



# Devolutiva ao Controle Social

---

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2022

Assessoria de Planejamento (ASPLAN/SMS) – Gabinete do Secretário/SMS

Secretaria Municipal da Saúde - SMS  
PMSP | FEVEREIRO DE 2024

**PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Ricardo Nunes

**GABINETE DO SECRETÁRIO  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

Luiz Carlos Zamarco

**Secretário-Adjunto Municipal da Saúde**

Maurício Serpa

**Chefe de Gabinete**

Roberto Carlos Rossato

**Assessoria de Planejamento – ASPLAN/SMS**

Estevão Nicolau Rabbi dos Santos

Andreza Tonasso Galli

Bianca Tomi Rocha Suda

Bruno Martinelli

Fernanda Braz Tobias de Aguiar

Ilka Correa de Meo

Ivony Lessa

Luiz Carlos Paranhos

Maria Camila Florêncio da Silva

Miriam Carvalho de Moraes Lavado

Nicholas Reis Bauclair Silva

Patrick Rodrigues Andrade

Suellen Decario Di Benedetto



**GAB**

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

DEVOLUTIVA AO CONTROLE SOCIAL

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2022

Fevereiro de 2024



GAB

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	5
Sobre o ciclo de planejamento .....	9
Sobre o Relatório Anual de Gestão de 2022 .....	12
METODOLOGIA .....	14
DEVOLUTIVAS.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54

## APRESENTAÇÃO

No segundo semestre de 2023, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) apresentou um conjunto de demandas importantes a serem apreciadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS): o relatório com as Diretrizes aprovadas da 21ª Conferência Municipal de Saúde; a apreciação da Programação Anual de Saúde 2024 – PAS 2024, e a apreciação do Relatório Anual de Gestão 2022 - RAG 2022.

A sistematização e organização metodológica de demandas, que considerou escuta dos conselhos gestores, em momento propício para revisão dos instrumentos, foi um esforço inédito realizado pelo Conselho. Consideramos que os produtos recebidos através do CMS possuem conteúdo bastante detalhado e relevante para o planejamento da SMS. E que, além de pleitos legítimos construídos por meio de estratégias de participação social, estão temporalmente alinhados com o ciclo de planejamento da Secretaria.

Diante deste esforço, o Gabinete da Secretaria também realizou intensa mobilização de equipes técnicas das áreas e territórios, que apreciaram as demandas apresentadas. O produto destas iniciativas é apresentado em três documentos **de Devolutiva**, organizados pela Assessoria de Planejamento – ASPLAN, após a realização de mais de 50 reuniões com as diferentes áreas da SMS, Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS) entre novembro de 2023 e janeiro de 2024.

O produto apresentado expressa o contínuo aprimoramento das iniciativas da SMS na produção conjunta dos Instrumentos de Gestão do SUS junto ao controle social desde a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS).

Ao longo do ciclo, os documentos foram sendo aperfeiçoados para melhor apresentação do seu conteúdo e maior convergência com as demandas apresentadas pelo Conselho Municipal de Saúde em suas devolutivas.

Ainda em 2021, foram referenciadas e incorporadas as diretrizes da Conferência vigente, a 20ª Conferência Municipal de Saúde. Nesta ocasião, foram apresentadas devolutivas em relação às demandas de participação social e acatadas contribuições do CMS após análise



GAB

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

do PMS, com acréscimo de metas e revisões de compromissos, indicados por meio do selo da Conferência localizado no rodapé das fichas das metas.

No decorrer de 2022, para recepcionar a nova gestão do Conselho Municipal de Saúde, foram realizadas, pela ASPLAN, reuniões e oficinas para apresentação e capacitação dos conselheiros a respeito dos Instrumentos de Gestão do SUS.

Em paralelo a isso, na elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior do primeiro ano deste ciclo, juntamente com o Relatório de acompanhamento orçamentário e financeiro e com a Apresentação deste relatório para a Câmara Municipal, a SMS passou a elaborar um anexo contendo uma análise das ações de cada uma das metas do PMS, por meio de ponderações, permitindo um acompanhamento contínuo desses instrumentos pelo controle social.

Para elaboração do Relatório Anual de Gestão 2022, o primeiro do ciclo, foram consideradas e incorporadas demandas históricas do CMS.

Destacamos a criação da seção 5 do RAG 2022, “Plano Municipal de Saúde 2022-2025: Monitoramento de Indicadores Seleccionados”, elaborada em parceria com a Coordenadoria de Epidemiologia e Informação (CEInfo) em resposta à demanda do CMS por uma qualificação do diagnóstico situacional do documento. Essa seção apresenta uma análise crítica que aponta para uma avaliação do desenvolvimento da política municipal de saúde a partir das informações disponíveis no *Painel de Monitoramento da Situação de Saúde e da Atuação dos Serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*.

O ano de 2022 foi marcado pela retomada de serviços que sofreram impacto durante os períodos mais críticos da pandemia de Covid-19. Assim, buscou-se selecionar alguns indicadores de monitoramento que se relacionam aos compromissos descritos no PMS 2022-2025 considerando a retomada gradativa dos serviços, na perspectiva da situação atual e no comportamento dos mesmos em relação aos desempenhos observados em 2019, ano anterior à pandemia da Covid-19, possibilitando um olhar comparativo no decorrer do tempo e que entenda os desafios que permanecem e aqueles decorrentes da pandemia.



GAB

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

Como estratégia de análise dos documentos e atendendo a uma resolução do próprio Conselho, o CMS solicitou aos conselhos gestores das STS a apreciação das metas que compõem a diretriz 4, “Garantir a atenção integral e equidade no acesso à saúde, observadas as especificidades dos territórios municipais”. Essa diretriz é composta por metas específicas dos territórios municipais propostas pelos conselhos gestores e pelas STS.

Para apoiar o CMS e os conselhos gestores nessa atividade, a ASPLAN elaborou 27 cadernos, sendo 1 por Supervisão Técnica de Saúde, referentes às ações e metas de cada região, articulando o conteúdo do RAG e das PAS deste ciclo. Esse material facilitou a visualização e a análise do material pelos conselhos gestores das STS e apoiou o CMS na orientação e aproximação com os conselhos gestores, fortalecendo o controle social em todas as regiões da cidade.

Ainda nesse esforço de transparência, cabe ressaltar que cada meta recebeu uma numeração, em que o primeiro número corresponde à diretriz do Plano, o segundo ao Objetivo e o terceiro à Meta. Essa identidade será mantida em todos os documentos do ciclo, facilitando a busca das informações no documento e a análise comparativa entre os diferentes instrumentos. A identificação das áreas responsáveis, com a definição de qual(is) área(s) é(são) responsável(is) por cada meta, orienta o controle social para interlocução e monitoramento das ações. Destaca-se, também, a qualificação das informações referentes aos indicadores, realizada junto à CEInfo. Além do nome do indicador, ano base e valor base, passa-se a apresentar a forma de cálculo e a fonte, facilitando o acompanhamento dos resultados pelo controle social.

Também merece destaque o esforço realizado na articulação dos Instrumentos de Gestão do SUS com os instrumentos orçamentários do governo municipal. Vale lembrar que os tempos de elaboração e apresentação desses instrumentos é incompatível, uma vez que a Programação Anual de Saúde deve ser entregue antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente<sup>1</sup> e a LDO deverá ser entregue até o dia 15 de abril do ano anterior, e ser votada e sancionada pela Câmara Municipal até o dia

---

<sup>1</sup> Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, artigo 36.

30 de junho do ano anterior<sup>2</sup>. Contudo, o detalhamento da proposta orçamentária constará apenas na Lei Orçamentária Anual (LOA), que deverá ser entregue até o dia 30 de setembro, e ser votada e sancionada até o dia 31 de dezembro do ano anterior pela Câmara Municipal<sup>33</sup>.

Por isso, a ASPLAN, após oficina que contou com a participação de conselheiros municipais, realizada com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Ministério da Saúde em 2022, passou incorporar uma seção “Despesas” às Programações Anuais de Saúde, após a aprovação da LOA, reapresentando esse documento ao CMS. Nessa seção, constam os valores programados do orçamento para a saúde categorizados por fonte, por subfunção orçamentária, por ação orçamentária e por programa. Esse detalhamento por ação orçamentária é uma inovação na apresentação dessas informações, assim como a identificação nas fichas de meta a(s) subfunção(ões) referentes a cada meta.

O aprimoramento dos Instrumentos de Gestão do SUS é um processo contínuo e a identificação dos pontos de melhoria deve ser realizada em conjunto com o controle social, pois não há ninguém melhor que a população para dizer quais são suas necessidades.

Reconhecendo isso, a ASPLAN, no ano de 2023, realizou um conjunto de 7 oficinas com o Conselho Municipal de Saúde e convidados para desenvolver uma metodologia de análise dos Instrumentos de Gestão do SUS. Esse processo foi extremamente enriquecedor, aproximando a equipe e o Conselho e provocando reflexões acerca das melhorias que podem ser implementadas na forma como a gestão elabora e se comunica por meio dos instrumentos.

Esperamos continuar e aprofundar esse diálogo com a participação social. Este documento, que é o **segundo** desta série e tem como objetivo responder às demandas apresentadas na apreciação do Relatório Anual de Gestão 22, é mais uma iniciativa neste sentido.

---

<sup>2</sup> Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigo 138, parágrafos 6 e 9.

<sup>3</sup> Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigo 138, parágrafos 6 e 10.



Antes de conhecermos a análise destas demandas, contudo, entende-se como pertinente retomar algumas explicações sobre os Instrumentos de Gestão do SUS (IGSUS) e o momento atual do ciclo do planejamento em que nos encontramos, lembrando aquilo que, objetivamente, se encontra dentro do escopo desses instrumentos.

## SOBRE O CICLO DE PLANEJAMENTO

O Manual de Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (2022)<sup>4</sup>, criado com objetivo de orientar as ações de planejamento e monitoramento em saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, esclarece que:

*Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos Conselhos Municipais de Saúde e das prioridades estaduais e nacionais, desenvolvem o ciclo do planejamento municipal, elaborando, implementando e avaliando as políticas sob sua responsabilidade.*

Fazem parte deste ciclo de planejamento municipal quatro importantes instrumentos: o Plano Municipal de Saúde - PMS; a Programação Anual de Saúde - PAS; o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA; e o Relatório Anual de Gestão - RAG. Todos eles estão previstos na Lei Complementar nº 141 de 2012, que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal e estabelece as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo e dá outras providências.

Em síntese, podemos dizer que: no Plano, apresentamos as metas que queremos alcançar nos próximos quatro anos; na Programação, criamos as ações que vão nos levar ao atingimento destas metas; no RDQA, fazemos o monitoramento e prestação de contas parcial destas ações; e, no RAG, fazemos o balanço do ano anterior, explicitando as ações que foram concluídas ou não, e as justificativas ou detalhamento.

---

<sup>4</sup> Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/manual\\_do\\_planejamento\\_SMS\\_2022\\_v3\\_1\\_11\\_2022.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/manual_do_planejamento_SMS_2022_v3_1_11_2022.pdf)

Além de terem objetivos diferentes, cada um desses instrumentos tem uma periodicidade definida e que, apesar de serem exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS, correspondem a outros instrumentos de planejamento e gestão da administração pública municipal. São exemplos os instrumentos de planejamento orçamentário, como Plano Plurianual e Lei Orçamentária Anual, que podem ser conhecidos e aprofundados no referido manual.

O mais importante aqui é que o ciclo de planejamento está compreendido dentro do ciclo do Plano Municipal de Saúde, que é de quatro anos, e que atualmente equivale aos anos de 2022 a 2025 e começou a ser construído em 2021. Este ciclo possui um cronograma de entrega que propicia um planejamento atual e condizente com as ações desenvolvidas, permitindo que o ciclo PDCA (*planejar – executar – verificar e agir*) aconteça na prática. Por este motivo, o rito de entrega formal dos instrumentos segue o quadro abaixo:

Instrumento de Gestão do SUS	Prazo
<b>Plano Municipal de Saúde (PMS)</b>	1º ano de gestão
<b>Programação Anual de Saúde (PAS)</b>	Antes da entrega da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício corresponde Prazo da entrega LDO: até 15 de abril
<b>Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)</b>	Fevereiro (3º), maio (1º) e setembro (2º)
<b>Relatório Anual de Gestão (RAG)</b>	30 de março

Tomando como exemplo o ano de 2023, as entregas ocorreram conforme ilustração da Figura 1.



Figura 1. Entrega dos instrumentos de Gestão do SUS para o Conselho Municipal de Saúde considerando o ano-exercício de 2023.

Neste sentido, é necessário apreciá-los de acordo com sua finalidade e em temporalidade adequada para que as ações previstas aconteçam da forma como planejada ou sejam justificadas e replanejadas. As metas, por exemplo, foram elaboradas no processo de construção do Plano Municipal de Saúde, e são partes indissociáveis dele. Por isso, mesmo que sejam rerepresentadas em cada instrumento, para que haja alterações deve ser feita uma reapactuação entre a gestão e o Conselho Municipal, pois cada meta representa um compromisso com a população.

Ainda para dar transparência a esse processo, optou-se por estabelecer um rito que determina o período do ciclo de planejamento em que faremos a revisão das ações e metas, seja essa revisão proposta pelo Conselho ou pela gestão. O momento que identificamos como mais adequado é na elaboração do Relatório Anual de Gestão, que consolida a prestação de contas do ano anterior.

É necessário, também, refletir sobre os tipos de demandas que podem ser endereçadas através destes instrumentos. Por se tratar de instrumentos de planejamento e prestação de contas baseados em objetivos, metas, indicadores, ações, etc., eles possuem uma natureza instrumental delimitada e que se encontram detalhadas na Lei Complementar nº 141 de 2012.

