

Diretrizes da Atenção Básica

Revisão | 2024



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Luiz Carlos Zamarco

SECRETÁRIO ADJUNTO

Maurício Serpa

CHEFE DE GABINETE

Roberto Carlos Rossato

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Sandra Maria Sabino Fonseca

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

Giselle Cacherik

ASSESSORIA TÉCNICA DA COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Paula Lima Orlando

Ângela Izabel Zacarelli Garrigos Dutra Lacroix

Érica Gimenes Ruiz Barbosa Porto Rinaldi

Lígia Maria Brunetto Borgianni

Márcia Maria de Cerqueira Lima

Maria Elizabet Pereira de Siqueira

Octavio Ferraz Bortolim

Rodrigo Pereira Sanches

Projeto gráfico e editoração:

Núcleo de Criação - Assessoria de Comunicação e Imprensa - ASCOM | SMS Gabinete

Jonathan Muniz - Coordenador

Ricardo Liberato - Criação e Design

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Dr. Siqueira Campos, nº 176, Liberdade - CEP: 01509-020

Tel.: 5465-9100 (PABX)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS

**Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e
Vigilância em Saúde - SEABEVS**

Coordenadoria de Atenção Básica - CAB

Diretrizes da Atenção Básica

2022
Revisão | 2024



ÁREAS TÉCNICAS DA COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Adalberto Kiochi Aguemí
Adriana Brazão Pileggi de Oliveira
Adriana Maria Pereira
Alessandra Moreno Palma
Alexandre Gomes Lopes
Aline Lais Nicolodelli
Ana Carolina do Valle de Moura Leite
Ana Lucia Lupoelli da Silva Bento
Athenê Maria de Marco de Frana Mauro
Camila Braz Bortoluci
Camila Sanches Citro Vertuan
Carlos Eugenio Fernandez de Andrade
Carolina Couto Herculano de Castro
Carolina Della Monica Goncalves
Cassia Liberato Muniz Ribeiro
Catherine Russo Munoz Espinoza Degan
Claudia Maria Ricardo Serafim Giaccio
Claudia Ruggiero Longhi
Crismere Cicilioti
Ellen Akreman Macedo Tinos
Fabiana Erica Vilanova da Silva
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Fernando de Freitas Ayres
Francisco Torres Troccoli
Heloisa Brunow Ventura di Nubila
Jose Ruben Ferreira de Alcantara Bonfim
Josie Cleia Santos Miranda
Juliana Andre Nunes
Juliane Turasa Chaves Uyeda
Karina Mauro Dib
Liamar de Abreu Ferreira
Lidia Gomes da Costa Pinheiro Chagas
Ligia Santos Mascarenhas
Lilian de Fatima Costa Faria
Lucia Helena da Silva
Luciana Diniz Freitas
Marco Antonio dos Santos
Maria Aparecida Barbosa Nunes
Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Maria Lucia Barbosa Yamashita
Maria Luiza Franco Garcia
Marta Lopes de Paula Cipriano
Monica Masumi Hosaka
Nathalia Monteiro de Oliveira
Neila Maria Ferreira
Patricia Maria Bucheroni
Patricio Gomes Moreira
Paula Maria de Souza
Raissa Herold Matias Richter
Renata Fonseca Ferreira Brito
Renata Rodriguez Imparato
Ricardo Fernandez de Menezes
Rosa Maria Bruno Marcucci
Samanta Pereira de Souza
Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida
Selma Anequini Costa
Silvana Ferreira Gomes
Silvana Kamehama
Sonia Raquel W. Coelho
Sueli Aparecida Manesco
Tania Regina Correa de Souza
Thais Staut Zukeran
Thiago Mattos Mendes
Valdete Ferreira dos Santos
Vicente Jose Salles de Abreu
Wagner Hideki Lourenço e Laguna



LISTA DE SIGLAS

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AD** - Assistência Domiciliar
- AMA** - Assistência Médica Ambulatorial
- AMG** - Automonitoramento Glicêmico
- AMPI-AB** - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica
- APA** - Agente de Promoção Ambiental
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- ART** - Tratamento Restaurador Atraumático (do termo em inglês: "Atraumatic Restorative Treatment")
- ASACE** - Agentes de Saúde Ambiental/Combate a Endemias
- ASCOM** - Assessoria de Comunicação
- BVS** - Biblioteca Virtual de Saúde
- CAB** - Coordenadoria de Atenção Básica
- CADWEB** - Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
- CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial
- CBO** - Código Brasileiro de Ocupação
- CDP** - Centro de Detenção Provisória
- CECCO** - Centro de Convivência e Cooperativa
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CER** - Centro Especializado em Reabilitação
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CMES** - Cadastro Municipal de Profissionais e Estabelecimentos de Saúde
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CnaR** - Consultório na Rua
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- COVISA** - Coordenadoria de Vigilância em Saúde
- CRS** - Coordenadoria Regional de Saúde
- DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DIU** - Dispositivo Intrauterino
- DVA** - Declaração de Vacinação Atualizada
- eAP** - Equipe de Atenção Primária
- EAPV** - Eventos Adversos pós-vacinação
- eCR** - Equipe Consultório na Rua
- EGB** - Estreptococo do grupo B
- eMulti** - Equipe Multiprofissional da Atenção Primária a Saúde
- EMAD** - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- EMAP** - Equipe Multiprofissional de Apoio
- EMS** - Escola Municipal de Saúde
- EMSI** - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- EMSR** - Escola Municipal de Saúde Regional
- EPI** - Equipamento de Proteção Individual



EPS - Educação Permanente em Saúde
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - Equipe Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GSS - Gestão de Sistemas em Saúde
GT - Grupo de Trabalho
ILPI - Instituição de Longa Permanência de Idosos
INCA - Instituto Nacional de Câncer
INE - Identificador Nacional de Equipe
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LabZoo - Laboratório de Zoonoses
LARC - Contracepção Reversível de Longa Duração (do termo em inglês: "Long-Acting Reversible Contraception")
LAT - Laboratório de Análises Toxicológicas
LBI - Lei Brasileira da Inclusão
LGBTIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Assexuais, Intersexo e mais
MMH - Materiais médicos hospitalares
Monitora TV - Monitoramento da Transmissão Vertical
MS - Ministério da Saúde
MSP - Município de São Paulo
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NPV - Núcleos de Prevenção à Violência
NUVIS-AB - Núcleo de Vigilância em Saúde das UBS
ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OSS - Organização Social em Saúde
PA - Pronto Atendimento
PAI - Programa Acompanhante de Idosos
PAVS - Programa Ambientes Verdes e Saudáveis
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAISCA - Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POP - Procedimentos Operacionais Padrão
PS - Pronto Socorro
PSE - Programa de Saúde do Escolar



- PTS** - Projetos Terapêuticos Singulares
- RAS** - Rede de Atenção à Saúde
- RASPI** - Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
- REMUNE** - Relação Municipal de Medicamentos
- RN** - Recém-Nascido
- RUE** - Rede de Urgência e Emergência
- SEABEVS** - Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
- SIGA** - Sistema Integrado de Gestão de Assistência
- SIGTAP** - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
- SISAB** - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
- SISPACTO** - Sistema de Pactuação de Indicadores
- SMADS** - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
- SMS** - Secretaria Municipal da Saúde
- SRTN** - Serviço de Referência em Triagem Neonatal
- STS** - Supervisão Técnica de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TTN** - Teste de Triagem Neonatal
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UOM** - Unidade Odontológica Móvel
- UPA** - Unidade de Pronto Atendimento
- URSI** - Unidade de Referência em Saúde do Idoso
- UVIS** - Unidade de Vigilância em Saúde
- VD** - Visita Domiciliar



ÍNDICE

1 - Introdução	13
2 - Organização da Atenção Básica no município de São Paulo	15
3 - Estratégias de atenção	18
3.1 - Estratégias que visem à atenção integral à saúde e longitudinalidade do cuidado da população, levando em conta os ciclos de vida	18
3.1.1 - Saúde da criança e do adolescente	18
3.1.2 - Saúde da pessoa adulta	21
3.1.2.1 - Saúde da mulher	21
3.1.2.2 - Saúde do homem	23
3.1.3 - Saúde da pessoa idosa	24
3.2 - Estratégias que visem à integralidade e transversalidade das ações, com foco na promoção da equidade em saúde	26
3.2.1 - Saúde da população negra	26
3.2.2 - Saúde da pessoa em situação de rua	28
3.2.3 - Saúde do indígena	28
3.2.4 - Saúde do imigrante	29
3.2.5 - Saúde da população LGBTIA+	29
3.2.6 - Saúde da população privada de liberdade e população de adolescentes e jovens em conflito com a lei	30
3.2.7 - Saúde das pessoas em situação de violência	31
3.2.8 - Saúde das pessoas em situação de acumulação	33
3.2.9 - Saúde da pessoa com deficiência	33
3.2.10 - Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis	35
3.2.10.1 - Controle do tabagismo	36
3.2.11 - Saúde das pessoas com doenças raras	36
3.2.12 - Atendimento domiciliar (AD)	37
3.2.13 - Saúde mental, álcool e outras drogas	37
3.2.14 - Saúde nutricional	40
3.2.15 - Saúde Bucal	40
3.2.16 - Saúde integrativa - PICS	42
3.2.17 - Assistência farmacêutica	42
3.2.18 - Assistência laboratorial	44
3.2.19 - Vigilância em saúde	45
3.2.20 - Programa de ambientes verdes e saudáveis - PAVS	46
4 - Recomendações operacionais da unidade	47
4.1 - Funcionamento da unidade	47
4.2 - Segurança do paciente	47
4.3 - Acolhimento	48
4.4 - Recepção	49
4.5 - Agendamento	50
4.5.1 - Estruturação da agenda	51
4.5.2 - Estruturação da agenda por categoria profissional	51
4.6 - Atividades desenvolvidas pela unidade	53
4.6.1 - Consultas	53





4.6.1.1 - Consulta médica	54
4.6.1.2 - Consulta do enfermeiro	54
4.6.1.3 - Consulta odontológica	54
4.6.1.4 - Consulta dos Profissionais da Equipe multiprofissional da Atenção Primária a Saúde eMulti	55
4.6.1.5 - Atividades dos agentes comunitários de saúde (ACS)	55
4.6.1.6 - Teleassistência	56
4.6.2 - Procedimentos, exames e rotinas da unidade	56
4.6.2.1 - Vacinação	56
4.6.2.2 - Curativo	58
4.6.2.3 - Dispensação de insumos e medicamentos	58
4.6.2.4 - Exames laboratoriais e de testes rápidos	60
4.6.2.4.1 - Coleta e acondicionamento de amostras biológicas	61
4.6.2.4.2 - Testes rápidos	62
4.6.2.5 - Teste de triagem neonatal (TTN) - teste do pezinho	62
4.6.2.6 - Atendimento cirúrgico ambulatorial básico	63
4.6.3 - Visitas/consultas domiciliares	63
4.6.4 - Ações de promoção à saúde e prevenção	63
4.6.5 - Ações intersetoriais e parcerias	64
4.6.6 - Ações de vigilância em saúde na UBS	65
5 - Gestão da unidade	65
5.1 - Responsabilidades gerenciais pelos processos de trabalho na Unidade e planejamento das ações	66
5.2 - Responsabilidades administrativas	67
5.2.1 - Organização e comunicação interna na unidade	67
5.2.2 - Limpeza, desinfecção e esterilização de áreas	68
5.2.3 - Resíduos em serviços de saúde	68
5.2.3.1 - Etapas do manejo (etapas mínimas para o gerenciamento de RSS) ..	68
5.2.3.2 - Classificação dos resíduos	71
5.2.4 - Documentos	72
5.2.5 - Imprensa	72
5.2.6 - Realização de pesquisas e divulgação de resultados	72
5.3 - Regulação local	73
5.4 - Gestão de pessoas	74
5.4.1 - Educação permanente em saúde (EPS)	74
5.4.2 - Ensino em Saúde: estágios e residências	75
5.5 - Gestão da informação	75
5.5.1 - Prontuário	75
5.5.2 - Sistemas de informação	76
5.6 - Controle social	78
5.7 - Ouvidoria	78
6 - Bibliografia consultada	81
7 - Anexos	87



1 - Introdução

A Atenção Básica reúne um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas através de equipes multiprofissionais e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, 2017).

A Atenção Básica é orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS de **universalidade, integralidade, equidade** e pelas seguintes diretrizes, descritas na PNAB:

- **Regionalização e hierarquização:** o processo de regionalização define os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS, sendo a Atenção Básica a ligação entre tais pontos.
- **Territorialização e adscrição:** são processos que permitem o planejamento com ações setoriais e intersetoriais, visando à atuação condicionantes e determinantes de saúde de um determinado território. O conhecimento da população adscrita, ou seja, que está presente no território da UBS, estimula o vínculo, a responsabilização e a longitudinalidade do cuidado. Assim, o processo de territorialização deve ser ação rotineira da unidade, uma vez que o território está em constante construção. Compreende-se o processo de territorialização não apenas como o diagnóstico físico, topográfico e urbanístico, mas de todas as suas determinantes e características históricas, culturais, políticas, econômicas e epidemiológicas. Esse diagnóstico largo e completo é fundante e básico para o próprio SUS, pois no território se encontra a gênese do fenômeno saúde/doença, onde se deve priorizar as ações de saúde, particularmente as de promoção e prevenção;
- **Cuidado centrado na pessoa:** deve ser entendido como o atendimento feito em todas as etapas da vida e da saúde da pessoa, não devendo ser visto apenas sob o aspecto clínico, mas também sob os aspectos emocionais, mentais, sociais e financeiros. É o cuidado de uma pessoa como um todo e não apenas como um doente, ou como um órgão (no caso do atendimento especializado).
- **Resolutividade:** A Atenção Básica do SUS está estruturada de forma a garantir uma resolutividade da maior parte das demandas de saúde de uma dada população adscrita. A resolução dos problemas é possível em decorrência da sua íntima relação com o território, da sua capilaridade, das suas atividades de promoção e prevenção, do uso sistemático de tecnologias de cuidados individuais e de cuidados coletivos, da presença de equipes multiprofissionais, de uma assistência baseada na clínica ampliada e da possibilidade de um cuidado longitudinal;
- **Longitudinalidade do cuidado:** considera a construção e manutenção de um vínculo permanente e frequente das pessoas residentes no território com a Unidade Básica de Saúde (UBS), sua equipe e seus profissionais, que garanta esse cuidado ao longo tempo, percorrendo assim as várias fases de suas vidas;
- **Coordenação do cuidado e ordenação da rede:** A Atenção Básica tem o papel de organizar e ordenar o fluxo dos usuários que percorrem as RAS. Este ordenamento se



dá inicialmente com a resolutividade da maior parte das necessidades das pessoas em seu próprio espaço, condição essa alcançada por meio de uma política de gestão do cuidado. O seguimento do cuidado também compreende os mecanismos de referências e contrarreferências para níveis secundários e terciários com garantia da continuidade do cuidado. Essa função de gestão do cuidado e de ordenadora da RAS coloca para a Atenção Básica a responsabilização em qualquer ponto da rede, assumida de forma horizontal, integrada e compartilhada com os outros níveis da atenção e também com os espaços intersetoriais, comunitários e sociais;

- **Participação da comunidade:** Legalmente, a participação e controle social no SUS se dão por meio dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, e também na participação em Conferências de Saúde as quais propõem ou indicam ações e políticas a serem implementadas. Outros mecanismos de participação e controle social existente internamente ao SUS são as Ouvidorias em Saúde, que são responsáveis pelo atendimento das reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados, e que têm como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos.

Os conceitos descritos acima servem como diretriz magna para o desenvolvimento e planejamento das ações em saúde no município de São Paulo. Com esses fundamentos, o presente documento visa orientar o trabalho das equipes de saúde, estabelecendo e atualizando parâmetros e ações, respeitando, sobretudo, a singularidade de cada território e população. Sua construção foi organizada a partir dos saberes e experiências das Áreas Técnicas que compõem a Coordenadoria da Atenção Básica (CAB) na SMS, de forma a considerar a complexidade do sistema orgânico e singular que é a Atenção Básica em uma megalópole com quase 12 milhões de habitantes.





2 - Organização da Atenção Básica no município de São Paulo

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) está organizada em 6 grandes regiões que são as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), subdivididas em 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Estas STS são subdivididas em Áreas de Adstrição ou de Responsabilidade Sanitária, segundo o número de UBS existentes. Para as UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF), tais Áreas de Adstrição são desdobradas em "Áreas" e em "Micro Áreas", segundo o número de equipes da Saúde da família e o número de Agentes Comunitários de Saúde, respectivamente.

A partir dessa organização, a Atenção Básica apresenta-se como o principal acesso à RAS, que é constituída por estabelecimentos de saúde de várias complexidades tecnológicas, com uma hierarquização não piramidal (Poliárquica), instituindo várias pontos de acesso à assistência, como as UBS, Pronto Atendimento (PA), Pronto Socorro (PS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), seguindo as Redes Temáticas, de acordo com a complexidade das demandas.

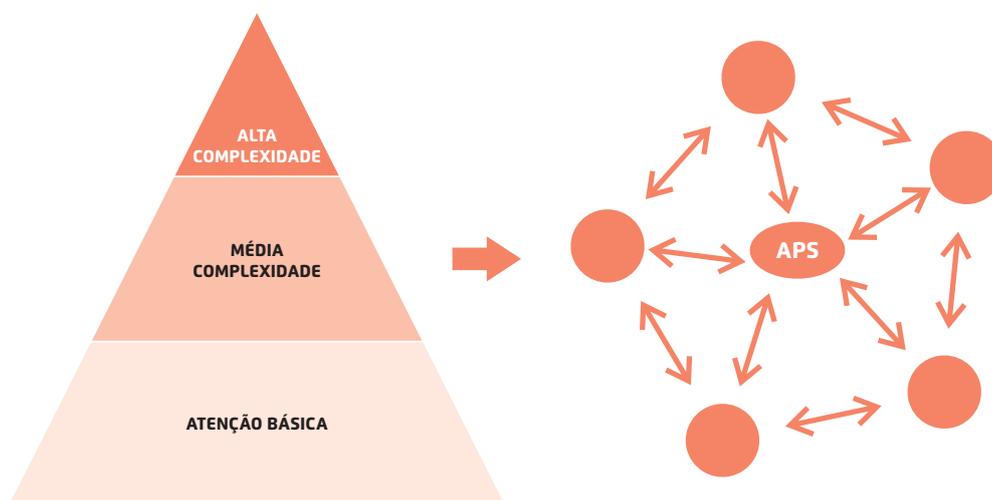
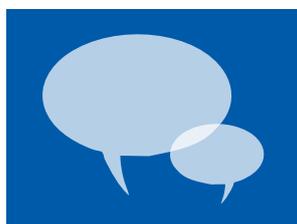


Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde (Mendes, 2011).



O número e relação dos estabelecimentos/serviços de saúde estão disponíveis no link:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_assistenciais/index.php?p=30566

A organização do Sistema de Saúde em um município com a dimensão de São Paulo e com características tão heterogêneas, faz da Atenção Básica uma rede orgânica complexa com modelos ou formas de organização que visam atender às especificidades demográficas, epidemiológicas, sociais, culturais, dentre outras. O modelo de atenção integral à saúde, adotado no MSP, leva em conta indicadores sociodemográficos e de saúde, bem como todas as dimensões da vulnerabilidade e potencialidades do território, adequando às estratégias para melhor resolutividade das questões apresentadas.





- **Equipes da Atenção Básica**

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de maneira que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, por meio da equipe Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica, que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Visando uma adequada avaliação das necessidades e tipologia das equipes, o gestor local deve realizar avaliação do território, levando em conta os aspectos sociodemográficos, dados epidemiológicos de morbimortalidade e as iniquidades e vulnerabilidades existentes. Essa avaliação permitirá a tomada de decisão, visando à integralidade do cuidado, a equidade e a universalidade da atenção.

Neste sentido, didaticamente, elencamos algumas estratégias de organização e atuação das equipes e suas principais características:

- **A Equipe Saúde da Família (eSF):** é composta por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Desta forma, visando uma aproximação cada vez maior com a população no território, o município de São Paulo tem expandido o número de equipes de Saúde da Família, de acordo com o recomendado na PNAB e com os pactos federativos entre gestores no âmbito federal, estadual e municipal;
- **Equipe de Atenção Primária (eAP):** a eAP difere da equipe de Saúde da Família - eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada território. Para fins de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, a equipe deve ser composta por médicos e enfermeiros;
- **Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde - eMulti:** é composta pela junção das equipes NASF-AB com os demais profissionais contratados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) e da administração direta das seguintes categorias profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. No Município de São Paulo as especialidades médicas indicadas para compor as eMulti são: Ginecologia, Pediatria e Psiquiatria. Outras categorias profissionais poderão ser definidas pela SMS. Os profissionais da eMulti devem desenvolver suas atividades nas UBS, com um trabalho integrado junto às equipes de Saúde, independente do modelo (ESF e Tradicional). Cada profissional, detentor de conhecimento específico deve contribuir para o trabalho em equipe, com junção de saberes, que são extremamente necessários, visando à atenção integral à saúde do usuário, das famílias e comunidade. Importante destacar que o trabalho dos profissionais da Atenção Básica deve ocorrer de forma integrada sempre visando à interdisciplinaridade do cuidado.





- **Equipe Consultório na Rua - eCR:** Formada por profissionais de diferentes categorias: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, agentes comunitários de saúde de rua, agente social e administrativo e, em algumas unidades, fazem parte da equipe o cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. A eCR realiza abordagem e cadastramento por meio de escuta qualificada e formação de vínculo com as pessoas em situação de rua. Realiza o acompanhamento em saúde com consultas, orientações, assistência integral à saúde da mulher, gestante e puérpera, crianças e adolescentes, população LGBTIA+, idosos e a todos os grupos populacionais de todas as etnias. É responsável por ampliar o acesso à RAS, articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua em determinado território.
- **Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI:** o MSP possui duas UBS (UBS Aldeia Jaraguá e UBS Vera Poty e anexo Krukutu) exclusivas para atendimento na atenção básica a indígenas aldeados. Estas UBS possuem uma EMSI com médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente indígena de saúde, cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal, agente indígena de saneamento, entre outros;
- **Equipe de Saúde Bucal - eSB:** Composta pelo cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, podendo ou não ter o técnico em saúde bucal. Faz parte da equipe multiprofissional da unidade. As eSB devem estar vinculadas às eSF e às eAP, podendo ainda atuar em Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e/ou integrar as eCR, atendendo pessoas em situação de rua.





3 - Estratégias de atenção

A SMS organiza e direciona as ações da Atenção Básica, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS, por meio de estratégias que promovam, especialmente, a integralidade e equidade na assistência à saúde, com o objetivo de não compartimentar o cuidado. Todas as ações devem ter como principal meta o aumento da resolutividade das questões de saúde, apresentadas pela população no território, com uma visão humanizada, singular, com um olhar diferenciado para as populações vulnerabilizadas e com a participação da comunidade, por meio do controle social.

Apenas para fins didáticos e de organização do documento, as áreas de atuação da atenção básica foram agrupadas. É importante destacar, entretanto, que a saúde deve adotar uma visão ampliada e não segmentada do sujeito, considerando suas especificidades e levando em conta os atributos da atenção básica de orientação familiar/comunitária e de competência cultural. Considerar também os determinantes sociais e ambientais do processo saúde doença.

3.1 - Estratégias que visem à atenção integral à saúde e longitudinalidade do cuidado da população, levando em conta os ciclos de vida

Foram elencadas aqui as ações que garantem o cuidado integral da população, nos ciclos de vida nos quais está incluída. Há de se considerar o princípio da integralidade, que vai além do acesso aos demais níveis de atenção, mas que se configura, principalmente, pela coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal do indivíduo por meio de seus ciclos de vida e condições específicas.

