se evitar a sobrecarga da rede hospitalar e, ao mesmo tempo, oferecer suporte ágil para a Atenção Básica, foi **criado o Hospital de Campanha do Anhembi**. Esse hospital, com previsão de até 2.000 leitos, teve a finalidade de suprir a lacuna então identificada e promover cobertura eficaz para a população paulistana. Até o dia 1 de agosto foram atendidas **5.998 pessoas** pelo HCAMP Anhembi.

Com a estabilização da transmissão de COVID-19 na cidade e redução da demanda por leitos hospitalares, foi possível reduzir a dimensão do HCAMP Anhembi, que no momento se encontra em 310 leitos.

Para apoiar a assistência hospitalar integral na rede pública do município, a SMS estabeleceu parcerias com **hospitais privados e filantrópicos** e **contratou 205 UTI e 80 leitos de enfermaria** dessa rede para atender à população e mitigar riscos de comprometimento do sistema.

A **estratégia de expansão da rede hospitalar**, seguindo a perspectiva de tratar a COVID-19 como uma linha de cuidado e, ao mesmo tempo, garantindo um legado para a rede municipal mesmo após a pandemia, foi executada com a **criação de cinco novos hospitais:**

- **Hospital Municipal da Bela Vista** – com 118 leitos de UTI e único da rede municipal localizado na região central e não exclusivo a servidores;
- **Hospital Municipal de Guarapiranga –** com 120 leitos de UTI e em processo de transição para também absorver a demanda da população idosa em leitos de retaguarda.
- **Hospital Municipal da Capela do Socorro** – com 65 leitos de UTI**.**
- **Hospital Municipal Sorocabana** – que contará com 60 novos leitos de UTI e atenderá a necessidades da região oeste da cidade, uma demanda histórica da população da Lapa, exemplo de coragem e esforços desta gestão. Esse equipamento formará com a rede de assistência especializada ambulatorial e Hospital Dia existente, o **Complexo Hospitalar Sorocabana**.
- **Hospital Municipal do Brigadeiro**, em um espaço próprio da SMS, que no passado foi ocupado por uma maternidade. Esse equipamento, também localizado na região oeste, suprirá uma necessidade da região que hoje utiliza leitos de outras regiões, mais vulneráveis, da cidade.

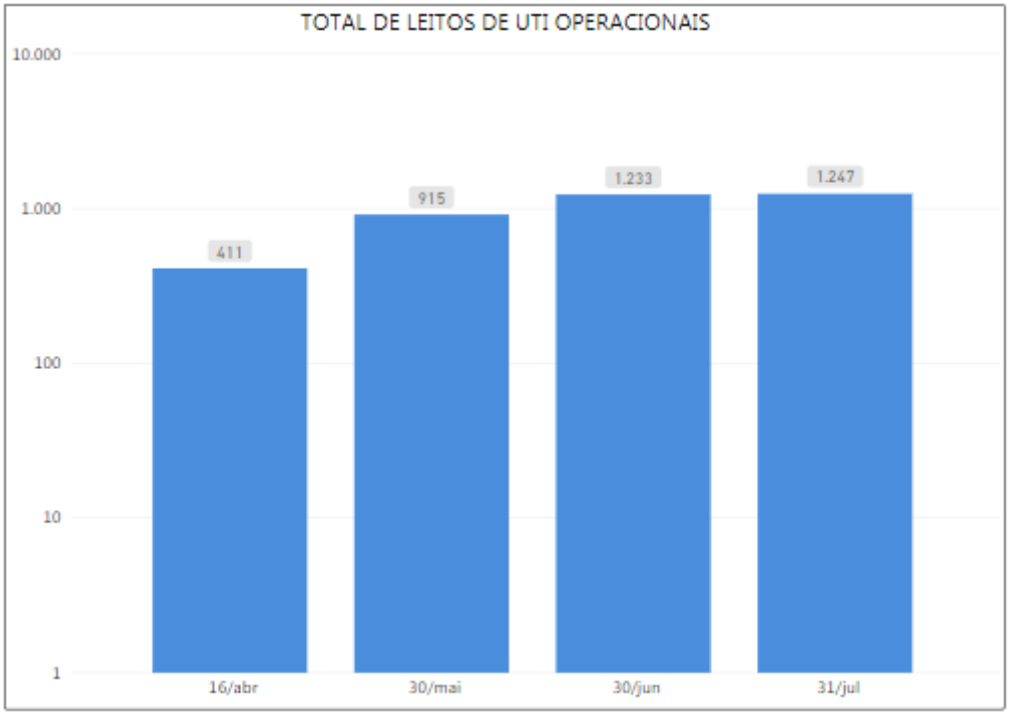
Nesse processo de expansão, a SMS dirigiu esforços para também acelerar a entrega de seus compromissos no Programa de Metas 2019 – 2020:

- **Hospital Municipal de Parelheiros:** com a entrega de **219 leitos de UTI** destinados a cuidados intensivos de pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, além de 73 leitos de enfermaria.
- **Hospital Municipal da Brasilândia:** cujo início de suas operações foi antecipado e hoje conta com **150 leitos de UTI** e 20 leitos de enfermaria.

Essas iniciativas reforçam o compromisso da Prefeitura em garantir assistência integral a todos os paulistanos usuários do Sistema Único de Saúde, que foi materializado em **9 hospitais**: **7 hospitais próprios**, que passam a integrar a rede municipal e **2 hospitais de campanha**, voltados especificamente para o enfrentamento da COVID.

Na **figura 45**, é possível verificar a expansão dos leitos operacionais UTI COVID-19 no município entre 16 de abril e 31 de julho. Entre 16 de abril e 30 de maio, dada a crescente pressão sobre a rede hospitalar com o aumento do número de casos, a Secretaria Municipal da Saúde mais que dobrou o número de leitos operacionais UTI exclusivos para tratamento de COVID-19. Passou-se de **411** para **915** leitos, o que representa um aumento de **122,62%**.

Figura 45 – Total de leitos de UTI COVID-19 operacionais na data de referência.

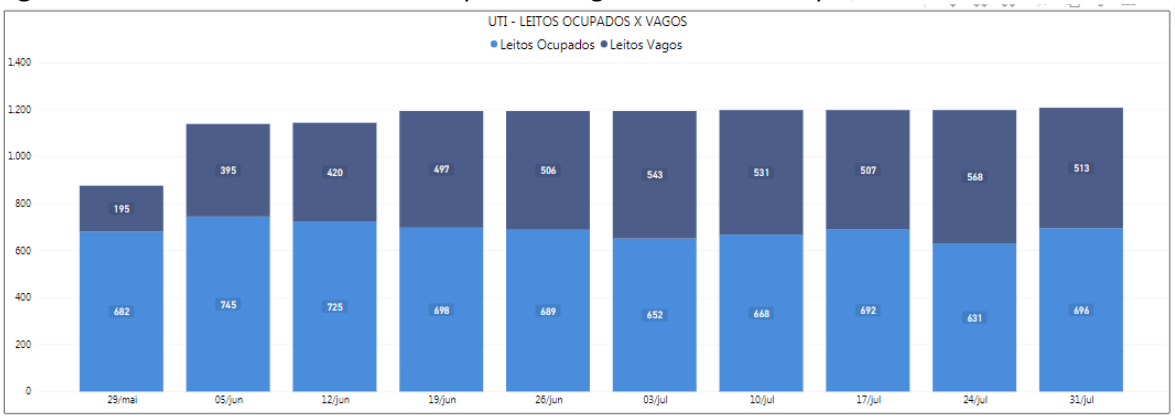


Fonte: Relatórios gerenciais AHM/SMS.

Esse esforço manteve-se entre os finais dos meses de maio e de junho, quando se expandiram os leitos de UTI de **915** para **1233** - aumento de **34,75%**. Entre junho e julho, com o maior controle da epidemia e relativa estabilização da taxa de ocupação, mantém-se o número de leitos no mesmo patamar, chegando-se a **1247** leitos de UTI. Analisando o período como um todo, entre 16 de abril e 31 de julho houve, portanto, o aumento de **836** leitos de UTI no total, o que representa um acréscimo de **203,40%**.

Além do número de leitos, é interessante analisar a proporção de leitos de UTI vagos e ocupados ao longo desse esforço de expansão. Abaixo, verifica-se o número de leitos de UTI ocupados em dez datas selecionadas (a sexta-feira de cada semana entre 29 de maio e 31 de julho). A **média** da taxa de ocupação foi de **60,12 %,** e verifica-se um decréscimo contínuo entre 29 de maio e 03 de julho (de **77,77%** para **54,56%**), mantendo-se próximo de 55% nas datas seguintes. Assim, percebe-se que há uma diminuição da pressão sobre a rede hospitalar entre o final de maio e 31 de julho.