Entendemos que alguns temas de políticas públicas e modos de fazer e implementar as mesmas são caros para a agenda sistêmica do controle social e que, por isso, eles aparecem com frequência como demandas nestes processos de revisão. Contudo, compreendemos também que há muitos espaços, documentos e formas de exercer o controle social onde essas e outras questões podem ser endereçadas para poderes, autoridades e instâncias que teriam competência para tomar decisões a respeito. Os Instrumentos de Gestão do SUS não são e não devem ser a única ferramenta de diálogo de participação e controle social. O escopo dos Instrumentos é restrito ao acompanhamento do alcance das metas, à relação dessas metas com o objetivo e com os compromissos assumidos para um quadriênio.

As demandas do controle social e as necessidades da população devem estar refletidas nas demais dinâmicas de construção e implementação da política municipal de saúde, uma vez que os Instrumentos de Gestão do SUS não são capazes de responder a todas elas.



GAB

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

## SOBRE O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DE 2022

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento de gestão do SUS com elaboração anual que permite apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS). É, portanto, um meio de prestação de contas das ações planejadas para o ano que passou. Assim, o RAG monitora e avalia o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a PAS anualmente, orientando eventuais mudanças de direção necessárias no Plano de Saúde.

O RAG é, também, o instrumento de comprovação da aplicação dos recursos mínimos conforme a Constituição Federal, regulamentados na Lei Complementar 141/2012. A avaliação deve ser realizada a partir das metas e ações previstas na PAS e executadas durante o ano. Também devem constar no RAG as auditorias realizadas e em execução, e a análise da execução orçamentária do município.

É importante constar nesse documento, as recomendações que servirão para orientar a elaboração da nova Programação Anual de Saúde ou alguma revisão necessária do PMS.

O RAG, submetido ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para aprovação, é uma avaliação qualitativa e quantitativa das ações anuais programadas pela SMS para cumprir parte das metas quadrienais do PMS. Em resumo, deve apresentar os seguintes itens:

- I. diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- II. análise das metas e ações da PAS previstas e executadas;
- III. análise das metas alcançadas e metas não alcançadas;
- IV. análise da execução orçamentária;
- V. relatório de auditorias realizadas;
- VI. recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

No entanto, essa relação entre ações realizadas e metas atingidas não é totalmente direta. Para alinhar as necessidades de saúde dos diversos territórios do Município, os compromissos assumidos com a população através do PMS (e publicados nas metas), a prestação

de contas daquilo que foi programado para o ano anterior, e o planejamento para o ano seguinte, é necessário um grande esforço de análise. E parte desse esforço analítico foi realizado pela atual gestão do Conselho Municipal de Saúde (CMS), em conjunto com os Conselhos Gestores das Supervisões de Saúde.

Essa análise está incluída nas responsabilidades do CMS em relação aos Instrumentos de Gestão do SUS. Conforme disposto nos Art. 4º e 5º da Portaria nº 2.135, de 2013, tanto a PAS quanto o RAG devem ser submetidos ao Conselho para sua apreciação e aprovação. Ainda segundo esta Portaria, o Plano Municipal de Saúde, as respectivas Programações Anuais e os Relatórios Anuais de Gestão são os instrumentos fundamentais para o planejamento no SUS, o que reforça a importância do papel do controle social.

Ao realizarem a apreciação do RAG 2022 em conjunto com a PAS 2024, o CMS fortalece o caráter dinâmico e contínuo do planejamento, que é essencial para a entrega de uma política de saúde mais qualificada à população usuária do SUS.

O último RAG, submetido ao Conselho em março de 2023, se refere ao ano de 2022. Ao longo do ano de 2023, a ASPLAN se manteve em contato com o CMS e participou de algumas reuniões, especialmente com a Comissão de Políticas Públicas ao longo do segundo semestre. Neste período, destacamos a apresentação realizada para no dia 10 de agosto de 2023 e os sete encontros posteriores de capacitação e apoio ao Conselho Municipal de Saúde nas manhãs dos dias 17/8, 24/8, 31/8, 6/9, 13/9, 19/10 e 9/11.

Para esses encontros, foi desenvolvida uma metodologia de análise e articulação dos Instrumentos de Gestão do SUS, sobretudo da PAS de 2024 e o do RAG de 2022, que subsidiaram o pedido do Conselho às gestões participativas dos Conselhos Gestores para que elaborassem uma análise regionalizada sobre as metas, em especial aquelas que fazem parte da Diretriz 4 do Plano Municipal de Saúde. Ainda atendendo a uma demanda do CMS, foram elaborados cadernos regionalizados das metas que compõem a diretriz 4 do Plano, agrupando as metas e ações de cada Supervisão Técnica de Saúde – STS e facilitando a visualização e estudo do material pelos Conselhos Gestores das STS.



Acreditamos que essa aproximação com o Conselho propiciou maior compreensão sobre os instrumentos e a relação contínua entre os mesmos, considerando o ciclo de planejamento. E que isso influenciou também na melhora significativa da qualidade das contribuições dos diversos conselhos gestores e conselheiros do Conselho Municipal, sistematizadas em documento entregue em novembro de 2023 para ASPLAN.

## METODOLOGIA

Após receber documento com mais de 80 (oitenta) demandas para revisão do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2022, a equipe da Assessoria de Planejamento – ASPLAN fez uma análise prévia e diferenciou as proposições em três categorias: esclarecimento, recomendação ou correção. Todas elas foram sistematizadas em uma planilha onde registramos também a redação da meta, o texto da demanda na íntegra e as observações prévias realizadas pela equipe da ASPLAN, além da identificação da área técnica ou Supervisão Técnica que receberia a demanda.

As planilhas foram encaminhadas para as áreas técnicas e Supervisões Técnicas de Saúde para analisarem os apontamentos apresentados pelo CMS. Orientações foram oferecidas através de reuniões, onde também foram apresentadas as demais demandas do Controle Social como as Diretrizes da 21ª Conferência Municipal de Saúde e para a revisão da Programação Anual de Saúde de 2024.

Ao final deste processo, as respostas foram analisadas pelas equipes dos gabinetes das Secretarias Executivas e se traduzem, agora, em devolutivas que a seguir serão apresentadas. Além deste documento de devolutivas, será publicada uma versão revisada do Relatório Anual de Gestão 2022, com as correções necessárias que foram identificadas pelo CMS. As futuras publicações dos IGSUS já trarão essas informações atualizadas.



GAB

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

## DEVOLUTIVAS

Para facilitar a visualização, as devolutivas estão apresentadas em fichas com a seguinte estrutura: a) número e descrição da meta; b) texto da demanda apresentada pelo CMS; c) resposta apresentada pela área técnica ou Supervisão Técnica de Saúde; d) sinalização da área responsável pela elaboração da devolutiva.

As respostas estão listadas em ordem numérica, seguindo a numeração das metas no Plano Municipal de Saúde e demais Instrumentos de Gestão do SUS.

Para os casos em que o apontamento do CMS gerou a necessidade de modificação de informações fornecidas no RAG 2022, a devolutiva será acompanhada do símbolo: . Estas informações serão encontradas em versão atualizada do RAG 2022, na página indicada abaixo da figura. Há ainda outras informações que dependem de ajustes das metas ao que foi apontado pelo Conselho Municipal de Saúde, e que serão adequadas a partir da publicação do RAG 2023.

<b>1.1.1. Atingir até 2024 a cobertura vacinal preconizada (95%) para as quatro vacinas selecionadas para crianças menores de dois anos de idade: pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose)</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não existe valor base nem ano base, então é impossível saber do que se trata a meta de 50%. Esta meta é aumentar em 50%? Outra coisa a desinformação não é o único motivo para o não alcance da meta.</i>
<b>Devolutiva</b>	A meta de 50% no ano de 2022 correspondia a alcançar 95% de cobertura vacinal para duas das quatro vacinas selecionadas. Para o ano de 2024, a meta corresponde a alcançar 95% de cobertura vacinal para as quatro vacinas selecionadas. O valor base é definido pelas metas que o Ministério da Saúde define para cada uma dessas vacinas, ou seja, precisamos atingir a cobertura de 95% para cada uma dessas vacinas. A COVISA disponibiliza o boletim de coberturas vacinais em seu site, atualizado a cada trimestre (Disponível em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinao/index.php?p=346790">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinao/index.php?p=346790</a> ).
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COVISA/DVE

<b>1.7.2. Instituir ao menos um projeto socioambiental em 80% das unidades com PAVS</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta de 2022 era 65% foi entregue 53,56% como ela pode ser considerada entregue? Pelo fato das ações terem sido entregues, estas não foram suficientes para atingir a meta, e a não reposição dos funcionários não é algo que seja de responsabilidade do município.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 77 RAG2022 atualizado	A partir dos apontamentos realizados pelo Conselho Municipal, realizaremos a correção do texto apresentado na justificativa do RAG2022, pois de fato o valor do indicador da meta não foi atingido. As ações programadas foram realizadas, porém os projetos tiveram atraso devido ao foco do PAVS nas iniciativas de enfrentamento à pandemia. O manual de orientação para a elaboração dos projetos foi lançado em meio à pandemia, em agosto de 2020.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/PAVS

<b>1.7.3. Garantir 100% das unidades com PAVS utilizando o Diagnóstico Socioambiental para elaboração de projetos</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Na meta não está especificado quantas unidades tem PAVS desta forma como é possível o CMS compreender de onde saímos e para onde vamos.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 79 RAG2022 atualizado	A demanda do Conselho Municipal de Saúde é pertinente, pois de fato não estava evidente quantas unidades tem PAVS. Aproveitamos para esclarecer que a linha de base em 2021 é de 71,38% (230) Unidades Básicas de Saúde com diagnóstico socioambiental atualizado, do universo de 323 unidades que possuem PAVS. Em 2022, 284 UBS, de 323 unidades com o PAVS, tinham o Diagnóstico Socioambiental atualizado, representando 87,92%. Vamos deixar isso mais específico na fórmula de cálculo do indicador.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/PAVS

<b>1.8.3. Atender 60% do número de crianças cadastradas no PSE dos Distritos Prioritários do Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI) garantindo o acesso de crianças de 0 a 6 anos do Programa Saúde da Escola (PSE) às ações de Saúde Bucal</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>RECOMENDAÇÃO: Continuar buscando o aumento de atendimento das crianças no PSE.</i>
<b>Devolutiva</b>	A recomendação do Conselho Municipal foi direcionada para a Área Técnica reponsável, que informa que a atuação do Programa Saúde na Escola segue os seguintes parâmetros: 600 crianças assistidas ao ano para as equipes de Saúde Bucal (eSB) com carga horária de 20horas sem Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); 900 crianças assistidas ao ano para eSB de 20 e 40horas com ASB; e 1.200 crianças assistidas ao ano para eSB com ASB e Técnico em Saúd Bucal (TSB).
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde Bucal

<b>1.8.4. Atingir 60% da proporção de gestantes em atendimento de pré-natal na Atenção Básica com atendimento odontológico realizado</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>RECOMENDAÇÃO: É preciso seguir firme na busca da meta de 60% de cobertura odontológica das gestantes. Em 2022 o resultado foi 7% menor que o esperado em 2023 será necessário buscar 67%.</i>
<b>Devolutiva</b>	A recomendação do Conselho Municipal foi direcionada para a Área Técnica responsável, que reforça que, no decorrer de 2023, foram realizadas reuniões com informações e orientações às Assessorias de Saúde Bucal das Coordenadorias, Supervisões e Organizações Sociais para que reforcem junto às equipes de Saúde Bucal a importância da saúde oral das gestantes, incluindo orientações aos pais sobre a higienização oral do bebê.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde Bucal

<b>1.9.1. Ampliar em 20% o número de plantões odontológicos em períodos vagos, dos serviços de urgência já existentes</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>O valor base é igual a meta, o que nos gerou uma dúvida sobre de onde se tirou este valor base.</i>
<b>Devolutiva</b>	O valor-base estabelecido em 1146 horas contratadas de plantonistas dos serviços de urgência existentes teve como fonte os profissionais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no momento em que foi revisada a meta (final de 2022 / início de 2023). Não era possível apontar outro valor para a meta do ano de 2022, pois até aquele momento a meta estava sendo acompanhada com outro foco.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde Bucal

<b>1.9.2. Disponibilizar novos equipamentos odontológicos e instrumentais necessários aos serviços de urgência odontológica (OS, PA e Ambulatórios Hospitalares)</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como você pode ter disponibilizado novos equipamentos se não houve a compra de novos equipamentos? O resultado alcançado não pode ser 100% se o alcance foi de 65 no ponderador. Reconhecemos que a correção pontual no indicador facilitou a compreensão, no entanto não houve apenas uma correção pontual, mas uma alteração de entrega, uma vez que a meta era de 100% e passou a ser 80%, uma redução e 20%.</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 95 RAG2022 atualizado	Considerando os apontamentos realizados pelo Conselho Municipal, serão atualizados o valor do resultado do indicador para 2022, assim como a classificação do tipo de proposta de revisão para "alteração de entrega". Sobre este tema, é importante informar que a cada compra de equipamentos solicitada à Saúde Bucal, é verificado junto ao setor responsável da Atenção Hospitalar se há a necessidade, sendo assim, ofertado 100% do que é solicitado pelos Hospitais Municipais. Porém, os processos de compra e fornecimento podem ser iniciados em um certo período do ano e finalizados no ano seguinte, o que dificulta que o resultado anual seja de 100%. Segue o texto atualizado: "Meta anual realizada. Os serviços de urgência que solicitaram equipamentos e instrumentais foram atendidos são: HM Carmino Carricchio, HM Alípio Correa Netto, HM Fernando Mauro Pires da Rocha, HM José Soares Hungria, HM Tide Setubal, HM Mario Degni, HM Arthur Ribeiro de Saboya, HM Hospital Municipal Benedicto Montenegro. Somente a compra de um compressor para o PS Municipal Dr. Caetano Virgilio Neto não pôde ser concluída e precisou ser reprogramada para 2023. Assim, foram atendidas 8 de 9 solicitações, ou seja 88,9%."
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde Bucal