3.1.1 - Saúde da criança e do adolescente

A Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PMAISCA) está baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC (Portaria de Consolidação nº 2) e nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Atenção Básica, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade de Pediatria de São Paulo e Organização Mundial da Saúde considerando os seguintes conceitos:

- Criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 10 anos incompletos;
- Primeira infância: criança na faixa etária de 0 (zero) a 6 anos incompletos, ou seja, 5 anos 11 meses e 29 dias;
- Adolescente: pessoa na faixa etária de 10 anos a 19 anos 11 meses e 29 dias.

A PMAISCA tem na Atenção Básica à saúde a coordenação do cuidado no território e se organiza a partir da RAS e de seus eixos estratégicos. Tem como importantes princípios norteadores o acesso universal, o acolhimento, com agenda programática e demanda eventual, a equidade, com priorização das crianças e suas famílias em situação de risco e/ou vulnerabilidade, ênfase nas ações de promoção à saúde e articulações intersetoriais, dentre outros.

Deve-se considerar a importância do investimento na primeira infância, pois os





primeiros anos de vida da criança são fundamentais para estabelecimento de alicerces de suas aquisições futuras.

- **Puericultura**

A atenção à saúde da criança deve se iniciar antes de seu nascimento, na consulta de pré-natal. É importante obter informações acerca dos sentimentos dos pais em relação à gestação, seus anseios e preocupações, orientar sobre a importância da saúde da pessoa gestante e sua relação com a saúde do bebê, importância do aleitamento humano e o cuidado com as mamas. A consulta de puericultura é um espaço rico para se realizar a atenção integral à criança e a interação da equipe de saúde com a criança e sua família/cuidador. A atenção à criança não se restringe ao atendimento curativo ou mesmo a ações voltadas apenas à prevenção de doenças, mas deve estruturar-se visando às ações sobre os determinantes dos agravos e à construção de ambientes e alternativas de vida mais saudáveis. Dessa forma, propostas dirigidas à aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, ao desenvolvimento de atividades físicas, à importância do brincar, o fortalecimento dos vínculos afetivos ou ações que possibilitem a incorporação de conhecimentos sobre o processo saúde/doença constituem caminhos efetivos de promoção da saúde. A participação da família/cuidador deve ser garantida em todos os momentos da consulta. O trabalho em equipe propicia uma maior efetividade no processo de vigilância à saúde. A diversidade dos olhares permite o acúmulo de informações necessárias para acompanhar os eventos que interferem no processo de saúde/doença.

Atenção! A Caderneta da Criança é um documento importante e rico para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento integral da criança, do nascimento até os 9 anos. Para tal, deverá ser preenchida e seguida na sua totalidade, sendo atualizada a cada consulta da criança. A partir dos 10 anos a caderneta a ser utilizada é a Caderneta de Saúde do Adolescente.

- **Seguimento ambulatorial**

A Atenção Básica deve se organizar para que, além das consultas de rotina, também proporcione acolhimento à criança na demanda espontânea. A visita domiciliar é uma estratégia importante para a vinculação da família com a equipe, bem como para detectar riscos e vulnerabilidades e realizar a busca ativa de faltosos. E não é apenas uma atribuição do agente comunitário de saúde, pois toda a equipe pode fazer uso dessa prática, mesmo em unidades sem ESF.

A periodicidade do seguimento ambulatorial é definida a partir das condições de risco da criança. O planejamento do cronograma das consultas deve ter como base os aspectos importantes a serem observados na criança e a vulnerabilidade que ela apresenta. No Anexo 1, apresenta-se uma proposta mínima de acompanhamento da criança e do adolescente pelo médico e enfermeiro da UBS. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme a necessidade determinada por problemas de saúde e vulnerabilidades.





O seguimento do recém-nascido é importante a fim de se realizar a vigilância das crianças consideradas de baixo risco, mas que podem obter um risco adquirido, como: desnutrição, atraso no desenvolvimento ou maus tratos. Considera-se que todas as crianças podem vivenciar situações de risco que variam de acordo com o seu grau de vulnerabilidade. Assim, propõe-se a denominação de criança de baixo risco ou risco habitual, no lugar do termo criança normal e criança de alto risco, para aquela que apresenta maior vulnerabilidade diante das situações e dos fatores de risco (ver Anexo 2).

Os eixos estratégicos da política de atenção integral à saúde da criança e do adolescente contemplam o incentivo e o monitoramento, desenvolvimento integral e a atenção às doenças crônicas e agravos.

Importante! A equipe deve convidar a mãe/responsável/família a participar de grupos/atividades na UBS que possam contribuir para a saúde familiar, como grupo de puericultura/aleitamento humano, planejamento familiar, grupo de adolescentes, dentre outros. A participação do pai deve ser estimulada nas consultas e grupos, e a equipe deve oportunizar a realização de ações voltadas à saúde do homem.

- **Na primeira consulta do recém-nascido**

Realizar o exame físico do recém-nascido e a anamnese detalhada, o que exige técnicas de acolhimento e comunicação para que se obtenham dados objetivos sobre as condições de saúde da criança e as condições familiares e ambientais, incluindo as condições econômicas e sociais da família (risco social), moradia, nº de pessoas que vivem na casa, idade e condições de saúde dos pais/cuidadores e irmãos (hábitos de vida, tabagismo, álcool ou drogas ilícitas), escolaridade, relacionamento dos pais. É importante, nessa primeira consulta, verificar os registros na Caderneta da Criança no item dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados do recém-nascido no alojamento conjunto e/ou unidade neonatal. Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B e avaliar resultados das Triagens Neonatais: Teste do Pezinho, Triagem Auditiva, Teste da Linguinha, Teste do Coraçãozinho, Reflexo Vermelho. Ainda, incentivar e orientar o aleitamento humano.

Importante! Toda criança deve ser visitada pela equipe de saúde da família nos primeiros 07 dias após a alta hospitalar e/ou realizar consulta na UBS até o 7º dia de alta hospitalar.

- **Em todas as consultas**

É fundamental que o profissional e a equipe estabeleçam uma relação de confiança e vínculo ao longo do acompanhamento da criança. O profissional deve ouvir as queixas, intercorrências e impressões dos familiares ou cuidadores; acolher, incentivar e apoiar a nutriz em relação ao aleitamento humano; realizar exame físico completo, com dados antropométricos; preencher os dados e os gráficos na caderneta da criança;





classificar o peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e calcular o IMC (peso em kg/estatura em metros ao quadrado) para a idade; consultar e avaliar os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária no Instrumento de Vigilância ao Desenvolvimento, presente na caderneta da Criança; deve-se atentar a questões relacionadas à saúde mental da criança e verificar a necessidade de acompanhamento da eMulti na UBS e/ou encaminhamentos para avaliação em equipamentos da RAS como o CAPS e CER.

O profissional deve orientar pais e cuidadores a estimularem o desenvolvimento da criança e sobre a importância do brincar e das relações afetivas e sociais; verificar a situação vacinal; orientar sobre a importância da higiene e das rotinas para a criança; identificar sinais de violência e acionar o núcleo de prevenção à violência (NPV) e orientar sobre a prevenção de acidentes domésticos.



Mais informações sobre a Saúde da Criança no link:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/sau/de/atencao_basica/index.php?p=347471

3.1.2 - Saúde da pessoa adulta

3.1.2.1 - Saúde da mulher

As ações programadas para a Saúde da Mulher são norteadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), pelo Protocolo de Saúde da Mulher – Atenção Básica (2015) e pelo Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2015), dentro de uma abordagem humanizada e visando à redução das iniquidades. As ações principais a serem implementadas nas UBS no MSP estão pautadas nas metas e indicadores previstos no Plano Anual de Saúde, Sistema de Pactuação de Indicadores (SISPACTO) e Rede Municipal Materno Infantil Mãe Paulistana. A Atenção Básica na saúde da mulher deve basear-se nas especificidades de gênero/orientação sexual, raça e etnia, com ações voltadas para o empoderamento e garantia dos direitos das mulheres gestantes e lactantes trabalhadoras (MTA - Mulher Trabalhadora que amamenta MS) e doadoras de leite humano. As equipes devem estar organizadas de modo a realizar o planejamento, implantação e avaliação das ações prioritárias, a saber:

- **Rastreamento organizado do Câncer de Mama e Câncer de Colo de Útero:** a meta é realizar a citologia oncológica e mamografia nas faixas etárias-alvo. Observar os protocolos vigentes de rastreamento e detecção precoce com captação e busca ativa. Realizar a organização da rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento efetivo;
- **Saúde sexual e reprodutiva:** deve haver espaço para participação nas capacitações das equipes. Promover o acesso a todos métodos contraceptivos, com destaque para os reversíveis de longa ação (LARC's) - DIU de cobre, DIU de levonorgestrel e Implante subdérmico de etonogestrel, conforme protocolos e/ou diretrizes estabelecidas, de forma que os profissionais possam informar sobre a disponibilidade e que o processo de decisão sobre qual o método mais adequado seja compartilhado e de fácil





entendimento para a pessoa que o escolheu. O objetivo é a redução da gravidez não planejada e os seus agravos tendo em vista que são métodos seguros, eficazes e com possibilidade de maior adesão. Atentar para a orientação especial a adolescentes quanto à prevenção de IST e gravidez precoce, incluindo os LARC's como opção;

- **Assistência obstétrica:** deve ser dada atenção ao pré-natal das gestações de risco habitual e contínua classificação do risco gestacional, com a identificação e acompanhamento compartilhado das gestações de alto risco na Atenção Básica e ambulatorios de especialidades; importante o fortalecimento do pré-natal das parcerias; fortalecendo as ações voltadas ao empoderamento e garantia ao atendimento de gestantes e lactantes trabalhadoras e doadoras de leite humano; realizar, no mínimo, sete consultas de pré-natal com início em até 12 semanas de amenorreia; oportunizar a presença da pessoa gestante na unidade de saúde, realizando os testes rápidos e a atualização das vacinas; realizar a rotina de exames conforme o trimestre gestacional, com ênfase à diabetes mellitus gestacional, patologias de transmissão vertical e infecções urinárias de repetição, destacando ações na redução da prematuridade e óbitos maternos e infantis; agendar a consulta médica ou de enfermagem intercaladas, e a rotina de exames, incluindo a citologia oncológica. Estimular e esclarecer as pessoas gestantes no pré-natal sobre a importância do parto natural.

Importante! No caso de Sífilis congênita: realizar diagnóstico precoce da gestante e parceria sexual, tratamento adequado e controle laboratorial. Essas questões devem ser objeto de contínuo monitoramento das pessoas gestantes na Atenção Básica; População Negra: é importante a intensificação e a promoção ações de saúde quanto às vulnerabilidades da pessoa negra no ciclo gravídico puerperal.

- **Abordagem no puerpério:** Garantir a alta hospitalar qualificada e consulta puerperal com a disponibilização de vagas pela UBS de origem da puérpera para a consulta de puerpério e do RN em até sete dias do parto. Além dos cuidados da rotina puerperal, deve-se atentar para os transtornos psicológicos e as dificuldades e diminuição na prática do aleitamento materno e complementação. Reforçar a importância da realização de testes rápidos para o HIV em puérperas.
- **Atenção ao climatério:** a abordagem no Climatério deve ser de forma holística e personalizada, considerando as particularidades do seu quadro clínico e a sua condição emocional. Deve ser dada atenção às mudanças e sintomas físicos (fogachos, poliartralgias, irregularidade menstrual), psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, pois reduzem a qualidade de vida da mulher. No climatério existe um aumento na frequência dos distúrbios metabólicos, das dislipidemias, do diabetes mellitus, das doenças cardiovasculares, da osteoporose e na incidência de cânceres, destacando-se o de mama, colo de útero e cólon-retal.
- **Vigilância do óbito materno:** o Índice de Mortalidade Materna é o principal norteador





das ações de qualificação da Saúde do binômio materno-infantil. Devem ter como objetivo o monitoramento do óbito materno e da qualificação deste indicador, por meio da investigação dos casos suspeitos recebidos pelo PROAIM. A rede deve desenvolver ações que visem evitar o óbito materno e, na ocorrência do mesmo, realizar investigação dos casos com avaliação de oportunidades de melhoria na assistência. As UBS são parte integrante do Comitê de Investigação de Morte Materna e devem participar dos encontros promovidos pelas Supervisões Técnicas de Saúde.



As informações estão disponíveis em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5778
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PROTOCOLO_SAUDE_DA_MULHER_CLIMATERIO.pdf

3.1.2.2 - Saúde do homem

Considerando a vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, a Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O objetivo principal é o de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. O foco deve ser na abordagem integral para a promoção, prevenção e cuidados em saúde: em todas as oportunidades, durante as consultas, procedimentos e em demais ações da unidade, com a participação de todos os profissionais de saúde.

Tem como diretriz os cinco eixos de trabalho que são: Acesso e Acolhimento, Paternidade e Cuidado, Prevenção de Violência e Acidentes, Saúde Sexual e Reprodutiva (com atenção especial a população LGBTIA+) e principais agravos/condições crônicas, seguindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria de Consolidação nº 2).

Destaca-se a oferta do pré-natal do homem/parceiras da pessoa gestante como estratégia importante no controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e transmissíveis, especialmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Destacamos também que, nesse espaço, pode e deve incluir abordagem às questões relacionadas à saúde mental, cujo acesso para população masculina pode ser ainda mais restrito e cercado de estigmas, mesmo constituindo causa extremamente relevante de morbimortalidade.



Informações disponíveis em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/saude_do_adulto/index.php?p=5872





3.1.3 - Saúde da pessoa idosa

A Portaria Municipal SMS nº 202, de 25 de setembro de 2019, dispõe sobre a Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Município de São Paulo, com ênfase na promoção da independência e da autonomia, que segue as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Portaria de Consolidação nº 2).

O atendimento a essa população está organizado no MSP com a principal porta de entrada na UBS que, por meio da realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB), rastreamento da capacidade funcional e avaliação da vulnerabilidade (Figura 1), irá desencadear os fluxos entre os diversos pontos da rede. A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) envolve as ações nas UBS, Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) e serviços socio-sanitários, sendo parte da RAS.

Estabeleceu-se, com a aplicação da AMPI-AB, a definição de três categorias de capacidade funcional:



- **Idoso saudável:** Pontuação do questionário inicial da AMPI-AB de 0 a 5 pontos, sem alterações neuropsíquicas, ou alterações de marcha e equilíbrio, sem ocorrência de quedas, podendo apresentar doenças crônicas, porém, sem comorbidades. Necessitam de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e cuidados de tecnologia leve ou baixa complexidade;
- **Idoso pré-frágil:** Pontuação do questionário inicial da AMPI-AB de 6 a 10 pontos, sem alterações neuropsíquicas, ou alterações de marcha e equilíbrio, sem ocorrência de quedas, podendo apresentar doenças crônicas, porém, sem comorbidades. Necessitam de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, cuidados de baixa e média complexidade;
- **Idoso frágil:** Pontuação do questionário inicial da AMPI-AB de 11 ou mais pontos, ou que apresentem alterações neuropsíquicas, alterações de marcha e equilíbrio, ocorrência de quedas, ou 3 ou mais doenças crônicas com comorbidades. Necessitam de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e cuidados de média e alta complexidade (incluindo cuidados paliativos e reabilitação), com suporte da URSI.

Cada um dos programas descritos tem sua função definida, e o atendimento é direcionado por meio de protocolos de encaminhamento. No atendimento específico à pessoa idosa, a saúde dispõe:

- Programa Acompanhante de Idosos (PAI): Modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de Assistente Social, profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais, através de encaminhamento da UBS.
- Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI): Unidade de atenção ambulatorial secundária, que visa atender pessoas idosas frágeis através de Equipe Gerontológica Interprofissional, com agendamento através da UBS.





A RASPI também propõe ações intersecretariais, ou seja, por meio da integração entre serviços e equipamentos de outras Secretarias Municipais e também do Estado, compondo a intersetorialidade da rede. Além disso, prevê a atuação em serviços híbridos como alguns serviços da Secretaria da Assistência e Desenvolvimento Social, a saber: Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI, Centros de Acolhimento Especial para Idosos (CAEI), atuação essa regulamentada pela Portaria Intersecretarial SMADS/SMS nº 01 de 31 de outubro de 2018.

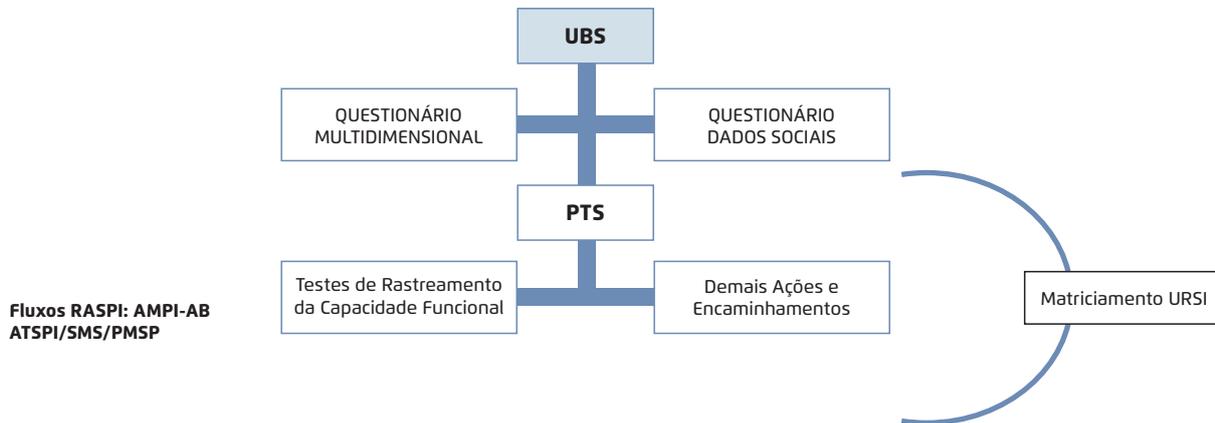


Figura 2 - Fluxo RASPI na Atenção Básica - AMPI-AB (SMS/ATSPI/2021)

RASPI - pontos de atenção

É imprescindível que as ações de atenção à população idosa sejam integradas às demais políticas públicas e demais setores (Figura 3), buscando a integralidade da atenção conforme regulamenta a Política Nacional do idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

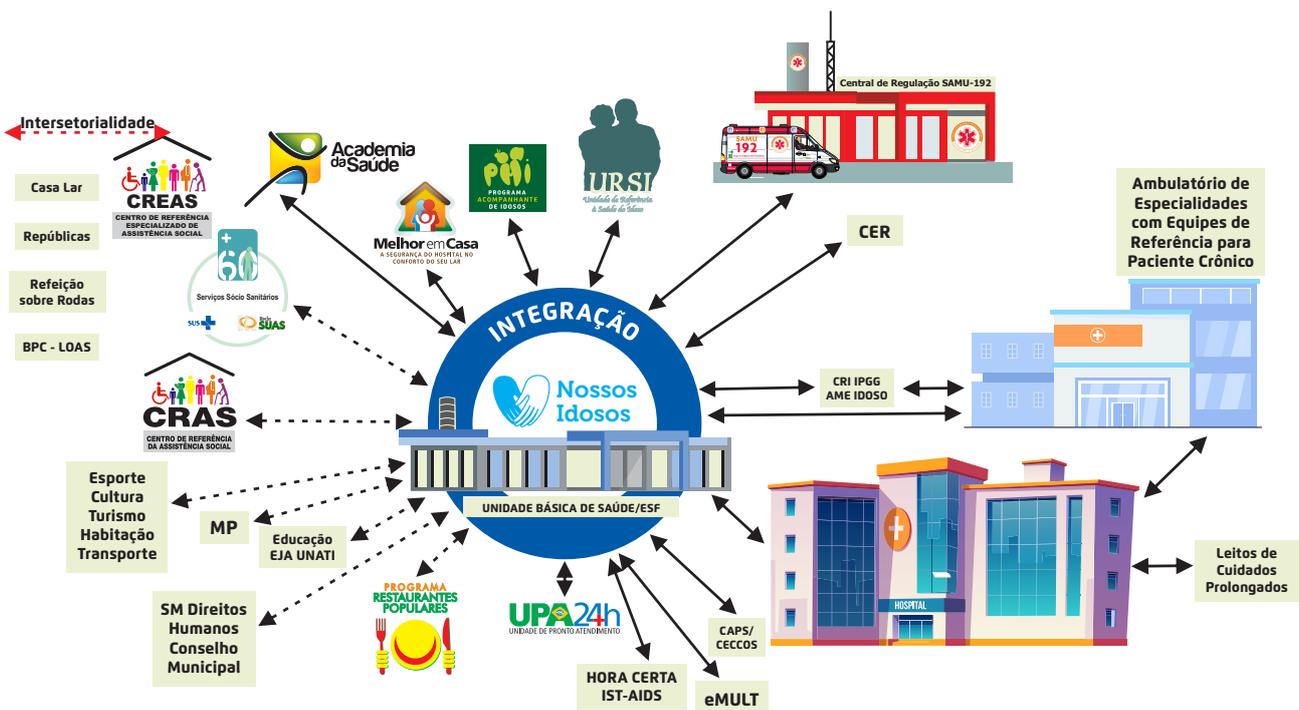


Figura 3 - Adaptada de: RASPI e intersectorialidade no microterritório (SMS/ATSPI/2021)





Todas as ações buscam a promoção de Saúde, identificação de riscos e prevenção de agravos tais como:

- Prevenção, identificação e acompanhamento do processo de envelhecimento;
- Detecção e tratamento precoce de problemas de saúde;
- Prevenção de quedas;
- Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais da pessoa idosa;
- Identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos;
- Levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade;
- Sociabilização;
- Identificação de situações de risco /vulnerabilidade;
- Realização de ações de imunização específicas.

O cuidado dispensado a pessoa idosa não está restrito a uma sala reservada ou equipe, especificamente designados para este fim. Deve ocorrer dentro das equipes de saúde, responsáveis pela coordenação, integralidade e longitudinalidade das ações, em todos os espaços da unidade e do território que forem adequados, integrando as ações previstas de promoção e educação em saúde e prevenção de agravos, como atenção à saúde dos cuidadores.

Estão previstas também ações de promoção e educação em saúde e prevenção de agravos como atenção à saúde dos cuidadores, com ênfase aos cuidadores informais (familiares).



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_idosa/

3.2 - Estratégias que visem à integralidade e transversalidade das ações, com foco na promoção da equidade em saúde

A atenção básica deve entender e planejar suas ações com um olhar diferenciado para situações e/ou condições que possam levar à iniquidade do cuidado, em todos os ciclos de vida. A transversalidade no cuidado em saúde deve ser entendida como um esforço para a articulação dos saberes e das áreas para uma produção de saúde integral e qualificada, que considera o indivíduo como ser completo, despido de segmentações e classificações muitas vezes utilizadas, inserido no meio ambiente que o envolve e que se interrelaciona com a saúde ambiental e saúde animal.

3.2.1 - Saúde da população negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria de Consolidação nº 992 de 13 de maio de 2009 2) é um compromisso firmado entre as esferas





federal, estadual e municipal, pactuada e aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para o combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS). A Política tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. É importante que o gestor conheça a composição populacional da sua realidade local, a partir do mapeamento de indicadores de saúde que retratam o perfil epidemiológico do seu território, para nortear as ações e estratégias das políticas públicas em saúde. Essas ações são formuladas com o objetivo de promover, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a redução das iniquidades em saúde relacionadas à questão racial, para isso, faz-se necessário realizar levantamento do quantitativo da população negra nos territórios e da situação de saúde dessa população, elaborar estratégias a serem desenvolvidas para melhorar o acesso e as condições de saúde dessa população.

As ações estratégicas para implementar a política de saúde da população negra envolvem:

- Inclusão, no Plano Municipal de Educação Permanente (PLAMEP), de ações educativas voltadas aos trabalhadores, gestores e Conselheiros de Saúde, para a eliminação do racismo institucional, a fim de promover mudanças efetivas no processo de trabalho;
- Inclusão do tema racismo nas ações e atividades educativas desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Realização de atividades de Educação Permanente para prevenção de óbitos materno e infantil na População Negra dirigidas aos profissionais de saúde e à população;
- Articulação intersetorial no território, com vistas a contribuir no processo de integralidade da atenção.