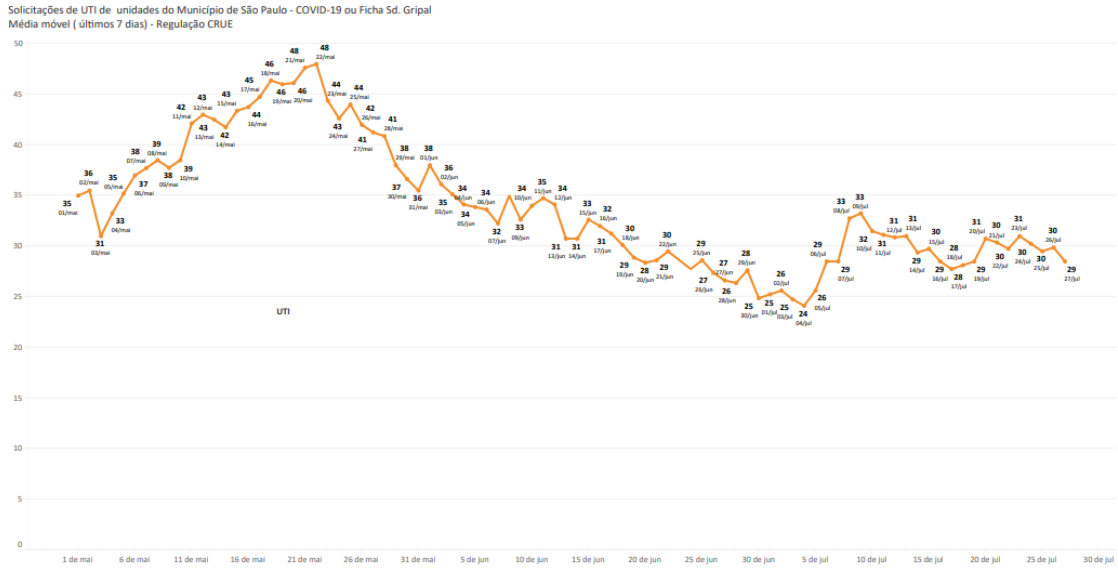
Figura 46 – Leitos de UTI COVID-19 ocupados e vagos na rede municipal, em datas de referência.



Fonte: Relatórios gerenciais AHM/SMS.

A estabilização do número de novas internações também pode ser observada por meio da proxy de solicitações de vagas em leitos de UTI realizadas pelas unidades da rede municipal de saúde. A **figura 47** expõe essa tendência de queda, iniciada em no final de maio de 2020.

Figura 47 – Solicitações de UTI de unidades municipais – COVID-19 ou Síndrome Gripal



Fonte: Regulação CRUE/SMS.

3.3. Exames Laboratoriais e testagem

Para enfrentamento à COVID-19, é imprescindível um diagnóstico rápido dos casos suspeitos para adoção de medidas de isolamento e assistência à saúde em tempo oportuno.

No início da pandemia, os exames PCR RT COVID-19 do município de São Paulo foram realizados pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL) e com a expansão da pandemia e do aumento do número de casos de COVID-19 no Estado de São Paulo houve uma sobrecarga no IAL, que atingiu sua capacidade máxima instalada, impactando na confirmação de casos suspeitos e na consequente notificação dos casos confirmados no município, uma vez que o protocolo vigente priorizava pacientes internados, pacientes graves hospitalizados, óbitos e profissionais da saúde.

Para mitigar essa lacuna, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS SP) acertou procedimentos de acondicionamento, transporte e entrega de materiais coletados, facilitando a rotina do IAL, além de ceder servidores municipais de seus laboratórios municipais para compor a equipe técnica do IAL na tentativa de aumentar sua produtividade.

A SMS SP por meio da Portaria SMS.G 169/2020 realizou um Chamamento Público para contratação de empresas capacitadas para realização de exames PCR RT Covid 19, com fornecimento de insumos de coleta, acondicionamento, transporte, análise do exame e entrega de laudos. O que possibilitou uma ampliação expressiva de testes diários para no município de São Paulo.

Para utilização das empresas habilitadas no chamamento público foram estabelecidas três fases, objetivando potencializar os benefícios à saúde da população: casos graves, óbitos, profissionais da saúde sintomáticos, moradores sintomáticos em instituições de longa permanência para idosos.

Além disso, o Laboratório de Zoonoses do Município, o LabZoo, também foi habilitado pelo IAL para realização de testes PCR RT que, atualmente, possui capacidade mensal de 6.000 testes e é responsável pela realização de testes dos **profissionais de saúde sintomáticos** dos Hospitais Municipais, SAMU e Hospital Servidor Público, e para pacientes que chegam a esses serviços, sem teste prévio.

Ainda como estratégia para aumento da disponibilidade de testes, a SMS SP recebeu do Ministério da Saúde (MS) **294.000** testes rápidos para detecção de anticorpos IgM/IgG Conjugados contra SARS-CoV-2 que conforme orientação do MS estão sendo aplicados para os seguintes públicos: Profissionais de Saúde (a partir do 8º dia de sintomas mais 72 horas assintomáticos); Profissionais de Segurança (a partir do 8º dia de sintomas mais 72 horas assintomáticos) e Pessoas com mais de 60

anos sintomáticos (Instituição de Longa Permanência para Idosos; Com comorbidades e Demais) e além de ser utilizado no inquérito sorológico realizado nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo, por meio de pesquisa sorológica, que identificará a prevalência do vírus no município. A SMS SP também adquiriu 115.000 testes rápidos para detecção de anticorpos IgM e IgG contra o SARS-CoV-2.

Em relação aos testes rápidos, a SMS desenvolveu diversas ações para ampliação da testagem e rastreamento em grupos de maior exposição e risco ao vírus. Foram utilizados teste rápido para detecção de anticorpos IgM e IgG conjugados e não conjugado, esses apresentam efetividade a partir do 8° dia de sintomas, se destinam ao mapeamento sorológico e planejamento de ações**.** Seguem as ações de testagem desenvolvidas pela SMS:

3.3.1. Testes realizados nos profissionais de saúde da rede municipal

Figura 48: Testes rápidos para Detecção de Anticorpos IgM e IgG conjugados contra o SARS-CoV-2 realizados nos funcionários da Secretaria Municipal da Saúde para mapeamento sorológico

LEVANTAMENTO SOROLÓGICO COVID-19 - FUNCIONÁRIOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
CRS	**Total Geral Testados até 31/07**
SUL	15.227
CENTRO	2.237
OESTE	4.055
NORTE	12.391
SUDESTE	9.207
LESTE	12.056
HSPM	2.500
AUTARQUIA	14.148
TOTAL	**71.821**

3.3.2. Testes realizados em servidores públicos de outros órgãos

Figura 49: Testes rápidos para Detecção de Anticorpos IgM e IgG conjugados e não conjugado contra o SARS-CoV-2 realizados em servidores públicos de outros órgãos para mapeamento sorológico

SERVIDORES ESTADOS	Nº TESTES REALIZADOS até 31/07/2020 (EM ANDAMENTO)
SMADS FUNCIONÁRIOS	778
CORREIOS	1.164
POLÍCIA FEDERAL	225
RECEITA FEDERAL	609
SERVIÇO FUNERÁRIO	932
SUBPREFEITURAS	1.552
AMLURB	68
MINISTÉRIO PÚBLICO	226
INSS	EM ORGANIZAÇÃO
POLÍCIA MILITAR	20.000
GCM	5.000
TOTAL	**30.554**

3.3.3. Testes realizados em serviços de atenção a populações vulneráveis

Figura 50: Teste PCR RT realizados nos sintomáticos e assintomáticos nas Aldeias Indígenas:

Assistência à Saúde Indígena/ UBS	Detectável	Não detectável	Em andamento	Total Geral
Jaraguá	123	865	0	988
Vera Poty e Anexo Krukutu	282	667	129	1078
Total	**405**	**1.532**	**129**	**2.066**

Fonte: CRS Sul e Norte, Departamento de Atenção Básica, abril -julho 2020

Figura 51: Teste PCR RT realizados em sintomáticos e assintomáticos de SRT, RI, UAA, UAIJ, CAPS III, SIAT III/ SAICAS/ ILPI e CAE híbridas públicas.