<b>1.10.1. Ampliar de 3 para 12 serviços (Hospital Municipal e Hospital Dia) com anestesia geral e sedação para o atendimento a Pacientes com Deficiência (PCD) e com Necessidades Especiais (PNE)</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Qual o motivo de se ter uma ação de sensibilização da SEABEVS e SEAH para atendimento as pessoas com deficiência, sendo que este é o papel das áreas e pior com ponderador 5?</i>
<b>Devolutiva</b>	As ações que dependem de articulação entre Áreas de diferentes Secretarias Executivas. Neste caso, a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar necessitam de mais ações de alinhamento entre os seus responsáveis para que haja avanço nas ações propostas.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde Bucal

<b>1.12.1. Reduzir a gravidez na adolescência com recorte raça/cor</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A justificativa indica uma redução de 2% o que pode comprometer a compreensão do leigo, uma vez que a redução de 2% se refere a redução comparada ao benchmark (valor base) que é 11.3 dando os 9.3 descrito no resultado 2022, mas quem lê, pode achar que está faltando 7%. Outro ponto foi que ao trocar o benchmark de 9.2 para 11.3 houve uma alteração de entrega, uma vez que o objetivo era reduzir para 8.8 e agora a redução será de 9.2, houve assim uma diminuição na captura da lacuna.</i>
<b>Devolutiva</b>	A média da taxa de gravidez na adolescência do Município de São Paulo não reflete a taxa de gravidez das adolescentes pardas e pretas. Por essa razão, foi instituído um indicador somente para essa população. Para esse indicador utilizamos: número de nascidos vivos em relação ao número de meninas pardas e pretas de 10 a 19 anos. O objetivo é priorizar as políticas públicas para diminuir as desigualdades de acesso presentes na cidade. A alteração de entrega foi da redução de 4,3% do valor-base original, para redução uma redução de 18,6% do novo valor-base, corrigido para a população parda e preta. Isso, na prática, corresponde a um aumento da entrega, pois a diferença esperada é maior do que a inicial.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde da Criança e População Negra

<b>1.13.1. Reduzir a mortalidade infantil</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Segundo justificativa apresentada, os dados alcançados se referem ao ano de 2021 e que os dados de 2022 ano do RAG que está sendo analisado ainda estavam sendo consolidados. Desta forma como é possível se afirmar que a meta foi alcançada, se os dados ainda estavam sendo analisados?</i>
<b>Devolutiva</b>	O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) segue um padrão internacional como o "nº de óbitos menores de 01 ano de idade por mil nascidos vivos". Uma das dificuldades de monitoramento da mortalidade infantil é a disponibilidade de dados. Para tanto, necessitamos que o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM) aperfeiçoe e qualifique a informação sobre a causa de óbito e que exista o relacionamento da base de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) com a base de dados do Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SI-NASC), também acessando os laudos do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e do Instituto Médico Legal. Para todo esse processo, há um tempo necessário para reunião e fechamento desses dados. A disponibilização do dado correto, adequado para o monitoramento, se dá uma vez ao ano e o monitoramento parcial do dado acontece a cada quatro meses. Assim, a meta sempre será avaliada com informações de períodos anteriores.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde da Criança

1.15.2. Ampliar a distribuição do DIU de cobre	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Por que os dados utilizados foram 2020?</i>
<b>Devolutiva</b>	A construção das metas do Plano Municipal de Saúde ocorreu em 2021, para serem acompanhadas a partir de 2022. Naquele momento, a informação mais adequada que estava disponível era sobre a distribuição de implantes SD etonogestrel, durante o ano completo de 2020.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde da Mulher

1.15.3. Ampliar distribuição do DIU hormonal	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta era inserir 600 DIU e foram inseridos 436, 28% menos do pactuado. Ficando assim 164 DIU não foram inseridas, mesmo assim a foi considerado meta realizada. O que aconteceu.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 115 RAG2022 atualizado	Em razão do apontamento realizado pelo Conselho Municipal, realizaremos a correção do texto de justificativa esclarecendo que a meta anual estipulada para 2022 não foi atingida.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde da Mulher

1.17.2. Melhorar a qualidade de registro dos casos de morte materna nos 26 comitês de Mortalidade Materna existentes	
<b>Demanda CMS</b>	<i>RECOMENDAÇÃO: É imperativo que tenhamos um sistema que consiga concentrar as causas da mortalidade para que consigamos avançar no diagnóstico e prevenção destas mortalidades. Mesmo que o índice alcançado em 2022 tenha sido baixo, consideramos o esforço e reforçamos a necessidade da busca contínua para a redução.</i>
<b>Devolutiva</b>	Informamos que a razão de mortalidade para 2022 foi a segunda mais baixa dos últimos 30 anos, devido a esforços contínuos nesse sentido. Em 2022, foram registrados 1080 casos de óbitos de mulheres em idade fértil que foram enviadas para investigação completa segundo os critérios do Ministério da Saúde, totalizando 86% do total de casos. A pesquisa completa envolve entrevista domiciliar, visita hospitalar, ao Instituto Médico Legal e Serviço de Verificação de Óbito. No período pós pandemia foram enfrentadas dificuldades para a conclusão das investigações devido à restrição de acesso às famílias e serviços. Dentre os casos positivos, ou seja, aqueles casos em que foi confirmada morte materna, foram investigadas 96% das ocorrências. Há necessidade de reforçar a importância de recompor as equipes dos Comitês de Mortalidade Materna para a continuidade do sucesso do trabalho.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde da Mulher

### 1.18.1. Ampliação de serviços de atenção integral à saúde de pessoas trans, travestis e com outras vivências de variabilidade de gênero na Atenção Básica em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde

<b>Demanda CMS</b>	<i>A proposta era entregar 10 novos serviços, houve a alteração de entrega, e as metas complementares altera o objeto de entrega completamente.</i>
<b>Devolutiva</b>	<p>A Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+ foi criada apenas em 2021, quando ainda não existiam Diretrizes e critérios para a prestação dos serviços específicos para esta população. Até o período de criação desta meta, o serviço se restringia à distribuição de hormônios em Unidades Básicas de Saúde, mas com a criação da área e a construção da primeira Política Pública de Saúde Integral da População LGBTIA+ do Município de São Paulo, formalizada através da Portaria SMS nº 540 em 2023, avançamos na compreensão de que era necessário oferecer mais aos municípios como serviço. Por este motivo, iniciamos uma estratégia de qualificação do atendimento que é oferecido em 44 Unidades, que vai além da distribuição de hormônios. São oferecidas capacitações para profissionais que atuam nas UBS e criamos a Rede Sampa Trans, voltada para o atendimento específico de pessoas travestis, transexuais e pessoas com vivência de variabilidade de gênero. A meta de ampliar as referências de saúde integral em todas as Coordenadorias está sendo alcançada, sem restrição aos serviços de hormonização propostos no início do plano. Com o aumento de 04 serviços em 2022, vimos que as 44 unidades existentes têm atendido a demanda da população. Além disso, a centralização da oferta de hormônios em alguns equipamentos otimiza o uso de recursos da Secretaria e proporciona maior eficiência logística. Atualmente, são acompanhadas nessas unidades mais de 4700 pessoas em processo de afirmação de gênero, além de mais de 3900 em uso de hormonização.</p>
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/LGBTIA

### 1.19.1. Ampliar em 40% a aplicação da AMPI-AB nas pessoas idosas acolhidas pelo Programa Nossos Idosos nas UBSs

<b>Demanda CMS</b>	<i>Houve alteração de entrega, anteriormente o percentual a ser buscado era de 45% da AMPI-AB, na alteração de entrega se apresenta uma nova forma de cálculo, que não compreendemos.</i>
<b>Devolutiva</b>	<p>A revisão da forma de cálculo para acompanhamento do indicador desta meta foi uma tentativa de alinhar o plano com os parâmetros de avaliação dos contratos de gestão, ou seja, avaliar aquilo que realmente está sendo cobrado para realização nas unidades de saúde. O apontamento do Conselho Municipal mostra que a entrega proposta está muito aquém do patamar desejado e mesmo daquilo que já está sendo realizado. Em 2022, tivemos 6,4% dos idosos atendidos com AMPI realizada, sendo que a meta para o ano era quatro vezes menor do que este valor. Por isso, realizaremos um novo processo de discussão para o ajuste dessa meta para os próximos períodos.</p>
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/ATSPI

<b>1.21.2. Manter e elaborar Plano Terapêutico Singular (PTS) para 95% dos usuários identificados em uso abusivo de álcool e outras drogas na população indígena</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Mesmo não havendo um valor base, a meta de 95% de TPS para os usuários era o que almejávamos, a alteração de entrega reduziu em 15% a entrega inicial proposta e alocou a meta de 2022 em 50% e isso não ficou muito legal.</i>
<b>Devolutiva</b>	A alteração da entrega realizada foi de 80% de usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas na população indígena com Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado para 95% de usuários com PTS. Ou seja, houve uma proposta de aumento ou ampliação da entrega programada, e não o contrário.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Atenção Primária

<b>1.22.1. Incluir as especificidades de saúde da população negra em pelo menos 50% das 15 linhas de cuidado implantadas (PAVS, PICS, Violência, Saúde Nutricional, Saúde da População Negra, Saúde Mental, Tabagismo, Doenças Crônicas, Programa Melhor em Casa, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa Idosa, Saúde Bucal e Atenção Primária)</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Por que o valor base inicial era 2 e na atual foi zerada?</i>
<b>Devolutiva</b>	Porque, até aquele momento, não havia especificidade da população negra implantada em linhas de cuidado. O valor base em 2 foi um erro.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/População Negra

<b>1.23.1. Capacitar trabalhadores da Atenção Básica para o desenvolvimento de ações temáticas que abordem o preconceito e os tópicos: promoção da cultura de paz, preconceito racial, geracional e de gênero, saúde reprodutiva e IST/AIDS</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta era capacitar, ou capacitar e desenvolver ações? Por que se for capacitar apenas, OK, mas se for capacitar e desenvolver ações aí não ok</i>
<b>Devolutiva</b>	De fato, há um desencontro entre a meta e a descrição do indicador. A expectativa era verificar se os profissionais capacitados estão desenvolvendo ações. Mas, não temos como captar o desdobramento da capacitação, pois este dado ainda não está em sistema. Portanto, o único indicador possível neste ciclo (2022-2025) é o de profissionais capacitados. Vamos alinhar a adequação da meta e apresentar no próximo RAG.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/População Negra

1.29.1. Redução de 20% no déficit de altura em crianças menores de cinco anos	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta é reduzir 1%, com a alteração do benchmark (valor base) não foi possível identificar a redução de 1%.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 157 RAG2022 atualizado	Em 2022, a variação esperada para o indicador era de 7.7% para 7.315%, ou seja, uma redução de 5% em relação ao valor inicial. A partir do cálculo do indicador (Número de crianças 5 anos com Z score $\leq 2$ para altura / Número total de crianças 5 anos com $Z*100$ ), o resultado alcançado foi de 6.5%, ou seja, uma redução de 15.6% em relação ao valor-base. A programação é de que unindo essas reduções anuais, ao final dos quatro anos, tenhamos uma redução total de pelo menos 20%, ou seja de 7.7% de déficit de altura para 6.16% de déficit de altura nas crianças menores de cinco ano.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Saúde Nutricional

1.33.1. Garantir a manutenção do Índice Predial (IP) da avaliação da densidade larvária (ADL) 1 para reduzir o risco de ocorrência de epidemias de dengue, zika, chikungunya e o risco de urbanização da febre amarela	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Nenhuma das ações propostas foram realizadas, desta forma o ponderador foi 0, como a meta foi alcançada?</i>
<b>Devolutiva</b>	A avaliação da densidade larvária é uma atividade de vistoria dos imóveis na cidade usando amostras e que tem o objetivo de quantificar a infestação de mosquitos em todas as áreas da cidade. Além disso, avalia a quantidade de recipientes existentes, quais os principais tipos de criadouros, quantos estavam com água parada, quantos tinham larvas de mosquito e, destes, quantos estavam com larvas do Aedes aegypti, transmissor das arboviroses, dengue, zika, chikungunya e febre amarela urbana. Este nível baixo e satisfatório que atingimos na cidade pode ser devido a diversos fatores como: ações de controle da dengue desempenhas pela municipalidade como casa-a-casa, bloqueio de nebulização, campanhas de mobilização e comunicação, população contribuindo com medidas de eliminação de criadouros. As ações das PAS não estão diretamente relacionadas com esta meta, elas podem contribuir para o controle de criadouros e eliminação do mosquito, mas não exclusivamente.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COVISA/DVZ

<b>1.42.1. Operacionalização dos leitos do Hospital Municipal da Brasilândia e do Hospital Municipal de Parelheiros</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como é possível que na inicial, com ano base 2020 ter 3150 leitos e na atual o ano base ser 2019 e a quantidade de leitos ser superior? A justificativa apresentada traz dados referentes aos leitos emergenciais covid, quando a meta não estava relacionada. Agora a meta era operacionalizar os leitos e segundo o Mauricio Serpa, os leitos muitos dos leitos do hospital Brasilândia não estavam sendo operacionalizados. Outra coisa com os leitos do Brasilândia e Parelheiros não chega em 5265 que conta é essa?</i>
<b>Devolutiva</b>	No momento, o HM Brasilândia está implementando os novos leitos que deverão chegar ao total em junho de 2024, devido ao cronograma de implantação. Hoje, com 204 leitos, e até junho/2024 com a plena capacidade, chegará a 326 leitos. Com a nova abertura, os leitos totais do Município, incluindo o HSPM, passará a ser de 5.231 leitos, com previsão de mais 1.000 leitos nos próximos 24 meses.
<b>Área responsável</b>	SEAH/CAH

<b>2.5.1. Incremento de 40% de registro de nacionalidade no Cadastro do Cartão Nacional de Saúde no SIGA</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Alterar o resultado da meta, pois o alcançado foi 486% e não 11%, mas a unidade de medida apresentada deve ser número, uma vez que houve a correção pontual.</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 251 RAG2022 atualizado	Com objetivo de deixar mais evidente a progressão da meta, a área propôs mudança na unidade de medida do indicador que deixou de ser percentual para número absoluto. Assim, a projeção da meta que acrescentava 10% de registros de CNS no SIGA com registro de país de origem diferente de Brasil, a cada ano, passou a ser apresentada como número absoluto (na prática, isto implicará no acréscimo de 12.612 registros a mais, a cada ano, em cima do valor base de 126.912). Mas, como a mudança causou confusão, entendemos que a melhor estratégia é retomar a unidade de medida para percentual, padrão adotado para maior parte das metas semelhantes, mas com os números absolutos do resultado alcançado na justificativa.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Atenção Primária