Além disso, para o melhor controle e análise de dados a respeito desse grupo populacional, por meio dos sistemas de informação, tem-se imprimido esforços para a inclusão do quesito raça/cor em todos os formulários e sistemas de informação e para a qualificação da coleta deste quesito por autodeclaração (conforme Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017).

Visando à equidade da atenção à saúde, há um olhar direcionado para as doenças e agravos de maior prevalência na saúde da população negra como:

- doenças geneticamente determinadas: doença falciforme, deficiência de glicose;
- fosfato desidrogenase;
- doenças adquiridas em condições desfavoráveis: desnutrição, anemia ferropriva, IST/AIDS, mortalidade infantil, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
- doenças de evolução agravada ou tratamento dificultado: hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica como exigência da promoção da equidade em saúde no município.





Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_populacao_negra/index.php?p=273633

3.2.2 - Saúde da pessoa em situação de rua

A população em situação de rua constitui um grupo populacional heterogêneo, mas que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, fatores que obrigam seus integrantes a procurar os logradouros públicos (ruas, praças, jardins, canteiros, marquises e baixios de viadutos), as áreas degradadas (dos prédios abandonados, ruínas, cemitérios e carcaças de veículos), como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, ainda que utilizem albergues para pernoitar, abrigos, casas de acolhida temporária ou moradia provisória. A pesquisa censitária da população em situação de rua, realizada em 2021, dirigida pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), contabilizou 31.884 pessoas em situação de rua no MSP. As condições de extrema vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, aliadas às questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, com possibilidades de maiores agravos à saúde, representam um grande desafio para equipes de Atenção Primária e Saúde da Família. Tais equipes podem contar com os profissionais do Consultório na Rua para apoio matricial, por meio da discussão de casos, atendimento compartilhado individual ou em grupo, dentre outras ações, com objetivo de reinserir a pessoa em situação de rua nos equipamentos da RAS.

Importante destacar que o atendimento à população em situação de rua deve estar inserido na Atenção Básica e em toda a RAS. A fim de diminuir as iniquidades, o MSP adota as equipes de Consultório na Rua como estratégia complementar, em áreas prioritárias, que está em constante avaliação.

As equipes do Consultório na Rua são formadas por profissionais de diferentes categorias: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, agentes comunitários de saúde de rua, agente social e administrativo e, em algumas unidades, fazem parte da equipe o cirurgião dentista e o auxiliar de saúde bucal. Realizam suas atividades de forma itinerante nos locais de permanência da população que está em situação de rua, em centros de acolhida, na rua, calçada, UOM e também nas instalações de UBS do território, onde a equipe atua, sempre articuladas aos demais estabelecimentos da RAS e em articulação intersetorial com outras secretarias.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=307614

3.2.3 - Saúde do indígena

De acordo com os dados do Censo de 2010, o município de São Paulo possui 12.977 indígenas, vivendo em terras indígenas ou nos diversos bairros da cidade. Vale lembrar que o quesito raça é informação autorreferida.





As diferenças étnicas e culturais vêm sendo reconhecidas como determinantes do processo saúde-doença e valorizadas na busca da promoção e produção de saúde. A abordagem de diagnóstico e tratamento dessa população deve incorporar estratégias que respeitem as questões culturais e estas devem permear todo o planejamento e ações em saúde, sendo sempre discutido e construído em parceria com os conselhos e lideranças locais.

O atendimento aos indígenas que vivem em contexto urbano deve ser realizado por todos os estabelecimentos da RAS. Para os aldeados, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) realiza a assistência à saúde também por meio das UBS Aldeia Jaraguá - Kwaray Djekupe (CRS Norte), UBS Vera Poty e Anexo Krukutu (CRS Sul), localizadas nas terras indígenas do município. Cada uma dessas unidades possui uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) e tem, em sua composição, trabalhadores indígenas. Além disso, a UBS Real Parque (CRS Oeste) conta com uma equipe de saúde da família exclusiva para o atendimento aos indígenas em contexto urbano, devido à grande concentração de indígenas da etnia Pankararu na região.



Outras informações disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=29931

3.2.4 - Saúde do imigrante

O Município de São Paulo instituiu a Política Municipal para População Imigrante, aprovada pela Lei nº 16.478, de 08 de julho de 2016, e regulamentada pelo Decreto nº 57.533, de 15 de dezembro de 2016, definindo os procedimentos e ações a serem adotadas no âmbito do Poder Executivo de São Paulo e a atuação das Secretarias Municipais.

Tendo em vista que o SUS preconiza a universalidade do acesso ao atendimento e ações de saúde, a SMS empreende um conjunto de ações de atenção aos imigrantes no âmbito individual e coletivo, que abrangem desde a promoção, a proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A rede municipal, com as UBS localizadas nos territórios de maior concentração de imigrantes, desenvolve suas ações tendo em vista a diversidade e especificidade dos imigrantes, considerando o controle social, por meio da representatividade em espaços para construção e deliberação. É importante considerar o conceito de interculturalidade como norteador das ações de saúde voltadas para esse segmento populacional, adotando uma abordagem culturalmente competente.



Outras informações disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=341689

3.2.5 - Saúde da população LGBTIA+

A SMS/SP tem como objetivo prezar pela universalidade do acesso e a equidade da





oferta de ações e serviços de saúde à população LGBTIA+, nos campos da atenção à saúde integral, de promoção e vigilância em saúde, da educação permanente e educação popular, da informação e da pesquisa, no âmbito do SUS. É preciso ampliar o acesso à população LGBTIA+ em todos os equipamentos, com oferta de assistência integral ao cuidado, utilizando os polos de referência de hormonização como estratégia de acompanhamento específico da especialidade, fortalecendo a Atenção Básica no cuidado continuado. Há a necessidade de capacitação contínua das equipes.

A Atenção Básica, como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, deve objetivar o cuidado integral da população LGBTIA+, promover o acesso, acolhimento, acompanhamento clínico multidisciplinar, avaliação e acompanhamento em saúde mental e garantir o encaminhamento para a Rede de Atenção Integral às Pessoas Transexuais, Travestis e com outras vivências de variabilidade de gênero - Rede SAMPA Trans. Casos em que a pessoa apresente comprometimento de sua saúde mental, como com qualquer outro indivíduo independente de sua orientação sexual deve ser direcionada a acompanhamento psíquico. É importante também garantir o acesso, acolhimento, orientação e suporte às crianças e adolescentes com variabilidade de gênero. Todas essas ações devem contemplar de forma integral a diversidade de gêneros e a orientação sexual, garantindo a equidade e o reconhecimento de todos os direitos da população LGBTIA+.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=291627

3.2.6 - Saúde da população privada de liberdade e população de adolescentes e jovens em conflito com a lei

Quanto ao atendimento da população privada de liberdade e dos adolescentes e jovens em conflito com a lei, a atenção básica atua, em parceria com a vigilância em saúde e com os ambulatórios/profissionais de saúde próprios das instituições, na prevenção de doenças, com vacinação, tratamento de contatos de IST/Aids e doenças crônicas transmissíveis como tuberculose e hanseníase, na contenção e monitoramento de surtos e sob demanda, realizando ações de assistência e tratamentos, quando necessário.

O trabalho em saúde mental na população com privação de liberdade busca compreender o impacto do adoecimento no processo de ressocialização; compreender o efeito do cárcere sobre a estrutura psíquica dos indivíduos, encontrar maneiras de a equipe de saúde mental contribuir para promoção de saúde e prevenção do adoecimento nessa população e identificar/assistir os principais sintomas do adoecimento mental que surgem nas pessoas privadas de liberdade. Os usuários chegam até a equipe de Saúde Mental por meio de demanda espontânea, encaminhados de outros profissionais da UBS e de outros pontos da rede ou, ainda, por solicitação do próprio Judiciário.

No município de São Paulo, destaca-se o apoio da rede às crianças e adolescentes que cumprem medidas na Fundação CASA e acolhimento aos moradores crônicos dos Hospitais de custódia no processo da desinstitucionalização.





No caso de adolescentes, as medidas socioeducativas aplicáveis na faixa etária de 12 a 18 anos, para autores de atos infracionais, têm caráter predominantemente educativo. Segundo o artigo 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente, essas medidas visam à educação e à ressocialização, não à punição, tendo como princípio que a adolescência é um período de formação, sujeita às condições sociais do ambiente em que o adolescente está inserido.

As unidades da rede de atenção em saúde constituem um dos locais para cumprimento das medidas socioeducativas. As atividades devem acontecer dentro de um período de oito horas semanais, de modo a não prejudicar a frequência escolar. Tais atividades devem ser acompanhadas por um interlocutor indicado pela gestão na UBS, também com foco em minimizar o preconceito em receber os adolescentes nos nossos serviços.

Como a política de Atenção Básica é de base territorial, com promoção, prevenção e assistência à saúde, os adolescentes privados de liberdade são atendidos pelos estabelecimentos do território, quer sejam UBS, ambulatórios de especialidades e outros estabelecimentos dos diversos níveis de atenção, como referência para as unidades da Fundação Casa.

3.2.7 - Saúde das pessoas em situação de violência

A violência foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública, sendo que as demandas que suas vítimas sofrem, exercem pressão nos serviços de urgência, atenção especializada e principalmente na atenção básica.

A SMS, por meio da área técnica, responsabiliza-se pela formulação de políticas integradas para o enfrentamento de todas as formas de violência, por meio de estratégias que se propõem a resolver, minimizar os vários tipos de violência, articulando as ações dos órgãos clínico-assistenciais e as dos órgãos de vigilância em saúde. As diversas formas de violência como a sexual, o tráfico de pessoas e os homicídios, nas suas intersecções com raça/cor, idade, deficiência e diversidade de gênero e orientação sexual, cultural e etária merecem atenção e olhar qualificado.

O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de todos os profissionais das unidades de saúde, em todos os níveis de atenção.

Os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) foram instituídos pela Portaria SMS nº 1300/2015 em todos os serviços de saúde vinculados à SMS-SP. A equipe é composta por no mínimo quatro profissionais, referência da unidade de saúde responsável pela organização do cuidado e realização das articulações das ações a serem desencadeadas para superação da violência e promoção da cultura de paz.





A Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência (2015) define os fluxos e atribuições dos diversos atores da Rede Protetiva e ratifica que o NPV corresponde à equipe responsável por articular o cuidado nos Serviços de Saúde e com os demais equipamentos da rede protetiva intersetorial. Os objetivos do NPV são:

- Integrar as equipes nos territórios;
- Facilitar o acesso ao atendimento;
- Evitar revitimização;
- Promover a discussão dos protocolos e ajustes de acordo com suas realidades.

Sendo assim, o fluxo geral estabelecido para as notificações de violência nas unidades de saúde é:

Os usuários devem ser direcionados para o NPV da unidade realizar o acolhimento, a notificação compulsória à vigilância local e os encaminhamentos frente às necessidades para a Rede de Proteção.

É papel de qualquer profissional da saúde realizar a notificação compulsória do SINAN de violência e não somente os profissionais do NPV.

Todas as unidades deverão priorizar os atendimentos dos casos de violência. Os atendimentos que devem ser priorizados para o mesmo dia são: os de violência sexual (devido à necessidade da realização da profilaxia em tempo oportuno) e tentativa de suicídio. Os demais podem ser avaliados pela equipe, considerando outros aspectos como vulnerabilidade da família/sujeito.

Atenção! No caso do atendimento às pessoas em situação de violência sexual, o fluxo compreende:

- Realizar acolhimento e notificação compulsória;
- Utilizar como Referência o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia.

Pós-Exposição - PEP de risco à infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), IST (Infecção Sexualmente Transmissível) e Hepatites Virais.



Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf

É necessário que a situação de violência seja acolhida, qualificada e tratada com respeito, ética e sigilo. Sendo a violência um problema com sérias consequências para a saúde, acaba por extrapolar esta esfera e continua sendo uma situação de vida, com toda complexidade que isto implica. Qualificar a violência como algo indesejado e inaceitável abre possibilidades de transformação pela consciência do processo a que está submetida.





Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=277142

3.2.8 - Saúde das pessoas em situação de acumulação

O município publicou o Decreto Municipal nº 57.570, em 28/12/2016, instituindo a política de atenção integral às pessoas em situação de acumulação que tem como objetivo principal *“garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de acumulação, objetivando o seu bem-estar físico, mental e social e a adoção de medidas de prevenção de doenças e proteção da saúde individual e coletiva”*.

No Art. 2º desse Decreto está especificado que a situação de acumulação se refere ao *“acúmulo excessivo de objetos, resíduos ou animais, associado à dificuldade de organização e manutenção da higiene e salubridade do ambiente, com potencial risco à saúde individual e coletiva, a qual pode estar relacionada a um transtorno mental ou outras causas”*.

Desta forma, tendo em vista a complexidade das ações, a abordagem deve ser multiprofissional e articulada na RAS.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=244572

3.2.9 - Saúde da pessoa com deficiência

Pessoa com deficiência, segundo a Lei Brasileira da Inclusão - LBI, Lei nº 13.146/2015, é aquela que tem algum impedimento de natureza física, visual, sensorial ou mental, que na interação com diversas barreiras, tem obstruída sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Este conceito engloba alterações temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas

A fim de garantir o direito destas pessoas, no ano de 2002 foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, atualmente publicada na Portaria de Consolidação nº 2, que visa à inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS e que tem entre suas diretrizes a promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências e a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, devendo ser assegurado o atendimento em toda a rede de atenção. Reforça a atenção básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede e aponta para a importância da atuação dos ACS, das eSF e profissionais da atenção básica na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada nas necessidades da comunidade.

O Plano de ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por sua vez, foi instituído em 2012, atualmente publicada na Portaria de Consolidação nº 3, destaca a necessidade da promoção da equidade e atenção humanizada às pessoas com





deficiência; bem como promover cuidados em saúde, prevenir e identificar precocemente as deficiências e desenvolver ações de reabilitação.

As UBS devem atender as necessidades gerais de saúde, como pré-natal, vacinação, puericultura, consultas médicas, atendimentos odontológicos e atendimentos ginecológicos. É papel das equipes da atenção básica, ainda, participar da elaboração e execução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com a pessoa com deficiência, a família, estabelecimentos de saúde do território ou de outros setores como educação, assistência social, esporte, lazer e trabalho, visando à qualidade de vida dessas pessoas. Cabe, ainda, promover ações de reabilitação com foco na manutenção da autonomia e funcionalidade, eliminação de barreiras, prevenção de agravos e inclusão social. Essas ações devem ser realizadas de acordo com a necessidade do sujeito, utilizando estratégias individuais e/ou coletivas. O que deve nortear a estratégia é a necessidade do usuário e suas limitações, visando:

- acolhimento, orientação e suporte a pessoas com deficiência, seus pais ou cuidadores;
- acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem oral ou escrita;
- acompanhamento de casos crônicos;
- acompanhamento do uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- busca ativa de usuários faltosos no processo de diagnóstico e reabilitação;
- aumento da participação social das pessoas com deficiência;
- articulação e encaminhamento dos casos que precisam de uma intervenção de maior especificidade ou intensividade para outros níveis de atenção.

A atualização e preenchimento dos cadastros, no SIGA Saúde, de novos usuários com deficiência é fundamental na identificação dessas pessoas no território e no planejamento de políticas de saúde voltadas para essa população.



O Plano de ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e demais diretrizes e protocolos de acesso a serviços especializados estão disponíveis em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), existentes nas diversas supervisões, atendem diferentes modalidades de reabilitação (física, auditiva, intelectual e visual) e constituem-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. O acesso ao CER ocorre a partir do encaminhamento da UBS mais próxima à residência do usuário para “avaliação multiprofissional em reabilitação”. Entre as atribuições dos CER, destaca-se a realização de diagnóstico, intervenção oportuna, reabilitação neurológica, ortopédica, auditiva, intelectual e visual, terapias individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, apoio e orientação para realização de AVDs, seleção e dispensação de OPMS





(cadeiras de rodas, órteses, andadores, muletas, aparelhos auditivos...), orientação as famílias, apoio matricial no território, estratégia de acompanhante de saúde da pessoa com deficiência - APD, entre outros.

A estratégia de acompanhante de saúde da pessoa com deficiência - APD é parte integrantes dos CER e tem como objetivo fornecer suporte diferenciado às pessoas com deficiência para o cuidado em saúde no território, autonomia, independência e para evitar o abrigamento ou internação. A população alvo são pessoas com deficiência intelectual, que necessitam de suporte/apoio para o cuidado em saúde nos diferentes ciclos de vida, bem como ampliação do protagonismo e participação social. Atualmente o município de São Paulo conta com 32 CER, destes, 18 com equipes APDs.

3.2.10 - Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis

Envolvem ações desenvolvidas pelas UBS para gestão do cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e requerem ações de prevenção, promoção, identificação, rastreamento, estratificação de risco, tratamento, adesão aos cuidados, a fim de diminuir a mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis.

A identificação precoce e cadastro de pessoas com fatores de risco para as DCNT são realizadas por meio de busca ativa, rastreamento e visita domiciliar. Destaca-se a importância da intensificação das ações de rastreamento das doenças crônicas no território por meio do trabalho dos ACS integrado a toda equipe de saúde da Atenção Básica.

A estratificação de risco das pessoas com obesidade, diabetes mellitus e hipertensão tem o objetivo de acompanhar oportunamente, monitorar indivíduos identificados e realizar a priorização da assistência integral, por meio da equipe multiprofissional, a partir do risco estabelecido.

Para organização do acompanhamento deve-se estabelecer um plano eficaz e seguro com objetivo de adesão ao cuidado, tratamento, apoio de abordagens educativas e comportamentais para modificação do estilo de vida e autocuidado pactuado. Devem ser realizadas ações intersetoriais e de caráter comunitário, por meio de ações de vigilância e promoção e prevenção dos agravos.

Protocolos disponíveis:

Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Município de São Paulo.

Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo.



Outras informações:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=292447

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=347315





3.2.10.1 - Controle do tabagismo

Uma das estratégias importantes para redução das DCNT é o enfrentamento do tabagismo. O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco. De acordo com a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-10], o tabagismo integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa e também é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. O Programa Nacional de controle do tabagismo está ligado ao INCA - Instituto Nacional de Câncer no Ministério Saúde e está presente ativamente desde 2005.

O acesso do munícipe ao atendimento em saúde para controle do tabagismo, tanto espontâneo como por meio de encaminhamento, é realizado nas UBS por meio do Programa de Controle do Tabagismo. O tratamento da dependência em nicotina tem como base a técnica de abordagem cognitiva/comportamental, definida como modelo na intervenção centrada na mudança de crenças e comportamentos que levam o indivíduo a lidar com determinadas situações.

A abordagem do tabagista pode ser realizada de maneira breve/mínima, básica e intensiva:

- Abordagem breve/mínima: pode ser realizada por qualquer profissional de saúde. Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem, no entanto, acompanhá-lo neste processo;
- Abordagem básica: difere da anterior pois acompanha o fumante e pode ser feita por qualquer profissional da saúde durante a consulta de rotina. É indicada para todos os fumantes e prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública;
- Abordagem intensiva: consiste na estruturação de locais específicos para o atendimento de tabagistas que desejam parar de fumar, inicialmente atendimento individual e a abordagem em grupo de apoio.



Acesso ao protocolo de tratamento:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo>

Outras informações sobre DCNT estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=292447

3.2.11 - Saúde das pessoas com doenças raras

No caso das doenças raras, as ações dentro do âmbito da atenção básica visam acompanhar a pessoa dentro do seu itinerário terapêutico desde a suspeita, encaminhando para os serviços de atenção especializada para a investigação diagnóstica, acompanhamento do paciente na rede de atenção, compartilhando o





cuidado e articulando os apoios necessários. O trabalho é conjunto com a assistência multiprofissional, apoio psicológico e atenção à saúde bucal. As ações incluem também o apoio aos familiares, sendo tanto suporte como parceiro nas diversas situações vividas pela família de uma pessoa com doença rara.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=306873

3.2.12 - Atendimento domiciliar (AD)

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

É organizada em três modalidades, pautadas no grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessárias para o cuidado a ser prestado:

Atenção domiciliar 1 (AD 1): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

Atenção domiciliar 2 (AD 2): destina-se aos usuários que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

Atenção domiciliar 3 (AD 3): A modalidade AD3 destina-se aos usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP. Para a admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3 é fundamental a presença de cuidador identificado.

3.2.13 - Saúde mental, álcool e outras drogas

A saúde mental é determinada por questões individuais e também por fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como, por exemplo, políticas de



saúde e proteção social, condições de vida e moradia, condições de trabalho e suporte comunitário e social. Em uma sociedade, alguns indivíduos e grupos sociais experienciam um risco significativamente maior de desenvolver transtornos mentais. Esses grupos podem incluir pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, com deficiência e/ou outros agravos à saúde, crianças e jovens expostos a maus tratos e negligência, vivências de consumo nocivo de substâncias psicoativas, idosos, pessoas que sofrem discriminação e preconceitos em função de sua origem étnica ou racial (povos indígenas, população negra, refugiados, imigrantes, entre outros), população LGBTIA+, população encarcerada e privada de liberdade, além de pessoas expostas a desastres ou acontecimentos sociais traumáticos (OMS, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A atenção básica à saúde, composta pelas UBS, equipes de atenção básica para populações específicas e CECCOS é responsável por desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, além de ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O objetivo da ação em saúde mental na atenção básica baseia-se na integralidade do cuidado em saúde e na prevenção e tratamento dos agravos à saúde que os transtornos mentais representam. Visa identificar, cuidar e acompanhar os indivíduos acometidos por transtornos mentais, bem como trabalhar em parceria com outras linhas de cuidado da saúde de modo a promover a saúde mental e prevenir os referidos agravos à saúde. Baseia-se na Política Nacional de Saúde Mental (Portaria de Consolidação nº 2).

A Atenção Básica deve incluir como rotina em suas ações essenciais para a Saúde Mental:

- A prevenção e a identificação precoce dos transtornos mentais comuns, ou seja, dos estados de sofrimento psíquico com características de ansiedade, depressão e sintomas somatoformes que apresentem baixo ou médio risco, além das sintomatologias como insônia, dificuldade de concentração, problemas de memória, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade e queixas somáticas;
- O monitoramento dos pacientes com diagnóstico psiquiátrico que estejam estáveis, ou seja, concernente àquelas pessoas;
- A articulação, quando necessária, da referência para outros níveis de atenção dos casos agravados, ou seja, referente àquelas pessoas que apresentem riscos para si ou para os outros: quadros de ideação e/ou planejamento suicida, agitação psicomotora com sinais de auto e/ou heteroagressividade, autocuidado extremamente





prejudicado ou com sinais de automutilação graves, sinais de intoxicação aguda por substâncias e/ou quadro agudo de abstinência de substâncias, episódios convulsivos graves, quadros de mania intensos – lembrando que mesmo que o cuidado em saúde mental destes casos vá ser acompanhado em outros pontos das Redes de Atenção à Saúde, esses pacientes devem seguir sendo acompanhados pelas equipes da Atenção Básica, ordenadora do cuidado;

- A promoção do cuidado em saúde mental das pessoas já acompanhadas em outros programas e linhas de cuidado das Redes de Atenção Básica, Atenção Especializada e Urgência/ Emergência.

O trabalho dos profissionais que compõem a Atenção Básica, no que se refere à Linha de Cuidado em Saúde Mental, estrutura-se em dois eixos interligados e a agenda dos profissionais da Atenção Básica deve contemplá-los em um trabalho em equipe:

Transversal: interface com outras linhas de cuidado presentes na UBS: doenças crônicas, HIV/AIDS e outras IST, Pós COVID, nutrição, infância, prevenção da violência, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, entre outras, bem como ações de prevenção e humanização do cuidado;

Específico: transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves.