Exames PCR-RT realizados SRT, RI, UAA, UAIJ, CAPS III, SIAT III de 11 a 08 de julho 2020					
Total Equipamentos	Total coletas	Detectável	Não detectável	Inconclusivo	Em andamento
91	1800	109	1287	76	328
Exames PCR-RT realizados em SAICAS de maio a 06 de julho 2020					
Total Equipamentos	Total coletas	Detectável	Não detectável		Em andamento
138	2025	112	1850		63
Exames PCR-RT realizados nas ILPI SMADS/SMS de abril a junho 2020					
Total Equipamentos	Total coletas	Detectável		Não detectável	Inconclusivo
21	1673	242		1261	170
Total coletas		**Detectável**		**Não detectável**	
idosos	profissionais	Idosos	profissionais	idosos	profissionais
1066	607	159	83	779	482

3.3.4. Ampliação dos critérios de testagem

- SG e SRAG;
- Óbitos;
- Profissionais de Saúde sintomáticos (leve, moderado e grave);
- Pacientes sintomáticos (leve, moderado e grave);
- Pacientes que internam e/ou que necessitam de transferência*;
- Moradores e Profissionais de ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) sintomáticos e assintomáticos;
- Moradores e Profissionais de CAEI (Centro de Acolhida Especial para Idosos - Situação de Rua) sintomáticos;
- Pacientes atendidos pelas EMAD's (sintomáticos);
- Aldeias Indígenas (sintomáticos e assintomáticos).
- População em Situação de Rua (sintomáticos) – apontada pelo Consultório na Rua;
- Moradores Residência Inclusiva (sintomáticos e assintomáticos) e dos profissionais dessa residência (sintomáticos e assintomáticos);
- Moradores Residência Terapêutica (sintomáticos e assintomáticos) e dos profissionais dessa residência (sintomáticos e assintomáticos);
- Crianças, Adolescentes de Casa Lar e dos Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) (sintomáticos e assintomáticos) e Profissionais desses serviços (sintomáticos e assintomáticos);
- Pacientes acolhidos na hospitalidade noturna dos CAPS III e/ou transferidos dos Hospitais (sintomáticos e assintomáticos) e dos profissionais (sintomáticos e assintomáticos);
- Moradores das Unidades de Acolhimento Infantil (UAI) e as Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) (sintomáticos e assintomáticos) e dos profissionais dessa residência (sintomáticos e assintomáticos);
- Usuários em Situação de Rua (sintomáticos) acolhidos no SIAT II e Profissionais (sintomáticos) – apontados pela equipe de saúde do equipamento;
- Usuários acolhidos no SIAT III (sintomáticos e assintomáticos) e Profissionais (sintomáticos e assintomáticos).
- Pacientes que internam nos Hospitais e/ou que necessitam ser transferidos para serviços que exijam resultado negativo para coronavírus como critério de admissibilidade.

3.3.5. Consolidado SMS de testes realizados nos equipamentos de saúde segundo critérios

Figura 52: TOTAL de Testes PCR RT e Testes Rápidos realizados

TESTES REALIZADOS	
PCR- RT	
LABORATÓRIOS	**01/02 A 02/08**
IAL (a partir de 01/02)	58.605
LAB ZOO	1.420
AFIP (a partir de 04/05)	251.852
CIENTIFICA (04/05 a 28/05)	68.535
MINISTÉRIO x DASA (a partir de 29/05)*	
Subtotal (SMS + IAL)	**380.412**
TESTES RÁPIDOS IgM/IgG Conjugado Covid 19	
Subtotal (distribuídos)	**376.995**
PCR- RT e TESTES RÁPIDOS	
TOTAL (01/02 A 02/08)	**757.407**

Até o momento, foram realizados pela SMS PCR - RT **380.412,** testes rápidos **376.995,** totalizando **757.407** exames realizados.

Importante considerar a relevância em identificar o risco a que população do município de São Paulo estava exposta, além de oferecer o diagnóstico precoce da doença para intervenções oportunas ao usuário e à comunidade, os testes foram fundamentais para conhecer o cenário dos suscetíveis na comunidade e desencadear medidas de controle, como ações de isolamento e distanciamento social além de que partindo deste diagnóstico pode iniciar tratativas de flexibilização e isolamento seletivo com maior segurança.

3.4. Profissionais de saúde

Os profissionais de saúde são grupo de alta exposição ao novo coronavírus, com maior risco de acometimento pela COVID-19. Para a proteção desse grupo foram adotadas medidas para mitigar os riscos de sua exposição, tais como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e procedimentos de biossegurança. Considerando a relevância do acompanhamento da situação dos profissionais da saúde, a SMS monitora os afastamentos relacionados à COVID-19, casos suspeitos, casos confirmados e óbitos.

Em relação aos afastamentos e casos de COVID-19 na rede de serviços de saúde, na **Rede Básica** (67.450 profissionais), em 28/07, havia 1.663 profissionais afastados, dos quais 598 tiveram

diagnóstico para COVID-19 confirmados e outros 1.042 para síndrome gripal, além de 22 óbitos de profissionais de saúde acumulados no período. Esse total (1.664) representou um déficit de **3,1%** do total de profissionais (70.842) da Rede Básica.

Na **Rede Hospitalar**, em 29/07, dos 19.079 profissionais da rede hospitalar, 657 encontravam-se afastados por COVID-19 e 162 por síndrome gripal, e os óbitos até a mesma data somaram um total de 17, representando um déficit de 4,4% dos profissionais da Rede Hospitalar.

Houve ainda mais 3 óbitos de profissionais ligados à SMS atuantes em áreas meio, totalizando 42 óbitos até o dia 28/07/2020.

3.5. Estratégias de gestão e articulação

Para dar resposta à pandemia e organizar a linha de cuidado para COVID-19 no MSP, esta Secretaria construiu estratégias, expressas em um plano de ação, para organização das diferentes frentes críticas - gestão de recursos tecnológicos, parcerias e insumos, assistência, vigilância, comunicação, gestão de pessoas e articulação interna e externa. Essa organização desdobrou diferentes iniciativas focadas no monitoramento de informações-chave para a tomada de decisão e articulação para potencializar ações.

A cidade de São Paulo, como foco inicial da pandemia no Brasil, vivenciou a até então inédita experiência no Brasil de administrar o **crescimento exponencial de casos** de uma doença sem cura ou tratamentos eficazes, e, concomitantemente, implementar medidas de expansão de sua capacidade assistencial, associadas a estratégias de cuidado que minimizassem a demanda por leitos hospitalares.

Neste contexto, a SMS estruturou uma rotina diária de monitoramento dos leitos hospitalares, acompanhando dados de ocupação dos leitos de UTI, de enfermaria e de observação dos Prontos-Socorros dedicados ao atendimento da COVID-19. O acompanhamento desses indicadores mostrou-se um bom termômetro da eficácia do atendimento da Rede Básica no combate à pandemia.

A necessidade de prestar o cuidado ao paciente COVID no município de São Paulo se deu simultaneamente à necessidade de mapear o comportamento da doença e seu impacto no sistema de saúde municipal. A construção de uma sistemática de monitoramento do indicador de ocupação de leitos hospitalares mostrou-se ferramenta fundamental na gestão da capacidade instalada do

município, além de um bom indicador proxy da eficácia da Atenção Primária em Saúde como fator de contenção da demanda hospitalar.

No início da pandemia no município de São Paulo, a Gestão da Informação era um dos principais desafios do município. Era preciso criar uma sistemática de monitoramento que permitisse à Secretaria Municipal da Saúde administrar de maneira ótima os recursos existentes e orientar sua política assistencial de enfrentamento à pandemia.

Diante dessa necessidade, a Autarquia Hospitalar Municipal -AHM instituiu um censo diário de ocupação dos leitos de gestão municipal, via formulário eletrônico, para mapear os atendimentos COVID realizados.

A elevada ocupação hospitalar observada evidenciou a necessidade de ter uma visão global da cidade de São Paulo. Com esse intuito, foi publicado o Decreto Municipal nº 59.359/2020, regulamentado pela Portaria SMS.G nº 190/2020. Implementa-se o Censo COVID Municipal, que estende a metodologia de monitoramento realizada no âmbito da AHM a todo o conjunto de hospitais da cidade de São Paulo.

Com a rotina diária de preenchimento de formulários eletrônicos foi formado um banco de dados de ocupação hospitalar, compartilhado entre AHM e SMS. Desse banco único foram produzidos relatórios em ferramentas de *Business Intelligence* (B.I.) que viabilizaram o monitoramento diário da ocupação dos leitos ofertados na cidade.

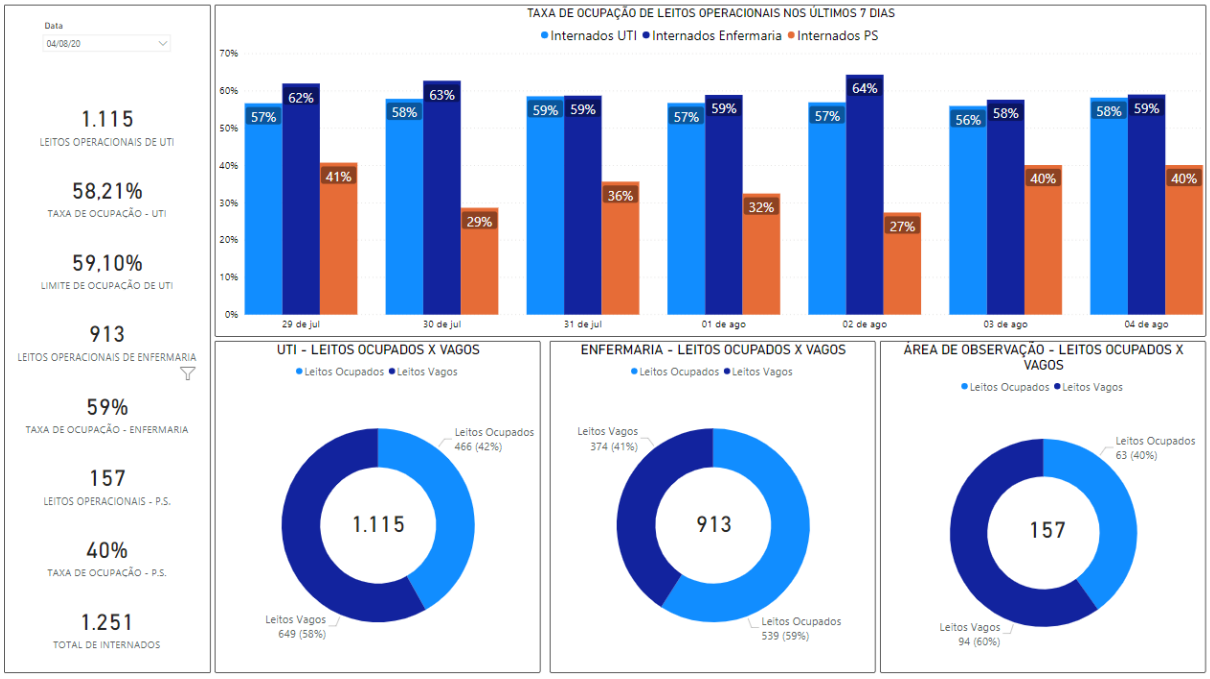
A unificação dos bancos de dados entre SMS e AHM proporcionou, de imediato, a uniformização das informações sobre ocupação de leitos e agilizou o fluxo de informações entre ambos.