<b>2.11.2. Ampliar a cobertura do atendimento domiciliar com a implantação de novas equipes EMAD 12h (finais de semana e feriados), considerando os vazios assistenciais e territórios de maior vulnerabilidade</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não ficou nítido se a inviabilidade financeira impactou a implantação de novas equipes? E se houve a implantação de novas equipes não foi apontado onde.</i>
<b>Devolutiva</b>	Desde 2022, definimos que todas as novas unidades credenciadas pelo MS deverão cobrir os atendimentos de segunda a segunda. No entanto, em algumas regiões, as unidades já se organizaram para que uma EMAD faça a cobertura dos finais de semana e feriados, com regime de plantão. A implantação de novas equipes é feita a partir da demanda dos territórios, priorizando as áreas com vazios de cobertura. Tivemos a criação de novas equipes com EMAD/EMAP como as EMAD Vila Santa Catarina e Oratório na CRS Sudeste, e EMAD Capão Redondo na CRS SUL. Tais incorporações já podem ser visualizadas no mapa do município pelo "Busca-EMAD", em que, a partir do endereço do cidadão, é possível verificar a UBS de referência e a cobertura de EMAD respectiva.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/DCNT

<b>2.11.3. Aprimorar a cobertura do atendimento domiciliar com a implantação de 16 novas equipes de EMAP, considerando os vazios assistenciais e territórios de maior vulnerabilidade</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não ficou nítido se a inviabilidade financeira impactou a implantação de novas equipes? E se houve a implantação de novas equipes não foi apontado onde.</i>
<b>Devolutiva</b>	As Equipes Multiprofissionais de Apoio à atenção domiciliar (EMAP) prestam atendimento para, pelo menos, três EMAD e a implantação de novas unidades também é feita a partir da demanda dos territórios, priorizando as áreas de vazios assistenciais. A nova Portaria do Programa Melhor em Casa (Portaria GM/MS nº 3.005 de 02/01/204) atualiza regras para o programa e deve oferecer maior aporte financeiro para a incorporação de novas unidades nesse perfil.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/DCNT

<b>2.14.1. Ampliar em, no mínimo 5% ao ano, o número de pessoas idosas atendidas pelas URSI</b>	
<b>2.14.2. Fortalecer o matriciamento das URSI para 100% das UBS</b>	
<b>Demanda CMS</b>	A ação 2 desta meta não foi atingida, desta forma queremos compreender como sem RH a meta foi atingida. Outro ponto se atingimos a meta quadrienal, precisamos reestruturar a meta para buscar um resultado ainda maior. Não vamos esquecer da necessidade de aquisição de equipamentos para o matricialmente na meta 2.14.2
<b>Devolutiva</b>	Novos procedimentos foram criados para o registro dos atendimentos e matriciamentos no sistema SIGA para que a área responsável possa acompanhar a produtividade e a qualidade do atendimento deste equipamento que atende a população idosa frágil. Os territórios foram redivididos e todas as Coordenadorias de Saúde tem ao menos uma URSI de referência, o que faz com que todas as UBS tenham uma URSI de referência para matriciamento e direcionamento dos casos de idosos frágeis. Seguimos buscando a adequação de recursos humanos (RH) das equipes de URSI existentes (13 no total) com a contratação de profissionais para compor a equipe multiprofissional. Existe um conhecido déficit de RH e as metas atuais foram calculadas de acordo com a quantidade de profissionais atuantes, logo o cálculo é proporcional ao tamanho das equipes, e a produção (quantidade de atendimentos) é monitorada para cada profissional. Atualmente as URSI não atuam em sua capacidade máxima de atendimento pela falta de profissionais, mas, atingem a meta proporcional para cada profissional que está atuando.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/ATSPI

<b>2.15.1. Implantar 15 novas equipes de PAI</b>	
<b>Demanda CMS</b>	A SMS apresentou a PAS 2022 um ano antes da sua execução, no entanto mesmo sabendo que deveria executar as ações que aqui neste caso era a implantação de 2 PAI entregou apenas 1 e agora justifica que não tinha dinheiro para implantar a 2 equipe, qual o motivo da restrição orçamentária?
<b>Devolutiva</b>	Houve dificuldades de conclusão do processo de implantação da segunda equipe PAI prevista para 2022, que levaram ao aumento dos esforços no ano seguinte para garantir o orçamento e executar a meta, com a atualização da entrega prevista de 08 para 15 equipes PAI alinhada com a iniciativa D – Meta 17 do Programa de Metas da prefeitura. Assim, as entregas de 2023 (05 equipes PAI) puderam compensar o atraso do ano anterior.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/ATSPI

### 2.17.1. Elaborar e publicar protocolo de atuação conjunta dos equipamentos socio sanitários

<b>Demanda CMS</b>	Por que o protocolo da enfermagem não foi finalizado?
<b>Devolutiva</b>	Houve a publicação de Protocolo preliminar de atuação conjunta entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS e a Secretaria Municipal de Saúde - SMS nos serviços socio-sanitários. A elaboração do protocolo depende da Câmara Técnica que foi suspensa, assim esta ação não pôde ser finalizada. Por orientação da SMADS os serviços não devem mais ser chamados de “socio-sanitários”, mas sim socioassistenciais. Existem ainda questões de interpretação de normas sobre a atuação das equipes de saúde nos equipamentos de SMADS que precisam ser mais bem alinhadas com a Secretaria de Saúde.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/ATSPI

### 2.18.2. Implantar fluxo para aprimorar o acesso à reabilitação pós alta hospitalar em 6 hospitais municipais

<b>Demanda CMS</b>	Por que a ação 2 não aconteceu? Como o valor base pode ser o mesmo da meta anual?
<b>Devolutiva</b>	O valor-base do indicador apresentado para esta meta no RAG 2022 é igual a zero. E a entrega realizada em 2022 foi de implantação de fluxo de encaminhamento para reabilitação após a alta hospitalar em 02 hospitais municipais, assim como estabelecido para a meta anual. A meta segue em andamento, mas a ação nº 2, "Solicitar criação de procedimento municipal que permita registro e monitoramento de ações de matriciamento realizadas pelos CER ", deixou de ser necessária para o avanço da meta. Isto aconteceu porque foi criado um procedimento federal para este registro e acompanhamento.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/PCD

### 2.19.2. Implantar Equipes Especializadas nas STSs que não possuem este atendimento e ampliar as demais conforme necessidade regional, segundo a Lei N° 13.431/17

<b>Demanda CMS</b>	Se a ação não foi realizada, ou seja, não foi realizado aditivos nos contratos de gestão para contratação de equipes especializadas como a meta pode ter sido atingida? Outro ponto é que se o valor base é de 18,5% e a meta de 2022 é o mesmo valor, que conta é essa?
<b>Devolutiva</b>	O valor-base foi corrigido e a meta anual 2022 previamente proposta era inferior ao valor-base correto. Portanto, a meta anual de 2022 foi ajustada ao novo valor para não retratar a expectativa de uma redução em relação à 2019. O aumento dos valores foi projetado para ocorrer a partir de 2023, sem prejuízo da entrega quadrienal, dentro do período do plano, que deverá ser de 100%. Naquele momento havia cinco Supervisões Técnicas de Saúde com Equipe Especializada em Violência ( $5/27 \times 100 = 18,5\%$ ).
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CAB/Violência

<b>2.20.1. Monitorar anualmente o cumprimento dos critérios de avaliação estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelos 6 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs)</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Por que a ação 3 não foi realizada?</i>
<b>Devolutiva</b>	A proposta de implantação dos Fóruns de Matriciamento em Saúde do Trabalhador foi alterada, pois foi percebida a necessidade de formação e capacitação da rede como etapa de preparação para os fóruns. Assim, no ano de 2022, foram realizadas três oficinas sobre o tema, no formato remoto. As programações seguintes atenderam a essa necessidade. Em 2023, houve a realização de Seminário de Matriciamento em maio. Realizamos também de agosto a dezembro de 2023 o Curso de Saúde do Trabalhador na RAS que tem também como objetivo a sensibilização para a formação dos Fóruns. Com estas etapas concluídas, o cronograma de implantação do Fóruns deverá ocorrer em 2024 e 2025.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COVISA/DVISAT

<b>2.21.1. Aumentar em 15%, em relação ao ano anterior, o número de pessoas cadastradas para PrEP na Rede Municipal Especializada em IST/Aids (RME IST/Aids) e em serviços de atenção integral à saúde de pessoas trans, travestis e com outras vivências de variabilidade de gênero</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Na atualização da meta proposta na página 176 não consta o total de pessoas cadastradas no Prep, já na justificativa aparece o total de cadastrados, como é possível utilizar unidade de medida percentual se não há o valor de cadastrados. Outro ponto é que não parece ter um crescimento de 142% de cadastrados. OBSERVAÇÃO: ambas as metas traziam valor base 0, mas na justificativa tinham valor base. É extremamente importante apresentar o valor base, pois sem isso fica difícil saber de onde saímos e onde desejamos chegar.</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 250 RAG2022 atualizado	Considerando os apontamentos realizados pelo Conselho Municipal, iremos corrigir o valor-base para "100" porque a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) foi implementada em 2021. Logo a proporção de pessoas cadastradas em uso de PrEP em 2021 é de 100% da proporção em relação à 2020, quando não existia PrEP. O número de cadastros no ano (23617) em relação ao anterior (16552) foi apontado na justificativa do resultado de 2022. Pelo cálculo do indicador: $23617/16552*100=142,9$ . Assim o aumento no ano foi de 42,9% e esta informação será corrigida na republicação do RAG 2022.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/IST-AIDS

2.21.2. Aumentar em 5%, por ano, o número de testes para diagnóstico do HIV nos equipamentos municipais de saúde	
<b>Demanda CMS</b>	<i>OBSERVAÇÃO: ambas as metas traziam valor base 0, mas na justificativa tinham valor base. É extremamente importante apresentar o valor base, pois sem isso fica difícil saber de onde saímos e onde desejamos chegar.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 252 RAG2022 atualizado	Considerando os apontamentos realizados pelo Conselho Municipal, iremos corrigir o valor-base para "100" para facilitar o acompanhamento da ampliação dos resultados da meta.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/IST-AIDS

2.22.1. Implantar 5 Centros da Dor	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Na correção pontual na pag. 177 consta que o valor base é 0 no entanto na justificativa em 2021 já tinha sido inaugurado um centro da dor, o que faz com que o valor não seja 0. Desta forma não pode-se contar o centro da dor inaugurado na sudeste dentro dos 5 centros da dor propostos na correção pontual.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 255 RAG2022 atualizado	O Centro da Dor da CRS Sudeste entregue em 2021 não está sendo contabilizado no valor de implantações do período 2022-2055, tanto que o resultado anual é igual a "02". A área responsável trouxe como informação adicional na justificativa o total de equipamentos em funcionamento no município (3), após as novas implantações (2). Considerando o apontamento do Conselho Municipal, na tentativa de facilitar a compreensão e dar transparência ao total de serviços em funcionamento, realizaremos a adequação do valor-base para "1" em 2021, quando existia, antes das ações de implantação programadas, 01 Centro de Dor na região Sudeste.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/DAE

2.22.3. Implantar 30 novos equipamentos de saúde	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Observação: Esta meta dificulta a compreensão do cidadão, pois da a impressão que ser implantado 12 novos equipamentos diferentes dos outros pactuados. Solicitamos não mais utilizar este tipo de meta.</i>
<b>Devolutiva</b>	O resultado apresentado para o indicador desta meta engloba também a entrega dos equipamentos que estão programados em outras metas. Todos os equipamentos contabilizados para este resultado são descritos em sua justificativa. O apontamento do Conselho Municipal será considerado para o planejamento futuro.
<b>Área responsável</b>	ASPLAN

<b>2.24.1. Aumentar o atendimento realizado pelo SAMU dos casos de urgência e emergência para 70% em relação a demanda</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A ação para o ano em ambas as metas era contratar RH o que não aconteceu, agora devemos considerar a ação ou o suposto atingimento da meta, mesmo sem saber qual era a demanda inicial e a demanda atual?</i>
<b>Devolutiva</b>	Esclarecimento sobre os valores apresentados: em 2020, foram 195314 ocorrências atendidas de 329223 total de ocorrências demandadas, totalizando 59,3 % de atendimento da demanda. Em 2022, foram 223625 ocorrências atendidas de 388263 total de ocorrências demandadas, totalizando 57,6% de atendimento da demanda. Apesar de não termos atingido a meta prevista para o ano de 2022, verificamos que houve aumento importante na demanda, com de mais de 28 mil de chamados de diferença. E, mesmo sem a conclusão da ampliação do número de profissionais, também ocorreu aumento do número de ocorrências atendidas, com mais de 59 mil atendimentos de diferença. As ações para garantir a ampliação de recursos humanos foram continuadas em 2023. Em virtude do apontamento do Conselho Municipal, buscaremos apresentar os valores absolutos utilizados para o cálculo dos resultados em publicações futuras.
<b>Área responsável</b>	SEAH/SAMU

<b>2.25.1. Aumentar em 15% o percentual de atendimento de ocorrências em Saúde Mental</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A ação para o ano em ambas as metas era contratar RH o que não aconteceu, agora devemos considerar a ação ou o suposto atingimento da meta, mesmo sem saber qual era a demanda inicial e a demanda atual?</i>
<b>Devolutiva</b>	Esclarecimento sobre os valores apresentados: em 2020 foram 9954 ocorrências atendidas de 25493 total de ocorrências demandadas, totalizando 39% de atendimento da demanda de saúde mental. Em 2022, foram 13707 ocorrências atendidas de 31542 total de ocorrências demandadas, totalizando 43,5% de atendimento da demanda. Apesar de não termos atingido a meta prevista para o ano de 2022, verificamos que houve aumento importante na demanda, com de mais de 3700 de chamados de diferença. E, mesmo sem a conclusão da ampliação do número de profissionais, também ocorreu aumento do número de ocorrências atendidas, com mais de 6mil atendimentos de diferença. As ações para garantir a ampliação de recursos humanos foram continuadas em 2023. Em virtude do apontamento do Conselho Municipal, buscaremos apresentar os valores absolutos utilizados para o cálculo dos resultados em publicações futuras.
<b>Área responsável</b>	SEAH/SAMU