Dentre os serviços que compõem RAPS, destacam-se:

CECCOS - Localizados preferencialmente dentro de Parques Públicos, Centros Esportivos, Centros Comunitários e praças públicas municipais, são serviços importantes dentro da Rede de Atenção Psicossocial, por colaborarem para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sofrimento psíquico e aquelas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Tem como objetivo a construção de espaços de encontro e convivência potentes entre a população geral e as pessoas em situação de vulnerabilidade, garantindo a sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. A participação no CECCO enriquece os Projetos Terapêuticos Singulares a partir da ampliação dos espaços de trocas sociais e afetivas e colabora no resgate da Reabilitação Psicossocial dos usuários com sofrimento psíquico.

CAPS - serviços de lógica territorial, substitutivos ao modelo asilar, e fundamentais na composição da RAPS.

Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Os CAPS Álcool e Drogas (AD), Infanto Juvenil (IJ) e Adulto, nas modalidades II, III e IV, são diferenciados pelas características de funcionamento. Os CAPS III e IV funcionam 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, e contam com retaguarda clínica e acolhimento noturno. O CAPS AD IV, único nesta modalidade no município de São Paulo, funciona junto às cenas abertas de uso de drogas, a fim de proporcionar cuidado integral às pessoas com necessidades relacionadas a essa demanda.





O acesso ao serviço pode ser por demanda espontânea, ou referenciada por outros serviços da rede, não havendo a obrigatoriedade do encaminhamento.

3.2.14 - Saúde nutricional

As ações voltadas à saúde nutricional na atenção básica estão embasadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (Portaria de Consolidação nº 2), que apresenta como propósito a “melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição”.

A Atenção Nutricional na atenção básica deve considerar as demandas e as necessidades de saúde de maior frequência e relevância de cada território. Porém, de acordo com o perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira e, principalmente, do Município de São Paulo, as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da subnutrição, das carências nutricionais específicas e das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação e nutrição, devem estar presentes na rotina de todos os profissionais e no monitoramento das unidades de saúde.

A Assistência Nutricional deve acontecer a partir do seu diagnóstico, por meio de avaliação e monitoramento do estado nutricional, dados antropométricos, clínicos, bioquímicos e dietéticos, de acordo com a fase da vida. O acompanhamento nutricional pode ser realizado de forma individual, em grupo, em domicílio, consulta compartilhada ou teleconsulta, respeitando as necessidades individuais de cada usuário.

Cabe à atenção básica realizar ações educativas para a prevenção das doenças relacionadas à alimentação e nutrição, assim como, oferecer procedimentos complementares na assistência nutricional ao indivíduo, de forma integrada com a equipe multiprofissional, referenciando os indivíduos para outros estabelecimentos de atenção especializada, visando à complementação do tratamento, sempre que necessário, de acordo com os protocolos definidos na rede de atenção nutricional e à saúde.

Ainda, cabe articular a rede de apoio e de ambiente social para acolhimento e cuidado às famílias e às pessoas em vulnerabilidade nutricional ou com deficiências de micronutrientes e morbidades associadas ao estado nutricional, contribuem para o fortalecimento das estratégias locais de Segurança Alimentar e Nutricional, além de favorecer o acesso a uma alimentação adequada, como preconiza a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=262438

3.2.15 - Saúde Bucal

A atenção à saúde bucal envolve ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, incluindo o câncer bucal, diagnóstico, tratamento, reabilitação e atendimentos de urgência, e está embasada na Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”.





As ações das equipes de saúde bucal - eSB contemplam todos os usuários, de qualquer faixa etária, gênero, raça/cor, com qualquer condição sistêmica ou física, havendo atenção especial voltada às gestantes. Têm como diretriz a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção, por meio do conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive e para desenvolver ações de proteção e promoção à saúde.

As gestantes devem ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizarem o Pré Natal Odontológico, o qual deve ser priorizado, integrando as ações de saúde bucal. De acordo com a Portaria 2.979, que institui o Programa Previne Brasil e a Nota Técnica nº 5/2020 - MS, com os indicadores de pagamento por desempenho do Programa, a SB terá como meta o atendimento a 60% das gestantes do município. A eSB deverá estar atenta a este grupo populacional e trabalhar de forma integrada aos profissionais que realizam o PN.

Considerando a necessidade de atendimento à população de maior vulnerabilidade, população em situação de rua, há eSB compondo as equipes de consultório na rua - CnaR e também realizando atendimentos nas UOM. As eSB do CnaR devem trabalhar focadas nas prioridades para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Rua, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, incluindo as próteses dentárias. Estas eSB poderão desenvolver suas atividades na UBS em que a equipe CnaR esteja vinculada ou nas UOM. É importante destacar que, independentemente das eSB do CnaR, as eSB das UBS podem e devem atender esta demanda.

É importante a realização de Próteses Totais e Próteses Parciais Removíveis na AP, ampliando o acesso da população à prótese dentária, acolhendo suas necessidades e corroborando para o cuidado integral em saúde bucal dos seus munícipes, devolvendo a função mastigatória, estética, fonação e qualidade de vida.

Os tratamentos odontológicos na APS devem ser resolutivos dentro do que compete a este nível de atenção. Assim, espera-se que os Tratamentos Concluídos sejam efetivados, seguindo as recomendações do número de consultas de retorno previstas.

O acompanhamento da produção deverá ser realizado por meio dos tratamentos concluídos em relação aos iniciados, e as novas vagas ofertadas para início de tratamento, assim pode-se avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas - TI) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=220445





CEO: Fazem parte da Rede de Atenção em Saúde Bucal os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), ofertando as especialidades de Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Periodontia, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais, Ortodontia Preventiva/Interceptativa e Prótese. Para acesso ao CEO, a eSB deverá solicitar a vaga através do SIGA Saúde para a Regulação de sua unidade.

3.2.16 - Saúde integrativa - PICS

Esse programa segue as diretrizes da Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que preconiza “uma visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”. Tem foco no indivíduo como um todo, considerando-o em seus aspectos: físico, psíquico, emocional e social, visando à resolutividade e ampliação do olhar para o indivíduo.

Tem como ações de promoção da saúde, prevenção e terapêuticas as modalidades de Práticas Integrativas e Complementares - PICS, como: Acupuntura, Auriculoterapia, Fitoterapia, Homeopatia, Aromaterapia, Bioenergética, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos (Reiki), Terapia de Florais, Medicina Antroposófica, Dança Circular, Biodança, Tratamento Ayurvédico, Yoga, Massagem/Automassagem (Shantala), Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa, Práticas Corporais (Lian Gong, Xiang Gong, Tai Chi Pai Lin, Lien Chi, Qi Gong), Terapia Comunitária Integrativa, Meditação, Musicoterapia, Massoterapia, Naturopatia, Alongamento, Caminhada e outras modalidades definidas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2006 (Portaria de Consolidação nº 2).

As PICS têm um papel importante no tratamento de doenças crônicas e não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial, asma, obesidade, quadros de dor, sofrimento mental, e podem ser relevantes na recuperação da saúde depois da infecção pelo novo Coronavírus.

Entre outros ganhos para a qualidade de vida, as PICS podem proporcionar alívio de dores, redução da ansiedade, diminuição de sintomas da depressão, sono de qualidade, redução da pressão arterial, promovendo o bem-estar físico e mental do indivíduo, além de ampliar a solidariedade entre as pessoas. Todos estes aspectos contribuem para o uso racional de medicamentos, uma vez que se recorrerá menos a este recurso para alívio do sofrimento.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370

3.2.17 - Assistência farmacêutica

A Assistência Farmacêutica integra a rede de atenção à saúde de forma transversal às demais áreas assistenciais. Estabelece as diretrizes técnicas e normativas para garantir à população o acesso aos medicamentos essenciais seguros, eficazes e custo efetivos, disponíveis nas farmácias das diferentes modalidades de serviço, com vistas à





promoção do uso racional, à integralidade da assistência à saúde e à melhoria da qualidade de vida das pessoas, conforme a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Conforme o “Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica”, publicado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, em 2021, os serviços farmacêuticos na Atenção Básica devem contribuir para a atenção integral, coordenada, segura e efetiva, de acordo com as necessidades dos usuários e do sistema de saúde, e podem ser divididos em seis âmbitos: 1 - gestão logística e acesso a medicamentos; 2 - Cuidado Farmacêutico; 3 - coordenação da Assistência Farmacêutica no âmbito da AB; 4 - análise e aprimoramento da utilização de medicamentos na prática clínica e de resultados em saúde; 5 - inovação tecnológica e sistemas de informação; e 6 - gestão do conhecimento.

As ações da Assistência Farmacêutica nas unidades da rede básica de saúde podem ser distribuídas nas seguintes categorias: atividades técnico-gerenciais, atividades técnico-assistenciais e atividades técnico-pedagógicas.

As atividades técnico-gerenciais, que são desenvolvidas pelo farmacêutico e auxiliar/técnico de farmácia, estão relacionadas à disponibilidade e acesso racional aos medicamentos, conforme as demandas da população e dos serviços de saúde, por meio da gestão logística nas farmácias. Envolvem a gestão de estoque, a programação, o armazenamento e a distribuição de medicamentos no âmbito da AB.

As atividades técnico-assistenciais e técnico-pedagógicas são relativas ao Cuidado Farmacêutico, que foi instituído no município de São Paulo por meio da Portaria SMS.G nº 1.918, de 26 de outubro de 2016.

As atividades técnico-assistenciais ou clínico-assistenciais envolvem a oferta de serviços clínicos realizados pelo farmacêutico de forma integrada com a equipe de saúde, por meio de prática centrada no usuário, para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. Dentre os serviços clínicos que podem ser ofertados nas unidades de saúde, destacam-se a revisão da farmacoterapia, a conciliação medicamentosa, a avaliação e promoção da adesão terapêutica, o rastreamento em saúde e o acompanhamento farmacoterapêutico.

A consulta farmacêutica, realizada na unidade de saúde ou em domicílio, é o meio fundamental para o desenvolvimento das ações clínico-assistenciais e consiste em um processo sistemático e individualizado que contempla: acolhimento do usuário e coleta de dados, avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, elaboração do plano de cuidado e avaliação da necessidade do acompanhamento farmacoterapêutico.

Já as atividades técnico-pedagógicas contemplam ações de informação e educação em saúde sobre os medicamentos e a farmacoterapia, voltados para a população ou outros profissionais de saúde, no âmbito individual ou coletivo.

Todas as atribuições e atividades da equipe da Assistência Farmacêutica nas unidades de saúde estão descritas no Manual de Assistência Farmacêutica da Rede de Atenção Básica e Especialidades da Secretaria Municipal da Saúde.





Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=5449

As informações referentes à Assistência Farmacêutica encontram-se no link:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/

3.2.18 - Assistência laboratorial

A Assistência Laboratorial deve garantir, no que diz respeito à oferta de exames de diagnósticos laboratoriais, a universalidade do acesso dos cidadãos às ações e serviços de coletas de exames, a integralidade da atenção, a equidade na alocação de recursos e a manutenção e qualificação dos serviços ofertados pela SMS/SP.

O planejamento dos serviços de apoio diagnóstico laboratorial deve ser orientado pelos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização, reconhecendo o caráter de apoio das atividades de laboratório para a resolutividade da atenção, seja no âmbito das ações de promoção da saúde, assistência, prevenção e tratamento de doenças, atendendo às exigências da RDC 302/05, na qual são definidos os requisitos para o funcionamento dos laboratórios e postos de coleta públicos ou privados de análises clínicas, patologia clínica e citologia e do Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais SMS/SP.

A assistência laboratorial da SMS/SP desenvolve ações e serviços de saúde, que envolvem o apoio ao diagnóstico laboratorial e tratamento de doenças, em função de dados epidemiológicos, de protocolos e algoritmos de exames para o diagnóstico, de demandas ambulatoriais, urgências e de emergências, além disso, revisa e atualiza os insumos utilizados na coleta de amostra biológica e os equipamentos para realização de exames. Acompanha os contratos laboratoriais, realiza interface com outras áreas técnicas da SMS/MSP e outros órgãos e Instituições, atendendo às demandas de órgãos controladores, além de oferecer ações de Educação Permanente e demais ações pertinentes à área técnica. Todas essas ações objetivam resultados robustos e de qualidade.

As ações da assistência laboratorial no âmbito municipal são executadas por uma área técnica específica denominada Assistência Laboratorial, integrante da Coordenação de Atenção Básica/SMS/SP, com assessoria técnica dos assistentes de Laboratórios das Coordenadorias Regionais de Saúde, além dos interlocutores de laboratórios das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), dos diretores dos laboratórios próprios municipais, laboratórios contratados e demais referências laboratoriais, estaduais e/ou federais.

A rede municipal de laboratórios conta com cinco laboratórios de Saúde Pública, distribuídos em cinco regiões do município para atendimento a usuários do SUS, acolhidos nos serviços de saúde municipais, por livre demanda e para os quais tenham sido solicitados exames. Utiliza equipamentos de ponta para realização de exames bioquímicos e hormonais, hematológicos, microbiológicos, imunológicos e de biologia molecular para atendimento da rede ambulatorial. Conta com o apoio de dois laboratórios



terceirizados, contratados, que complementam os serviços de laboratório da rede própria para a realização dos exames de análises clínicas e anatomia patológica.

A rede conta com um sistema próprio de gestão de informática laboratorial, que realiza a rastreabilidade e monitoramento dos processos, a abranger a emissão da etiqueta de identificação dos tubos para coleta, cadastramento dos exames, processamento dos exames laboratoriais, interface com equipamentos de análise e outros sistema SMS, emissão de laudos, emissão de relatórios epidemiológicos e de produção, disponibilização de laudos online nas unidades de saúde, controle de qualidade e demais necessidades dos serviços.

As atividades de laboratório nas unidades devem ser norteadas pelo que está previsto no Caderno de Apoio - Coleta de Exames Laboratoriais SMS/SP, que tem por objetivo subsidiar os profissionais da rede envolvidos com as atividades de coleta de exames laboratoriais, acondicionamento, transporte, recepção das amostras biológicas, as referências laboratoriais e o fluxo do retorno dos laudos dos exames com informações e orientações técnicas gerais e normas que devem ser adotadas, estabelecendo a padronização dos procedimentos e melhoria na qualidade da assistência prestada.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1930

3.2.19 - Vigilância em saúde

O Núcleo de Vigilância em Saúde (NUVIS-AB) da UBS deve ser a referência das ações de vigilância em saúde na Unidade e seguir as especificações da Portaria SMS.G nº 741/2022 e do Documento Norteador que descreve as competências da equipe que compõe o núcleo e as atividades no seu nível de competência. As ações de vigilância em saúde nas UBS devem ser realizadas por todos os profissionais da Unidade, seguindo o conceito amplo descrito na Política Nacional de Vigilância em Saúde: “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (BRASIL, 2018 pág. 2). A execução das ações de vigilância em saúde tem como base os princípios da territorialização, regionalização, descentralização e responsabilização sanitária, seguindo os protocolos e diretrizes da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e Coordenadoria de Atenção Básica (CAB) do MSP. O trabalho deve ser desenvolvido de forma integrada com a CRS, Diretoria Regional de Vigilância em Saúde (DRVS), Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de sua região. A avaliação do território, conhecendo-se as características sociodemográficas, situação de saúde, áreas de risco, vulnerabilidades, dados epidemiológicos dos agravos/doenças de sua área de abrangência e os determinantes e





condicionantes do processo saúde/doença, deve ser realizada para elaboração de planejamento das ações. No item “Atividades desenvolvidas pela Unidade”, serão descritas outras informações das equipes de vigilância na UBS.



Demais informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=338605

3.2.20 - Programa de ambientes verdes e saudáveis – PAVS



PAVS
Programa Ambientes
Verdes e Saudáveis

O PAVS tem como diretriz incorporar as questões ambientais às ações de promoção à saúde na Atenção Básica, buscando a intersectorialidade e o empoderamento da comunidade com base nos desafios levantados em cada território. A atuação se dá, essencialmente, no âmbito de seis eixos temáticos que se interrelacionam a partir do princípio de uma cultura de paz que permeia todos os eixos: Gerenciamento de resíduos, Horta e alimentação saudável, A3P - Agenda Ambiental na Administração Pública, Revitalização de espaços públicos, Água, ar e solo, e Biodiversidade e arborização. Devem ser priorizadas ações educativas voltadas à promoção de saúde com empoderamento das pessoas na manutenção de sua própria saúde e no cuidado com o meio ambiente. Podem ser incorporadas orientações em grupos das unidades, visitas socioambientais domiciliares, rodas de conversas, palestras, oficinas, eventos, mobilização da comunidade, práticas corporais, entre outras. Os projetos socioambientais em saúde a partir de demandas territoriais, que visem minimizar/solucionar problemas socioambientais relacionados à saúde, são de suma importância.

O Agente de Promoção Ambiental – APA deve atuar na UBS, integrado às equipes de saúde. De acordo com o Manual Orientador do APA, seu trabalho consiste no conhecimento do território, na história de vida das pessoas que ali vivem, na participação ativa da comunidade, na intersectorialidade e no planejamento conjunto para modificar os determinantes sociais do processo saúde/doença, dentre outros.

Os projetos-PAVS têm como base o diagnóstico socioambiental, desenvolvido como ferramenta de reconhecimento da área de abrangência das unidades e como cenário dos atores que assumem o compromisso de transformar esses locais em espaços mais saudáveis. Esse diagnóstico é uma ferramenta para implementação de projetos socioambientais, impactando no processo saúde-doença da população no território. O relatório do Diagnóstico Socioambiental deve seguir as diretrizes do Manual de Elaboração do Diagnóstico Socioambiental.



Os documentos que norteiam as ações do PAVS, como o Guia PAVS, Manual do APA, Manual de Elaboração do Diagnóstico Socioambiental, relatórios, legislação, dentre outros, estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pavs/index.php?p=215712





4 - Recomendações operacionais da unidade

4.1 - Funcionamento da unidade

As UBS funcionam de segunda a sexta-feira das 7 às 19h. Poderá funcionar aos sábados para realização de campanhas ou outras determinações da SMS. O horário de funcionamento em dias úteis poderá ser alterado em casos excepcionais e justificados, com anuência de todas as instâncias hierárquicas da SMS e após publicação em diário oficial.

Deve garantir atendimento das ações/serviços (acolhimento, vacinação, administração de medicamentos, curativo, consultas, dispensação de medicamentos, coleta de amostras biológicas, realização de testes rápidos, incluindo o de gravidez, verificação de pressão arterial, glicemia capilar, entre outros) durante todo o período de funcionamento da unidade, inclusive nos horários de almoço, reuniões gerais e atividades de educação permanente dos profissionais.

4.2 - Segurança do paciente

A Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado está norteada na premissa da segurança do cuidado e qualidade dos serviços prestados, em consonância com a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP 2013, que definiu segurança do paciente como “reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, disciplinada pelo Anexo XXII da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), aborda o tema com diretrizes pautadas no cuidado centrado na pessoa, na resolutividade, na longitudinalidade do cuidado, na coordenação, na ordenação da rede e na participação da comunidade.

A segurança é um pilar da qualidade dos cuidados à saúde e seu sucesso exige comprometimento individual e coletivo. As boas práticas que permeiam os processos de trabalho da unidade são a garantia da manutenção dos padrões de qualidade no atendimento ao paciente, família e comunidade.

A Resolução - RDC Nº 36, de 2013, instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e norteou para implantação dos NSP (Núcleos de Segurança do Paciente). O NSP deverá ser implantado nas UBS com a finalidade de promover ações para fortalecer os processos de qualidade e segurança da assistência prestada aos usuários, garantindo excelência no atendimento e incorporando a qualidade do trabalho em todas as ações prestadas. O NSP deve coordenar as ações para a prevenção dos riscos, assim como investigar, monitorar, analisar e avaliar as notificações de erros e eventos adversos, classificando, encaminhando, quando pertinente, e elaborando o plano de ação para todas as notificações realizadas.

As competências básicas para um cuidado seguro reduzindo riscos devem ser trabalhadas junto às equipes de maneira longitudinal, mantendo comunicação ativa, com discussões dos eventos ocorridos de forma a aprender com os erros e sistematizando as práticas que podem incidir em maiores riscos aos pacientes.





O reconhecimento de que a maioria dos erros é cometida por profissionais competentes, cuidadosos e atenciosos é fundamental para envolvê-los em um ambiente que possa antecipar falhas e interceptá-las antes que causem dano. É importante frisar que trabalhar com segurança do paciente é aprender com os erros, que podem ocorrer em diferentes etapas do processo. Além das discussões sobre os erros, as organizações seguras precisam construir mecanismos de notificação de eventos das unidades (NEVES e MELGAÇO, 2011).



Mais informações em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=350001

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html#:~:text=Institui%20a%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20seguran%C3%A7a,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias

4.3 - Acolhimento

O acolhimento é um processo de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização da equipe pelo usuário, considerando suas vulnerabilidades e angústias, fazendo uso da escuta qualificada que busca garantir atenção integral, resolutiva e responsável. O acolhimento permite a inclusão, pois avalia sob a ótica das vulnerabilidades e organiza as demandas programadas e espontâneas. Ainda, tem como atributo a ampliação do acesso, potencializando o olhar da equipe para o atendimento.

É necessário que todos os profissionais da Unidade desenvolvam essa habilidade e atitude para que o acolhimento esteja presente no cotidiano das equipes. A realização da classificação de risco e vulnerabilidades é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações sobre sua condição de saúde e a previsão de espera para o atendimento.

O primeiro momento do contato do usuário pode ser potencializado com a realização de ações resolutivas e programáticas, tais como a avaliação das condições de saúde, dos riscos, a promoção do vínculo, a inclusão do rastreamento e da estratificação de risco, a atualização vacinal e a oferta de testes rápidos, valorizando a presença do usuário no serviço de saúde.

É importante considerar como opções no pós-acolhimento todo o cardápio de atividades da unidade e não somente a consulta médica, destacando-se a possibilidades de apoio da equipe multidisciplinar e de atividades em grupo.

A gerência da unidade deve garantir uma organização para o acesso e acolhimento à demanda espontânea, considerando a realidade de cada local (perfil epidemiológico, demográfico e sociocultural), estabelecendo escalas, elencando profissionais que podem compor o acolhimento e organizando a agenda para garantir o acesso e acolhimento em todo o horário de funcionamento da unidade.





Para casos que terão continuidade da assistência em outro ponto da rede e que necessitam de transporte para transferência para algum ponto da RUE, a unidade deve fazer articulação com esse ponto, mantendo a responsabilização e cuidado pelo usuário. A unidade é responsável pelo contato com a referência e acompanhamento do paciente até a chegada da equipe de remoção e/ou até a passagem do caso na referência pré-hospitalar ou hospitalar.

Condições importantes para o acolhimento:

- Organização do espaço físico para acessibilidade e privacidade do atendimento;
- Atendimento empático, desprovido de julgamentos e de imposição de valores, que valoriza as queixas e identifica as necessidades, com reconhecimento das diferenças;
- Utilização de recursos tecnológicos e humanos para busca da resolutividade da demanda do usuário;
- Orientação pelos protocolos de fluxo de atendimento para os casos que podem envolver ações da equipe multidisciplinar, levando sempre em consideração a vulnerabilidade, o vínculo do usuário com o serviço e as possibilidades de encaminhamento qualificado;
- Eliminação de barreiras burocráticas que dificultam o acesso do usuário ao serviço.

4.4 - Recepção

A equipe da recepção deve acolher, orientar e direcionar todos os usuários de acordo com a demanda apresentada, incluindo os não cadastrados na unidade. Os usuários deverão receber o atendimento e as orientações frente às suas necessidades de saúde. Deve ser dada atenção a aspectos da ambiência e à realização do atendimento preferencial de acordo com a legislação vigente.

