



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

GABINETE 55º GV – VEREADOR RICARDO TEIXEIRA

Projeto de lei

“Institui o Registro Municipal de Acidente Vascular Cerebral – REMAVC-SP, estabelece a notificação compulsória mensal de casos de AVC e AIT por estabelecimentos de saúde públicos e privados sediados no Município de São Paulo, cria o Comitê Municipal do Registro de AVC – COMR-AVC (instância consultiva e propositiva, sem a criação de cargos), dispondo sobre a transparência e proteção de dados, dando ainda outras providências”.

Art. 1º. Fica instituído, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde – SMS, o Registro Municipal de Acidente Vascular Cerebral – REMAVC-SP, com a finalidade de coletar, consolidar, analisar e divulgar dados epidemiológicos e assistenciais sobre AVC isquêmico, AVC hemorrágico, hemorragia subaracnoide e AIT, para orientar prevenção primária e secundária, atendimento agudo e reabilitação no Município de São Paulo.

§1º. O REMAVC-SP observará os princípios de qualidade epidemiológica, utilidade clínica/gestora, transparência, proteção de dados pessoais (LGPD) e interoperabilidade com sistemas municipais e, quando viável, com bases estaduais e federais, sem dependência de pactuação prévia.

§2º. A estruturação, os métodos e a implementação do REMAVC-SP adotarão abordagem faseada em consonância com o WHO STEPS Stroke (Step 1 – eventos hospitalares; Step 2 – eventos fatais; Step 3 – eventos não fatais na comunidade), adaptada à realidade metropolitana.

§3º. Esta Lei não cria cargos, funções ou órgãos novos, atribuindo a execução às unidades técnicas já existentes na SMS, preservando a iniciativa do Executivo e a neutralidade orçamentária inicial.

Art. 2º. Para efeitos desta Lei, considera-se como estabelecimento de saúde, a pessoa jurídica de direito público ou privado, com unidade física situada no Município de São Paulo, que preste atendimento, diagnóstico, tratamento ou assistência a pacientes com suspeita/confirmação de AVC ou AIT, inclusive serviços de urgência/emergência, UPA, hospital, clínica e serviços diagnósticos.

Art. 3º. As notificações, envio de dados padronizados, ocorrerão por meio eletrônico disponibilizado pela SMS, referentes a casos novos de AVC/AIT diagnosticados, atendidos ou internados. O Dataset mínimo (core), conjunto de variáveis

obrigatórias indicado no Anexo I, da presente Lei, passível de atualização por regulamento, preservado o núcleo essencial, quanto aos dados agregados serão anonimizados, as informações serão identificação direta ou indireta de pessoas naturais, nos termos da LGPD.

Artigo 4º. É obrigatória a notificação mensal ao REMAVC-SP de todos os casos novos de AVC e AIT diagnosticados, atendidos ou internados por estabelecimentos de saúde públicos e privados com unidade física situada no Município de São Paulo.

§1º. A obrigatoriedade aplica-se a prontos-socorros, UPAs, serviços de urgência/emergência, hospitais, clínicas e demais serviços que realizem diagnóstico e/ou cuidado do paciente com suspeita ou confirmação de AVC/AIT, inclusive serviços diagnósticos.

§2º. O envio dar-se-á até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao período de referência, por módulo eletrônico disponibilizado pela SMS; quando não houver casos, deverá ser remetida declaração de não ocorrência.

§3º. A SMS poderá, por portaria, instituir notificação extraordinária (sentinela) em prazos menores, quando houver interesse epidemiológico relevante, com motivação técnica e vigência temporária.

Art. 5º. O conjunto mínimo de dados (dataset) a ser notificado consta do Anexo I desta Lei e poderá ser atualizado por decreto e normas complementares da SMS, preservado o núcleo essencial.

Art. 6º. O REMAVC-SP será operado pela Vigilância em Saúde da SMS, que designará, dentro da estrutura existente, núcleo técnico responsável (“NUM-AVC”), com, no mínimo, referências de: epidemiologia, dados/TI, clínica (neurologia), atenção primária, SAMU e reabilitação.