<b>2.26.1. Capacitar 75% dos profissionais do SAMU/192 (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e condutores em atividade)</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como a única ação teve ponderador 0 e a justificativa indica o alcance melhor do que o pactuado?</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 268 RAG2022 atualizado	Em virtude do apontamento do Conselho Municipal, foi possível identificar que houve um erro na apresentação dos resultados da ação nº 1, que foi concluída ou igual a 10. O resultado considera 940 profissionais capacitados no ano de 2022, ou seja mais de 56% dos profissionais do SAMU.
<b>Área responsável</b>	SEAH/SAMU

<b>2.27.1. Reduzir o Tempo Resposta de atendimento das ocorrências Echo em 5 minutos</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como a única ação teve ponderador 0 e a justificativa indica o alcance melhor do que o pactuado?</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 269 RAG2022 atualizado	Em virtude do apontamento do Conselho Municipal, foi possível identificar que houve um erro na apresentação dos resultados da ação nº 1., que foi concluída ou igual a 10. A meta foi alcançada após ajustes no protocolo de classificação das ocorrências e da alteração do fluxo de trabalho. Um dos protocolos revistos foi o Despacho Imediato no caso de Parada Cardiorrespiratória, onde após abertura do chamado, o mesmo é direcionado automaticamente para o sistema do Rádio Operador que envia a ambulância mais próxima, enquanto o médico regulador realiza contato.
<b>Área responsável</b>	SEAH/SAMU

<b>2.28.1. Dar maior resolutividade ao atendimento dos casos de maior complexidade na linha de cuidado Oftalmologia - Glaucoma, reduzindo o número de APACs reprimidas em 20%</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta apresentada era aparentemente muito abaixo da capacidade de execução?</i>
<b>Devolutiva</b>	Quando o Plano Municipal de Saúde foi elaborado, em 2021, estávamos em negociação, buscando prestador (es) que aceitassem o desafio de tentar a redução da fila de espera para "Avaliação Glaucoma", que vinha praticamente estacionada há anos, com oferta escassa. Após a contratação, ainda não era possível avaliar a capacidade real de atendimento, pois envolvia a necessidade de o prestador executar reformas no estabelecimento de atendimento. Por isso, as metas estabelecidas não foram ainda mais ousadas, e respeitaram o limite reconhecido para aquele momento. Após as reformas com instalação de um ambiente específico para o atendimento (incluindo os exames necessários, que são realizados no mesmo dia), foram iniciados os procedimentos contratados com boa capacidade de atendimento. Esse processo resultou na resolução da fila de espera. Atualmente, a regulação para "Avaliação Glaucoma" acontece de acordo com a prioridade de risco e qualificação da fila de espera, não havendo usuários com casos graves aguardando em fila de espera.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CREG

<b>2.29.1. Implantar a teleassistência em 100% dos equipamentos com serviços ambulatoriais no município</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A ação proposta na meta não foi atingida, desta forma como a meta foi realizada? A aquisição de equipamentos não deveria constar em uma ação?</i>
<b>Devolutiva</b>	Realmente houve um equívoco na justificativa da meta, conforme apontamento do Conselho. Meta anual estava com ações em andamento e que foram concluídas de fato em 2023. Houve em 2023 uma reprogramação das ações para facilitar o entendimento e cumprimento das ações considerando a complexidade para atingimento da meta proposta. Continuamos com adequação de infraestrutura, como: a locação de computadores, impressoras, headset e webcams; aprimoramento da rede lógica (pontos de rede e elétrica) com criação de novos pontos; e adequação das velocidades dos Links e equipamentos de segurança como por exemplo Firewall. Adicionalmente, o Departamento da Tecnologia da Informação e Comunicação - DTIC, juntamente com o Comitê do E-Saúde, vem adequando as necessidades das áreas envolvidas em customizações e desenvolvimento de melhorias do APP e-SaúdeSP e SIGA Saúde.
<b>Área responsável</b>	SEGA/DTIC

<b>2.30.2. Ampliar o Programa Permanente de Controle Reprodutivo de Cães e Gatos (PPCRG) com incremento de 20% no número de animais castrados em estabelecimentos veterinários contratados em áreas de maior vulnerabilidade no município</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Observação: na justificativa apresentou-se o valor base, no entanto na meta não há valor base. Novamente saímos no escuro.</i>
<b>Devolutiva</b>	O valor-base para esta meta é igual a zero, porque o indicador fala sobre a mudança de percentual ou porcentagem de aumento nos animais castrados. O número inicial de castrações é a média do número de castrações anuais de 2017 a 2020, ou seja, 90.923 animais castrados, valor apresentado na forma de cálculo. Em 2022, foram castrados 102.755 animais, ou seja, uma variação percentual de 13,01%.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COSAP

<b>2.30.3. Implantar o Programa de Reabilitação Comportamental de cães com histórico de agressão removidos pela Prefeitura e realizar a reabilitação comportamental de 30% dos cães removidos, visando promover a reintrodução dos mesmos na sociedade por meio da adoção de forma segura, reduzindo o tempo de permanência dos cães nos alojamentos municipais e permitindo a remoção de novos animais, conforme critérios de risco à saúde pública</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A justificativa apresenta 77 animais que não foram liberados, depois 19 de 33 foram treinados, quantos animais são na verdade? Referente as dificuldades sistêmicas estas estão sendo resolvidas?</i>
<b>Devolutiva</b>	No ano de 2021 e 2022, foram removidos 32 cães com histórico de agressão. No mesmo período, 19 animais com histórico de agressão foram adotados e/ou considerados aptos para adoção. Nos canis de manutenção e adoção de COSAP há cães mantidos que foram removidos em anos anteriores (desde 2011) e ainda não foram adotados, e alguns destes animais não estão aptos para adoção. Os 77 cães apresentados no texto, se referem a estes animais recolhidos de 2011 a 2021, que estão mantidos nos canis e não estão aptos para adoção. A forma de acompanhamento e os parâmetros da meta seguem sendo discutidos com o objetivo de aumentar a clareza das informações publicadas.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COSAP

<b>2.31.2. Ampliar a adesão dos munícipes ao Registro Geral Animal (RGA), com registro de 80% dos cães e gatos residentes no município e atualização dos registros existentes</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta não indica o total de animais em 2015, já na justificativa traz um resultado de 2010 a 2022 sendo que o PMS é 2023/2025 como pode isso?</i>
<b>Devolutiva</b>	O indicador é composto por um numerador "Número de cães e gatos com RGA" sobre o denominador "Total da população animal estimada no ISA Capital 2015" x 100, para que se chegue a uma fração expressa em percentual. O número acumulado até 2022 foi de 1.701.929 animais com Registro Geral de Animal - RGA foi 1.701.929. Já o total da população animal estimada no ISA Capital 2015 foi de 2.684.771. Assim, chegou-se ao percentual de 63,39 alcançada em 2022.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COSAP

<b>3.1.1. Implementar e aprimorar um banco de dados unificado dos casos acompanhados pelos Comitês Regionais de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação (CRASAs) em seu território de abrangência, conforme o Decreto Municipal 57.570/2016</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>O valor 13 corresponde ao total de comitês ou ao percentual dos comitês que utilização o banco de dados unificado? Quantos comitês existe na cidade de SP?</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 292 RAG2022 atualizado	Temos um total de 32 Comitês Regional de Atenção Integral à Pessoa em Situação de Acumulação (CRASA), um em cada subprefeitura. Em 2021, tínhamos 13 CRASA fazendo uso do Banco de Dados, o que equivalia a 40%. portanto, 13 era o valor absoluto. Em razão do apontamento do Conselho Municipal de Saúde, realizaremos a correção do valor-base apresentado nos documentos dos instrumentos de gestão.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/COVISA/DVZ

<b>3.9.1. Implantar a tecnologia embarcada</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A justificativa indica não haver ações programadas, no entanto existe meta programada e o alcance foi 0. O que houve?</i>
<b>Devolutiva</b>	Conforme bem observado pelo Conselho Municipal de Saúde, a ação programada para 2022 não estava de acordo com a programação do andamento da meta. Mas, a expectativa da área foi elaborar Termo de Referência e de Estudo Preliminar, para a contratação do sistema para a Tecnologia Embarcada, com apoio do Departamento de Tecnologia da Informação. Até dezembro de 2022, apenas o Termo de Referência estava em andamento. Descrevemos a seguir o objeto a ser contratado para implantação: Sistemas embarcados para Acionamento Silencioso (despacho da unidade de suporte, através de aplicativo de mobilidade operacional), com o protocolo de classificação de risco elaborado pela própria agência SAMU, Rastreador, Controle de Frotas, Controle de Ativos, Gestão de Pessoas e Prontidão Médica; Equipamentos para rastrear veículos (AVL), Smartphones com o sistema operacional Android (na versão atualizada), com e PABX. Estamos buscando adequar a Programação Anual de Saúde de 2024 para atingir a meta até 2025.
<b>Área responsável</b>	SEAH/SAMU

<b>3.10.1. Implantação e Implementação da Metodologia LEAN SIX SIGMA na Gestão Hospitalar</b>	
<b>Demanda CMS</b>	As ações 3, 4 e 5 não foram alcançadas, desta forma como pode se considerar atingido a meta se não existem indicadores a serem monitorados, não existem o fluxo e protocolos de atendimento?
<b>Devolutiva</b>	Ao longo do processo de implantação, a área técnica responsável identificou que, para alcançar a meta, seria necessário adotar outras ações. No ano de 2022, foi realizada uma capacitação em Excelência Operacional – Metodologia Six Sigma e também recepção e análise de 53 Planos de Ação para 12 hospitais, que foram concluídos. A área estimou que a meta/ação teria o alcance de 80%, e atingiu 93%. Mas, como estas ações não estão expressas na Programação Anual de Saúde, estamos trabalhando para que haja alinhamento entre o que está previsto nos instrumentos e o que a área entende como necessário para o alcance das metas na próxima programação.
<b>Área responsável</b>	SEAH/CAH

**3.12.1. Manter a porcentagem de aderência da página principal do Portal da Secretaria Municipal da Saúde na avaliação do Avaliador e Simulador de Acessibilidade em Sítios (ASES Web) acima de 95%, conforme legislação**

<b>Demanda CMS</b>	<i>Consideramos que todo o sitio eletrônico da SMS deva garantir acessibilidade, uma vez que as pessoas que necessitam desta acessibilidade por vezes não idêntica na página inicial o que buscou.</i>
<b>Devolutiva</b>	<p>O site da Secretaria Municipal da Saúde é certificado pela Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPED) e Comissão Permanente de Acessibilidade (CPA). A porcentagem de aderência da página principal aos critérios de acessibilidade é de 100%, conforme o certificado digital que pode ser consultado clicando no ícone da CPA, no rodapé das páginas do site. ASESWEB é o Avaliador e Simulador de Acessibilidade em Sítios, instituído para monitoramento das páginas de toda prefeitura, conforme PORTARIA Nº 28/SMPED-GAB. As determinações sobre a acessibilidade estão de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), acesso para a página: Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (<a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm</a>) que, em seu artigo 63, estabelece a obrigatoriedade de "acessibilidade nos sítios da internet mantidos por empresas com sede ou representação comercial no País ou por órgãos de governo, para uso da pessoa com deficiência, garantindo-lhe acesso às informações disponíveis, conforme as melhores práticas e diretrizes de acessibilidade adotadas internacionalmente". O valor de "95% de aderência" às recomendações do Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico, descrito na meta, está de acordo com a PORTARIA Nº 28/SMPED-GAB, DE 22 DE OUTUBRO DE 2019, da SMPED, que em seu § 2º determina: "O Selo de acessibilidade Digital será concedido ao conjunto de páginas eletrônicas que obtiverem percentual de aderência às recomendações do Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico de, no mínimo, 95% (noventa e cinco por cento) e cumprimento total da lista de verificação para análise manual de acessibilidade em portais e sítios eletrônicos (Anexo I). Para mais informações: Decreto Municipal nº 58.997, de 4 de outubro de 2019 (clicar <a href="#">aqui</a> para acesso), institui o Selo de Acessibilidade no Município de São Paulo; Portaria SMPED-GAB nº 28/2019, regulamenta o Decreto Municipal nº 58.997, de 04 de outubro de 2019, no que tange ao estabelecimento de critérios e procedimentos necessários para a concessão do Selo de Acessibilidade Digital (clicar <a href="#">aqui</a> para acesso).</p>
<b>Área responsável</b>	ASCOM

**3.13.1. Ampliar o alcance e aprimorar os produtos de comunicação interna já existentes, como boletins Conecta, Saúde Mais Perto/Gente, Saúde Mais Perto/Notícias, Comunicado Saúde e Calendário Saúde**

<b>Demanda CMS</b>	<i>CONSIDERAÇÃO: Todas as vezes que a meta for ampliar é necessário indicar o valor base.</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 329 RAG2022 atualizado	Ao utilizar o termo "ampliar o alcance", buscamos destacar que não estamos apenas interessados na ampliação numérica (da quantidade), mas também na variedade dos canais de comunicação disponíveis. Nesse sentido, buscamos ampliar as formas de divulgação dos produtos de comunicação e alcance para todos os funcionários da Secretaria Municipal da Saúde, com a expansão para diferentes meios como: impresso, intranet, internet, entre outros. Além disso, também buscamos: adaptar os conteúdos às preferências do público-alvo para receber informações, atendendo suas expectativas e aumentando o impacto de nossas campanhas; aumentar a visibilidade e a relevância do trabalho realizado. Em consideração às considerações do Conselho Municipal, realizaremos a adequação do texto do indicador e sua forma de cálculo, para que o acompanhamento a meta fique mais claro.
<b>Área responsável</b>	ASCOM