São atribuições da recepção:

- Receber o usuário respeitando seus direitos e necessidades, sem estigmatizá-lo oferecendo atendimento respeitoso a pacientes, familiares e acompanhantes independentes de sua opção credo ou estrutura familiar;
- Oferecer informações e possibilidade de atendimento em UBS próxima a residência do usuário;
- Utilizar linguagem clara e acessível com os usuários;
- Realizar dupla checagem do usuário respeitando as boas práticas na segurança e qualidade do atendimento;
- Realizar e/ou atualizar o cadastro, no Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial - SIGA SAÚDE, todas as vezes que o usuário procurar o serviço, sem exigência da apresentação do comprovante de residência. É importante a atualização/correção do cadastro considerando: nome, nome social (quando existir), endereço, telefone,





raça/cor (autorreferido), nacionalidade, se possui deficiência e a inclusão do CPF. Destaca-se que o CPF é considerado a chave para interface entre os diferentes sistemas de informação, incluindo os do Ministério da Saúde;

- Preencher adequadamente o nome social, gênero e orientação sexual, lembrando que são declarações autorreferidas;
- Preencher no cadastro do usuário no SIGA a informação sobre a existência de deficiência e o tipo, lembrando que se trata de informação autorreferida;
- Atualizar a informação nacionalidade, quando a informação inserida necessitar correção, para a qualificação das informações de imigrantes e refugiados;
- Emitir o Cartão SUS e fornecê-lo ao usuário. Consultar se o cidadão já possui o cartão antes de cadastrar um novo. Em caso de nome social, imprimir sem a opção sexo. Se possuir, mesmo que aberto fora do MSP, realizar a indexação;
- Efetuar a matrícula dos usuários pertencentes às áreas de abrangência e influência da UBS e daqueles que trabalham ou estudam na região, se assim o desejarem;
- Orientar e encaminhar o usuário diretamente para a área de atendimento ou procedimento conforme a agenda e/ou necessidade apresentada;
- Levantar e arquivar prontuários, resultados de exames e outros, mantendo-os de forma organizada e atualizada;
- Agendar consultas e exames da agenda local no SIGA SAÚDE, incluindo a equipe multiprofissional;
- Orientar quanto ao funcionamento da rede de serviços.

4.5 - Agendamento

A agenda da UBS deverá ser organizada na perspectiva da atenção integral, adequando-se às necessidades de saúde identificadas no perfil demográfico e epidemiológico local tais como a demografia, condição e doenças mais prevalentes no território e vulnerabilidades sociais e de saúde. Deverá ser construída com a participação das equipes.

Todos os profissionais de nível superior, que realizam consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas deverão ter sua agenda no sistema eletrônico – SIGA Saúde.

O agendamento de consultas deverá ser diário e realizado durante todo o funcionamento da unidade.

Devem ser eliminados mecanismos tradicionalmente aplicados, como os agendamentos com horários reservados em dias prefixados, como horário da gestante, horário para pessoas com hipertensão, horário para crianças e outros, a fim de favorecer o acesso.





4.5.1 - Estruturação da agenda

As agendas deverão ser configuradas no sistema SIGA com vigência de 365 dias. O período de liberação de vagas deve ser de 90 dias, com reposição de vagas diárias (90+1). Situações excepcionais podem ser discutidas localmente, sempre com ciência e anuência da STS e CRS correspondentes.

As agendas deverão ser estruturadas de modo a contemplar ações programáticas prioritárias e atendimento da demanda espontânea:

Consulta agendada (vaga amarela): são consultas destinadas a ações programáticas individuais direcionadas para as diferentes fases do ciclo de vida, para determinadas condições de saúde, doenças e agravos que necessitam de um acompanhamento contínuo, ou para outras necessidades de saúde que não se configurem como urgência. Podendo ser consulta de primeira vez ou retorno. Para fins de criação de agenda no SIGA, definir o quantitativo de consulta de 1ª vez e retorno que assegure o cuidado, de acordo com os protocolos vigentes e a realidade do território;

Consulta não agendada (vaga verde): são consultas para a resolutividade da demanda espontânea. Devem ter atendimento em tempo oportuno, após escuta e avaliação realizadas no acolhimento e deverá estar disponível durante todo o período de funcionamento da unidade. As vagas destinadas a essa finalidade deverão ser organizadas conforme o perfil demográfico e epidemiológico do território. Sua implementação tem potencial para a ampliação do acesso, proporcionando maior resolutividade na Atenção Básica.

Nota: Deverão estar disponibilizadas vagas nas agendas para:

- Consultas destinadas à continuidade do cuidado de gestantes, recém-nascidos e puérperas, egressos de internação em maternidade/hospital ou dos serviços de urgência, segundo protocolo definido;
- Consultas provenientes do Aplicativo “Agenda Fácil”.

4.5.2 - Estruturação da agenda por categoria profissional

A proposta de distribuição de carga horária, para cada categoria profissional, encontra-se no Anexo 3.

Devem ser contempladas, nas agendas, as seguintes atividades por categoria:

- **Agenda dos profissionais médicos generalista, médico de saúde da família, pediatra, clínico geral e ginecologista/obstetra:** a carga horária será destinada a atividades assistenciais relacionadas diretamente ao usuário, ou seja, as consultas individuais, compartilhadas, visita/consulta domiciliar, atividade educativa, prática corporal/atividade física, grupo terapêutico, teleatendimento, de acordo com a necessidade do usuário, e atividades técnico pedagógicas, indiretamente relacionadas ao usuário, como matriciamento, reunião de equipe, reunião técnica, reunião geral, vigilância em saúde e atividades educação permanente.





- **Agenda do Enfermeiro da equipe Saúde da Família e Enfermeiro da UBS:** a carga horária será destinada a atividades assistenciais relacionadas diretamente ao usuário, ou seja, as consultas de enfermagem individuais, coletivas, compartilhadas, visita/consulta domiciliar, atividade educativa, prática corporal/atividade física, grupo terapêutico, teleatendimento, de acordo com a necessidade do usuário, e atividades técnico pedagógicas, indiretamente relacionadas ao usuário, como supervisão da equipe de enfermagem, matriciamento, reunião técnica, reunião geral, reuniões de equipe, vigilância em saúde e atividades educação permanente. Mesmo reconhecendo a importante função como gestor do serviço, é imprescindível ressaltar que seu enfoque principal é o impacto na saúde individual e coletiva da população com a intensificação de sua prática clínica. É preciso planejar com o indivíduo e a comunidade os problemas de saúde e as alternativas para resolvê-los, utilizando como ferramenta o processo de enfermagem, ampliando assim o acesso e aumentando a resolutividade na Atenção Básica. A consulta de enfermagem é uma potência e precisa ser priorizada.
- **Agenda dos Profissionais da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica - eMulti:** a carga horária será destinada a atividades assistenciais relacionadas diretamente ao usuário, como as consultas individuais, consultas compartilhadas, teleconsulta, teleatendimento, consulta domiciliar, atividade educativa, prática corporal/atividade física e grupo terapêutico, de acordo com a necessidade do usuário, e atividades técnico pedagógicas, indiretamente relacionadas ao usuário, como matriciamento, reunião equipe, reunião técnica, reunião geral, vigilância em saúde e atividades de educação permanente.
- **Agenda do Cirurgião-dentista com carga horária de 20h, de 40h, vinculado à eSF ou à eAP:** a carga horária será destinada à atividades assistenciais relacionadas diretamente ao usuário, ou seja, as consultas individuais, compartilhadas, visita/consulta domiciliar, atividade educativa, prática corporal/atividade física, grupo terapêutico, teleatendimento, de acordo com a necessidade do usuário, e atividades técnico pedagógicas, indiretamente relacionadas ao usuário, como matriciamento, reunião equipe, reunião técnica, reunião geral, vigilância em saúde e atividades educação permanente.

Destinar 20% da carga horária para atendimentos de Prótese Dentária e 4h para atividades do PSE. Todas as urgências/emergências odontológicas devem ser acolhidas e atendidas. O número de atendimentos considera a otimização da consulta, com média de 5 atendimentos para conclusão do tratamento; os grupos educativos devem ser realizados por equipe auxiliar. Na ausência do auxiliar, o cirurgião-dentista deverá ter horário reservado para essa atividade.





- **Agenda do Farmacêutico:** deve conciliar as atividades técnico-gerenciais, clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. A carga horária será destinada às atividades administrativas e de supervisão da farmácia, assim como a atividades assistenciais relacionadas diretamente ao usuário, ou seja, as consultas individuais, compartilhadas, visita/consulta domiciliar, acolhimento/orientação farmacêutica, atividade educativa, prática corporal/atividade física, grupo terapêutico, teletendimento, de acordo com a necessidade do usuário, e atividades técnico pedagógicas, indiretamente relacionadas ao usuário, como matriciamento, reunião equipe, reunião técnica, reunião geral, vigilância em saúde e atividades educação permanente. Para o encaminhamento de usuários para a consulta farmacêutica, podem ser estabelecidos critérios de seleção e priorização, tais como: usuários com maior risco de uso indevido de medicamentos e que podem ser considerados o uso de vários medicamentos simultaneamente, esquemas terapêuticos complexos, prescrições de medicamentos por mais de um médico, interações medicamentosas, baixa adesão ao tratamento, internação nos últimos seis meses, desenvolvimento de reações adversas e intoxicações por medicamentos. Deve ser realizado o registro das atividades e produção conforme a Portaria SMS.G nº 1.918, de 26/10/2016; Notas Técnicas SMS.G de 2017, nº02/2018 e nº01/2019.



Atualizações disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/index.php?p=5449

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Orientacoes_Atendimentos_Odontologicos_02_08_2022.pdf

4.6 - Atividades desenvolvidas pela unidade

Em todas as atividades realizadas pela unidade, os profissionais devem estar atentos para um atendimento humanizado, com respeito às singularidades e com escuta empática, valorizando as demandas trazidas pelo usuário. Importante enfatizar que as unidades devem somar às ações de rotina propostas de atividades extramuros, que ampliam o espaço da UBS para todo o território e melhoram o acesso ao sistema para todas as pessoas da comunidade. Essa abordagem prevê ações e atividades de forma integral, equitativa, participativa, democrática e contextualizada, dentro de um sistema de qualidade adequado, em ações individuais ou em grupos. Vale ressaltar que as atividades extramuros se estendem a todas as unidades, independente do modelo de atenção adotado.

4.6.1 - Consultas

As consultas de todas as categorias profissionais devem ser obrigatoriamente registradas no prontuário do usuário no formato físico (papel) e/ou eletrônico, com o registro dos itens obrigatórios, como a identificação do profissional responsável pelo atendimento, incluindo: nome completo, número e conselho de classe, carimbo e assinatura/assinatura digital.





4.6.1.1 - Consulta médica

Compete ao profissional médico, por meio da anamnese e exame físico, elaborar sua hipótese diagnóstica, valorizando a clínica, uso racional dos exames e dos medicamentos. É atribuição do médico atender, de forma empática, as várias dimensões (física, mental e social) e propor uma abordagem ampliada do cuidado, inclusive divulgando as várias modalidades de PICS existentes na UBS. O profissional médico deve superar o modelo tecnicista de atendimento baseado na queixa-conduta e focado na doença. Estimular a promoção, prevenção das doenças, indicar exames e terapêuticas baseadas nas melhores evidências científicas. Deve considerar as vulnerabilidades e singularidades apresentadas e procurar resolver boa parte das demandas na UBS, discutir os casos em equipe multiprofissional e seguir o protocolo de fluxo para encaminhamento para médicos especialistas e solicitação de exames.

4.6.1.2 - Consulta do enfermeiro

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e está regulamentada pela Lei nº 7.498/1986, pelo Decreto nº 94.406/1987 e pela Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, incluindo serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros. São utilizados os componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Está organizado de forma sistemática em cinco etapas, são elas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem. O Processo de Enfermagem favorece a atenção centrada no usuário, a tomada de decisão clínica (assistencial e gerencial), consolida a assistência por meios científicos (respaldados por teorias do cuidado) e organiza a aplicação do corpo de conhecimento próprio da Enfermagem com base nas necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, além de guiar os registros de enfermagem.



Os protocolos de enfermagem estão disponíveis em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>

4.6.1.3 - Consulta odontológica

Deve ser garantido o atendimento universal, incluindo consultas programáticas e/ou de urgência/emergência a todas as faixas etárias, assim como as ações de prevenção e promoção da Saúde Bucal. Os procedimentos possíveis de serem realizados estão descritos no Anexo 4.

Os pacientes que necessitarem de tratamento odontológico e não se encontrarem em quadro de dor deverão agendar a triagem na recepção. Esses pacientes serão





avaliados; classificados segundo o risco; inseridos na agenda do cirurgião-dentista para realização do tratamento odontológico e, quando este for concluído, encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (Endodontia, Estomatologia, Cirurgia Oral Menor, Prótese Dentária, Ortodontia, Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais), caso haja necessidade.

Todas as urgências/emergências odontológicas devem ser acolhidas e atendidas. A urgência/emergência odontológica deve ser avaliada pelo cirurgião-dentista na unidade e ser atendida da forma mais resolutiva possível, incluindo a realização de exodontias, pulpotomias, pulpectomias, dentre outros procedimentos resolutivos.

Após o atendimento da urgência/emergência, deve-se orientar o usuário sobre a data mais próxima da realização da triagem, na unidade, para que seja incluído no tratamento programático.

Nos territórios que apresentam equipes de CnR, a pessoa em situação de rua que apresentar urgência odontológica deverá ser referenciada para a unidade de saúde com serviço odontológico mais próxima (UBS, UOM, PS, UPA).

Para o planejamento das atividades educativas, preventivas e curativas, os indivíduos são classificados, segundo os critérios de risco (baixo, moderado e alto), nas triagens odontológicas, as quais servirão de base ao acesso para os tratamentos odontológicos nas unidades. Os parâmetros sugeridos para agendamento das triagens de acordo com a carga horária do profissional e configuração da eSB, assim como os critérios de risco de cárie, periodontal, para oclusopatia e tecidos moles e prioridades para o agendamento encontram-se no Anexo 5.

4.6.1.4 - Consulta dos Profissionais da Equipe multiprofissional da Atenção Primária a Saúde eMulti

A consulta é uma das ações previstas na assistência ao usuário, portanto compete aos profissionais das eMulti a realização de consultas individuais, consultas compartilhadas e teleconsultas, visando ao atendimento integral do usuário, desenvolvendo um trabalho compartilhado e corresponsável. Os profissionais dessa equipe devem atuar segundo as diretrizes da atenção básica, sendo também responsáveis pela coordenação do cuidado e ordenação da rede dentro do âmbito de suas competências, responsabilizando-se pelo usuário, ainda que esteja em outros pontos da RAS.

4.6.1.5 - Atividades dos agentes comunitários de saúde (ACS)

O profissional ACS deve atuar de forma conjunta com demais profissionais da equipe de Saúde da Família e Atenção Primária, participando do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Deve realizar o cadastro e mantê-lo atualizado, além atualizar outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica. Dentro das atividades realizadas, devem ser priorizadas as visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da





equipe e conforme as necessidades de saúde da população, com especial atenção às pessoas com condições e agravos que necessitem de maior número de visitas domiciliares.



Para mais informações:
 PNAB
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
 Lei 11.350/2006
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11350-5-outubro-2006-545707-publicacaooriginal-58977-pl.html>

4.6.1.6 - Teleassistência

De acordo com a [Portaria SMS. G nº 267 de 15 de maio de 2023](#), a teleassistência se insere no quadro mais amplo de práticas de telessaúde, que constitui modalidade de prestação de serviços de saúde à distância, por meio das tecnologias da informação e de comunicação - TIC, para fins de assistência, prevenção, promoção, educação, pesquisa e gestão em saúde. Elas objetivam ampliar o acesso e configuram atos complementares às ações e serviços de saúde na modalidade presencial. Dessa forma, o atendimento presencial segue sendo a principal forma de cuidado na Atenção Básica.

As ações no âmbito da teleassistência deverão ocorrer em observação ao previsto pelos Conselhos de Classe e aos princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Além disso, deverão ocorrer mediante consentimento livre e esclarecido do usuário, a quem assiste o direito de recusa ao atendimento na modalidade teleassistência, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado.

A plataforma e-saúde SP, deverá ser utilizada para a realização da teleassistência, nos termos da [Portaria SMS.G nº 123, de 12 de março de 2021](#).



Os critérios de elegibilidade, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e demais orientações encontram-se disponíveis em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=352052

4.6.2 - Procedimentos, exames e rotinas da unidade

Devem ser adotadas as orientações descritas nos protocolos, informes técnicos e manuais recomendados por SMS.

4.6.2.1 - Vacinação

Ações de vacinação de rotina devem ocorrer de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação vigente e complementos previstos no Programa Municipal de Imunizações para crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes/puérperas. Além das ações de rotina, deve haver participação e execução de estratégias especiais, como campanhas de





vacinação direcionadas pelos programas municipais, estaduais e federais e ações de bloqueio vacinal para contenção de surtos. Ainda, são importantes a identificação de faltosos e avaliação da taxa de abandono de vacinas multidoses, com proposição de ações para busca ativa e aumento da cobertura vacinal. Deve-se também realizar o registro e notificação de EAPV – Eventos Adversos pós-vacinação e erros de imunização, bem como o registro das doses o registro das doses aplicadas nos sistemas oficiais adotados pelo Município, do controle do estoque de imunobiológicos e insumos, utilizados na sala de vacina, e da conservação e manutenção da câmara fria.

Competências de rotina das salas de vacinas:

- Avaliar a caderneta de vacina e condições de saúde do usuário para a realização da vacinação, oportunizando a sua presença na unidade;
- Realizar a orientação do usuário e/ou seus responsáveis sobre a importância da imunização, controle, proteção e sobre os possíveis eventos adversos da vacinação;
- Zelar pela conservação dos imunobiológicos com a manutenção das câmaras de conservação de vacinas com temperaturas entre +2 e +8°C;
- Executar as ações de vacinação, incluindo a vacinação de rotina e as estratégias especiais (campanhas e vacinação de bloqueio);
- Realizar a vacinação durante todo o período de funcionamento da unidade;
- Proceder ao controle dos estoques de vacinas, de outros imunobiológicos e dos insumos necessários à vacinação;
- Descartar e destinar os frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme as normas técnicas vigentes;
- Registrar as doses aplicadas em sistema oficial e nos respectivos mapas de registro;
- Consolidar e avaliar a qualidade dos dados de produção da sala de vacina, bem como transferir os dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos;
- Arquivar as fichas de registro de acordo com o apazamento de retorno, conforme padronização da UVIS/COVISA;
- Avaliar a taxa de abandono das vacinas com esquema multidose (Hepatite B, Pentavalente, Poliomielite, Rotavírus, Meningo C Conjugada, Pneumo 10 Valente, COVID-19);
- Identificar faltosos e encaminhar para comparecimento à unidade;
- Identificar e notificar possíveis eventos adversos pós-vacinação (EAPV) e encaminhar, se necessário, prontamente para atendimento médico;
- Investigar os eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- Identificar e notificar a ocorrência de procedimentos inadequados, pós-imunização;
- Emitir Declaração de Vacinação Atualizada - DVA aos alunos de Instituições Escolares Municipais para realização de matrícula.





- Atentar para as informações da UVIS e COVISA sobre as atualizações nos documentos técnicos e protocolos atualizados.

4.6.2.2 - Curativo

O curativo é um dos procedimentos da linha de cuidado dos pacientes com lesões cutâneas, na rede de atenção à saúde. A unidade deve seguir os protocolos assistenciais vigentes. A equipe de saúde da UBS deverá estabelecer o plano terapêutico adequado às lesões sem complexidade. Se constatada lesão complexa aguda ou crônica ou lesão com evolução insatisfatória, o paciente deverá ser inserido nos sistemas informatizados e providenciado o encaminhamento ao Polo de Curativos e Tratamento de Feridas, para o atendimento o com Enfermeiro Especialista (Estomaterapeuta ou Dermatologista). O enfermeiro especialista do Polo tomará a conduta pertinente, dentro do processo de enfermagem, com avaliação e prescrição (de enfermagem) a ser seguida pela equipe da UBS. O usuário fará o seguimento da assistência em lesões complexas, na UBS, após avaliação, prescrição e contra referência do especialista do polo. Sempre que o enfermeiro da UBS necessitar de apoio para o tratamento de lesões deverá contactar o enfermeiro do Polo de referência da unidade para apoio técnico.

Os Polos de curativos e tratamento de feridas têm como objetivo:

- Atendimento Hierarquizado, humanizado e de qualidade aos pacientes que necessitam de cuidados com feridas agudas ou crônicas de difícil cicatrização, com acompanhamento do Enfermeiro Estomaterapeuta e/ou Dermatologista com o uso das tecnologias de ponta, como o laser terapia, terapia por pressão negativa e coberturas especiais.
- Apoio técnico, atendimento e matriciamento de pacientes com lesões complexas, para o atendimento pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde – UBS
- Apoio técnico ao programa Melhor em Casa, para atendimento, tratamento e prevenção de lesões, dos pacientes acompanhados pelas Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD;
- Atendimento, matriciamento e encaminhamento pós alta hospitalar, de pacientes com feridas complexas.



A legislação e Notas Técnicas estão disponíveis em:

[Nota Técnica SMS nº 1022/2023](#)

[Fluxo de Diagnóstico](#)

4.6.2.3 - Dispensação de insumos e medicamentos

Todos os medicamentos e insumos, incluindo os materiais médicos hospitalares (MMH) dispensados nas unidades devem seguir as legislações e protocolos vigentes que norteiam os programas e políticas públicas.





Importante! O gerenciamento da dispensação de insumos e medicamentos deve ser feito pelo GSS (Gestão de Sistemas em Saúde), além de demais sistemas eventualmente utilizados para algum programa específico. O GSS é um sistema que tem por objetivo fazer o controle de estoques de medicamentos e materiais das unidades básicas de saúde de forma informatizada. Há necessidade de alimentação do sistema em tempo real, quando da dispensação de insumos e medicamentos, para que não ocorram distorções entre o estoque real da unidade e o informado no sistema. Compete ao gerente supervisionar e monitorar o controle de estoques mantendo as equipes capacitadas e informadas quanto ao controle rigoroso para que não haja desabastecimento, devido à falta de registro no GSS.

Todas as unidades que possuem farmácia com atendimento externo devem disponibilizar em local visível aos usuários a lista padronizada de medicamentos de dispensação.

- **Automonitoramento glicêmico (AMG)**

O Programa de Automonitoramento Glicêmico tem como objetivo cadastrar e atender os munícipes portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e portadoras de diabetes mellitus na gestação, independente do uso de insulina.

- Deve ser realizado o cadastramento do paciente para a disponibilização do lancetador e do aparelho monitor para dosagem de glicemia capilar, bem como aos insumos que devem ser entregues de forma contínua e programada, mensalmente, a saber:
- Lancetas para coleta de sangue através de punção digital;
- Tiras reagentes para determinação de glicemia capilar;
- Seringas descartáveis de 0,5 ml e 1,0 ml, sem espaço morto, com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- Recipiente (3 litros) para descarte de material perfurocortante.



Outras informações estão disponíveis em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=6070>

- Dispensação de fraldas, dispositivo para incontinência urinária e sonda uretral descartável.





Para a dispensação desses itens, é necessário o cadastramento do usuário no SIGA-IPD, por meio da UBS de residência, atendendo aos critérios estabelecidos nas Notas Técnicas disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=348318

- **Dispensa para oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)**

A prescrição da terapia deve seguir os seguintes critérios:

- Ter perfil gasométrico compatível com as indicações do protocolo municipal, aferido pela gasometria arterial ou saturação periférica de oxigênio;
- Ter acompanhamento médico regular;
- Estar recebendo todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas indicadas para a doença que vem causando a necessidade de suplementação de oxigênio;
- O paciente ou o responsável deve ter capacidade de compreender as orientações para o uso adequado e seguro da ODP;
- Residir no Município de São Paulo.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=348881

Dispensação e entrega de medicamentos

A dispensação e a entrega de medicamentos, pertencentes à Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), para os usuários deve ocorrer nas unidades de saúde que possuem farmácia, na qual a equipe deve ser composta pelo farmacêutico como responsável técnico e auxiliares/técnicos de farmácia, obedecendo às legislações vigentes, mediante apresentação da prescrição e do número do cartão do SUS do usuário, além de documentos adicionais, quando necessário.