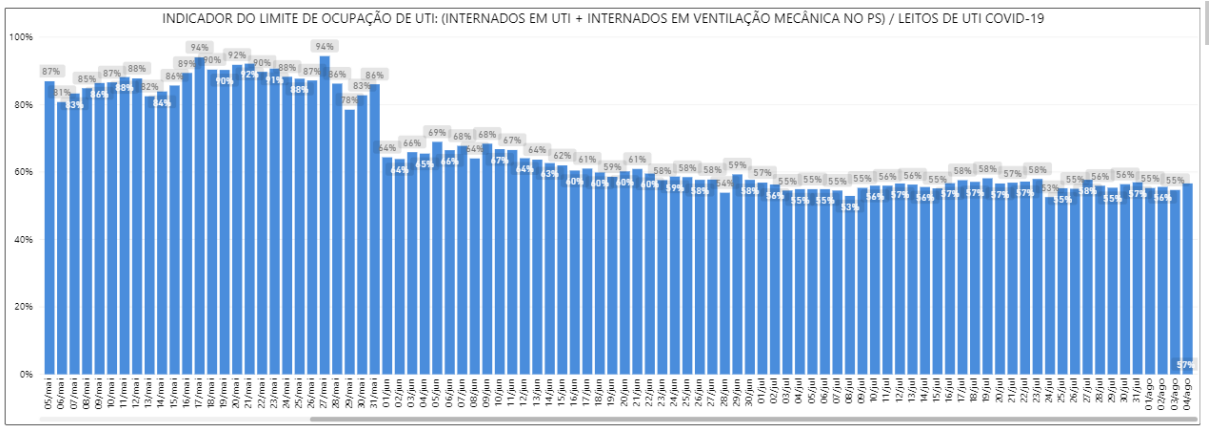
Por sua vez, o Censo COVID Municipal revelou uma valiosa informação para a gestão da crise, antes inacessível: a ocupação dos leitos da rede hospitalar privada na cidade. Conhecendo a capacidade ociosa existente nos principais hospitais da cidade, foi possível implementar uma política de contratualização de leitos privados que atendesse à demanda do sistema público, porém, sem prejudicar a oferta de leitos ao usuário da rede privada.

A integração de bancos de dados e o uso de ferramentas de B.I. viabilizaram o monitoramento inteligente da capacidade instalada das redes de saúde pública e privada da cidade de São Paulo. Esse monitoramento evidenciou a eficácia da Atenção Primária no combate à pandemia, uma vez que a redução da ocupação corrobora o esforço da Rede Básica em intensificar o cuidado e reforçar o

monitoramento domiciliar nos territórios onde a capacidade do sistema hospitalar demonstrou maior sobrecarga.

Figura 53 – Ilustrações de ferramentas de B.I. resultantes da integração de bases de dados





Além das informações hospitalares, a SMS monitora diariamente os dados epidemiológicos relevantes para o planejamento e gestão diária da rede e controle da pandemia. Como estratégia de monitoramento da situação epidemiológica na cidade de SP, a SMS desde março tem acompanhado e publicizado os dados epidemiológicos relativos a COVID no MSP, complexificando a variedade de indicadores acompanhados, de acordo com a dinamicidade do curso da pandemia na cidade.

Para tanto, publica diariamente um boletim com informações relativas a casos e óbitos, indicadores da capacidade hospitalar e assistência. Este documento foi continuamente aprimorado,

observados os diferentes momentos da doença no MSP e o aperfeiçoamento da comunicação com a sociedade. Em 31 de julho a SMS publicou o **boletim diário 126**.

Além do monitoramento, foram empreendidas iniciativas pela SMS e PMSP em geral de articulação para estruturar ações intersetoriais no enfrentamento a pandemia. A articulação entre os diferentes órgãos municipais tem sido crucial para o controle desta situação de saúde, observados os diferentes aspectos e consequência da situação de pandemia para os cidadãos do MSP.

Destaca-se que para a garantia de insumos e recursos desde o momento crítico e inicial da pandemia, em conformidade com o decreto n° 59.283/2020, foi organizada equipe intersecretarial no **gabinete do Prefeito** Bruno Covas para **coordenação das doações**, com a qual o gabinete da SMS desenvolve importante cooperação para garantir a melhor alocação dos recursos angariados.

Para promoção de ações comunitárias, com apoio da **Companhia de Engenharia de Trânsito (CET)**, foram realizadas 78 ações desde o fim de abril distribuídas pelos diversos territórios do município, com enfoque nas áreas de maior vulnerabilidade, para incentivo ao distanciamento social e as medidas de prevenção em parceria com as equipes de saúde. A ações foram realizadas em todas as CRS: Centro (7), Leste (16), Norte (19), Oeste (12), Sudeste (13) e Sul (17).

Focadas no apoio a famílias em situação de vulnerabilidade, coordenado pela **SMDU** e com apoio da **sociedade civil**, no **Programa Cidade Solidária** foram desenvolvidas ações para distribuição de cestas básicas, fornecimento de máscaras, acolhimento e encaminhamento a serviços de saúde. Pela PMSP foram distribuídas mais de 1,6 milhão de cestas básicas, 798.461 kits de higiene e limpeza e 1.154 toneladas de alimentos recebidos. Reconhecendo assim, a relevância dos aspectos socioeconômicos e seu potencial agravamento para o cuidado e proteção da população na situação de pandemia.

Figura 54 – Resultados do Programa Cidade Solidária, maio a julho de 2020.

	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL
N° famílias atendidas com cesta básica	11.197	12.197	6457	29.851
N° de profissionais envolvidos	569	925	169	1.663
N° de pessoas abordadas	12708	11810	6355	30.873
N° de sintomáticos respiratórios	185	3	13	201
N° encaminhamentos para serviços de saúde	78	62	50	190
N° de máscaras fornecidas	18.934	14642	4946	38522

Já a **Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social** (SMADS) implantou Centros de Acolhida para isolamento de casos suspeitos e confirmados de COVID 19 para pessoas em situação de rua com o apoio técnico da SMS e acompanhamento pelas equipes de consultório na rua. Essas equipes realizam visitas frequentes aos centros de acolhida para avaliação e detecção precoce. Além disso, é realizado acompanhamento pelas equipes de Atenção Básica dos CAE, ILPI e SAICA para monitoramento com detecção precoce, encaminhamentos, realização de exames.

Com a disponibilização de espaço pela **Secretaria Municipal da Educação (SME)** foram implantados três locais para isolamento de casos suspeitos e confirmados para população indígena aldeada nos CECI Centro Educacional Cultura Indígena. Além disso, foi realizada vacinação contra influenza e sarampo nos espaços de CEI, EMEI e EMEF e disponibilizado transporte escolar para UBS e STS para ações de vacinação, ações comunitárias, entre outras.

A partir das medidas de flexibilização, tem especial relevância o fluxo de avaliação de protocolos para retorno das atividades econômicas estabelecido entre a **Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Trabalho – SMDET** e a COVISA. A ação da SMS apoia e orienta os diversos ramos de atuação comercial nas medidas sanitárias de higiene e distanciamento social necessárias para o atual momento da pandemia no MSP.

Por fim, destaca-se a participação da SMS no acompanhamento e atenção a saúde de pessoas a partir do site **"Última Homenagem",** criado pelo Serviço Funerário, para familiares e amigos em luto por decorrência da COVID-19. Nessa página é possível encontrar orientações e realizar contato com profissionais para apoio socioemocional.

3.5.1. Gestão participativa, controle social e assessoria parlamentar

A participação social, em consonâncias com princípios do SUS, desempenha papel de destaque na condução das políticas de saúde. Neste momento de enfrentamento à epidemia à COVID-19, é mais importante do que nunca a contribuição dessas instâncias para a realização de diagnósticos mais precisos e a elaboração e implementação de estratégias. Assim, deu-se continuidade às atividades nesse âmbito, tomando-se todas as medidas de prevenção necessárias.

No Gabinete de SMS, as reuniões do Conselho Municipal da Saúde permaneceram sendo realizadas, por meio de plataformas eletrônicas, conforme ordem interna emitida pelo Secretário. Foram realizadas 25 reuniões mensais, considerando as reuniões ordinárias do pleno, assim como, as

plenárias das comissões permanentes e temáticas. Buscou-se promover o alinhamento em diferentes agendas e fornecer as informações necessárias ao exercício do controle social.

Nesse sentido, foram realizadas capacitações, reuniões. As divulgações de documentos técnicos, preconizados pela COVISA, bem como, distribuição dos boletins diários. Os relatórios situacionais foram discutidos em plenárias com a participação de técnicos de COVISA, Atenção Básica, AHM e assessoria parlamentar, com prestação de esclarecimentos sobre eles.

Dessa mesma forma, conforme a organização territorial das políticas de saúde no município de São Paulo, são realizadas, também, reuniões nas Coordenadorias e Supervisões Técnicas de Saúde, além de se organizarem conselhos gestores para os equipamentos de saúde. Estes continuaram suas atividades, com mais de **80 reuniões por mês**, dada a relevância da participação social local neste momento de pandemia.

Instituída pela Portaria SMS.G nº 157 de 20 de março de 2020, a **Mesa Técnica** foi criada para discussão e acompanhamento da evolução de COVID-19, visando a amplo debate com conselhos, sindicatos e órgãos de classe. Nesse período foram realizadas reuniões periódicas com a participação de técnicos e do Secretário Municipal da Saúde.

Em relação às emendas parlamentares, foram recebidos recursos dos entes federal, estadual e municipal, totalizando um aporte de **826.696.302,12 reais** que estão sendo utilizados em ações de investimento e custeio para o enfrentamento à COVID-19.

- Do **recurso federal**, foram destinados e repassados até o momento **636.356.493,45 reais**. Estes foram destinados a partir de emendas parlamentares exclusivas direcionadas a COVID-19; emendas de bancada, fundo a fundo, exercícios anteriores e Ministério Público Federal. Do recurso estadual,
- Do **recurso estadual**, o valor destinado e repassado foi **110.485.769,94 reais**, por meio de transferência fundo a fundo COVID (custeio). depósitos judiciais e Ministério Público
- Do **recurso municipal**, o valor repassado foi de **79.854.038,73 reais** entre emendas de custeio e investimento, intervenção local (custeio), fundo especial de despesa da CMSP – COVID-19 e Tribunal de Contas do Município.

3.6. Inquérito e a flexibilização

Diante da situação epidemiológica descrita acima, o Município de São Paulo **adotou estratégias para minimizar a transmissão da COVID-19**, instituindo desde 23/03/2020 (Decreto 59.298) a quarentena voluntária, com fechamento de serviços não essenciais. Neste momento, com a publicação do Decreto 59.473 de 29/05/2020, que flexibiliza gradativamente a reabertura de alguns serviços não essenciais, torna-se de extrema necessidade o **conhecimento da situação sorológica da população** ao longo do tempo, o que contribui para a tomada de decisão e para legitimar as ações desenvolvidas.

Os resultados do estudo servirão para fornecer dados mais precisos sobre a prevalência da infecção pelo SARS-CoV-2, bem como, identificar a proporção de pessoas infectadas assintomáticas. Este estudo irá contribuir para o **direcionamento de estratégias** para o combate da pandemia no MSP e permitir a avaliação do impacto das ações de prevenção e controle da COVID-19 adotadas pelo conhecimento da evolução da prevalência ao longo do tempo.

O objetivo é estimar a prevalência da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em pessoas maiores de 18 anos residentes no Município de São Paulo e a proporção de indivíduos com teste positivo que apresentam ou apresentaram infecções assintomáticas ou subclínicas com a descrição da evolução da prevalência da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 ao longo do tempo.

O presente inquérito conta com nove fases que ocorrem a cada 15 dias, incluída uma fase teste denominada fase zero. As fases ocorrem nas áreas de abrangência das 472 UBS, estas consideradas estratos, e em cada estrato foram selecionados 12 domicílios, sendo eleita uma pessoa de cada domicílio.

A metodologia foi o sorteio amostral segundo fases. Em cada fase foram aprimoradas as bases para sorteio com intuito de obter um melhor retrato da população. Para Fase 0 a base da amostra sorteada contou com 3,3 milhões domicílios, segundo os registros de IPTU ano 2020 e hidrômetros ano 2017. A Partir da Fase 1, a base gradativamente ultrapassa 5,7 milhões de domicílios sorteados, dada a inclusão da base cadastral da Estratégia Saúde da Família (ESF 2020) entre as bases consultadas.

Figura 55 – Coletas e estimativas de prevalência e população com anticorpos para SARS-CoV-2.

Resultado	Fase 0	Fase 1	Fase 2
Coletas	2.624	2.864	2328
Prevalência	9,5%,	9,8%	11,1%
Estimativa - Pessoas com anticorpos para SARS-CoV-2	1,16 milhão	1,2 milhão	1,3 milhão

3.6.1. Considerações gerais em relação aos resultados das Fases 0, 1 e 2:

- A prevalência estimada de anticorpos para SARS-CoV-2 no MSP, vem aumentando progressivamente desde a Fase 0.
- Nas fases 1 e 2 em relação a faixa etária destaque-se o aumento da prevalência nos maiores de 65 anos. É possível os indivíduos mais jovens (35- 49 – fase 0) economicamente ativos e provavelmente levaram a infecção para suas residências.
- A prevalência de assintomáticos infectados vem se elevando gradativamente em cada fase.
- O perfil sócio demográfico mais susceptível à infecção pelo SARS-CoV-2 permanece sendo: raça/cor preta e parda, menor instrução e menor renda mensal.
- O distanciamento social, uso de máscara e o teletrabalho mostraram ser medidas que contribuem para prevenir a infecção pelo SARS-CoV-2.
- São fatores associados para infecção COVID - Pobreza e maior vulnerabilidade.
- A amostra analisada foi numericamente representativa da população em todas as fases para expressar o padrão de infecção do SARS-CoV-2

FASE 0	FASE 1	FASE 2
Faixa etária de 35-49= 12,2% 50-64 =9,6% 18-34 = 8,7%	Faixa de 50-64 = 12%	Faixa etária > 65 = 13,9% 18-34 = 12,6% 35-49 = 12,3%
Nunca estudaram = 17,7% Ensino médio = 11,8% Ensino superior = 6,5%	Nunca estudaram = 29,5% Ensino fundamental = 14,9%	Ensino fundamental = 16,4% Ensino médio = 11,8% Ensino superior = 7,8% Nunca estudaram = 8,7%
Indivíduos da cor parda (10,4%) e branca (9,6%)	Pardos = 12,6% Pretos = 13,1%	Indivíduos cor parda e preta = 14,1%
Maior prevalência nas faixas de renda das classe D e E	Indivíduos com renda nas faixas de classe E>D>C	Indivíduos com renda nas faixas de classe E (17,7%) > D > C
Domicílios com 5 ou mais moradores	Domicílios com 3-4, seguido + 5 ou mais moradores	Domicílios com 5 ou +(11,7%) e 3-4 (12,3%)
Sem distanciamento social = 24,6% Distanciamento social parcial= 14,7%	Não distanciamento social (18,9%) e parcial (13,6%)	Não distanciamento social = 25,2% Distanciamento parcial = 18,4% Com distanciamento =8,5%
Trabalharam fora de casa = 18,2% Regime misto = 8,7%	Fora de casa = 14,1% Desempregados = 15%	Trabalharam fora de casa = 14,3% Desempregados =15,1% Regime misto = 8,1%

A partir do cenário epidemiológico e da situação de flexibilização em andamento, considerando as experiências e **cenários internacionais,** a PMSP iniciará um inquérito sorológico em menores de 18 anos para **conhecimento da prevalência na infância** e a necessidade de se desenhar estratégias e compreender seu percentual de transmissibilidade.

4. Plano São Paulo

Em 28 de maio de 2020, o Governo do Estado de São Paulo instituiu o Plano São Paulo, que estabelece critérios de monitoramento do risco de propagação da COVID-19 e de capacidade de resposta do sistema de saúde, cujos indicadores definem as fases de retomada de atividades econômicas.

Conforme o Decreto Estadual nº 64.994/2020, a avaliação proposta no Plano São Paulo foi dividida em dois critérios: Capacidade do Sistema de Saúde e Evolução da epidemia. Os indicadores técnicos a balizar a reabertura de atividades consideraram as ***condições estruturais da rede hospitalar***, com número de leitos por 100.000 habitantes e taxa de ocupação de leitos de UTI Covid, e as ***condições de evolução da epidemia***, a partir de três indicadores, razão de crescimento de casos, internações e óbitos na última semana em relação a semana anterior. A **figura 56** apresenta as fases estabelecidas no Plano São Paulo, o peso relativo de cada indicador bem como a divisão dos critérios

Figura 56 – Critérios e indicadores do Plano São Paulo de retomada de atividades econômicas.

CRITÉRIOS	INDICADOR	PESO	PARÂMETROS			
			Fase 1 Alerta Máximo	Fase 2 Controle	Fase 3 Flexibilização	Fase 4 Abertura Parcial
1. CAPACIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE	Taxa de ocupação de leitos UTI COVID-19	4	Acima de 80%	Entre 70% e 80%	Entre 60% e 70%	Abaixo de 60%
	Leitos UTI COVID-19 / 100.000 habitantes	1	Abaixo de 3	Entre 3 e 5	Acima de 5	Acima de 5
2. EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA	# de novos casos nos últimos 7 dias / # de novos casos nos 7 dias anteriores	1	Acima de 2	Acima de 2	Entre 1 e 2	Abaixo de 1
	# de novas internações nos últimos 7 dias / # de novas internações nos 7 dias anteriores	3	Acima de 1,5	Entre 1 e 1,5	Entre 0,5 e 1	Abaixo de 0,5
	# de óbitos por COVID-19 nos últimos 7 dias / # de óbitos por COVID-19 nos 7 dias anteriores	1	Acima de 2	Entre 1 e 2	Entre 0,5 e 1	Abaixo de 0,5

Fonte: Governo do Estado de São Paulo. Decreto nº 64.994/2020.

Em **03/06** foi publicado pelo Governo do Estado o 1º Balanço do Plano São Paulo, o município de São Paulo foi classificado na Fase 2 Laranja, que significava uma fase de atenção com eventuais liberações de atividades, priorizadas de acordo com a vulnerabilidade econômica e empregatícia.

O município se manteve nesta fase até o 2º Balanço em **10/06**. Assim sendo, foi permitido o funcionamento de "shoppings centers", galerias, comércio e serviços, com capacidade limitada a 20% e reduzido horário de funcionamento.

É interessante observar que, considerando somente o critério de evolução da epidemia (casos, internações e óbitos), o município de São Paulo, em 10/06, já alcançava a classificação 3 (fase amarela), o que denota a estabilização da disseminação da doença na cidade antes mesmo de sua classificação final na Fase 3.

Na 3ª atualização do Plano São Paulo, em **19/06**, o município se manteve na Fase 2, laranja. Com a 4ª atualização do Plano São Paulo, em **26/06/2020**, a cidade de São Paulo ingressou na Fase 3, Amarela, principalmente por conta da redução na taxa de ocupação de leitos de UTI COVID, uma vez que, segundo o critério evolução da epidemia, a cidade já se encontrava estável desde meados de junho. As 5ª, 6ª e 7ª atualizações do Plano, ocorridas respectivamente em 03/07, 17/07 e 31/07, mantêm a cidade na Fase 3, o que corrobora a eficácia do trabalho realizado pelo município no combate à pandemia. A **figura 57** apresenta os resultados dos indicadores do critério do Plano São Paulo de evolução da epidemia.

Figura 57 – Resultados dos indicadores do critério Evolução da Epidemia do Plano São Paulo, em datas selecionadas (Decreto Estadual nº 64.6994/2020).

	Indicadores: 7 últimos dias / 7 dias anteriores			Evolução da Epidemia
Data	**Casos**	**Internações**	**Óbitos**	**Resultado**
25/05	1,2	1,04	1,22	2
08/06	1,0	0,99	0,85	3
09/06	0,8	0,98	0,84	3
10/06	0,8	0,99	0,91	3
19/06	1,4	0,98	1,15	2
25/06	1,2	0,94	0,94	3
26/06	**0,8**	**0,92**	**0,81**	**3**
03/07	1,0	0,90	0,96	3
10/07	0,8	0,99	1,02	3
17/07	1,1	1,00	1,00	3
24/07	0,9	0,96	0,76	3
31/07	**1,7**	**0,94**	**0,85**	**3**

Antes do início das medidas de flexibilização e retomada de atividades econômicas, se pode observar o rápido decrescimento da taxa de ocupação de leitos de UTI COVID-19. Considerando o critério “Capacidade do Sistema de Saúde” do Plano São Paulo, a **figura 58** apresenta seus indicadores com a marcação de cor correspondente à classificação de fases do Plano.

Figura 58 – Resultados dos indicadores do critério Capacidade de Resposta do Sistema de Saúde do Plano São Paulo, datas selecionadas (Decreto Estadual nº 64.6994/2020).

	Indicadores		Capacidade do sistema de saúde
Data	**Taxa de ocupação de leitos UTI COVID-19 (toda cidade)**	**Leitos UTI COVID-19 / 100 mil hab.**	**Resultado**
03/06	78,2	28,1	2
10/06	75,2	29,3	2
19/06	71,4	31,9	2
26/06	69,3	31,8	3
03/07	66,5	31,8	3
10/07	66,8	31,2	3
17/07	67,2	31,1	3
24/07	66,3	30,0	3
31/07	63,2	30,7	3

Após dois meses de vigência do Plano São Paulo, o Governo do Estado avaliou como necessária a realização de atualizações na aferição dos indicadores de cada um dos critérios de classificação das áreas do Estado de São Paulo nas fases do plano. Considerando a atual situação epidemiológica do Estado, a própria retomada de atividades e, consequentemente, a esperada ampliação da demanda por assistência de saúde não relacionada à COVID, os parâmetros do Plano São Paulo foram recalibrados. Em 29/07/2020, o Governo do Estado de São Paulo publicou o Decreto nº 65.100/2020, que altera os critérios de classificação no Plano São Paulo.

Figura 59 – Critérios, indicadores e parâmetros atualizados do Plano São Paulo

Critério	Indicador	Peso	Fase 1 Alerta máximo	Fase 2 Controle	Fase 3 Flexibilização	Fase 4 Abertura parcial		
Capacidade do Sistema de Saúde	Média da taxa de ocupação de leitos UTI COVID dos últimos 7 dias (%)	4	Acima de 80%	Entre 80% e 75%	-	Abaixo de 75%	Margem de 2,5p.p.	Áreas devem passar 28 dias consecutivos na fase 3 (amarela) antes de evoluírem para a fase 4 (verde)
	Leitos UTI COVID / 100k habitantes	1	Abaixo de 3,0	Entre 3,0 e 5,0	-	Acima de 5,0		
Evolução da epidemia	# de novos casos últimos 7 dias / # de novos casos 7 dias anteriores	1	Acima de 2,0	-	Entre 1,0 e 2,0	Abaixo de 1,0	Margem de 0,1	
	# de novas internações últimos 7 dias / # de novas internações 7 dias anteriores	3	Acima de 1,5	Entre 1,0 e 1,5	Abaixo de 1,0	Abaixo de 1,0 E internações / 100 mil habitantes nos últimos 14 dias < 40		
	# de óbitos por COVID nos últimos 7 dias / # de óbitos por COVID nos 7 dias anteriores	1	Acima de 2,0	Entre 1,0 e 2,0	Abaixo de 1,0	Abaixo de 1,0 E óbitos / 100 mil habitantes nos últimos 14 dias <5		

Fonte: Governo do Estado de São Paulo. Decreto nº 65.100/2020.

Conforme nota técnica do Centro de Contingência do Coronavírus do Governo do Estado de São Paulo, a revisão significou:

- Aplicação de **margem de segurança 2,5 pontos percentuais** no indicador de **taxa de ocupação** de leitos UTI COVID;
- Aplicação de **margem de segurança de 0,1 ponto percentual nos indicadores** do critério **de Evolução da Epidemia**.
- Exigência de que o indicador de variação de internações na fase 4 apresente uma variação abaixo de 1,0 e a **soma das novas internações nos últimos 14 dias seja inferior a 40 por 100 mil habitantes**.
- Exigência de que o indicador de variação de óbitos na fase 4 apresente uma variação abaixo de 1,0 e a **soma de óbitos nos últimos 14 dias inferior a 5 por 100 mil habitantes**.

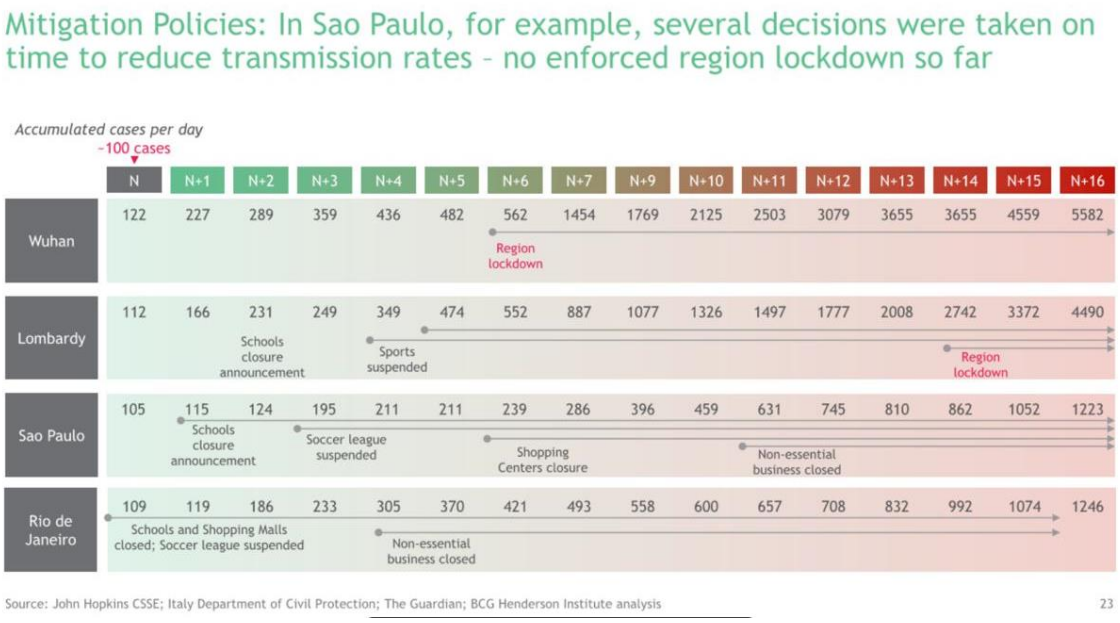
Assim, a atualização do Plano São Paulo expressa uma adequação dos requisitos formais para avanço na retomada de atividades à luz do atual cenário epidemiológico do Estado. Cumpre destacar que essa alteração não modificou a classificação final do município de São Paulo, que se mantem na Fase 3 (Amarela), com a manutenção das medidas de quarentena.

5. Contexto internacional da COVID-19 e a cidade de São Paulo

A cidade de São Paulo como cidade cosmopolita e de alta densidade demográfica foi o primeiro local do país a sofrer os impactos da pandemia de COVID-19, sendo o epicentro, na época, da doença no Brasil. **Situações de incertezas apontavam para cenários preocupantes e os primeiros países sinalizavam que a evolução da pandemia, entre casos e óbitos, escalonava-se de maneira vertiginosa.**

Segundo a OMS, em 31 de março, no mundo havia 693.224 casos com 41.593 mortes confirmados. Nas diferentes regiões os casos se distribuíam: **Região Europeia:** 392.757 confirmados e 23.962 mortes; **Região do Pacifico ocidental:** 103.775 confirmados e 3.649 mortes; **Região do sudeste asiático:** 4.084 confirmados e 158 mortes; **Região do mediterrâneo oriental:** 46.329 confirmados e 2.813 mortes; **Região Africana:** 3.486 confirmados e 60 mortes; **Região das Américas:** 142.081 confirmados e 2.457 mortes; e **Brasil:** 5.389 casos e 201 mortes. No Estado de São Paulo havia **2.339** casos e **136** óbitos, sendo destes **1.438** confirmados e **118** óbitos na cidade de São Paulo.

Figura 60 - Políticas de mitigação da COVID-19 em São Paulo

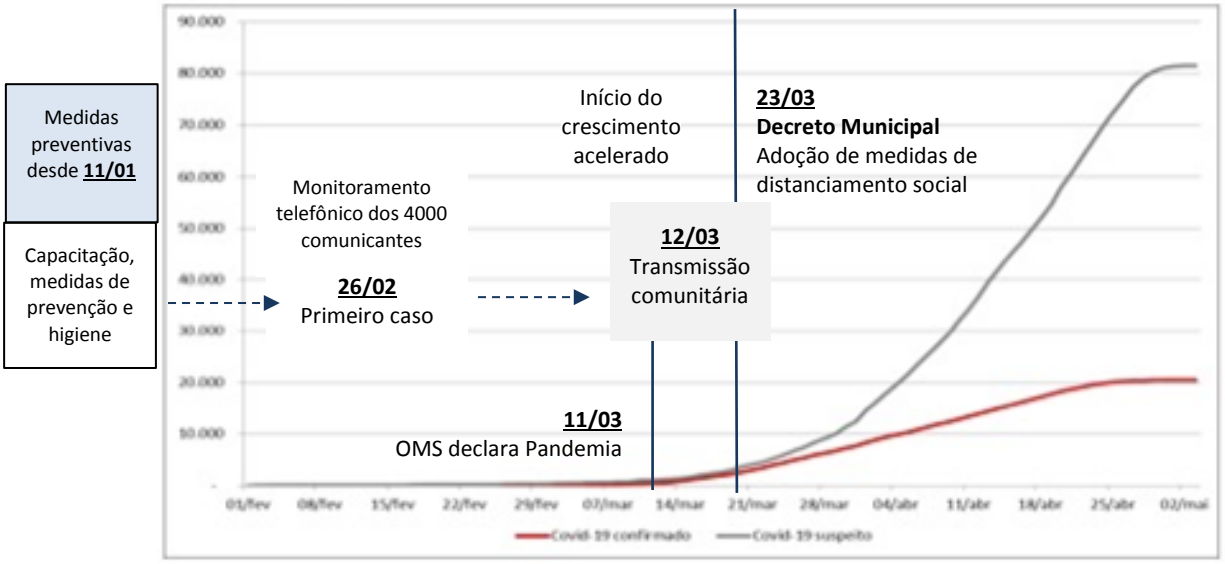


Fonte: Boston Consulting Group: Update about Covid-19.

Em abril, estudos realizados pela **Boston Consulting Group (BCG)** demonstraram, além das ações de mitigação adotadas, a evolução de casos no tempo a partir do marco de 100 casos em diferentes regiões do mundo. **São Paulo destacou-se pela menor evolução de número de casos**, atribuídos no estudo as políticas de mitigação precoces para diminuir as taxas de transmissão. A SMS entende que para além das medidas de distanciamentos empregadas, **foram desenvolvidas ações de prevenção, vigilância e acompanhamento nos territórios pela rede de atenção básica**. Fator essencial para controle da disseminação do vírus, dada a sua capilaridade, conhecimento da população e do cuidado próximo no território.

Destaca-se o dia *n+10*, **dez dias após o centésimo caso**. Em Wuhan, apesar da adoção do *lockdown*, havia **2.125** casos; na Lombardia **1.326** casos confirmados; já em São Paulo **459** casos. O **quadro XX**, ilustra as primeiras medidas adotadas pela Prefeitura e a SMS.

Figura 61 - Medidas de prevenção e mitigação da transmissão e distribuição acumulada de casos confirmados e suspeitos de COVID-19.



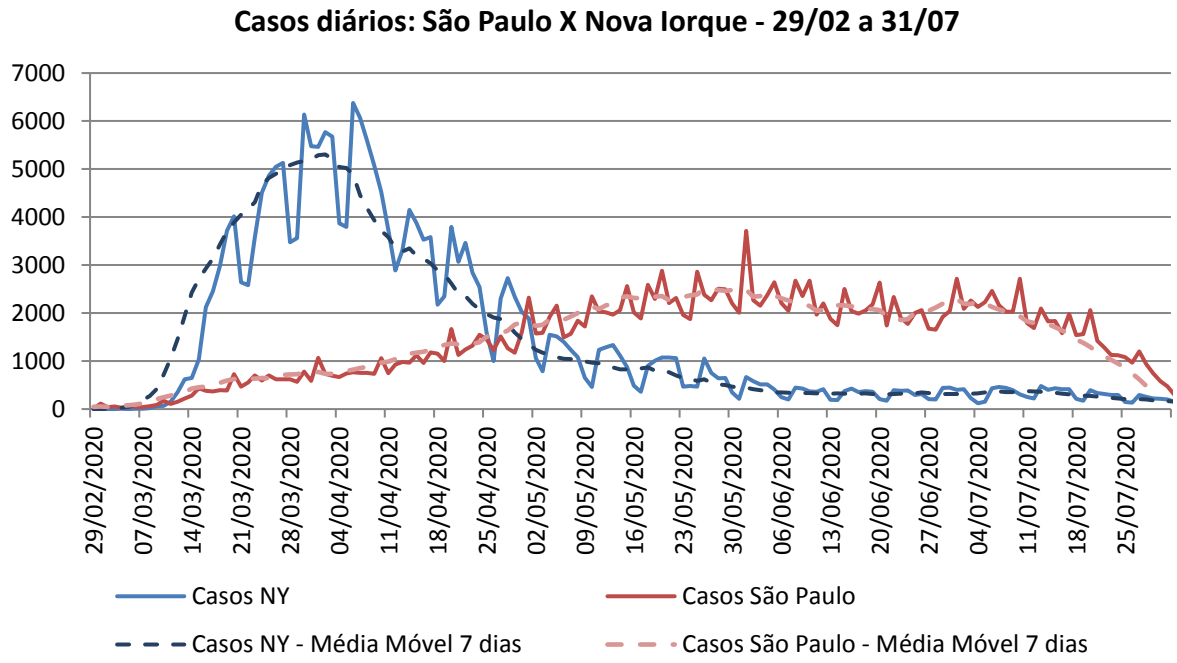
Fonte: DVE/COVISA – E-SUS VE/Sivep-Gripe.

A análise comparativa entre regiões é uma boa forma de avaliar a eficácia das políticas de combate à pandemia. Faz-se necessário, no entanto, ponderar as diferenças entre as regiões comparadas, buscando que a comparação seja feita entre semelhantes.

Por suas grandes dimensões, densidade populacional e complexidades socioeconômicas, mostra-se pouco viável a comparação do município de São Paulo com outros municípios brasileiros. A

capital paulista, com características típicas de uma megalópole, deve ser comparada com outras grandes cidades globais. A cidade norte-americana de Nova Iorque, por exemplo, possui grande densidade populacional, complexos arranjos socioeconômicos e, assim como São Paulo, vivenciou o desafio de ser o epicentro da pandemia em seu país.

Figura 62 – Distribuição de casos diários de COVID-19 de residentes das cidades de São Paulo e Nova Iorque.



Fonte: NYC Government; SMS/PMSP.

Analisando a evolução dos casos de COVID-19 nas duas cidades, percebe-se que a pandemia teve início em um período bastante próximo em ambas. Quando do primeiro caso confirmado em Nova Iorque, São Paulo registrava apenas 8 casos, o que evidencia pontos de partida quase simultâneos.

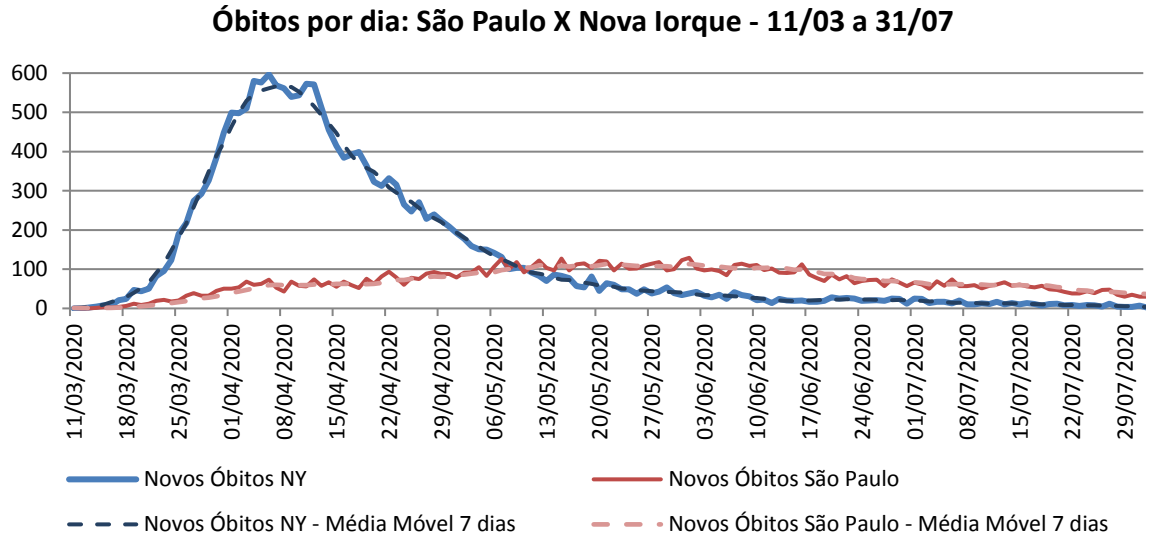
A análise comparada das duas cidades revela que:

i) a cidade de São Paulo foi bem sucedida em retardar o pico de casos – que em Nova Iorque acontece em 4 de abril e, em São Paulo, se dá em 1º de junho;

ii) A magnitude dos novos casos diários também é significativamente menor em São Paulo. Em Nova Iorque o maior número de novos casos foi 6.377, enquanto em São Paulo foi de 3.712.

A trajetória comparativa das duas cidades ilustra a eficácia das políticas públicas de saúde implementadas no município de São Paulo para conter o crescimento exponencial da doença.

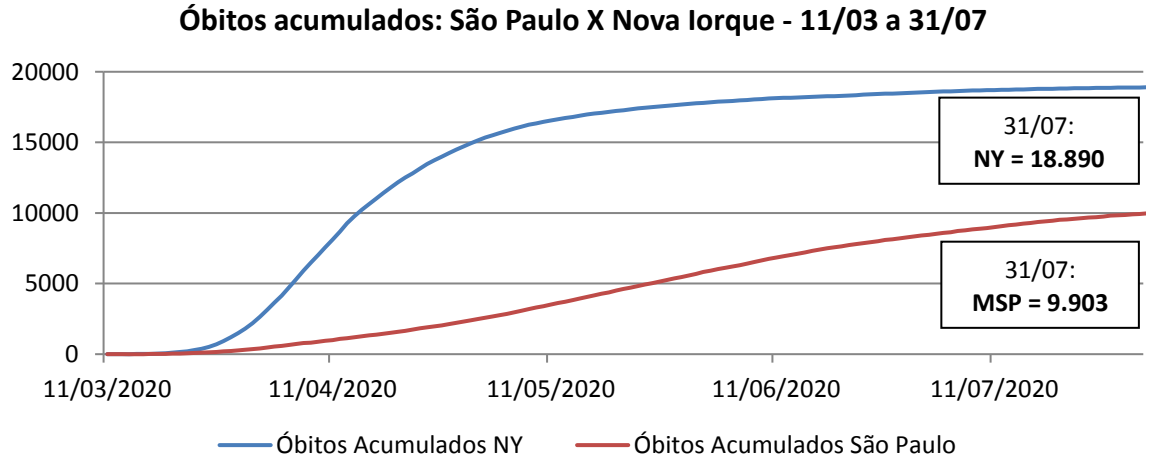
Figura 63 – Distribuição de óbitos diários de COVID-19 de residentes das cidades de São Paulo e Nova Iorque.



Fonte: NYC Government; SMS/PMSP. 31/07/2020.

A distribuição de óbitos diários segue as mesmas características observadas na evolução de casos das duas cidades. O pico de óbitos da cidade de Nova Iorque se deu em 6 de abril, quando 597 pessoas vieram a óbito. Já na cidade de São Paulo o pico aconteceu em 1 de junho, com 129 óbitos - 78% menor do que Nova Iorque.

Figura 64 – Distribuição de óbitos acumulados de COVID-19 de residentes das cidades de São Paulo e Nova Iorque.



Ainda que Nova Iorque possua, no final de julho, um menor número de óbitos diários em relação à cidade de São Paulo, a gestão da pandemia de COVID-19 no município resultou em um menor número acumulado de óbitos confirmados, sem riscos de comprometimento do sistema municipal de saúde e com a garantia de assistência integral à população paulistana.

6. Considerações finais

Neste relato foram apresentadas as experiências e resultados do trabalho estruturado pelo município de São Paulo diante da desafiadora missão de adaptar sua política pública de saúde para combater uma doença sem precedentes.

Com muito esforço e dedicação, a Secretaria Municipal de Saúde estruturou uma estratégia de combate à pandemia pautada na linha de cuidado, integrando as ações das diversas áreas com foco no paciente e no território.

Observamos o passado, com a experiência de outros países, para pensar o futuro. A explosão de casos na China e no continente europeu apontavam para a necessidade imediata de ampliação da capacidade hospitalar. Mas o aprendizado contínuo ao longo do combate à pandemia nos levou a construir uma estratégia própria e inovadora, mais ajustada à realidade do município. O protagonismo da Atenção Básica na busca ativa, monitoramento e ações comunitárias de prevenção foram essenciais para o cuidado. Considerou as necessidades da população mais vulnerável, dando a garantia legal para viabilizar a quarentena, durante uma flexibilização.

Sabemos que a pandemia não acabou. O monitoramento continuado dos equipamentos da Rede de Atenção aponta para um cenário de DCNT que necessitam de uma agilidade ainda maior na assistência. O desafio é construir propostas técnicas para conciliar o cuidado de pacientes crônico-degenerativos e daqueles que ainda se encontram no contexto da pandemia.

Faz-se necessário, também, pensar novos arranjos organizacionais para essa nova realidade. Repensar a organização do trabalho, novos protocolos, novas estruturas organizacionais e novas estratégias para absorver a assistência que se apresenta, prevendo potenciais agravos decorrentes do contágio pelo novo coronavírus.

Para tanto, os técnicos da SMS vêm mantendo contato constante com a comunidade acadêmica para manter-se na vanguarda do conhecimento técnico-científico para, continuadamente, subsidiar o planejamento de políticas de saúde.

No passado recente, os estudos realizados sobre cenários hipotéticos da previsão de óbitos no MSP de acordo com as medidas de distanciamento social apontavam para um cenário catastrófico. Projeções de especialistas indicavam que, em finais de abril, se não houvesse nenhuma intervenção, alcançaríamos uma situação de 100.000 mortes. E ainda, se a intervenção fosse sustentada somente até a primeira quinzena de maio, poderiam ser alcançadas 90.000 mortes até o fim de julho. Neste mesmo sentido, o relaxamento produziria uma trajetória incontrolável da epidemia. Observamos

neste momento que as medidas de isolamento social e de fortalecimento do sistema de saúde contiveram a evolução originalmente prevista.

A Secretaria Municipal da Saúde tem segurança que o atual cenário que se apresenta no MSP **é consequência de medidas efetivas de expansão da rede, qualificação da atenção e o apoio da população no isolamento social.**

Esperamos que a experiência aqui compartilhada, fruto da dedicação e comprometimento dos profissionais de saúde, das equipes técnicas, dos quadros administrativos, dos parceiros e dos prestadores de serviço implicados no enfrentamento da COVID-19 no município de São Paulo contribua para a implementação da política pública de saúde no combate desta pandemia em outras regiões.