**3.13.2. Implantar a Intranet Mobile para integração de produtos de comunicação interna e ampliar o alcance dos funcionários ao conteúdo, serviços e produtos de CI**

**3.13.3. Implantar o monitoramento estratégico de comunicação interna e gestão de dados para engajar funcionários, nortear conteúdo e identificar lideranças**

<b>Demanda CMS</b>	<i>A justificativa na meta 3.13.2 diz que a meta foi alcançada, no entanto a justificativa da meta 3.13.3 diz que a meta não foi realizada, pois a meta da 3.13.2 não aconteceu. Como pode isso? Já na justificativa da meta 3.25.1 vemos que o desenvolvimento da intranet estava previsto para fev/23.</i>
<b>Devolutiva</b>	A meta 3.13.2 é avaliada em percentual das etapas de implantação da Intranet, ou seja, para 2022 seria 20%, para 2023 seria 50%, para 2024 seria 75%, e para 2025 100%. A meta de implantação da Intranet Mobile era de 20% das etapas programadas e foram realizadas em 50% do programado. Já a meta 3.13.3 é sobre implantação do monitoramento da comunicação interna, ou seja, envolve também a avaliação do uso da intranet. A meta 3.13.3 diz respeito a implantação do monitoramento estratégico de comunicação interna e gestão de dados, que necessita da implantação completa da intranet (meta anterior) e dos usuários cadastrados para que haja a realização da meta seguinte. De forma resumida, a "implantação do monitoramento estratégico de comunicação interna e gestão de dados" significa introduzir práticas sistemáticas para acompanhar e analisar a comunicação interna, e gerenciar dados relevantes, para aprimorar a comunicação como um todo. Sem os usuários cadastrados, é precisamos aguardar a implantação e expansão de uso para realização da meta de monitoramento.
<b>Área responsável</b>	ASCOM

3.17.1. Implantar CIPAS nos prédios do Gabinete da SMS e monitorar as CIPAS regionais	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A ação dois foi executada, porem o resultado está zerado, aqui não foi alcançado pelo menos 50% da meta?</i>
<b>Devolutiva</b>	Foi desencadeado um processo eleitoral para a composição das CIPAS nos 2 prédios do Gabinete SMS. Contudo, frente à possibilidade de mudança, considerou-se interromper o citado processo. E posteriormente estes processos foram direcionados para a Engenharia de Segurança, setor competente para viabilização de novo processo, já com o novo local definido. O desenho da meta e sua programação estão sendo revistos e os ajustes para a adequação do monitoramento serão apresentados a partir das próximas publicações dos IGSUS.
<b>Área responsável</b>	SEGA/COGEP e CAS

3.19.1. Desenvolver projeto institucional para a integração entre equipes e aprimoramento do clima institucional	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Quantas oficinas foram realizadas e qual o público em cada uma delas?</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 346 RAG2022 atualizado	O projeto Fortalecendo Vínculos na SMS contemplou a meta descrita em 100%. Foram 14 encontros, atingindo 213 trabalhadores, todos da Coordenadoria de Administração e Suprimentos - CAS/SERMAP. Todos com frequência satisfatória e plena compreensão da proposta ao dirimir dúvidas sobre a vida funcional e a Estrutura de SMS.
<b>Área responsável</b>	SEGA/COGEP

3.22.1. Implantar a Política de Confidencialidade de dados sensíveis da SMS	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Mesmo não havendo meta para 2022 havia ações propostas que não foram realizadas. Por que?</i>
<b>Devolutiva</b>	Apesar de não haver projeção de entrega anual da meta, a área programou ações para viabilizar o atingimento da mesma até 2025. Para o ano de 2022, foram programadas as seguintes ações [contratação de uma empresa de consultoria, após a criação de políticas e publicação de portaria nomeando os envolvidos]. Contudo, houve uma mudança de estratégia. Optamos por: 1) realizar a formulação da política de confidencialidade da SMS através de equipe própria; 2) atribuir a um comitê a ser instituído para tal responsabilidade. Enquanto a Política não é regulamentada através de norma compatível, a área reprogramou as ações para o ano de 2023, já expostas na PAS de 2023, e que vem sendo monitoradas através do RDQA.
<b>Área responsável</b>	SEGA/DTIC

<b>3.24.4. Realizar Inquérito Domiciliar de Saúde - ISA Capital</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A Meta era a realização do ISA-Capital em 25% dos domicílios da cidade, no entanto a justificativa aponta que apenas em dezembro foi celebrado o convenio, desta forma, como pode ter sido realizado o inquérito em 255 dos domicílios?</i>
<b>Devolutiva</b>	No Plano Municipal de Saúde 2022-2025, o indicador se refere ao percentual de ações do ISA Capital efetivadas no decorrer do período de realização do projeto. A meta é cumprir 25% das etapas a cada ano. No primeiro ano (2022), foi iniciado o processo com duas ações programadas e cumpridas, listadas a seguir: 1 - Construção multisetorial (com as áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde) do questionário a ser aplicado no inquérito; 2 - Reuniões com as universidades para a contratação dos serviços para a execução do inquérito. Esclarecemos que o ISA Capital não está programado para abordar 25% dos domicílios por ano. Serão entrevistados munícipes das diferentes regiões da cidade, em amostra definida por estudo da Faculdade de Saúde Pública da USP. O questionamento do Conselho Municipal mostrou que o indicador e o acompanhamento da sua evolução não estão claros o suficiente e, por isso, o desenho da meta está sendo revisado pela Área Responsável.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CIS/CEInfo

### 3.28.1. Implantação e revisão de manuais para parcerias com as Organizações da Sociedade Civil e Organizações Sociais

<b>Demanda CMS</b>	<i>Como a meta foi realizada sem a execução de nenhuma ação proposta? Outra coisa o MROSC não abrange as organizações de saúde, pois estas se submetem a lei do SUS e AS LEGISLAÇÕES CORRELATAS.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 363 RAG2022 atualizado	<p>A meta 3.28.1 consiste na elaboração de três tipos de manuais de acompanhamento das parcerias firmadas, acompanhadas pela Coordenadoria de Parcerias e Contratações de Serviços de Saúde – CPCS, com entidades do Terceiro Setor: 01 Financeiro; 01 Assistencial (que se divide em duas partes, uma para Atenção Hospitalar e outra para os outros níveis de atenção); e 01 sobre o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC). O pedido de esclarecimento apresentado trata do MROSC (Lei 13.019/2014), pois este não é o regime jurídico que é aplicado no caso das contratações através das Organizações Sociais de Saúde que seria o Contrato de Gestão (Lei 9.637/1998), e suas respectivas leis e normas municipais. De fato, não é, mas Contrato de Gestão não é o único tipo de parceria que é firmada entre a Secretaria Municipal de Saúde e organizações. Existem Convênios e outras parcerias regidas pelo MROSC, nas quais estão as parcerias com as entidades sem fins lucrativos por meio dos Termos de Colaboração e Termos de Fomento, como por exemplo o Termo de Colaboração nº 006/2023, firmado com o Instituto Suel Abujamra e o Termo de Fomento nº 001/2018 - Casa De Isabel. Por isso, a importância em elaborarmos um manual com diretrizes para este tipo de contratação também. Em nosso planejamento inicial, detalhado na Programação Anual de Saúde (PAS) de 2022, o manual sobre o MROSC seria o primeiro. Contudo, dado que os Contratos de Gestão compõem o maior número de parcerias sob responsabilidade desta Coordenadoria, foi verificada a necessidade de priorizar e antecipar o Manual de Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, disponível no portal de acesso à informação da SMS (clique <a href="#">aqui</a> para acessar). Como o indicador da meta trata do percentual de “Entrega dos manuais descrevendo fluxos e procedimentos para acompanhamento assistencial, financeiro e administrativo das parcerias”, sem estabelecer a ordem, entendemos que a meta anual de entregar um dos manuais (ou 33%) foi cumprida. Porém, algo que entendemos que deva ficar mais evidente com relação a meta de indicadores no RAG de 2022 e também nos próximos, é o ajuste na forma como a meta foi desdobrada, com percentual cumulativo de 25% a cada ano, o que faria sentido se considerássemos quatro produtos. Como para nós os dois o manual assistencial é um só, compreendemos que o desdobramento anual da meta deve ser ajustado para: 33,33% em 2022, 66,66% em 2023, e finalmente 100% em 2024, se mantendo em 2025.</p>
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CPCS

<b>3.29.1. Estabelecer os fluxos macros de trabalho na área de infraestrutura física para receber e processar as demandas</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não está posto na meta qual era o tempo médio (baseline) o que inviabiliza a visualização do alcance pretendido.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 365 RAG2022 atualizado	Em resposta ao apontamento do CMS, o valor do tempo médio de processamento de demandas no período de proposição da meta, no ano de 2021 (2479 dias) será apresentado na forma de cálculo das publicações dos instrumentos de gestão. "(Tempo médio de processamento das demandas de infraestrutura física / Tempo médio de processamento de demandas no período de proposição da meta em 2021 = 2479) x 100".
<b>Área responsável</b>	SEGA/CAS/Departamento de Infraestrutura

<b>3.31.1. Fortalecer a rede descentralizada de Ouvidoria do SUS, adequando-a à legislação vigente, com foco em capacitação de ouvidores da rede, na qualidade de respostas das manifestações e pedidos de informações</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Se não foi atingida a ação 1. Como a meta pode ter sido atingida?</i>
<b>Devolutiva</b>	Apesar da ação programada pela Ouvidoria para 2022 não ter sido completamente concluída, já estavam definidos responsáveis pela atividade, que tem como papel responder a ouvidorias e pedidos de informações em 90% das Áreas da Secretaria Municipal de Saúde. Inclusive parte desses servidores participou das capacitações programadas na meta. Neste período não houve prejuízo das respostas em nenhuma Área, sendo que este trabalho pode ser acompanhado mensalmente pelo Boletim Ouvidoria em Dados, que tem uma seção específica sobre e-SIC (clique <a href="#">aqui</a> para acessar), além de relatórios semestral e anual sobre as respostas aos pedidos e-SIC na página da Prefeitura (clique <a href="#">aqui</a> para acessar).
<b>Área responsável</b>	SERMAP/COCIN

<b>3.33.1. Reduzir apontamentos por eventuais irregularidades</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não foi apresentado na meta o baseline de apontamentos de eventuais irregularidades, com isso é impossível saber de onde saímos e para onde iremos. Outro ponto é: O valor 10 que esta no campo valor base é percentual ou o total de irregularidades?</i>
<b>Devolutiva</b>	A análise do Conselho é pertinente e aponta para uma necessidade de esclarecimento da fórmula de cálculo e resultados obtidos. Aproveitamos para evidenciar que a linha de base foi estimada na época de formulação do Plano foi em percentual (10%), em relação ao número de apontamentos levantados nos relatórios de prestação de contas referentes ao ano base de 2020. No entanto, quando da elaboração da meta em questão, a análise dos relatórios de prestação de contas, referente à 2020, ainda não havia sido concluída. Sendo assim, apresentamos abaixo os dados levantados até o presente momento pela área técnica desta Coordenadoria, referentes ao ano base (2020), para que seja possível a verificação dos números que venham a compor a base de cálculo. Todavia, salientamos que estamos em tratativas internas para que a referida meta seja disposta de forma mais clara no próximo RAG. Ano: 2020. Nº total de Relatórios: 57. Nº total de relatórios concluídos: 55. Nº total de relatórios em andamento e pendentes: 2. Nº total de apontamentos dos relatórios concluídos: 3.072.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CPCS

<b>3.34.1. Automação dos processos de gestão dos contratos administrativos para melhoria do controle e acompanhamento das vigências, prorrogações e aditamentos contratuais</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Na meta não estava descrito o total de contratos administrativos, o que sem a justificativa não saberíamos de onde saímos e para onde iríamos. Outro ponto é que a ação foi realizada e o ponderador continua negativo. Os 195 contratos foram inseridos em 2022 no novo sistema ou já estava inserido em algum outro sistema?</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 373 RAG2022 atualizado	O número total de contratos administrativos pode variar ao longo do período do plano municipal (entre 2022 e 2025), conforme ocorrem os termos de vigência de alguns dos contratos e novos contratos são assinados. Os números indicados na avaliação da meta correspondem ao número de contratos que existiam na época da informação. No final do ano de 2022, 195 dos 360 contratos vigentes estavam inseridos no "Sistema de Gerenciamento de Contratos Administrativos". Anteriormente, não havia outro sistema, portanto todos foram inseridos pela primeira vez neste sistema contratado em 2022. Esse foi um ganho importante para o acompanhamento pela Área, e atualmente, todos os 397 contratos vigentes já foram inseridos. Considerando a consideração feita pelo Conselho Municipal, realizaremos a adequação do denominador do indicador para "nº total de contratos administrativos vigentes no ano".
<b>Área responsável</b>	SEGA/CAS

<b>3.34.2. Unificar e integrar as informações financeiras e assistencial das parcerias</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não está descrito na meta o baseline das parcerias, o que inviabiliza a análise do percentual a ser inserido no SICAP.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 375 RAG2022 atualizado	O SICAP é um software por meio do qual as Organizações Sociais que possuem Contratos de Gestão com a Secretaria Municipal da Saúde irão preencher informações econômico-financeiras e cumprimento de metas assistenciais, auxiliando no aprimoramento do monitoramento e prestação de contas dos mesmos. Especificamente com relação ao questionamento no Conselho, informamos que a linha de base de Contratos de Gestão vigentes em 2021 é de 29. No presente momento, equipes da Secretaria estão estudando um desenho mais adequado para o monitoramento desta meta.
<b>Área responsável</b>	SEGA/DTIC; SERMAP/CPCS