Outras orientações podem ser consultadas em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/index.php?p=5449

A farmácia com atendimento ao público deverá ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde à qual a farmácia está vinculada.

4.6.2.4 - Exames laboratoriais e de testes rápidos

A equipe de enfermagem deve estar atenta à documentação necessária na sala de coleta, à requisição de exame, ao procedimento de coleta e ao acondicionamento de



amostras, bem como aos demais fatores que podem induzir ao erro na fase pré-analítica aos pedidos de exames laboratoriais. Deve ser feita a verificação diária dos resultados dos exames por meio dos sistemas de laboratórios e dos relatórios de resultados alterados. No caso de exames alterados, os usuários devem ser convocados a comparecerem à unidade. No caso do não comparecimento, principalmente em casos específicos como os de citologia oncótica, sífilis, tuberculose, dentre outros, deve ser realizada visita domiciliar, quando necessário, para agilizar a realização da consulta, do pedido de exames complementares e/ou o início do tratamento. Além disso, a unidade deve manter ações de educação em saúde para sensibilização dos usuários sobre a necessidade de exames de rotina e preventivos (por exemplo, citologia oncótica, dentre outros) e/ou testes rápidos, inclusive com busca ativa em casos específicos e situações de vulnerabilidade. O gerente deve estar atento para a necessidade de capacitação periódica dos profissionais da unidade para cada um dos exames/testes rápidos realizados na Atenção Básica.

4.6.2.4.1 - Coleta e acondicionamento de amostras biológicas

Realizados pelos profissionais das unidades de saúde ou das empresas contratadas, conforme a especificidade da coleta ou preparo do paciente e serviço de saúde de acordo com as legislações vigentes, Protocolos SMS e o Caderno de Apoio – Coleta de Exames Laboratoriais/SMS-SP:

- As coletas de amostras biológicas são realizadas no período da manhã, das 7h às 9h ou às 9h30, a depender da região, e por livre demanda;
- As coletas de citologia oncótica devem ser disponibilizadas, diariamente, por livre demanda, durante todo o horário de funcionamento da unidade. Deve ser dada atenção especial a mulheres que nunca realizaram a coleta ou realizaram há mais de três anos. Devem ser realizadas por profissionais médicos e enfermeiros qualificados. A unidade deve manter o controle dos resultados para avaliação do nível de qualidade a cada três meses (representatividade de 80% da JEC - junção escamoso celular);
- Devem ser disponibilizadas coletas para pesquisa do Streptococcus do grupo B (EGB) em toda gestante entre 35 e 37 semanas de idade gestacional (IG) em material obtido por meio de “swab” colhido do terço distal da vagina e retal;
- As empresas terceirizadas são responsáveis pela rede logística das unidades de saúde SMS/SP, realizando o acondicionamento, o transporte das amostras e a entrega de laudos, quando for o caso, em todos os estabelecimentos municipais de saúde;
- A rede municipal de laboratórios serve-se com cinco laboratórios próprios de Saúde Pública, dois laboratórios de vigilância (Laboratório de Zoonoses - LabZoo e Laboratório de Análises Toxicológicas - LAT), dois laboratórios contratados e as demais referências, dentre as quais Instituto Adolfo Lutz, Hospital Emílio Ribas, Hospital Edmundo Vasconcelos, Instituto do Coração - Incor, Centro de Genoma, Fiocruz, de acordo com protocolos e acordos de cooperação da SMS;
- É oferecido o rol de exames da Atenção Básica constantes na Tabela SUS;
- Em situações específicas, quando o usuário não tem condições de deslocamento até a





unidade, a equipe da enfermagem deve organizar-se para a realização de coletas no domicílio.

4.6.2.4.2 - Testes rápidos

Todas as UBS devem oferecer os testes rápidos para dengue, sífilis, HIV, Hepatites B e C, teste para gravidez, dentre outros disponíveis, durante todo o seu horário de funcionamento.

É de responsabilidade da gerência verificar se há profissionais capacitados para aplicação dos testes e solicitar a capacitação para as áreas técnicas da SMS, quando necessário.

Deve ser reservado local adequado para a realização e, especialmente, para a devolutiva do resultado de forma sigilosa e particular ao usuário.



A aplicabilidade de cada teste deve seguir os protocolos vigentes da SMS. Link:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_tecnica_atencao_basica.pdf

4.6.2.5 - Teste de triagem neonatal (TTN) - teste do pezinho

Verificar, na primeira consulta da criança, o resultado do Teste do Pezinho trazido pelo responsável, ou por meio do site do Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) do Instituto Jô Clemente (IJC) no endereço eletrônico:

<https://ijc.org.br/Paginas/resultados-de-exames.aspx>

- Direcionar o responsável conforme as informações do laudo como: necessidade de coleta ou comparecimento ao IJC;
- Verificar se a criança já foi encaminhada para o Centro de Referência da doença em questão caso tenha recebido diagnóstico confirmatório de uma das doenças contempladas no TTN;
- Auxiliar na busca ativa de pacientes faltosos ou reconvocados mediante recebimento do caso por e-mail enviado pelo SRTN do Instituto Jô Clemente;
- Realizar a coleta, caso haja necessidade, em papel filtro, em uma das 27 UBS, referenciadas pela SMS, mais próxima da residência da família, sendo uma referência por STS;
- Armazenar as amostras em geladeira entre 2 a 8 °C de temperatura e enviá-las ao laboratório duas vezes por semana;
- No caso de dúvidas sobre a técnica para coleta, acessar o Manual de Instruções do Teste do Pezinho Laboratório do Instituto Jô Clemente em:

https://ijc.org.br/Documents/Manual%20instrucoes_2020.pdf





4.6.2.6 - Atendimento cirúrgico ambulatorial básico

São procedimentos realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Básica, contemplando: cateterismo uretral; cauterização química de pequenas lesões; retirada de pontos de cirurgias; curativos simples; suturas; biópsia/punção de tumores superficiais de pele; retirada de corpo estranho subcutâneo; exereses de calo; debridamento e curativo de escara ou ulceração; curativo com debridamento em pé diabético; anestesia locorregional; cirurgia de unha (cantoplastia); drenagem de abscesso; tratamento de miíase furunculóide; drenagem de hematoma subungueal; tamponamento de epistaxe; remoção de cerume; infiltrações; aplicação e reposição de sondas vesicais e nasogástricas; cuidado de estomas (digestivos, urinários e traqueais).

4.6.3 - Visitas/consultas domiciliares

Todos os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliar/técnico de enfermagem, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, equipe de Saúde Bucal e APA devem ter parte de sua carga horária de atividades programada destinada à realização de atendimentos no domicílio. No caso do ACS, a VD é a sua principal atividade, com visitas regulares às famílias. As visitas domiciliares possibilitam o conhecimento da dimensão do indivíduo/família no contexto em que está inserido. Devem ser considerados os indivíduos que se encontram institucionalizados e em situação de rua.

Seguem algumas das situações que devem receber a visita domiciliar:

- Pessoas e famílias conforme suas necessidades em saúde, considerando condições clínicas, sociais e de acordo com o planejamento da equipe e prioridades estabelecidas;
- Instituições presentes no território de abrangência da UBS (ILPI, Centros de acolhida, abrigos, CDP, entre outros) para atendimentos e ações de competência da atenção básica e de acordo com as necessidades apresentadas;
- Busca ativa de faltosos em tratamentos, acompanhamentos, pré-natal, imunização, dentre outros;
- Visitas para demandas da vigilância em saúde, como nos casos de arboviroses, tuberculose, Covid-19, dentre outras, busca de contatos e casos secundários e para complementação de investigação diagnóstica.

Deve-se utilizar a classificação de risco e vulnerabilidade como fatores norteadores para priorização da VD e estabelecimento da frequência.

4.6.4 - Ações de promoção à saúde e prevenção

As ações de promoção à saúde e prevenção de doenças devem ser incorporadas na rotina da unidade e devem envolver todos os profissionais de saúde, incluindo os ACS e APA. Abrangem atividades educativas e de orientação, em grupo ou individuais, desenvolvidas nas unidades de saúde ou na comunidade.





As ações de promoção da saúde constituem as formas mais amplas de intervir em saúde, com enfoque nos seus determinantes sociais a partir de articulações intersetoriais e com participação popular, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades em seu território e ações de reinserção social. Importante destacar as ações realizadas com a comunidade, orientadas à detecção dos problemas de saúde relacionados ao contexto comunitário e respectivas ações, tais como: identificação de recursos comunitários; priorização de ações da saúde; articulação com a rede socioassistencial, organizações da sociedade civil e lideranças comunitárias. Destacam-se as ações de educação alimentar e nutricional; reconhecimento e uso de plantas medicinais; construção e uso de hortas comunitárias; práticas corporais e atividades físicas; ações educativas em escolas e creches; acolhimento e orientação de cuidadores de idosos; ações coletivas e individuais de saúde bucal; ações de saúde e educação voltadas à vigilância e prevenção das violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito; intoxicações por produtos, medicamentos e plantas; cuidados com o ambiente domiciliar e de trabalho relacionados ao lixo, acúmulo de água em recipientes, dentre outras atividades de acordo com as necessidades do território.

Importante ressaltar o Programa “Academia da Saúde”, com oferta de atividades voltadas para a promoção da saúde, promoção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

O programa é organizado em polos, distribuídos no MSP, que oferecem atividades abertas à população. Os polos poderão desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Os polos podem auxiliar a diminuir e qualificar a demanda para URSI, CAPS e CER, atuando em parceria com esses estabelecimentos e em rede como a UBS e CECCO e devem compor com os demais pontos de atenção à saúde do território que deverão estar articulados para atender os cuidados em saúde centrados nas necessidades das pessoas.

Destaca-se o importante papel dos polos na reorganização da rede para atendimento ao pós-Covid. O paciente pós-Covid poderá ser inserido nas atividades dos polos similares da Academia da Saúde, como parte do seu PTS nos casos em que o acompanhamento será realizado pela UBS.

4.6.5 - Ações intersetoriais e parcerias

A gestão e os profissionais da UBS devem articular ações que promovam parcerias com instituições, setores e pessoas com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, participando de redes de apoio. Deve-se identificar no território, especialmente, os serviços e equipamentos de educação, de assistência social para idosos, crianças, pessoas em situação de rua, imigrantes, dentre outros e instituições para pessoas privadas de liberdade, identificando necessidades e possibilidades de atuação no nível de promoção e prevenção. Este trabalho deve envolver todas as equipes e profissionais da unidade, incluindo a equipe multiprofissional e os cirurgiões-dentistas, e, quando necessário, deve ser articulado com as ações das UVIS no território.

A unidade deve participar e interagir com ações que são trabalhadas de forma





intersectorial, como as das arboviroses, pessoas em situação de acumulação, pessoas em situação de violência, dentre outras atividades que envolvem parcerias e articulação com outras secretarias e subprefeitura.

No que se refere, especialmente, ao PSE, as ações articuladas com a educação buscam a promoção de saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida dos escolares e suas famílias. É importante a identificação de crianças e adolescentes em situação de maior exposição às vulnerabilidades, com envolvimento de todos os profissionais de saúde da unidade. Na Saúde Bucal, as ações do PSE consistem em Triagens Odontológicas, Orientações de Higiene Bucal, Aplicação de Flúor, Tratamento Restaurador Atraumático (ART) no próprio espaço escolar, a depender da composição da eSB e encaminhamento para a UBS para aqueles que necessitarem. Os parâmetros para acompanhamento encontram-se no Anexo 7.

Para apoio nas ações desenvolvidas no território, a unidade deve buscar parcerias com instituições religiosas, espaços de esporte, lazer, ONG, associações de bairro, dentre outras.

4.6.6 - Ações de vigilância em saúde na UBS

As UBS devem compor, internamente, o Núcleo de Vigilância em Saúde da UBS-NUVIS-AB, seguindo o Documento Norteador preconizado pela SMS, no qual estão descritas as atribuições e as atividades de rotina dos núcleos a serem desenvolvidas, no âmbito de competência da UBS, com apoio/auxílio da CRS/DRVS e STS/UVIS de sua região.

A equipe de vigilância do NUVIS-AB deve construir o processo de territorialização, juntamente com demais profissionais da Unidade, considerando características demográficas, dados epidemiológicos e situações de iniquidades/vulnerabilidades, que servirão para o planejamento de ações na área de abrangência da UBS.

As ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas na rotina da unidade, com a execução de medidas de controle de riscos, ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e investigação de casos suspeitos de doenças de notificação compulsória e de demais doenças/agravos de interesse à saúde coletiva e surtos.

Os protocolos e materiais informativos ou utilizados no processo de trabalho da vigilância devem ser divulgados para todos os profissionais de saúde da Unidade e as informações devem ser adequadamente registradas e alimentadas em instrumentos e sistemas de informação.

O trabalho da vigilância na Unidade deve ser transversal e colaborativo, envolvendo as diversas equipes e profissionais, com interfaces com demais núcleos, comissões e comitês internos da UBS e com os preconizados pela SMS, dentro do escopo da vigilância em saúde.

5 - Gestão da unidade

Como descrito na Portaria de Consolidação nº 2/2017, o gerente da unidade tem o papel de "garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território





e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações”. As funções do gerente vão além de questões administrativas.

A **Portaria SMS nº 215/2023** constituiu uma Comissão de Controle e Avaliação da Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde, estabelecendo, além da composição desta comissão, um roteiro que deverá apoiar também o gestor da unidade na organização, padronização e supervisão dos processos de trabalho. Cabe salientar que essa relação não é exaustiva e demais orientações e recomendações das Áreas Técnicas de SMS, devem também, ser observadas.



O roteiro para supervisão das unidades pode ser encontrado em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=347143
 (Outros documentos de interesse da Atenção Básica Instrumento para supervisão de unidades-Portaria SMS nº 215/2023).

5.1 - Responsabilidades gerenciais pelos processos de trabalho na Unidade e planejamento das ações:

- Realizar o diagnóstico de saúde do território com a participação dos trabalhadores de saúde e da comunidade;
- Identificar situações de risco ambiental e vulnerabilidade da população do território;
- Identificar os estabelecimentos governamentais ou da sociedade civil existentes no território e que sejam de interesse do trabalho intersetorial: educação, assistência social, esportes, cultura, trabalho, dentre outros;
- Pautar a agenda e a organização do trabalho na UBS, com presença nos espaços de discussão como reuniões técnicas, geral e conselho gestor, considerando o estudo da população adscrita, garantindo o segmento das prioridades e ações programáticas, bem como o acesso e estudo da demanda espontânea;
- Integrar o NUVIS-AB da Unidade e participar da avaliação de indicadores de saúde, junto às UVIS do território;
- Divulgar entre os profissionais os protocolos da vigilância e das áreas técnicas da Atenção Básica, bem como acompanhar a sua aplicação;
- Planejar junto às equipes as ações de promoção e prevenção em saúde no território;
- Estabelecer estratégias e monitorar o uso racional de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamento para especialistas, conforme protocolos da SMS;
- Implantar mecanismos para comunicação de eventos adversos ocorridos na Unidade, realizando a investigação e, se necessário, com os devidos encaminhamentos;
- Realizar o controle de estoque de medicamentos e insumos na unidade para que não haja falta dos mesmos por falta de gestão local;
- Elaborar o planejamento local a partir da problematização do diagnóstico de saúde do





território, com estabelecimento de metas e definição das prioridades, de acordo com as necessidades dos diferentes grupos sociais, buscando obedecer ao princípio da equidade e integralidade em saúde;

- Realizar a avaliação e monitoramento da produção da unidade, da perda primária e do absenteísmo como ferramentas para planejamento das ações, considerando também a capacidade instalada;
- Propor ações que contemplem as propostas contidas no Plano Municipal de Saúde, incluindo os atores que produzem saúde: trabalhador, usuário e gestor;
- Elaborar os planos de ação com a participação dos profissionais da unidade;
- Reorganizar o processo de trabalho e estruturação da unidade de saúde a partir da análise de casos e rodas de conversa com equipe de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS.

5.2 - Responsabilidades administrativas

5.2.1 - Organização e comunicação interna na unidade

Deve ser mantida a organização da unidade, visando à padronização do serviço, sistematização e uniformidade na Rede de Atenção Básica. Devem ser disponibilizadas as seguintes informações:

- Placa de identificação externa da unidade em local visível, sempre atualizada, e em bom estado;
- Mural da unidade contendo: horário de funcionamento, relação nominal dos trabalhadores com respectivo horário, função e escala de plantão;
- Relação de serviços oferecidos – cardápio da unidade;
- Placa de respeito ao nome social;
- Totem: unidades que possuem Totem de pesquisa devem mantê-lo ligado durante todo o horário de funcionamento;
- Sinalização de todos os setores internos da UBS, identificados de acordo com sua atividade (sala de vacina, consultórios e outros);
- Quadro informativo sempre completo: contendo impressos e informes encaminhados pela SMS, não podendo estar colado diretamente nas paredes;
- Quadro de responsáveis técnicos, conforme padrão estabelecido pela SMS;
- Deve-se seguir o padrão estabelecido pela SMS no caso de necessidade de manutenção e adequação da unidade, como, por exemplo, pintura do prédio e manutenção que modifique o visual da unidade.



Para informações sobre os Manuais de Identidade Visual das Unidades, consultar o link:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/publicacoes/index.php?p=224479>





5.2.2 - Limpeza, desinfecção e esterilização de áreas

As áreas da unidade devem ser classificadas em críticas, semicríticas e não críticas para que se estabeleçam as rotinas. Essa classificação é de acordo com o risco de infecção por usuários e profissionais. O risco é determinado pelo volume de matéria orgânica presente no ambiente, o grau de susceptibilidade do indivíduo e o tipo de procedimento realizado. Devem ser seguidos os protocolos de biossegurança para serviços de saúde e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da unidade. As unidades devem ter ciência dos termos do contrato com a empresa prestadora do serviço de higiene e limpeza e zelar pelo cumprimento do previsto, apontando toda e qualquer inconformidade através dos instrumentos previstos.



Outras informações estão disponíveis em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>

5.2.3 - Resíduos em serviços de saúde

É obrigatório que a unidade tenha um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Um adequado gerenciamento de resíduos de saúde não significa somente dar uma destinação correta a esses resíduos, mas também seguir um conjunto de procedimentos que contempla a geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final desses resíduos. A elaboração e execução do PGRSS é de responsabilidade do gerente e/ou responsável técnico de cada unidade e da comissão do PGRSS composta por multiprofissionais dos estabelecimentos de saúde, pois existem particularidades locais. Cada área técnica possui fluxos e processos específicos, sendo possível uma orientação padronizada de acordo com linha de serviço e procedimentos executados (odontologia, assistência laboratorial, assistência farmacêutica, enfermagem). A elaboração desse plano objetiva também a proteção dos trabalhadores envolvidos e a preservação dos recursos naturais, do meio ambiente e da saúde pública.

O PGRSS é regulamentado pela RDC nº 222/2018, conforme normas ambientais vigentes, e sua elaboração deve ser integrada e continuada nas unidades de saúde. Os passos para a elaboração do PGRSS são: 1. Diagnóstico dos resíduos gerados; 2. Ações relativas ao manejo; 3. Descrição das rotinas e processos de higienização e limpeza; 4. Descrição das ações preventivas e corretivas; 5. Monitoramento e avaliação do PGRSS; e 6. Desenvolvimento e implantação de programas de capacitação.

5.2.3.1 - Etapas do manejo (etapas mínimas para o gerenciamento de RSS)

I - Identificação

Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos riscos presentes nos resíduos acondicionados, de forma clara e legível em tamanho proporcional aos sacos, coletores e seus ambientes de armazenamento, conforme classificação estabelecida através da RDC 222/2018.





II - Segregação

Etapa de separação dos resíduos, conforme a classificação dos Grupos estabelecida através do Anexo I da RDC 222/2018, no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

III - Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos, e quando couber, sejam resistentes às ações de punctura, ruptura e tombamento, e que sejam adequados física e quimicamente ao conteúdo acondicionado.

IV - Coleta e transporte interno

A coleta consiste na remoção dos resíduos de serviços de saúde, seguida do transporte interno, que é o traslado dos resíduos dos pontos de geração até o abrigo temporário ou o abrigo externo.

V - Armazenamento interno, temporário e externo

Consiste na guarda temporária dos coletores de resíduos de serviços de saúde, em ambiente próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta no interior das instalações e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Os resíduos podem ser armazenados temporariamente de acordo com a sua classificação. O armazenamento interno pode ser realizado para a guarda do resíduo contendo produto químico ou rejeito radioativo na área de trabalho, em condições definidas pela legislação e normas aplicáveis a essa atividade. O armazenamento externo é a guarda dos coletores de resíduos em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para a coleta externa.

VI - Coleta e Transporte Externo

Remoção dos resíduos de serviços de saúde do abrigo externo até a unidade de tratamento ou outra destinação, ou disposição final ambientalmente adequada, utilizando-se de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento.

VII - Destinação

A destinação final ambientalmente adequada consiste na destinação de resíduos que inclui a reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (SUASA), entre elas a





disposição final ambientalmente adequada, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos.

VIII - Disposição Final

A disposição final ambientalmente adequada dos resíduos é a distribuição ordenada de rejeitos em aterros, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos.

Os resíduos do grupo A (infectantes) devem ser descartados em lixeiras próprias, com saco branco e símbolo internacional de resíduo infectante; os resíduos do grupo E (perfurocortantes) devem ser descartados imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em coletores próprios; e os resíduos do grupo B (resíduos químicos), especialmente os gerados no atendimento odontológico, devem ser descartados segundo orientações específicas para cada tipo de produto:

- As cápsulas de amálgama e os resíduos de amálgama devem ser acondicionados em recipientes de plástico rígido, com tampa, sob selo d'água para evitar a produção do vapor de mercúrio, até a destinação final;
- Os líquidos processadores de exames radiológicos enquadram-se no Grupo B5, como resíduos perigosos, devendo ser encaminhados ao Aterro Sanitário Industrial para Resíduos Perigosos ou ser submetidos a tratamento de acordo com as orientações do órgão local do meio ambiente, em instalações licenciadas para esse fim. Nas unidades estes deverão ser acondicionados em sacos laranja de 5L, para serem recolhidos posteriormente para o descarte correto;
- Película de chumbo, papel preto e filme radiológico devem ser retirados do envelope plástico (que difere dos demais e consiste em resíduo infectante e não químico) e descartados, separadamente, em recipientes de plástico rígido, para posterior recolhimento e descarte conforme legislação;
- Para o descarte de medicamentos nas unidades de saúde, devem ser observadas as orientações contidas nas legislações pertinentes, dentre elas a RDC 222/2018, Portaria CVS 21/2008, e outras que as substituam, e no Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços em Saúde (PGRSS) da unidade.

As unidades de saúde devem estar aptas a realizar o descarte de medicamentos devolvidos pela população e de medicamentos provenientes de perda por validade ou de desvio de qualidade, os quais devem ser acondicionados de acordo com as orientações abaixo:

- Medicamentos em embalagens de material perfurocortante devem ser descartados em recipiente para resíduos químicos e quimioterápicos para perfurocortantes (como por exemplo: ampolas, medicamentos em frascos de vidro);
- Medicamentos em embalagens de blisters, frascos de plástico, bisnagas, sachês, entre outros, devem ser acondicionados em saco plástico para acondicionamento de resíduos químicos laranja de 100 litros (ou de outro tamanho existente).





5.2.3.2 - Classificação dos resíduos

Segundo a RDC 222/18 da ANVISA e resolução 358/05 do CONAMA, os Resíduos de Serviços de Saúde são classificados em:

- **Grupo A Subgrupos A1, A2, A3, A4 e A5) – Risco biológico.**

Grupo A1: Resíduos provenientes de manipulação de microorganismos, inoculação, manipulação genética, ampolas e frascos e todo material envolvido em vacinação, materiais envolvidos em manipulação laboratorial, material contendo sangue, bolsas de sangue ou contendo hemocomponentes. Este resíduo deve ser acondicionado pelo gerador em saco branco leitoso com símbolo de risco infectante.