§1º. O NUM-AVC poderá funcionar na própria SMS ou em hospital municipal de referência, a ser definido por decreto, sem criação de novas unidades.

§2º. Compete ao NUM-AVC, manter a plataforma e garantir qualidade (completude, consistência, oportunidade) e segurança da informação, realização de análises periódicas e divulgação de resultados agregados/anonimizados, apoiar a qualificação da rede (linhas de cuidado, tempos-meta, “Código AVC” e teleneurologia), propondo aprimoramentos técnicos ao dataset, validações e indicadores.

Art. 7º. Fica instituído o Comitê Municipal do Registro de AVC – COMR-AVC, instância consultiva e propositiva, sem criação de cargos ou gratificações, com a composição mínima de 1 (um) representante da Vigilância (presidência), 1 (um) da Neurologia (rede municipal/academia), 1 (um) do SAMU, 1 (um) de Reabilitação, 1 (um) da Atenção Primária, 1 (um) de TI/Dados, 1 (um) da Assessoria Jurídico-Saúde, 1 (um) representante de pacientes/ONG.

§1º. O COMR-AVC terá mandato de 2 anos, reunir-se-á semestralmente e poderá convidar representantes da Comissão de Saúde da Câmara e da SES-SP (sem direito a voto), assegurando trânsito entre Legislativo e Executivo.

§2º. Compete ao COMR-AVC, aprovar o plano anual do REMAVC-SP e indicadores-chave, propor recomendações à SMS (protocolos, fluxos, capacitações, insumos), apresentar relatório semestral à SMS, ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão de Saúde da Câmara.

Art. 8º. A SMS publicará painel público trimestral com dados agregados e anonimizados e relatório semestral contendo incidência por distrito, tempos (porta-imagem; porta-agulha; porta-punção), proporção de trombólise e tromboectomia (em elegíveis), mortalidade intra-hospitalar, mRS na alta e aos 90 dias (quando disponível), início de reabilitação e vínculo com APS (30/90 dias).

§1º. Os relatórios incluirão plano de ação por distrito, metas realistas e cronograma, com foco em equidade territorial.

§2º. A SMS realizará auditoria amostral trimestral de completude, consistência e pontualidade dos dados, com devolutivas aos serviços notificantes.

Art. 9º. O tratamento de dados pessoais e sensíveis no REMAVC-SP observará a LGPD (Lei nº 13.709/2018), com base nas hipóteses de execução de políticas públicas, cumprimento de obrigação legal e tutela da saúde, haverá pseudonimização, perfis de acesso, registro de logs e, quando cabível, Relatório de Impacto à Proteção de Dados.

Parágrafo único. A SMS definirá responsável pelo tratamento (ponto focal/DPO setorial) para o REMAVC-SP.

Art. 10. O descumprimento da obrigação de notificar, ou a notificação intempestiva ou o envio de dados manifestamente inconsistentes, sujeitará ao estabelecimento às medidas saneadoras e sanções previstas na legislação sanitária municipal, garantidos o contraditório e a ampla defesa.

Art. 11. A implementação observará as Fases do Anexo II:

I – Fase 1 (0–12 meses): rede hospitalar/urgência (WHO Step 1); painel trimestral; 1º relatório com plano de ação;

II – Fase 2 (12–18 meses): integração com óbitos por AVC de residentes (WHO Step 2);

III – Fase 3 (18–36 meses): captação comunitária/APS (lista ativa de sobreviventes, mRS 90 dias, reabilitação, inquéritos amostrais simples) (WHO Step 3).

Art. 12. A SMS poderá integrar o REMAVC-SP a prontuários eletrônicos locais, SAMU, reabilitação, e-SUS/PEC e, quando viável, RNDS, SIH/SUS e SIM, sem prejuízo da plena funcionalidade municipal autônoma.

Art. 13. As despesas correrão por conta das dotações orçamentárias da SMS, podendo ser suplementadas via Fundo Municipal de Saúde, emendas parlamentares e convênios; não há criação de despesa obrigatória nova.

Art. 14. Em 24 meses, a SMS avaliará o REMAVC-SP e poderá propor, com parecer do COMR-AVC, ajustes ao dataset, metas e processos, resguardado o núcleo essencial.

Art. 15. As despesas decorrentes da execução da presente lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 16. Este projeto de lei entra em vigor após 180 (cento e oitenta) dias da sua publicação.

Sala das Sessões, às Comissões competentes.


Ricardo Teixeira



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

GABINETE 55º GV – VEREADOR RICARDO TEIXEIRA

JUSTIFICATIVA

A criação de uma legislação municipal que torne compulsória a notificação de eventos cerebrovasculares (Códigos CID-10: I60-I64 e G45), abrangendo tanto a rede pública quanto a privada, é uma medida estruturante indispensável pelas seguintes razões:

1. **CORREÇÃO DA SUBNOTIFICAÇÃO E "CÓDIGOS LIXO"**

- Atualmente, os dados do município baseiam-se majoritariamente no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e no Sistema de Mortalidade (SIM). Isso gera um "ponto cego":
- Não captamos os casos de Ataque Isquêmico Transitório (G45) que são atendidos em pronto-socorros e liberados sem internação. Estes pacientes têm altíssimo risco de um AVC grave em 48 horas e hoje ficam invisíveis às estatísticas.
- Perdemos os dados da Saúde Suplementar (hospitais privados), impedindo a visualização real da incidência da doença na população total da cidade.
- A notificação compulsória obrigaria o preenchimento detalhado, reduzindo o uso do código inespecífico I64 (AVC não especificado), forçando a melhoria no diagnóstico diferencial (Isquêmico vs. Hemorrágico).

1. **BENEFÍCIO PARA O MUNICÍPIO (GESTÃO TÁTICA)**

- Com a notificação em tempo real (semelhante ao que ocorre com doenças infecciosas), a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) poderia:
- Mapear "hotspots" de AVC nos territórios das Subprefeituras, direcionando campanhas de prevenção e busca ativa de hipertensão e de outros fatores de risco para AVC em bairros específicos.
- Monitorar o tempo "porta-agulha" e "porta-tomografia" de forma sistêmica, auditando hospitais que demoram a notificar ou tratar.
- Planejar a reabilitação (Centros Especializados em Reabilitação - CER) com base na incidência real de sobreviventes com sequelas, e não apenas em estimativas.

1. **BENEFÍCIO PARA O ESTADO E A FEDERAÇÃO (GESTÃO ESTRATÉGICA)**

- A consolidação desses dados em São Paulo, a maior metrópole do hemisfério sul, geraria um dataset de valor inestimável para:
- Estado: Otimizar a regulação de leitos via sistema CROSS, prevendo picos de demanda sazonais (ex: aumento de AVC no inverno) com base em dados históricos precisos.
- Federação: Refinar a Tabela SUS nacional. Ao demonstrar o volume real e o custo real do AVC (incluindo casos leves não internados que oneram o ambulatório), o município fornece evidências para que o Ministério da Saúde

reajuste o financiamento do Bloco de Média e Alta Complexidade, beneficiando todo o SUS.

Em suma, a Lei de Notificação Compulsória transforma o AVC de uma "doença de urgência individual" em um "evento de saúde pública monitorado", permitindo que a gestão saia da postura reativa (tratar a seqüela/óbito) para a proativa (identificar o risco e qualificar a rede de resposta rápida).

Diante do exposto proponho o presente projeto de lei, e peço o apoio aos meus nobres pares.


Ricardo Teixeira



GABINETE 55º GV – VEREADOR RICARDO TEIXEIRA

**DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS – ANEXOS I e II
DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

Art. 1º. (DT) No primeiro ano de vigência, a SMS poderá admitir envio simplificado (CSV seguro) enquanto consolida integrações sistêmicas.

Art. 2º. (DT) Ficam referendadas as normas municipais vigentes relativas à Linha de Cuidado do AVC e Regulação de Urgência, que se articularão ao REMAVC-SP.

ANEXO I – CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (CORE) – REMAVC-SP

1º. Identificação técnica do caso: ID do caso, CNPJ do estabelecimento, tipo de serviço (PS/UPA/Hospital/Clínica/Diagnóstico).

2º. Paciente (pseudonimizado): ano de nascimento; sexo; raça/cor (quando disponível); CEP do domicílio.

3º. Evento: data/hora início dos sintomas ou “último horário que estava bem”; data/hora da chegada; CID-10 (I60–I64, G45); tipo (isquêmico/hemorragico/HSA/AIT).

4º. Imagem: TC/RM (sim/não); data/hora da primeira imagem.

5º. Tratamento agudo: trombólise IV (sim/não; data/hora agulha); trombectomia (sim/não; data/hora punção).

6º. Tempos (min): porta-imagem; porta-agulha; porta-punção.

7º. Fatores de risco: HAS, DM, FA, tabagismo, dislipidemia; uso prévio de AAS/anticoagulante.

8º. Evolução intra-hospitalar: U-AVC/UTI/Enfermaria ($\leq 48h$); complicações graves; desfecho (alta/óbito/transferência).

9º. Exame neurológico: Fase aguda (Step 1): — NIHSS (T0 – admissão/pré-tratamento): total e subescores (itens 1–11); — NIHSS (T1 – 24±6h): total e subescores (itens 1–11). - Alta hospitalar (T2): — mRS na alta; — Checklist de Domínios:

(1) Motor MS (0=nenhum;1=leve;2=moderado;3=grave);

(2) Motor MI (0;1;2;3);

(3) Afasia (0=ausente;1=suspeita;2=expressiva;3=receptiva;4=global);

(4) Disartria (0=não;1=leve;2=moderada-grave);

(5) Negligência (0=não;1=sim) e Hemianopsia (0=não;1=sim);

(6) Disfagia (0=não;1=sólido;2=líquido;3=ambos; via alternativa 0/1).

— Encaminhamentos de reabilitação na alta: Fono/TO/Fisio/Neuropsico (0/1; data).



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

GABINETE 55º GV – VEREADOR RICARDO TEIXEIRA

- Seguimento (T3 – 90±14 dias): mRS (90 dias); Flags de domínios (0=não; 1=parece; 2=sim): comunicação (falar/entender), deglutição, uso da mão.

Observações (Anexo I):

I - Campos “core” são obrigatórios;

II - O CID-10: I64 (Acidente Vascular Cerebral - AVC, não especificado como hemorrágico ou isquêmico), deve ser evitado (por não discriminar o tipo de AVC) e, caso seja utilizado, obrigatoriamente deverá ser informado o porquê do seu uso (ex. “falta de confirmação diagnóstica por não realização de exame de imagem”);

III - Se o NIHSS por item não puder ser registrado no T0/T1, é obrigatório preencher o Checklist de Domínios na alta (T2);

IV - Instrumentos expandidos – p.ex., LAST/FAST (linguagem), Fugl-Meyer UE curto (motricidade) – poderão ser adotados por portaria como opcionais ou amostrais;

V - Aplicar validações automáticas (tempos não negativos), coerência entre carimbos de tempo e consistência NIHSS × domínios

ANEXO II – FASES DE IMPLEMENTAÇÃO (WHO STEPS ADAPTADO)

1. Fase 1 (0–12 meses) — Step 1 (hospitalar): cobertura integral da rede; painel trimestral; 1º relatório semestral com plano de ação por distrito.

2. Fase 2 (12–18 meses) — Step 2 (óbitos): integração rotineira com SIM de residentes.

3. Fase 3 (18–36 meses) — Step 3 (comunidade/APS): lista ativa de sobreviventes, mRS 90 dias, reabilitação, recidiva 1 ano (amostral) e inquéritos amostrais simples


Ricardo Teixeira