<b>3.38.1. Estabelecer o índice de judicialização menor ou igual a 30% em relação às demandas avaliadas pelo Programa ACESSA SUS, ao longo de 4 anos</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Não foi possível compreender a meta no que se refere ao percentual a ser alcançado e o atingido.</i>
<b>Devolutiva</b>	Todo ano, vários munícipes recorrem à justiça a fim de requerer um item não contemplado pelo SUS. Como uma iniciativa de atender antecipadamente o munícipe e reduzir a judicialização de itens, em novembro de 2019 o Município aderiu ao Programa ACESSA SUS, uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde, Tribunal de Justiça, Ministério Público de SP e Defensoria Pública de SP. O Programa oferece ao cidadão uma porta de entrada para análise administrativa de pedidos de medicamentos, itens nutricionais e insumos da área da saúde não contemplados pelo SUS, em caráter de excepcionalidade. Uma equipe técnica da SMS é responsável pela avaliação dos itens solicitados administrativamente pelas unidades da rede municipal de saúde. Após análise do item solicitado, caso haja pertinência técnica, será iniciado um processo de compra/fornecimento do item. De outro lado, caso haja uma negativa na solicitação, serão prestadas, no Parecer Técnico, as justificativas técnicas para o não fornecimento do item. No caso de medicamentos, será indicada uma alternativa terapêutica que conste numa das listas padronizadas de medicamentos do SUS. Portanto, a iniciativa tem como objetivo a redução na judicialização. E este efeito é verificado quando realizamos o cálculo do índice de judicialização ao final do ano (nº de ações judicializadas avaliadas pelo ACESSA SUS/nº total de solicitação avaliadas pelo ACESSA SUS) a partir do banco de dados das demandas recebidas em nosso Departamento. A meta e o valor base estão distantes dos 30% estipulados pois em 2020 o Programa ainda estava iniciando no município e na época não sabíamos como iria se comportar os casos judicializados provenientes de análises administrativas prévias pelo Programa ACESSA SUS municipal. podemos estudar um ajuste sobre este percentual no futuro, após termos uma série histórica mais consistente.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/DJES

<b>3.39.1. Manter o Tempo Médio de Espera de Mamografia em no máximo 60 dias</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Se o valor base desta meta era 25,5 dias para acesso a exame de mamografia, por que diabos a meta era manter em no máximo 60 dias? E pior saímos de 25,55 dias para 42 dias?</i>
<b>Devolutiva</b>	Com base nos fluxos regulatórios utilizados, consideramos um TMA (Tempo Médio de Agendamento) de até 60 dias para casos ambulatoriais (não urgentes), um período adequado. É com este valor que trabalhamos, embora em algumas ocasiões ele diminua ou se estenda. Ter um TMA que pode realmente ser executado e mantido melhora a organização dos atendimentos na Rede de Atenção à Saúde. Essa é uma meta que pode ser revisada no futuro, conforme o desempenho nos próximos anos.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CREG

<b>3.39.2. Manter o Tempo Médio de Espera de RNM s/ sedação em no máximo 60 dias</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Se o valor base era 52,15 dias para realização do exame, ai nossa meta é aumentar o tempo de espera para realização do exame?</i>
<b>Devolutiva</b>	Com base nos fluxos regulatórios utilizados, consideramos um TMA (Tempo Médio de Agendamento) de até 60 dias para casos ambulatoriais (não urgentes), um período adequado. É com este valor que trabalhamos, embora em algumas ocasiões ele diminua ou se estenda. Ter um TMA que pode realmente ser executado e mantido melhora a organização dos atendimentos na Rede de Atenção à Saúde. Essa é uma meta que pode ser revisada no futuro, conforme o desempenho nos próximos anos.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CREG

<b>3.39.3. Manter o Tempo Médio de Espera de TC s/ sedação em no máximo 60 dias</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como o valor base é 23,75 dias e a meta pode ser 60 dias com resultado de 30 dias. Estamos retrocedendo no tempo de espera?</i>
<b>Devolutiva</b>	Com base nos fluxos regulatórios utilizados, consideramos um TMA (Tempo Médio de Agendamento) de até 60 dias para casos ambulatoriais (não urgentes), um período adequado. É com este valor que trabalhamos, embora em algumas ocasiões ele diminua ou se estenda. Ter um TMA que pode realmente ser executado e mantido melhora a organização dos atendimentos na Rede de Atenção à Saúde. Essa é uma meta que pode ser revisada no futuro, conforme o desempenho nos próximos anos.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CREG

<b>3.39.4. Manter o Tempo Médio de Espera de USG Geral em no máximo 60 dias</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Apesar da meta ser considerada um retrocesso, pois sairíamos de um tempo 43,8 dias e passaríamos para 60 dias o máximo atingiu-se 34 dias. Qual o motivo de manter o tempo máximo em 60 dias se já demonstrou-se que é possível realizar em menor tempo?</i>
<b>Devolutiva</b>	Com base nos fluxos regulatórios utilizados, consideramos um TMA (Tempo Médio de Agendamento) de até 60 dias para casos ambulatoriais (não urgentes), um período adequado. É com este valor que trabalhamos, embora em algumas ocasiões ele diminua ou se estenda. Ter um TMA que pode realmente ser executado e mantido melhora a organização dos atendimentos na Rede de Atenção à Saúde. Essa é uma meta que pode ser revisada no futuro, conforme o desempenho nos próximos anos.
<b>Área responsável</b>	SERMAP/CREG

<b>3.40.1. Implantar prontuário eletrônico em 100% das UBS</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Nenhuma das ações propostas foram realizadas. Como a meta pode ter sido alcançada?</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 396 RAG2022 atualizado	Com fins de contribuir para o atingimento desta meta, o Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação (DTIC) propôs três ações a serem implementadas em 2022 que, em síntese, envolvem: adquirir equipamentos; implantar; e monitorar a implantação. Estas ações foram realizadas em 2022 e superaram o inicialmente planejado, pois conseguiram implantar a infraestrutura adequada em 70% dos equipamentos. Contudo, houve um equívoco metodológico no registro das ponderações. Por se tratar de ações contínuas, e que seguiriam no ano de 2023, a área considerou que não deveria ter atribuído a pontuação máxima para aquele ano. O equívoco será corrigido no RAG.
<b>Área responsável</b>	SEGA/DTIC

<b>4.1.1. Confirmar em 80% o número de pessoas cadastradas na ESF que referem ser portadora de HAS</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Ao alterar o valor base e a unidade de medida, ficou mais difícil de acompanhar o alcance dos indicadores. Outro ponto é: Como é possível colocar o ano base 2022 se a programação e o RAF são de 2022, ou seja, não havia dados do período.</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 401 RAG2022 atualizado	Houve erro na publicação do RAG2022. Com a revisão da unidade de medida do indicador, foram modificados equivocadamente o valor-base e metas anualizadas. Conforme os apontamentos realizados pelo Conselho Municipal, revisaremos a publicação do RAG2022 com apresentação do valor-base em 2021 e com a correção de valores para as metas anuais. O diagnóstico dos 16.000 hipertensos autodeclarados (cadastro individual e-SUS) começou a ser avaliado a partir de 2022 com os critérios de desempenho do Previne Brasil, até 2021 não há relatórios porque nos dois anos de pandemia os municípios recebiam o repasse do MS como 100% alcançado.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Butantã

<b>4.2.1. Ampliar em 25% o número de registros da informação PCD na população cadastrada nas UBS do território</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>RECOMENDAÇÃO: Existem aproximadamente 1 milhão de pessoas com deficiência na cidade de SP e buscar o acréscimo de 700 atualizações do sistema é muito baixo perto do potencial e do papel das unidades de saúde da cidade de SP. Para tanto recomendamos que a meta seja muito mais agressiva.</i>
<b>Devolutiva</b>	A população da STS Butantã, estimada para 2023, é de 465.228 habitantes. Considerando que a porcentagem de usuários sem plano de saúde é de 56,8%, seriam 264.250 pessoas SUS dependentes. Desta população SUS, a cobertura de ESF no território é de 72,5%. Isto posto, ao analisarmos os cadastros individuais de ESF temos 2% de pessoas que, no e-SUS, o que equivale a 5.285 pessoas com deficiência. Iniciamos o processo em Set/2021 com 2804 pessoas cadastradas como PcD no SIGA, que corresponde a 53% do total esperado. Com o acréscimo previsto na meta, vamos chegar a 66%, ou seja, 2/3 da população PcD cadastrada. Devemos considerar ainda que parte destas pessoas são acompanhadas pelos serviços especializados, do território ou fora dele e, portanto, não terão cadastros nas UBS. Para além do aumento numérico destes cadastros, esta proposta tem proporcionado diversas ações de sensibilização de todas as equipes da atenção básica e atenção especializada para identificação das pessoas com deficiência e suas necessidades de saúde, que vão além da atenção em reabilitação e temos constatado um aumento assistencial às pessoas com deficiência do território.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Butantã

<b>4.5.1. Examinar, no mínimo, 70% dos contatos TB anualmente</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Qual a justificativa para saída de 28% no valor base inicial para 40,4% no valor atual?</i>
<b>Devolutiva</b>	O cálculo inicial do indicador estava com o numerador e denominador trocados, sendo corrigido para nº de contatos examinados/ nº de contatos identificados x100, chegando ao valor, confirmado por COVISA, de 40.4 para o território da Capela do Socorro, para o ano base de 2020.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Capela do Socorro

<b>4.6.1. Aumentar em 10% a testagem rápida para sífilis ao ano</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>RECOMENDAÇÃO: Recomendamos que continuemos nos desafiando na busca pelo aumento de testagem nos próximos anos independente de termos alcançado a meta do quadriênio, pois consideramos que quanto mais melhor.</i>
<b>Devolutiva</b>	Recomendação acatada, pois trata-se de uma meta de extrema importância para o território, cujo indicador é constantemente monitorado pelas áreas técnicas da Saúde da Criança, Mulher e LGBTI. Para sua consecução, a Supervisão tem desempenhado quatro grupos de ações contínuas: sensibilizar profissionais da Atenção Básica para realização do Teste Rápido - TR; ofertar novas capacitações e treinamentos para outros profissionais; Supervisão das ações de testagem através do monitoramento do SISLOGLAB, onde é visualizado a movimentação dos TR de cada unidade (testes realizados, reagentes, não reagentes, perdas, erros, consumo mensal e novas solicitações); e finalmente a divulgação de testagem pelos agentes de prevenção no território.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Capela do Socorro

<b>4.8.1. Diminuir a taxa de incidência da Sífilis congênita do território</b>	
<b>4.11.1. Implantação das PICS em 100% das UBS</b>	
<b>4.19.1. Diminuir em 5% ao ano o coeficiente de mortalidade materno do território</b>	
<b>4.41.1. Aumentar a realização de exame citopatológico de colo uterino</b>	
<b>4.42.1. Reduzir em 40% a incidência de sífilis congênita no território</b>	
<b>Demanda CMS 1</b>	<i>As metas são regionalizadas ou no âmbito da cidade de São Paulo?</i>
<b>Demanda CMS 2</b>	<i>Observação: As metas referentes a exames citopatológicos estão confusos, não se sabe se é regionalizado ou da cidade.</i>
<b>Demanda CMS 3</b>	<i>Esta meta é regional ou da cidade, uma vez que constam duas metas que tratam da redução de sífilis.</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 419 RAG2022 atualizado	Na primeira etapa de elaboração do Plano Municipal de Saúde (2022-2025), foram definidas três diretrizes que também funcionam como eixos para a organização dos objetivos e metas para o período: 1 - Garantir a atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase nos principais problemas de saúde identificados no município; 2 - Aprimorar o acesso à saúde com o fortalecimento das redes de atenção à saúde; e 3 - Fortalecer a gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação e do modelo de gestão em Saúde. E, de forma inédita, compreendemos ser necessário envolver a gestão territorial através das 27 Supervisões Técnicas de Saúde que contribuirão com duas metas cada, totalizando 54. Para abarcar estas prioridades locais, foi criada a Diretriz 4 - Garantir a atenção integral e equidade no acesso à saúde, observadas as especificidades dos territórios municipais. Sendo assim, todas as metas que se encontram dentro desta Diretriz, e que, portanto, começam com o número 4, se referem a metas territoriais ou regionalizadas. Considerando os questionamentos do Conselho Municipal, buscaremos deixar essa informação mais clara, com destaque para as regiões responsáveis pela meta, descrevendo o nome dos territórios relacionados sempre que possível.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Casa Verde-Cachoerinha; Ermelino Matarazzo; Itaim Paulista; Santo Amaro-Cidade Ademar

<b>4.10.1. Aumentar a cobertura de pneumocócica-10, rotavírus e 2ª de SCR</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como é que saímos de 89,7% de cobertura das vacinas selecionadas na meta inicial (dados base) e fomos para 33% na meta atual (dados base)? Outro ponto é que não ficou muito nítido a divisão do percentual a ser alcançado anualmente. Outra questão é: A 2ª dose da SCR não atingiu os 95% o que impacta o percentual total a ser atingido, desta forma como é que a meta foi alcançada? Outra coisa 33% de que? De crianças elegíveis? De aumento sobre os 33% do valor base?</i>
<b>Devolutiva</b>   P. 423 RAG2022 atualizado	<p>Considerando o apontamento do Conselho, percebemos que a descrição da meta e da fórmula de cálculo pode ser melhorada. Mas, respondemos aqui diretamente as questões levantadas. Com relação ao primeiro bloco de questionamento, informamos que a alteração foi realizada para seguir a mesma metodologia do Programa de Metas. Assim, o cálculo das metas deixou de ocorrer com o acúmulo gradativo de % no final dos quatro anos do plano, chegando a 95% em 2025, para serem monitoradas anualmente. Como a meta trata de imunizantes selecionados, que no caso da STS Cidade Tiradentes são três, dividimos o valor de 100% entre eles. Assim, para pontuar o valor de cada um anualmente, o atingimento da proporção preconizada para cada imunizante teria o valor de 33% no ano, e estaria condicionado ao atingimento de 95% da cobertura para pneumocócica e a segunda dose de CRS, e 90% para rotavírus. Tais preconizações são determinadas pela Organização Mundial da Saúde, no Brasil o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Imunização (PNI), e monitoradas pela equipe de COVISA. Se um dos imunizantes atingisse a meta preconizada, o valor da STS seria 33,3%, se fossem dois 66,6% e se fossem os três 100%. Com relação ao segundo bloco de questionamento, que trata do ano de 2022, esclarecemos que das três vacinas previstas na meta, duas alcançaram a cobertura preconizada em 2022. Os resultados foram: Pneumo 96,2% (meta preconizada: 95%, menores de 1 ano), Rotavírus 93,9% (meta preconizada: 90%, menores de 1 ano) e 2ª SCR 74,7% (meta preconizada: 95%, faixa etária de 4 a 6 anos). Sendo assim o resultado de acordo com a nova metodologia foi um alcance de 66,6% no ano. A forma de cálculo das coberturas vacinais sempre foi: Número de doses aplicadas do Imunizantes nas crianças da faixa etária preconizada / Número de crianças da faixa etária preconizada x 100 (sempre referentes as crianças residentes no território da STS Cidade Tiradentes, por se tratar de uma meta do território). No próximo RAG, apresentaremos nova redação que explicita a composição do indicador e forma de cálculo.</p>
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Cidade Tiradentes