Grupo A2: Corresponde a carcaças, peças anatômicas, vísceras animais e até mesmo animais que foram submetidos a processo de experimentação com microorganismos que possam causar epidemia. Como estes resíduos possuem um alto grau de risco, devem ser acondicionados em sacos vermelhos contendo símbolo de risco infectante.

Grupo A3: Peças anatômicas (membros humanos), produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas e estatura menor que 25 cm, devem ser acondicionados pelo gerador em saco vermelho com símbolo de risco infectante.

Grupo A4: Kits de linha arteriais, filtros de ar e de gases aspirados de áreas contaminadas, sobras de laboratório contendo fezes, urina e secreções, tecidos e materiais utilizados em serviços de assistência à saúde humana ou animal, órgãos e tecidos humanos, carcaças, peças anatômicas de animais, cadáveres de animais e outros resíduos que não tenham contaminação ou mesmo suspeita de contaminação com doença ou microorganismos de importância epidemiológica. Estes resíduos devem ser acondicionados pelo gerador em sacos branco leitoso com símbolo de risco infectante.

Grupo A5: Órgãos, tecidos, fluidos e todos os materiais envolvidos na atenção à saúde de indivíduos ou animais com suspeita ou certeza de contaminação por príons (agentes infecciosos compostos por proteínas modificadas). Estes materiais devem ser acondicionados pelo gerador em 2 sacos vermelhos (um dentro de outro) contendo símbolo de risco infectante.

- **Grupo B (Resíduos Químicos) – Risco químico.**

Trata-se de medicamentos, cosméticos, reagentes de laboratório, produtos saneantes domissanitários, produtos usados em revelação de exames e etc. No caso dos reagentes de laboratório ou outros materiais líquidos, o gerador deve efetuar a correta segregação, identificação (nome do produto) e o acondicionamento, que deverá ser feito levando em conta a incompatibilidade química dos materiais, para evitar acidentes. Medicamentos: antimicrobianos, hormonais, citostáticos, antineoplásicos, imunossupressores, digitálicos, imunomoduladores, antiretrovirais.

- **Grupo C (Resíduos Radioativos) – Risco radiológico.**

- **Grupo D (Resíduos Domésticos) – Não oferece risco.**

Os resíduos comuns não são coletados pela empresa, ficando a cargo do setor público a coleta dos mesmos.





- **Grupo E (Resíduos Perfuro cortantes) – Risco biológico.**

Os resíduos perfuro cortantes como, agulhas, escalpes, bisturis e outros, devem ser acondicionados no local de sua geração em embalagens estanques, resistentes a punctura, ruptura, vazamento e devidamente identificado através do símbolo de risco correspondente. Nunca devem ser colocados diretamente em sacos plásticos juntamente com outros resíduos infectantes, pois pode provocar acidentes.

5.2.4 - Documentos

- Realizar a gestão de documentos;
- Mapear os processos na utilização e replicação dos documentos institucionais, assim como, gerenciar os riscos na guarda dos mesmos (mapa de riscos);
- Manter a guarda dos prontuários, controle de cópias para os usuários, quando solicitadas, e proceder à transferência quando necessário, respeitando a legislação vigente;
- Manter atualizado o quadro de responsabilidade técnica por categoria profissional junto aos Conselhos de Classe;
- Manter atualizado o registro na AMLURB para descarte de resíduos;
- Atualizar o Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária (CMVS).



Outras informações sobre o CMVS estão disponíveis em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=226958

5.2.5 - Imprensa

A presença de veículos de mídia e imprensa deve ser reportada o mais prontamente possível para a Supervisão Técnica de Saúde/Coordenadoria Regional de Saúde.

Não deve ser fornecido qualquer tipo de informação ou realizado atendimento à imprensa sem autorização da ASCOM.

Qualquer necessidade ou apontamento de casos específicos deve ser encaminhado para as respectivas Supervisões Técnicas de Saúde para que sejam repassadas para a Assessoria de Comunicação - ASCOM/SMS.

5.2.6 - Realização de pesquisas e divulgação de resultados

As pesquisas realizadas no âmbito da Coordenadoria da Atenção Básica - CAB de SMS devem passar por avaliação e autorização das instâncias administrativas da SMS, para emissão da carta de anuência institucional.





As pesquisas/coleta dos dados só podem ser iniciadas após a carta de anuência e o parecer consubstanciado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS. Os resultados das pesquisas devem ser enviados para os setores que emitiram a carta de anuência, para que, após a análise, os mesmos possam ser divulgados na Biblioteca Virtual de Saúde.

As pesquisas realizadas pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) que possuam CEP próprio devem passar também pelo CEP/SMS.

A emissão da carta de anuência deverá ser de responsabilidade da Coordenadoria Regional de Saúde/Escola Municipal de Saúde, quando as unidades/serviços de saúde envolvidos na pesquisa abrangerem apenas uma CRS. Se as unidades de saúde envolvidas na pesquisa abrangerem duas ou mais CRS, a carta de anuência será realizada pela SMS/CAB.

As experiências e os projetos devem ser encorajados à publicação na Biblioteca Virtual de Saúde - BVS.

A participação dos trabalhadores do SUS em Congressos e demais eventos de cunho científico deve ser incentivada e deve contar com a anuência das STS e CRS.



Outras informações estão disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/index.php?p=283229

5.3 - Regulação local

- Toda UBS deve constituir uma equipe de regulação local responsável por promover o acesso dos seus usuários aos procedimentos ambulatoriais especializados;
- A equipe de regulação local deve realizar a análise, direcionamento e discussão sistemática dos encaminhamentos junto à equipe da UBS, utilizando os protocolos e diretrizes das linhas de cuidado, assim como os fluxos regulatórios, fila de espera e absenteísmo;
- A equipe de regulação local deve estar apoiada pela regulação regional na discussão das prioridades para o acesso, mediante risco e vulnerabilidade, de acordo com as diretrizes e orientações das Áreas Técnicas de SMS;
- Cabe à equipe de regulação local efetivar todos os procedimentos operacionais, desde o agendamento da consulta, exame ou procedimento, contato com o paciente e confirmação da consulta junto ao mesmo até a alimentação dos bancos de dados;
- Monitorar e avaliar a necessidade efetiva dos encaminhamentos para especialistas e das solicitações de exames realizados fora da UBS, que muitas vezes podem ser evitados com maior resolutividade na própria unidade;
- Desencadear processos periódicos de qualificação e atualização da fila de espera;
- Casos que necessitem de regulação do acesso (justificativas técnicas para priorização) seguirão os fluxos regulatórios em vigor.





Nota: Importante! A gestão das filas de espera é atribuição comum a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, visando à qualificação permanente e regular da demanda reprimida, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência).

5.4 - Gestão de pessoas

- Administrar o cumprimento de horário de funcionamento da unidade e de seus trabalhadores;
- Garantir que todos os funcionários utilizem uniforme completo e crachá padronizado e em local visível;
- Disponibilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) conforme o procedimento a ser realizado, de acordo com os protocolos e manuais disponibilizados pela SMS;
- Assegurar o cumprimento dos fluxos e rotinas estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

5.4.1 - Educação permanente em saúde (EPS)

A EPS no MSP é ordenada pelo Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PLAMEP), conduzido pela Escola Municipal de Saúde (EMS) e Escolas Municipais de Saúde Regionais (EMSR) e construído a partir da avaliação das necessidades em saúde dos territórios. Deve acontecer de maneira ascendente com a participação efetiva de trabalhadores e gestores dos serviços da RAS, considerando a Resolução 11/2016/CMS/SP e contemplando os instrumentos de gestão como o Programa de Metas, Plano Municipal de Saúde (PMS), SISPACTO, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre outros.

O PLAMEP é um instrumento de gestão que deve contemplar todas as ações propostas pela gestão e Organizações Sociais em Saúde (OSS), propiciando um planejamento unificado e que considere todos os atores envolvidos no processo da EPS.

Para a efetivação do PLAMEP é importante considerar uma organização da agenda de forma a estimular e viabilizar a participação dos trabalhadores nas ações e espaços de educação permanente ofertados no plano.

O objetivo é promover a competência dos profissionais, sensibilizá-los e capacitá-los para que possam realizar ações qualificadas de atendimento aos usuários e para o cumprimento das diretrizes da atenção à saúde, buscando sua qualificação de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente (Portaria de Consolidação nº 2).

A avaliação/monitoramento das ações do PLAMEP é um processo contínuo e deve ser consolidado quadrimestralmente em instrumento específico, após análise pelos serviços e STS, e enviado às EMSR para posterior envio à EMS.

O monitoramento efetivo e uma avaliação focada em resultados quantitativos e qualitativos devem contribuir para uma resposta às necessidades identificadas no planejamento dos territórios, servindo de subsídios para o direcionamento da gestão local e central.





É importante reforçar que qualquer produção voltada para educação em saúde (material gráfico, vídeos, lives, dentre outros) e que contenha informações direcionadas para a população ou para profissionais de saúde deve ser elaborada em conjunto e com anuência da gestão municipal para que esteja alinhada com as diretrizes e protocolos da SMS.



Outras informações estão disponíveis em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224635/plamep-documento-orientador.pdf>

5.4.2 - Ensino em Saúde: estágios e residências

A formação de profissionais no SUS e para o SUS é um preceito constitucional (artigo 200 da Constituição Federal de 1988), assegurado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES) no município de São Paulo.

Dessa maneira as unidades de saúde devem preparar um ambiente educacional favorável e precisam incluir alunos e residentes no cotidiano das ações desenvolvidas, tendo como foco a formação voltada para o trabalho no SUS.

Devido à importância da formação desses futuros profissionais de saúde para o SUS é que todos os trabalhadores dos serviços precisam se envolver nesse processo, sendo possível que o serviço indique uma equipe de referência para o acolhimento e acompanhamento do ensino na unidade de saúde.

Há inúmeros trabalhos que demonstram que a presença de estudantes e residentes nos serviços qualifica as ações, melhora a satisfação do usuário e estimula toda a unidade a desenvolver projetos, mas para isso é importante que os alunos e residentes sejam incorporados ao planejamento e execução das atividades previstas ao longo do ano.

A coordenação regional do COAPES é feita pela Escola Municipal de Saúde Regionalizada (EMSR) por meio das suas equipes de COAPES regionais e que ficam nas Coordenadorias Regionais de Saúde.

5.5 - Gestão da informação

5.5.1 - Prontuário

O Prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina como sendo: *“O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”* (Resolução nº 1.638/2002).

Todas as consultas/atendimentos/procedimentos devem ser registradas no





prontuário no formato físico (papel) e/ou em prontuário eletrônico. Reitera-se que são essenciais a confirmação da identificação do usuário, com duplo parâmetro; o registro em prontuário, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002; a sistematização da assistência de enfermagem - SAE, entre outros elementos. Em prontuários de papel, é obrigatória a legibilidade com a correta identificação do profissional responsável pelo atendimento

5.5.2 - Sistemas de informação

- **SIGA-Saúde**

O Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde — SIGA-Saúde — é composto por diversos módulos. A Portaria da Secretaria Municipal de Saúde - SMS Nº 349, de 17 de março de 2015, determina a todas as unidades de saúde sob Gestão, o uso obrigatório do Sistema SIGA Saúde e todos os seus módulos de acordo com as orientações das áreas técnicas. Também são obrigatórios a manutenção e atualização dos módulos: Cadastro Municipal de Estabelecimentos de Saúde - CMES de acordo com o CNES e Cartão Nacional de Saúde - CNS. O login de acesso ao sistema SIGA Saúde é de uso pessoal e intransferível.

Todas as agendas, individual ou de ação coletiva, devem estar disponibilizadas neste sistema.



Outras informações estão disponíveis em:

<http://repositoriosistemas.saude.prefeitura.sp.gov.br/>

- **e-Saúde SP**

A Portaria SMS nº 123/2021 estabelece a “Plataforma da Saúde Paulistana e-saúde SP” como instrumento oficial para a Integração dos dados clínicos e a prática de teleassistência no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde do Município da São Paulo. Além disso, possui módulos como a Estratificação do Risco Cardiovascular que devem ser utilizados, conforme orientação de cada Área Técnica.

- **SISAB - Sistema de informação em saúde para a atenção básica**

O SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, tornando-se o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. A Portaria de Consolidação nº 1 GM/MS, de 28 de setembro de 2017 reitera que o SISAB é o sistema de informação oficial da Atenção Básica, com definição de obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática do Banco de Dados.

É importante destacar que todas as informações registradas nos sistemas devem ser completas e corretas, pois qualquer erro inviabiliza o envio de dados para o SISAB. Desta forma, é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde da Atenção Básica a alimentação dos Sistemas de Informações que viabilizem a migração para o SISAB com





qualidade e em tempo adequado, ou seja, no mês de competência. A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) - Portaria de Consolidação nº 1/2017.

As informações enviadas ao SISAB devem ser idênticas às constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da UBS: CNS e CBO do profissional e INE (Identificador Nacional de Equipe), caso o profissional esteja cadastrado em uma equipe, e CNS do usuário segundo CADWEB.

Deverão ser informados nos atendimentos individualizados todos os procedimentos desenvolvidos pelos profissionais, como consultas, avaliação antropométrica (peso e altura), aferição da pressão arterial, glicemia capilar, testes rápidos, administração de medicamentos, avaliação do desenvolvimento, entre outros.

O envio das informações ao PEC eSUS-AB/SISAB é realizado por meio das seguintes estratégias:

- Para as UBS que não possuem ou utilizem Prontuário Eletrônico: informam no SIGA Registro Reduzido e no SIGA MAB - Módulo da Atenção Básica os dados dos atendimentos realizados. Estas informações são enviadas ao PEC eSUS AB via Thrift;
- UBS que utilizam Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC eSUS AB – sistema com inserção de informações diretamente do eSUS;
- UBS que utilizam Prontuários Eletrônicos Próprios – envio das informações ao PEC eSUS AB via Thrift;
- Os dados das vacinas aplicadas nas salas de vacinas das UBS devem ser inseridos no SIGA Módulo Vacina, estes dados individualizados serão enviados via Thrift ao PEC eSUS AB;
- Os dados dos grupos e as reuniões de equipes realizados em todas as UBS, além das ações do PSE devem ser inseridas no PEC eSUS AB – no CDS - Ficha de Atividade Coletiva;
- Aplicativos de cadastros domiciliares/ individuais e visita domiciliar ACS – aplicativos para utilização em tablets para cadastro e VD do ACS com transmissão por sincronização com os sistemas de informação.

- **CNES e CMES (SIGA)**

A unidade deve enviar informações à STS para a atualização do CNES da unidade, sempre que necessário.

Manter a atualização do Cadastro Municipal de Profissionais e Estabelecimentos de Saúde – CMES, com as informações idênticas às enviadas para atualização do CNES.



Mais informações sobre o CMES:

<http://repositoriosistemas.saude.prefeitura.sp.gov.br/Manuais/Manual%20CMES.pdf>





- **Outros sistemas**

Além dos sistemas utilizados de rotina, poderão ser adotados pela SMS outros sistemas, dependendo da necessidade e as unidades deverão seguir o que for preconizado.

O VacíVida foi adotado na pandemia de Covid-19 e é o sistema oficial utilizado pela SMS para registro dos dados da vacinação Covid-19.

O e-SUS Notifica está sendo utilizado para o registro de casos de síndrome gripal na Pandemia Covid-19. Importante a atualização da notificação com os resultados dos exames e encerramento do caso, após o monitoramento. Há também o módulo para registro e acompanhamento dos contatos.

No período de baixas e altas temperaturas, as equipes de Consultório na Rua devem alimentar o sistema próprio, inclusive no período estendido.

5.6 - Controle social

A gerência e todos os profissionais da unidade devem incentivar e garantir a participação social, com discussões de temas pertinentes à organização do serviço e ao enfrentamento de necessidades de saúde da comunidade, ampliando a capacidade de resposta da unidade aos problemas locais, por meio dos Conselhos Gestores das UBS.

Conselho gestor da UBS

O Conselho Gestor é um espaço para o exercício do controle social, com caráter permanente e deliberativo, com o papel de formular, acompanhar, avaliar, fiscalizar e controlar a execução das políticas e das ações da Saúde em sua área de abrangência.

Todos os estabelecimentos de saúde devem constituir o Conselho Gestor, conforme determina a legislação específica.



Mais informações:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6315>

O processo de eleição, composição do conselho, divulgação dos resultados, organização, frequência e registro das reuniões estão definidos na legislação acima citada e nos regimentos e estatutos dos Conselhos Gestores.

5.7 - Ouvidoria

É papel da UBS acolher os usuários que utilizam os serviços de saúde a fim de atender as demandas locais, sendo que a equipe deve estar preparada para ouvir e orientar os usuários.

O gerente da UBS ou seu representante deve estar disponível para o primeiro





contato dos usuários nos casos de sugestões e ou reclamações.

Os casos que extrapolam a competência administrativa da gerência da unidade devem ser encaminhados para a STS, ou os usuários podem ser orientados a registrar sua manifestação nos canais oficiais de Ouvidoria pelo telefone da Central SP 156 – Opção “5” e depois Opção “1” (ligação gratuita - 24h) ou 0800 0110156, se estiver fora do município de São Paulo.



Pode ser utilizado o formulário web, no link:

<http://ouvprod02.saude.gov.br/ouvidor/CadastroDemandaPortal.do>.

Ouvidoria SUS é um canal de comunicação entre usuários e administração, tendo por objetivo levar à administração as manifestações dos usuários e devolver a estes uma posição, na forma de resposta à sua demanda. Esse processo garante a participação dos cidadãos nas políticas públicas, produzindo impacto nos processos de gestão.

Cabe ressaltar que a ouvidoria é um instrumento importante para a gestão avaliar o desempenho das atividades nas unidades.





6 - Bibliografia Consultada

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf> Acesso em: 06/10/2022.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O. Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: uma Análise Bibliográfica. Saúde, Santa Maria, vol. 34a, n 1-2, p 37-43, 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil, 1990.

_____. Lei 10.216, de 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, 29 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental no. 34. Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMQ==>. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos: resolução CNS 466/12 e outras. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde, DAPES: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasil, 2010.

_____. Ministério da Saúde, DAPES: Proteger e Cuidar de Adolescentes na Atenção Básica. Brasil, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/> Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição – PEP de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasil, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxi_a_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: 2014. Disponível em:





https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf Acesso em: 06/12/2023.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasil, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2015. Disponível em:

https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Canadá. OPAS. Conferência Internacional sobre promoção da saúde - Carta de Ottawa, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012: Ampliação do Teste do Pezinho.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS Diário Oficial da União, em de 30 de dezembro de 2010. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do SUS. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes no SUS. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V. Publica a [Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, 2017.](#)

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016. 230 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Brasil, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em: 06/12/2023.





_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/lil-655152> Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em 24\03\2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1. 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf. Acesso em 24\03\2022

_____. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei nº 8069, de 13 de julho de 1999, nos artigos: Art. 3º: Art. 4º: Art. 7 e Art. 19º. Brasil, 1999.

_____. Portaria nº 1.058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, que institui a disponibilização gratuita da "Caderneta de Saúde da Criança",

_____. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2011.

_____. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com agravos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

CABSIN - Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. BIREME/ OPAS/ OMS. Mapas de Evidências. Disponível em:

<https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>. Acesso em 24\03\2022.

CONASEMS. Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021 – 70p. Disponível em:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf. Acesso em 24\03\2022.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: Campos GW, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica-saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008, p. 35-60.

CURITIBA, Secretaria de Saúde. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2015. Disponível em:

http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf. Acesso em 24\03\2022.





ESTECHE, F. F. Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, 2018.

FIGUEIRAS, A.C.M.; SOUZA, I.C.N.; RIOS, V.; BENGUIGUI, Y. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington (DC): OPAS, 2005.

FIGUEIREDO, E. N.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/11/Unidade1/Atencao_Primaria_a_Saude/p_01.html. Acesso em 24\03\2022.

GALDERSIL, S. et al. A proposed new definition of mental health. Psychiatr Pol. 2017 Jun 18; 51(3):407-411.

LARA, B. R.; PAIVA, V. S. F. The psychosocial dimension in promoting healthy dietary practices. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.43, p.1039-54, out./dez. 2012.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. 2.ª ed. Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mental Health Action Plan. 2013 -2020. Genebra, 2013.

PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. Disponível em <https://slideplayer.com.br/slide/1363062/>. Acesso em 24\03\2022.

_____. LUGARINHO, L. P. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis - A contribuição da EEBS para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro, 2013.

SÃO PAULO. Decreto nº 45.986, de 16 de junho de 2005. Diário Oficial do Município de 17.6.2005, folha 23 [regulamenta a lei n. 13.780, de 11 de fevereiro de 2004, que dispõe sobre a criação do programa municipal de atenção à saúde do escolar. São Paulo, 2005.

_____. Decreto nº 58.294, de 28 junho de 2018. Regulamenta a Lei Municipal da Primeira Infância e institui o Comitê Gestor Intersectorial da Política Municipal Integrada pela Primeira Infância. São Paulo, 2018.

_____. Decreto nº 58.514, de 14 de novembro de 2018. Aprova e institui o Plano Municipal pela Primeira Infância. São Paulo, 2018.

_____. Diretrizes Intersectoriais para garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, prevenção e atenção integral à gravidez de adolescentes no município de São Paulo. 2020.

_____. Lei 13.780, de 11 de fevereiro de 2004. Diário oficial do Município de 12.2.2004, folha 1 [dispõe sobre a criação do programa municipal de atenção à saúde do escolar e dá outras providências]. São Paulo, 2004.

_____. Lei 14.080, de 26 de outubro de 2005. Diário oficial do Município de 27.10.2005 [dispõe sobre a avaliação oftalmológica, auditiva e bucal dos estudantes da rede municipal de ensino]. São Paulo, 2005.

_____. Lei Municipal da Primeira Infância: Lei Municipal nº 16.710, de 11 de outubro de 2017. São Paulo, 2017.





_____. Portaria Secretaria do Governo Municipal - SGM nº 184, de 29 de julho de 2019. Portaria que nomeia os membros da Comissão Técnica da Primeira Infância. São Paulo, 2019.

_____. Resolução Secretaria do Governo Municipal - SGM/CGIPMIPI nº 1, de 21 de fevereiro de 2019. Institui os Comitês Gestores Regionais da Política Municipal Integrada pela Primeira Infância. São Paulo, 2019.

_____. Resolução Secretaria do Governo Municipal - SGM/CGIPMIPI no 2, de 29 de julho de 2019. Institui a Comissão de Avaliação do Plano Municipal pela Primeira Infância e a Comissão Técnica da Primeira Infância. São Paulo, 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A Saúde Bucal no SUS - São Paulo. São Paulo, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Cadernos de Saúde Bucal. São Paulo, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lis-18579>. Acesso em 24\03\2020.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Decreto 56.669 de 01 de dezembro de 2015. Institui os grupos internos de controle da dengue nos órgãos e entidades da administração municipal direta e indireta. São Paulo, 2015.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Decreto nº 57.533 de 15 de dezembro. Regulamenta a Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016, que institui a Política Municipal para a População Imigrante. São Paulo: 2016.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. São Paulo, 2000.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Lei nº 16.478, de 08 de julho de 2016 - Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes. São Paulo: 2016.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Nota Técnica nº01/2019 - Instrução de alinhamento e registros dos dados do farmacêutico nos sistemas de informação em Centros de Atenção Psicossocial. São Paulo: 2019.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Nota Técnica nº02/2018 – Inserção de Códigos e Lançamentos nas Produções dos Farmacêuticos - CAPS. São Paulo: 2018.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Nota Técnica ATAF 2017 – Registro das atividades clínicas do farmacêutico da Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS. São Paulo: 2017.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 215 de 17 de abril de 2023. Constitui as Comissões de Controle e Avaliação da Rede Municipal de Atenção Primária à Saúde e designa seus membros. São Paulo, 2023.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 964 de 27 de outubro de 2018: regulamenta os Centros de Convivência e Cooperativa e estabelece diretrizes para o seu funcionamento. São Paulo, 2018.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015- Institui os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo: 2015.





_____. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1.918, de 26 de outubro de 2016 - Institui os cuidados farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: 2016.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo, 2020. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf. Acesso em 24\03\2020

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Resolução SMS Nº 11/2016, de 20 de outubro de 2016 - Institui processo de elaboração, aprovação e execução dos Planos de Educação Permanente que possibilite a descentralização das decisões, dando maior autonomia às regiões, incluindo a participação dos conselhos de saúde na decisão, acompanhamento e prestação de contas das atividades realizadas e recursos utilizados. São Paulo: 2016.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, vol. 20 n. 06, p.1487-94, 2004.

TELESI, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos avançados 30 (86), 2016 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?lang=pt>. Acesso em: 23\03\2022.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

XIANG, Y. et al. Evidence of efficacy of acupuncture in the management of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo- or sham-controlled trials. Acupunct Med; 38(1): 15-24, 2020. <https://cutt.ly/5vLy445>. Acesso em 24\03\2022.

YPEL, S. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.



Anexo 1 - Periodicidade mínima das consultas para crianças na Atenção Básica


 PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA


Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando Médico	Quando Enfermeiro
Risco habitual	1º ano de vida	7	1ª semana, 1º, 6º, e 12º mês	2º, 4º, 9º mês
	2º ano de vida	2	18º e 24º mês	Compartilhado
	A partir do 2º ano de vida	1	consultas anuais próximas ao mês de aniversário	Compartilhado
Médio	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º, 3º, 5º, 6º, 8º, 10º e 12º mês	2º, 4º, 7º, 9º mês
	2º ano de vida	4	15º, 21º e 24º mês	18º mês
	A partir do 2º ano de vida	2	consultas semestrais	Compartilhado
Alto risco	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º e 12º mês	Compartilhado
	2º ano de vida	4	15º, 18º, 21º e 24º mês	Compartilhado
	A partir do 2º ano de vida	2	consultas semestrais	Compartilhado

OBS: Em adolescente de 10 a 19 anos e 11 meses, manter periodicidade anual de consultas.



Anexo 2 - Descrição de fatores de risco em crianças



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



Risco	Fatores	
Risco habitual	Inerente ao ciclo de vida da criança	Cuidado na AB
Médio risco	<ul style="list-style-type: none"> -Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500 g). -Prematuridade tardia: 35 a 36 semanas. -Má nutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio. -Mãe adolescente. -Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo. -Mãe sem suporte familiar. -Desemprego. -Mãe com menos de 4 consultas de pré-natal. -Mãe com antecedente de natimorto. -Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis. -Gravidez e/ou criança manifestadamente indesejada. -Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica. -Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica. -Pais/família com dependência de álcool e/ou outras drogas. -Mãe ausente por óbito, doença ou abandono. -Indícios de violência. -Mãe e/ou pai privados de liberdade. 	<p>Cuidado na AB com Vigilância do Desenvolvimento.</p> <p>Cuidado compartilhado com outros pontos da rede: equipe multiprofissional e pediatra.</p> <p>Articulação e compartilhamento com outros setores da rede protetiva: Educação e SMADS.</p>
Alto risco	<ul style="list-style-type: none"> -Afecções perinatais graves e malformações congênitas. -Baixo peso ao nascer: menor que 2.000g. -Prematuridade menor ou igual a 34 sem. -Alteração do perímetro cefálico. 	<p>Cuidado na AB com Vigilância do Desenvolvimento.</p> <p>Cuidado compartilhado com outros pontos da rede: equipe multiprofissional e pediatra.</p>





Anexo 3 A - ACS



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



CARGA HORÁRIA SEMANAL		ACS
		40h
		ESF
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	VISITA DOMICILIAR	30
	ATIVIDADES COLETIVAS	
ATIVIDADES TÉCNICO-PEDAGÓGICAS E ADMINISTRATIVAS	REUNIÕES	10
	AÇÕES DE VIGILÂNCIA	
	ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO	
	EDUCAÇÃO PERMANENTE/MATRICIAMENTO	




Anexo 3 B - Enfermeiro

 PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA


CARGA HORÁRIA SEMANAL		ENFERMEIRO		
		40h	40h	30h
		ESF	EAP	EAP
ATIVIDADES CLÍNICO-ASSISTENCIAIS	ACOLHIMENTO	25	20	15
	CONSULTA			
	VISITA DOMICILIAR			
	ATIVIDADES COLETIVAS			
ATIVIDADES TÉCNICO-PEDAGÓGICAS E ADMINISTRATIVAS	REUNIÕES	15	20	15
	SUPERVISÃO			
	AÇÕES DE VIGILÂNCIA			
	ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO			
	EDUCAÇÃO PERMANENTE/MATRICIAMENTO			

OBS: Nas Unidades que possuem profissional enfermeiro contratado **exclusivamente** para exercer função de responsável técnico (RT) ou responsável pela vigilância (RV), este será o interlocutor/coordenador do NUVIS-AB pois, para esses profissionais, não incide meta no contrato de gestão. Na ausência desse profissional exclusivo, se o enfermeiro for designado para essa função, terá redução de 35% das metas do contrato de gestão, previstas na Portaria SMS nº 333/2022 (alterada pela Portaria Municipal nº 538/2022) ou outro instrumento que vier a substituí-la.





Anexo 3 C - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



CARGA HORÁRIA SEMANAL		AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM		
		40h	40h	30h
		ESF	EAP	EAP
ATIVIDADES CLÍNICO-ASSISTENCIAIS	ACOLHIMENTO	32	30	23
	CONSULTA			
	VISITA DOMICILIAR			
	ATIVIDADES COLETIVAS			
ATIVIDADES TÉCNICO-PEDAGÓGICAS E ADMINISTRATIVAS	REUNIÕES	8	10	7
	AÇÕES DE VIGILÂNCIA			
	ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO			
	EDUCAÇÃO PERMANENTE/MATRICIAMENTO			





Anexo 3 D - Médico



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



CARGA HORÁRIA SEMANAL		MÉDICO					
		40h	32h	20h	32h	20h	20h
		ESF	ESF	ESF	EAP	EAP	PSIQ
ATIVIDADES CLÍNICO-ASSISTENCIAIS	ACOLHIMENTO	34	27	17	29	18	16
	CONSULTA*						
	VISITA DOMICILIAR						
	ATIVIDADES COLETIVAS						
ATIVIDADES TÉCNICO-PEDAGÓGICAS E ADMINISTRATIVAS	REUNIÕES	6	5	3	3	2	4
	AÇÕES DE VIGILÂNCIA						
	ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO						
	EDUCAÇÃO PERMANENTE/MATRICIAMENTO						





Anexo 3 E - Quadro Saúde Bucal - CD 40H sem Auxiliar



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



CD 40H		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE	
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARA TRATAMENTO	32 horas, sendo 24 horas para tratamento clínico e 8 horas para atendimento em Prótese Dentária	115 consultas para tratamento clínico restaurador e 38 consultas em Prótese Dentária Total de 153 consultas/atendimentos por mês	
	CONSULTA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR	1 hora	conforme planejamento da unidade	
	ATIVIDADE COLETIVA	GRUPOS	1 hora	conforme planejamento da unidade
		PSE	4 horas	meio período/semana
		TRIAGEM	1 hora, podendo ser realizado em um período de 4h uma vez ao mês	conforme planejamento da unidade
ATIVIDADES TÉCNICO/ PEDAGÓGICAS ADMINISTRATIVAS	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/ ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/NPV	1 hora	conforme planejamento da unidade	



Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 23 TI
 Número de Tratamentos Concluídos/mês: 23 TC
 Número de Tratamentos Iniciados em Prótese/mês: 6 TI
 Número de Tratamentos Concluídos de Prótese/mês): 6 TC em Prótese
 Total de 153 consultas/atendimentos por mês
 O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 50 minutos

*O profissional cirurgião-dentista de 40h, designado para ser interlocutor/coordenador do NUVIS-AB terá redução de 35% das metas do contrato de gestão, previstas na Portaria SMS nº 333/2022 (alterada pela Portaria Municipal nº 538/2022) ou outro instrumento que vier a substituí-la.



Anexo 3 F - Quadro Saúde Bucal - 20H sem Auxiliar



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



CD 20H		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE	
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARA TRATAMENTO	12 horas, sendo 8 horas para tratamento clínico e 4 horas para atendimento em Prótese Dentária	38 consultas para tratamento clínico restaurador e 19 consultas em Prótese Dentária Total de 57 consultas/atendimentos por mês	
	CONSULTA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR	1 hora	conforme planejamento da unidade	
	ATIVIDADE COLETIVA	GRUPOS	1 hora	conforme planejamento da unidade
		PSE	4 horas	1 período/semana
		TRIAGEM	1 hora, podendo ser realizado em um período de 4h uma vez ao mês	conforme planejamento da unidade
ATIVIDADES TÉCNICO/ PEDAGÓGICAS ADMINISTRATIVAS	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/ ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/NPV	1 hora	conforme planejamento da unidade	

Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 8 TI
 Número de Tratamentos Concluídos/mês: 8 TC
 Número de Tratamentos Iniciados em Prótese/mês: 3 TI
 Número de Tratamentos Concluídos de Prótese/mês): 3 TC em Prótese
 Total de 57 consultas/atendimentos por mês
 O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 50 minutos





Anexo 3 G - Quadro Saúde Bucal - eSB MOD. 1 - 20H



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



ESB 20H MODALIDADE I (1 CD + 1 ASB)		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS		POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARA TRATAMENTO		14h e 30', sendo 10h e 30' para tratamento clínico e 4 horas para atendimento em Prótese Dentária	63 consultas clínicas e 24 consultas em Prótese Dentária Total de 87 consultas/atendimentos por mês
	ATIVIDADE COLETIVA	GRUPOS	Os grupos deverão ser realizados pela equipe auxiliar (ASB)	
		PSE	4 horas	16h/mês
		TRIAGEM	30 minutos, podendo ser realizado em um período de 2h uma vez ao mês	conforme planejamento da unidade
ATIVIDADES TÉCNICO/ PEDAGÓGICAS ADMINISTRATIVAS	REUNIÃO TÉCNICA/GERAL ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/ ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/ NPV/VD		1 hora	conforme planejamento da unidade

Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 13 TI
 Número de Tratamentos Concluídos/mês: 13 TC
 Número de Tratamentos Iniciados em Prótese/mês: 4 TI
 Número de Tratamentos Concluídos de Prótese/mês: 4 TC em Prótese
 Total de 87 consultas/atendimentos por mês
 O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 40 minutos





Anexo 3 H - QUADRO SAÚDE BUCAL - eSB MOD. 1 - 30H



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



ESB 30H MODALIDADE I (1 CD + 1 ASB)		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE	
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARA TRATAMENTO		24 horas, sendo 18 horas para tratamento clínico e 6 horas para atendimento em Prótese Dentária 108 consultas clínicas e 36 consultas em Prótese Dentária Total de 144 consultas/atendimentos por mês	
	ATIVIDADE COLETIVA	GRUPOS	Os grupos deverão ser realizados pela equipe auxiliar (ASB)	
		PSE	4 horas	16h/mês
		TRIAGEM	1 hora, podendo ser realizado em um período de 4h uma vez ao mês	conforme planejamento da unidade
ATIVIDADES TÉCNICO/ PEDAGÓGICAS ADMINISTRATIVAS	REUNIÃO TÉCNICA/GERAL ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/ ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/ NPV/VD		1 hora conforme planejamento da unidade	

Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 22 TI
 Número de Tratamentos Concluídos/mês: 22 TC
 Número de Tratamentos Iniciados em Prótese/mês: 6 TI
 Número de Tratamentos Concluídos de Prótese/mês): 6 TC em Prótese
 Total de 144 consultas/atendimentos por mês
 O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 40 minutos





Anexo 3 I - Quadro Saúde Bucal - eSB MOD. 1 - 40H



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



ESB 40H MODALIDADE I (1 CD + 1 ASB)		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE	
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARA TRATAMENTO	32 horas, sendo 24 horas para tratamento clínico e 8 horas para atendimento em Prótese Dentária	144 consultas clínicas e 48 consultas em Prótese Dentária Total de 192 consultas/atendimentos por mês	
	VISITA DOMICILIAR	1 hora	conforme planejamento da unidade	
	ATIVIDADE COLETIVA	GRUPOS	Os grupos deverão ser realizados pela equipe auxiliar (ASB)	
		PSE	4 horas	meio período/semana
	TRIAGEM	1 hora, podendo ser realizado em um período de 4h uma vez ao mês	conforme planejamento da unidade	
ATIVIDADES TÉCNICO/ PEDAGÓGICAS ADMINISTRATIVAS	REUNIÃO DE EQUIPE (semanal)/ TÉCNICA/GERAL ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/ ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/NPV	2 horas	conforme planejamento da unidade	

Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 29 TI
 Número de Tratamentos Concluídos/mês: 29 TC
 Número de Tratamentos Iniciados em Prótese/mês: 8 TI
 Número de Tratamentos Concluídos de Prótese/mês): 8 TC em Prótese
 Total de 192 consultas/atendimentos por mês
 O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 40 minutos

*O profissional cirurgião-dentista de 40h, designado para ser interlocutor/coordenador do NUVIS-AB terá redução de 35% das metas do contrato de gestão, previstas na Portaria SMS nº 333/2022 (alterada pela Portaria Municipal nº 538/2022) ou outro instrumento que vier a substituí-la.





Anexo 3 J - Quadro Saúde Bucal - eSB MOD. 2 - 40H



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



ESB 40H MODALIDADE II (1 CD + 1 ASB + 1 TBS)		NÚMERO DE HORAS SEMANAIS	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DA ATIVIDADE	
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS PARA TRATAMENTO	32 horas, sendo 24 horas para tratamento clínico e 8 horas para atendimento em Prótese Dentária	165 consultas clínicas e 55 consultas em Prótese Dentária Total de 220 consultas/atendimentos por mês	
	VISITA DOMICILIAR	1 hora	conforme planejamento da unidade	
	ATIVIDADE COLETIVA	GRUPOS	Os grupos deverão ser realizados pela equipe auxiliar (ASB)	
		PSE	4 horas	meio período/semana
TRIAGEM		1 hora, podendo ser realizado em um período de 4h uma vez ao mês	conforme planejamento da unidade	
ATIVIDADES TÉCNICO/PEDAGÓGICAS ADMINISTRATIVAS	REUNIÃO DE EQUIPE (semanal)/ TÉCNICA/GERAL ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/ ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRABALHO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/NPV	2 horas	conforme planejamento da unidade	

Número de primeiras consultas odontológicas/mês: 33 TI
 Número de Tratamentos Concluídos/mês: 33 TC
 Número de Tratamentos Iniciados em Prótese/mês: 9 TI
 Número de Tratamentos Concluídos de Prótese/mês: 9 TC em Prótese
 Total de 220 consultas/atendimentos por mês
 O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 35 minutos

*O profissional cirurgião-dentista de 40h, designado para ser interlocutor/coordenador do NUVIS-AB terá redução de 35% das metas do contrato de gestão, previstas na Portaria SMS nº 333/2022 (alterada pela Portaria Municipal nº 538/2022) ou outro instrumento que vier a substituí-la.





Anexo 3 K - Distribuição de Carga horária das Ações Estratégicas - eMulti



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde				
eMulti				
MATRICIAMENTO	DIMENSÕES	CLÍNICO-ASSITENCIAIS	70%	ATIVIDADES COLETIVAS
				ATENDIMENTO INDIVIDUAL E VISITA DOMICILIAR
		TÉCNICO-PEDAGÓGICAS	30%	REUNIÕES DE EQUIPE/ DE APOIO MATRICIAL/ TÉCNICAS/GERAIS/NPV/VIGILÂNCIA EM SAÚDE/INTERSETORIAS/OUTRAS





Anexo 3 L - Distribuição de Carga horária das Ações Estratégicas - eMulti - Farmacêutico



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde				
eMulti - Farmacêutico				
MATRICIAMENTO	DIMENSÕES	CLÍNICO-ASSITENCIAIS	Mínimo de 45%	ATIVIDADES COLETIVAS
				ATENDIMENTO INDIVIDUAL E VISITA DOMICILIAR
		TÉCNICO-PEDAGÓGICAS	15%	REUNIÕES DE EQUIPE/DE APOIO MATRICIAL/TÉCNICAS/GERAIS/ NPV/VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ INTERSETORIAS/OUTRAS
ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS/GERENCIAIS			Máximo de 40%	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E LOGÍSTICAS SUPERVISÃO FARMACÊUTICA





Anexo 4 - Consultas odontológicas - Procedimentos Válidos



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS E DE DIAGNÓSTICO

- 01.01.02.009-0 - SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA
- 01.01.02.005-8 - APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)
- 01.01.02.006-6 - APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)
- 01.01.02.007-4 - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)
- 01.01.02.008-2 - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA
- 01.01.02.004-0 - AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA
- 02.04.01.021-7 - RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)
- 02.04.01.022-5 - RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- 03.07.03.002-4 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE)
- 03.07.03.005-9 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAS (POR SEXTANTE)
- 03.07.03.004-0 - PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA
- 01.01.02.011-2 - AÇÃO COLETIVA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL
- 01.01.02.012-0 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS
- 01.01.02.010-4 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- 04.14.02.012-0 - EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
- 04.14.02.013-8 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
- 04.14.02.035-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
- 04.14.02.038-3 - TRATAMENTO DE ALVEOLITE
- 04.14.02.040-5 - ULOTOMIA/ULECTOMIA
- 04.01.01.006-6 - EXCIÇÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA
- 04.01.01.003-1 - DRENAGEM DE ABSCESSO
- 04.14.02.035-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
- 04.14.02.024-3 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)

PROCEDIMENTOS RESTAURADORES

- 03.07.01.001-5 - CAPEAMENTO PULPAR
- 03.07.01.008-2 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA
- 03.07.01.009-0 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA
- 03.07.01.010-4 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO
- 03.07.01.011-2 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.
- 03.07.01.003-1 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA
- 03.07.01.012-0 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA
- 03.07.01.013-9 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA
- 03.07.01.005-8 - TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS
- 03.07.01.006-6 - TRATAMENTO INICIAL DO DENTE TRAUMATIZADO
- 03.07.01.007-4 - TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)
- 03.07.02.001-0 - ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
- 03.07.02.002-9 - CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO





PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



- 03.07.02.003-7 - TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO
- 03.07.02.007-0 - PULPOTOMIA DENTÁRIA
- 03.07.01.014-7 - ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
- 03.07.01.015-5 - ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS
- 03.07.04.013-5 - CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

Atendimento em Prótese na AB

REALIZAÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS E PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS

- 03.07.04.007-0 - MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PROTESE DENTARIA
- 03.07.04.903-5 - PROVA DA ARMAÇÃO
- 03.07.04.901-9 - MORDIDA EM CERA
- 03.07.04.904-3 - PROVA DOS DENTES
- 03.07.04.008-9 - REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA
- 03.07.04.014-3 - ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
- 03.07.04.016-0 - INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
- 01.01.02.012-0 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS

INFORMAR O TIPO DE PRÓTESE INSTALADA:

- 07.01.07.009-9 - PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL
- 07.01.07.010-2 - PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL
- 07.01.07.012-9 - PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR
- 07.01.07.013-7 - PRÓTESE TOTAL MAXILAR



Anexo 5 A - Parâmetros triagem SB



ESB	Grupo de triagem	Estimativa Grupo etário	Estimativa de faltas = 15%	Estimativa Nº total p/ triagem	Estimativa de Número de usuários classificadas como E e F	Estimativa Resultado da Triagem: alto risco	Agendamento	De acordo com indicadores de TI e TC
1 CD 20h	16 usuários	10 adultos	1	9 adultos	70% aprox. 6 adultos	6 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5 consultas	O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 50 minutos	38 consultas/mês 8 TI/TC
		6 crianças	1	5 crianças	50% aprox. 2 crianças	2 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas		
1 CD 20h + ASB	25 usuários	15 adultos	2	13 adultos	70% aprox. 9 adultos	9 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5	O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 40 minutos	63 consultas/mês 13 TI/TC
		10 crianças	1	9 crianças	50% aprox. 4 crianças	4 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas		
1 CD 30h + ASB	43 usuários	26 adultos	4	22 adultos	70% aprox. 15 adultos	15 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5	O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 40 minutos	108 consultas/mês 22 TI/TC
		17 crianças	3	14 crianças	50% aprox. 7 crianças	7 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas		
1 CD 40h	45 usuários	27 adultos	4	23 adultos	70% aprox. 16 adultos	16 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5	O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 50 minutos	115 consultas/mês 23 TI/TC
		18 crianças	3	15 crianças	50% aprox. 7 crianças	7 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas		
1 CD 40h + ASB	55 usuários	33 adultos	5	28 adultos	70% aprox. 20 adultos	20 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5	O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 40 minutos	144 consultas/mês 29 TI/TC
		22 crianças	3	19 crianças	50% aprox. 9 crianças	9 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas		
1 CD 40h + ASB + TSB	64 usuários	38 adultos	6	32 adultos	70% aprox. 22 adultos	22 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5	O tempo de consulta, limpeza e desinfecção do ambiente deve ser de 35 minutos	165 consultas/mês 33 TI/TC
		26 crianças	4	22 crianças	50% aprox. 11 crianças	11 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas		





Anexo 5 B - Critérios de Risco



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



Critérios de risco de cárie		
CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
BAIXO RISCO	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
ALTO RISCO	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas, com presença de gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.
	F	Presença de dor e/ou abscesso.
Critérios de risco periodontal		
CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	Elemento com periodonto sadio.
	X	Ausência de dentes no sextante.
RISCO MODERADO	1	Elemento com gengivite.
	2	Elemento com cálculo supragengival.
ALTO RISCO	B	Sequela de doença periodontal anterior.
	6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade.
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função.
Critérios de risco para oclusopatias		
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÃO
N	Normal	Classe I de Angle (normo-oclusão).
L	Leve	Mordida cruzada unilateral, apinhamento.
M	Moderada	Mordida cruzada bilateral, Classe II de Angle, mordida aberta, mordida cruzada de primeiro molar permanente.
S	Severa	Classe III de Angle, mordida aberta com oclusão apenas de molares, mordida profunda.
Critérios de risco em tecidos moles		
CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	Tecidos moles normais.
RISCO MODERADO	1	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2.
ALTO RISCO	2	Alterações com suspeita de malignidade: úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa, ou não, bordas elevadas, ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.





Anexo 5 C - Ações de Saúde Bucal conforme Grupo de Risco



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



AÇÃO	RISCO													
	CÁRIE						PERIODONTAL					TECIDOS MOLES		
	B	M		A			B	M		A		B	M	A
	A	B	C	D	E	F	0 e X	1 e 2	B	6	8	0	1	2
Educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Escovação supervisionada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplic. tópica flúor seriada				X	X	X								
Prioridade 1 (tratamento)						X					X			X
Prioridade 2 (tratamento)					X					X			X	
Prioridade 3 (tratamento)			X					X	X					





Anexo 6 - Parâmetros para acompanhamento PSE - eSB



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



Parâmetros - considerando 4h/semana para PSE, não importando a carga horária da eSB

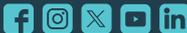
1 ESB - Mod II	1.200 cçs a serem acompanhadas
1 ESB - Mod I	900 cçs a serem acompanhadas
CD com ASB - 40h semanais	900 cçs a serem acompanhadas
CD com ASB - 20h semanais	900 cçs a serem acompanhadas
CD sem ASB	600 cçs a serem acompanhadas





Saiba mais em:

prefeitura.sp.gov.br/saude


saudeprefsp



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde
ATENÇÃO BÁSICA



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