**4.12.1. Monitorar o Estado Nutricional de 50% da população maior de 25 anos atendida nas UBS, visando a vigilância alimentar e nutricional através de marcadores antropométricos e de consumo alimentar pra a identificação das vulnerabilidades**

<p><b>Demanda CMS</b></p>	<p><i>Na adequação pontual, pag. 189 não traz a estimativa populacional dentro de recorte proposto. Outro ponto é que não está nítido a divisão do percentual a ser buscado anualmente uma vez que a soma dos percentuais anuais da 55% e não 50%. Outra coisa é que no RAG não está descrito que aquela meta se refere a STS Ermelino Matarazzo.</i></p>
<p><b>Devolutiva</b></p>  <p>P. 427 RAG2022 atualizado</p>	<p>Na primeira etapa de elaboração do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) foram definidas três diretrizes que também funcionam como eixos para a organização dos objetivos e metas para o período: 1 - Garantir a atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase nos principais problemas de saúde identificados no município; 2 - Aprimorar o acesso à saúde com o fortalecimento das redes de atenção à saúde; e 3 - Fortalecer a gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação e do modelo de gestão em Saúde. E, de forma inédita, compreendemos ser necessário envolver a gestão territorial através das 27 Supervisões Técnicas de Saúde que contribuirão com duas metas cada, totalizando 54. Para abarcar estas prioridades locais, foi criada a Diretriz 4 - Garantir a atenção integral e equidade no acesso à saúde, observadas as especificidades dos territórios municipais. Sendo assim, todas as metas que se encontram dentro desta Diretriz e que, portanto, começam com o número 4, se referem a metas territoriais ou regionalizadas. Considerando os questionamentos do Conselho Municipal, buscaremos deixar essa informação mais clara, com destaque para as regiões responsáveis pela meta, descrevendo o nome dos territórios relacionados sempre que possível. Com relação à progressão anual, esclarecemos que não se trata de uma soma de cada ano, e sim de percentuais acumulados. Assim, no ano de 2022 a expectativa era 10% e em 2023 de 15%. Logo, o acréscimo foi de 5% entre 2022 e 2023.</p>
<p><b>Área responsável</b></p>	<p>SEABEVS/CRS/STS Ermelino Matarazzo</p>

**4.14.1. Aumentar em 5% anualmente a taxa de detecção de sífilis adquirida**

<p><b>Demanda CMS</b></p>	<p><i>A meta não estabelece que a detecção seria de novos casos, já a justificativa traz que o aumento foi de novos casos.</i></p>
<p><b>Devolutiva</b></p>	<p>O conceito de detecção envolve a "descoberta" e, portanto, não há como contabilizar casos conhecidos. A meta propõe aumentar em 5% anualmente a taxa de detecção de sífilis adquirida nos territórios da Freguesia do Ó e Brasilândia. Neste sentido, ela busca aumentar o diagnóstico de novos casos de sífilis por meio de aumento da oferta de testagem e efetivação das ações propostas.</p>
<p><b>Área responsável</b></p>	<p>SEABEVS/CRS/STS Freguesia do Ó-Brasilândia</p>

<b>4.18.1. Transformar os serviços de urgência e emergência Pronto Socorro Municipal (PSM) Dr. Augusto Gomes de Mattos e AMA Sacomã, por meio da ampliação de leitos, em UPAs</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Mesmo não havendo meta para 2022 existia ação programada que não foi executada.</i>
<b>Devolutiva</b>	Para alcançar a meta proposta de transformar o Pronto Socorro Municipal (PSM) Dr. Augusto Gomes de Mattos e AMA Sacomã em UPA, através da ampliação de leitos, até 2025, é necessário que a Supervisão Técnica do Ipiranga desenvolva ações que tornem esta meta viável nos anos que as antecede. Por este motivo, ela programou duas ações para o ano de 2022: a primeira de reforma; e a segunda de revisão e ajustes no Contrato de Gestão. Sobre a primeira, a Supervisão informou que o início das obras de reforma e ampliação da AMA Sacomã e PS Augusto Gomes de Mattos foram iniciadas em novembro e dezembro de 2022, respectivamente, assim que os recursos financeiros ficaram disponíveis. Essas obras seguem em andamento e estão de acordo com o cronograma previsto para entrega até 2025. Já a ação 2, não fazia sentido de ter sido programada para 2022, uma vez que é necessário realizar antes as obras e por isso ela foi reprogramada para o momento de entrega das obras.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Ipiranga

<b>4.22.1. Alcançar uma proporção de cura de 60% em 2025 de tuberculose pulmonar bacilífera</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A alteração de entrega, fez com que houvesse a redução em 5% da meta inicial., POR QUAL MOTIVO?</i>
<b>Devolutiva</b>	A solicitação do ajuste da proporção, em dezembro de 2022, ocorreu após análise de indicadores epidemiológicos e sociodemográficos do território, alinhamento entre a Supervisão Técnica de Saúde de Itaquera e Unidade de Vigilância em Saúde de Itaquera. Com o ajuste, é possível trabalhar o indicador dentro da realidade da população assistida no território, tendo em vista que a Supervisão de Itaquera tem uma proporção de população SUS dependente de 59,8% (aproximadamente 60%). Várias ações têm sido desenvolvidas para alcance da meta proposta, dentre elas a intensificação da busca ativa de contatos de tuberculose, captação precoce, aumento das testagens e a realização de teste tuberculínico ou PPD (Purified Protein Derivative), seriam calculadas em cima dessa população.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Itaquera

<b>4.27.1. Implantar uma nova UBS no território de abrangência das UBS Belenzinho e UBS Santo Estevão</b>	
<b>4.28.1. Implantar CAPS AD III Aricanduva</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Mesmo não havendo meta para o ano, foi proposta uma ação que não foi alcançada. Por quê?</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 459 e P. 461 RAG2022 atualizado	A entrega final da meta está prevista para 2025. Para que ela seja alcançada no futuro, a Supervisão Técnica Mooca-Aricanduva-Formosa-Carrão precisa planejar ações em parceria com interlocutores e parceiros. Por este motivo, a Supervisão registrou como ação para 2022 "Discussão com CRS, SMS e Conselho Gestor do território, sobre acompanhamento da construção do projeto indicado", que seria uma ação contínua. Ela, inclusive, discutiu a proposta com o Conselho Gestor da STS Mooca Aricanduva em 10 de maio de 2022. Ocorre que a Supervisão Técnica entendeu que, por se tratar de uma ação contínua, a pontuação final da ponderação não seria considerada. A ponderação do documento do RAG 2022 será atualizada.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Mooca-Aricanduva-Formosa-Carrão

<b>4.29.1. Capacitar e sensibilizar 100% dos ACS do território até 2025</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Como a meta pode ter sido alcançada se as ações propostas não foram realizadas?</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 462 RAG2022 atualizado	As ações propostas foram realizadas dentro do planejamento anual, alcançando o percentual proposto. No entanto, houve um equívoco no preenchimento da ponderação de cada ação, na etapa final de avaliação em 2022. A equipe da Supervisão Técnica de Parelheiros entendeu que, por se tratar de uma ação contínua, a pontuação final da ponderação não seria considerada. A ponderação do documento do RAG 2022 será atualizada conforme os apontamentos do Conselho Municipal de Saúde, na seguinte forma:  Ações de dezembro 2022: 1. Ação realizada (ponderação 2); 2. Visitas não realizadas devido à COVID-19 e substituídas por lives e atividades remotas (onde se lê ponderação 0, leia-se 2); 3. Ação iniciada com levantamento junto a ACS sobre temas de interesse para a capacitação (onde se lê ponderação 0, leia-se 3); 4. Visitas não realizadas devido à COVID-19 e substituídas por lives e atividades remotas (onde se lê ponderação 0, leia-se 3).
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Parelheiros

4.39.1. Aumento de 50% do número de coletas até 2025, de acordo com a população alvo por UBS	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Observação: a meta não traz o tipo de exame, o tipo de exames esta descrito apenas no indicador.</i>
<b>Devolutiva</b>  P. 482 RAG2022 atualizado	Conforme solicitação do Conselho Municipal, a Supervisão Técnica Santana-Tucuruvi-Jacaná-Tremembé propôs ajustar a redação da meta 4.39.1 para: "Aumento de 50% do número de coletas de papanicolau até 2025, de acordo com a população alvo por Unidade Básica de Saúde do território da STS Santana/ Jacaná".
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Santana-Tucuruvi-Jacaná-Tremembé

4.49.1. Aumentar a razão de exames de mamografia na população-alvo	
<b>Demanda CMS</b>	<i>A meta é de abrangência da STS Vila Mariana Jabaquara, no entanto a forma de cálculo compreende o publico alvo do município. Outro ponto é a redução drástica do valor base da meta inicial para a meta atual. O que gerou a redução da própria meta a ser atingida.</i>
<b>Devolutiva</b>	De fato, a crítica é pertinente. Houve um equívoco ao ampliar o indicador para todo município. Isso se deve ao fato de que, ao longo do ano de 2022, a equipe da Assessoria de Planejamento - ASPLAN, com apoio da Coordenadoria de Epidemiologia e Informação - CEINFO, trabalhou para melhorar as informações dos indicadores relacionados as metas do Plano. O trabalho foi focado não somente em melhorar a descrição dos indicadores, como também suas fórmulas de cálculos e fontes confiáveis (aquelas captadas por sistemas, preferencialmente, e que são publicadas com frequência). Neste processo, foi proposto uma adequação na fórmula de cálculo, além de indicação da fonte que é o SISMAMA. Contudo, ao olhar para o indicador municipal, perdeu-se de vista que a meta é regionalizada. Vamos alinhar com as áreas envolvidas e corrigir o indicador no próximo RAG.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Jabaquara-Vila Mariana

<b>4.52.1. Aplicação de AMPI em, ao menos 17%, da população idosa da STS Vila Prudente/Sapopemba</b>	
<b>Demanda CMS</b>	<i>Na meta deveria conter a estimativa da população idoso do território. Na correção pontual que consideramos alteração de entrega, uma vez que inicialmente o proposto era realizar AMPI em 17% da população idosa cadastrada no território e passou a 1,17% por que?</i>
<b>Devolutiva</b>	Houve mudança no método de cálculo do indicador e na fonte para cálculo, que passou a considerar a proporção de idosos com <u>AMPI - AB completa realizada</u> em relação à <u>população idosa efetivamente ATENDIDA em consulta de profissional de nível superior nas unidades da STS Vila Prudente Sapopemba</u> . Isto ocorreu porque avaliamos que as informações no sistema SIGA são mais confiáveis com relação aos resultados que pretendemos alcançar com a meta, do que as planilhas antes utilizadas. Houve também um esforço em aproximar este indicador do plano com o indicador dos Contratos de Gestão, respeitando um pedido do território para compatibilizar estes dois instrumentos de gestão importantes. Em decorrência da mudança na fonte e fórmula de cálculo, o resultado da linha de base e as metas previstas para o período 2022-2025, precisaram sofrer a atualização, com os novos valores propostos. No entanto, a partir do apontamento do Conselho, revisitamos a dimensão da entrega esperada e observamos que os valores não estão adequadamente projetados. Continuaremos a discussão para os ajustes da meta, que serão apresentados a partir das próximas publicações.
<b>Área responsável</b>	SEABEVS/CRS/STS Vila Prudente-Sapopemba

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tem ajustado seus processos administrativos para cumprir com as determinações de gestão pela Lei Complementar nº 141 de 2012. O RAG 2022 do município de São Paulo foi elaborado em conjunto com as diferentes áreas da SMS, sendo o primeiro Relatório Anual de Gestão da nova proposta metodológica implementada pela Assessoria de Planejamento da SMS-SP para o ciclo de gestão 2022-2025.

Esta foi a primeira vez que a gestão municipal recebeu de forma tão qualificada e sistematizada a avaliação do RAG, a partir de ampla participação dos Conselhos Gestores dos territórios, que enviaram as suas considerações e demandas pelo Conselho Municipal de Saúde. E este esforço inédito deve ser reconhecido e celebrado.

Assim, considerando as recomendações do Conselho, o Gabinete da Secretaria buscou, através da ASPLAN, levar esses questionamentos do controle social para todas as áreas e supervisões técnicas envolvidas na implementação do Plano e na elaboração do RAG.

Verificamos, ao longo deste processo de revisão, que muitas críticas e questionamentos são pertinentes. E que, inclusive, resultarão em republicação do RAG 2022, e em desdobramentos para o RAG 2023 que está em processo de elaboração. Esta estratégia de revisão do instrumento se mostrou capaz de aprimorar os compromissos pactuados e manter mobilizadas as equipes para o atingimento das metas durante todo o exercício.

Seguiremos, portanto, dialogando com representantes das instâncias de controle social, especialmente o Conselho Municipal de Saúde, para aprimorar não somente nossos instrumentos, mas também nossas práticas de planejamento, gestão e prestação de contas dos programas, projetos e ações em saúde.



GAB

Gabinete  
do Secretário  
ASPLAN  
Assessoria  
de Planejamento



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE