



Manual de Planejamento do SUS Municipal

1ª edição



**Junho
de 2020**



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Manual de Planejamento do SUS Municipal

1ª edição

Junho de 2020

@2020, Prefeitura do Município de São Paulo.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte. Manual de Planejamento do SUS Municipal. | Junho/2020

Bruno Covas
Prefeito Municipal

Edson Aparecido dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Edjane Maria Torreão Brito
Secretária-Adjunta

Armando Luis Palmieri
Chefe de Gabinete

Elaboração e organização:

Solange Guedes de Oliveira - Assessoria de Planejamento

Antouan Matheus Monteiro Pereira da Silva - Assessoria de Planejamento

Julia Alcantara Rossi - Assessoria de Planejamento

Revisão:

Antouan Matheus Monteiro Pereira da Silva - Assessoria de Planejamento

Fernanda Braz Tobias de Aguiar - Assessoria de Planejamento

Solange Guedes de Oliveira - Assessoria de Planejamento

Projeto Gráfico e Editoração:

Núcleo de Criação – Assessoria de Comunicação

Manual de Planejamento do SUS Municipal

Esta obra teve como inspiração o Manual de Planejamento no SUS da Fundação Oswaldo Cruz e se baseou na experiência dos autores na Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a partir de 2018.

Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Vila Buarque

CEP 01223-906 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3397-2000

Versão eletrônica: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=284327

LISTA DE SIGLAS

AGNU - Assembleia Geral das Nações Unidas
ASPLAN - Assessoria de Planejamento
ASPS - Ações e serviços públicos de saúde
CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS - Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGPM - DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento
HSPM - Hospital do Servidor Público Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
MS - Ministério da Saúde
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU - Organização das Nações Unidas
PMS - Plano Municipal de Saúde
PAS - Programação Anual de Saúde
PIAB - Pacto de Indicadores da Atenção Básica
PPA - Plano Plurianual
RAG - Relatório Anual de Gestão
RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RREO - Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SARGSUS - Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SF - Secretaria Municipal de Fazenda
SG - Secretaria Municipal de Gestão
SGM - Secretaria Municipal de Governo
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS

Introdução	6
1. Princípios e Diretrizes Normativas do Planejamento no SUS	8
11. Breve histórico do Planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS)	8
12. Legislação aplicável ao planejamento no SUS	10
13. Instrumentos de Planejamento do SUS	12
13.1. Plano Municipal de Saúde (PMS)	13
13.2. Programação Anual de Saúde (PAS)	14
13.3. Relatório Anual de Gestão (RAG)	15
13.4. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)	16
14. SISPACTO - Pactuação Interfederativa de Indicadores: metas e indicadores	18
14.1. Breve Histórico do SISPACTO	18
14.2. Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021	19
15. Principais órgãos e instâncias envolvidos no planejamento do SUS municipal	21
15.1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/DRS	21
15.2. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS	22
15.3. Conselho Municipal de Saúde (CMS)	23
16. Sistemas Federais do Ministério da Saúde de Controle dos Instrumentos de Planejamento	23
16.1. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES	23
16.2. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS	24
16.3. Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão - SARGSUS	25
16.4. DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento - DGPM	25
2. Instrumentos de Planejamento e Gestão Governamental e o Planejamento em Saúde	26
2.1. Instrumentos orçamentários e planejamento em Saúde	26
2.2. Programa de Metas (PdM)	27
2.3. Agenda 2030 e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	28
Referências Bibliográficas	31
Anexos	34
Anexo I - Calendário Geral dos Instrumentos de Planejamento do SUS na Cidade de São Paulo	34
Anexo II - Documentos para serem elaborados e encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde, à Câmara Municipal de São Paulo, ao Tribunal de Contas do Município e à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	36
Quadro 1 - Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no estado brasileiro	10
Quadro 2 - Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no SUS	11
Quadro 3 - Instrumentos de Planejamento e periodicidade	12
Quadro 4 - Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores	14
Quadro 5 - Metodologia de Monitoramento e Avaliação do RAG	17
Figura 1 - Interface dos instrumentos de planejamento do SUS	12
Figura 2 - Fluxo da pactuação municipal e regional dos indicadores do SISPACTO	19

APRESENTAÇÃO

Este manual tem como objetivo orientar as ações de planejamento e monitoramento em saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Ele destina-se, sobretudo, às equipes técnicas responsáveis pela elaboração e acompanhamento de instrumentos de planejamento e gestão governamentais, tanto gerais quanto do SUS, nas diferentes unidades da Secretaria Municipal de Saúde. Espera-se contribuir, assim, para o alcance de um planejamento mais transparente e integrado, respeitando-se as especificidades das políticas de saúde.

Este documento foi elaborado pela Assessoria de Planejamento (ASPLAN) do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A missão, valores, visão e as principais atribuições da área são detalhadas a seguir:

Missão

Coordenar e disseminar o planejamento e o monitoramento na Secretaria Municipal de Saúde, de maneira articulada e integrada, para qualificar a gestão das políticas públicas de saúde, reconhecendo suas particularidades.

Valores

- Transparência;
- Promoção da gestão do conhecimento e documentação adequada;
- Rigor técnico e objetividade;
- Respeito às especificidades das políticas de saúde e dos diferentes grupos atendidos, sobretudo daqueles em situação de vulnerabilidade;
 - Reconhecimento e promoção da participação social;
- Transversalidade das políticas públicas;
- Fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Visão de futuro

Ser reconhecida pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos demais órgãos da Prefeitura do Município de São Paulo e por atores externos por sua qualidade técnica, eficiência e transparência no planejamento e no aprimoramento da gestão das políticas públicas.

Atribuições

Conforme o decreto municipal nº 57.857/2017, ASPLAN é a unidade responsável por coordenar o processo de planejamento no nível estratégico e tático da SMS, com destaque para a elaboração - em parceria com as demais unidades administrativas da Secretaria e Coordenadorias Regionais de Saúde - dos instrumentos de gestão do SUS:

- Plano Municipal de Saúde;
- Programações Anuais de Saúde;
- Relatórios Anuais de Gestão.

Além dos instrumentos de gestão do SUS, a Assessoria também apoia o gabinete da SMS nas ações relacionadas à construção e monitoramento dos instrumentos gerais de planejamento e gestão governamental, além de apoiar o monitoramento de conjunto definido de indicadores, conforme a seguir:

- Plano Plurianual (PPA);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Lei Orçamentária Anual (LOA);
- Programa de Metas (PdM).
- Coordenação para alimentação dos indicadores disponíveis na plataforma ObservaSampa;
 - Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à área da Saúde.

Além disso, como resultado do planejamento da área para os anos de 2020 e 2021, serão atividades prioritárias:

- realização de formações em planejamento

para a SMS;

- apoio na disseminação dos instrumentos de planejamento;
- sistematização de informações sobre obras e reformas para seu monitoramento;
- promoção da articulação e compatibilização entre as políticas setoriais e os instrumentos de planejamento;
- integração do planejamento orçamentário;
- maior vinculação entre planejamento e desenvolvimento institucional;
- a avaliação de ações/políticas e análise de indicadores disponíveis em saúde. Algumas dessas atribuições já são executadas pela área, mas não todas, da forma como se considera adequado.

O manual é, portanto, ação importante para a consolidação da estratégia da Secretaria Municipal de Saúde para promoção de um planejamento mais integrado, transparente, efetivo e eficaz. Por meio da Assessoria de Planejamento, e em observação a suas atribuições, objetiva-se, com o manual, disseminar o conhecimento em planejamento e aprimorar sua gestão, o que contribuirá para o alcance dessa maior integração no município. Para isso, consolidam-se, neste documento, as principais informações, diretrizes e legislações referentes ao planejamento em saúde no município de São Paulo. Pretende-se subsidiar tanto os responsáveis pela coordenação da elaboração dos instrumentos apresentados quanto os coordenadores de unidades na definição e acompanhamento de metas e ações.

Este documento está dividido em dois capítulos principais. No primeiro, abordam-se os princípios e as diretrizes normativas do planejamento no SUS. O segundo, por sua vez, apresenta os principais instrumentos de planejamento e gestão governamental gerais e suas relações com o planejamento em saúde.

O primeiro capítulo divide-se em seis seções. Na primeira seção, há breve histórico do planejamento no Sistema Único de Saúde. Na segunda, apresenta-se, de maneira geral, os principais instrumentos normativos que orientam e regulamentam o planejamento no SUS. O quadro geral apresentado nessas duas primeiras seções auxiliam, nesse sentido, na compreensão do quadro geral do planejamento em saúde, que será útil para a compreensão dos instrumentos específicos e das exigências legais, discutidos mais profundamente nas seções seguintes.

Na seção três, são apresentados os principais aspectos referentes aos instrumentos

de planejamento, monitoramento e prestação de contas do SUS, regulamentados, sobretudo, pela Lei Complementar nº 141/2012 e pela Portaria nº 2.135/2013. Discutem-se, nesta sequência, o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior.

O tema da seção quatro é a Pactuação Interfederativa de Indicadores. Faz-se breve histórico da adoção e do aprimoramento da pactuação, além de se elencarem os 22 indicadores pactuados para o quinquênio 2017-2021.

Na seção cinco do primeiro capítulo, elencam-se os principais órgãos e instâncias envolvidos no planejamento em saúde no município, em interlocução com a Secretaria Municipal de Saúde.

Finalmente, na sexta seção, dá-se visibilidade aos sistemas federais de informações utilizados no controle dos instrumentos de planejamento. São apresentados, nesta ordem: 1) o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); 3) Sistema de Apoio à elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e 4) Estratégia de saúde digital no Brasil - DigiSUS - Módulo Gestor - Planejamento.

No segundo capítulo, apresentam-se os principais instrumentos de planejamento e gestão governamental no município e sua relação com o planejamento em saúde. Nesse sentido, além de se elencar as exigências legais existentes e as estruturas de cada instrumento, são dadas orientações para aprimoramento da integração entre essas peças e as próprias do planejamento em saúde. Os instrumentos discutidos são, respectivamente, os orçamentários (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual); o Programa de Metas; e a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com especial enfoque em sua municipalização.

1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORMATIVAS DO PLANEJAMENTO NO SUS

1.1. Breve histórico do Planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS)

Embora prevista nas leis orgânicas da saúde (Leis Federais nº 8.080 e 8.142/1990), a incorporação da lógica de planejamento na área ocorreu em conjunto com o próprio desenvolvimento e estruturação do sistema. A interiorização dessa lógica exigiu, para além dos instrumentos de planejamento da gestão para todos os níveis e órgãos da administração pública (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual), o desenvolvimento de sistemas de articulação, decisão e pactuação entre as esferas subnacionais do SUS.

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos planos de saúde (do âmbito local até o federal), os quais deveriam ser utilizados para a formulação das programações de saúde. Essas, por sua vez, deveriam estar contempladas nas respectivas propostas orçamentárias.

Com o objetivo de normalizar o processo de descentralização político-administrativa, estabelecendo parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, foi publicada a Norma Operacional Básica nº 01 em 1993.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 foi um referencial no processo de implantação de um sistema único nacional de saúde. Com a NOB-SUS 1993 buscou-se, entre outros objetivos, sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços e criar um esquema de transição, com responsabilidades diferentes para os Estados e Municípios (e, conseqüentemente, para o próprio Governo Federal). Criaram-se foros permanentes de negociação e deliberações: as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

A quarta Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96) avançou o processo de municipalização do setor saúde. Ainda que se tenham estabelecido transferências regulares e automáticas “fundo a fundo” e a remuneração por serviços produzidos, alguns desafios referentes ao financiamento do sistema se mantiveram. Com a NOB-SUS 1996, instrumentos gerenciais foram descentralizados, com a caracterização de responsabilidades sanitárias de cada gestor e a definição do principal operador da rede de serviços do SUS (o Sistema Municipal de Saúde).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), por sua vez, ampliou as competências dos municípios na atenção básica e definiu o processo de regionalização da assistência.

Conhecida como responsável por instituir o “PlanejaSUS”, a Portaria nº 3.085/2006 do Ministério da Saúde buscou concretizar o Sistema de Planejamento do SUS nos seguintes instrumentos: Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde; Relatório Anual de Gestão. Além disso, definiu a obrigatoriedade de compatibilização com os instrumentos gerais de planejamento governamental (PPA, LDO, LOA). Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria nº 3.332/2006, conjunto de orientações gerais relativas aos instrumentos de gestão do SUS, que, dentre seus objetivos, visou unificar metodologias e definir modelos básicos desses instrumentos, respeitadas as particularidades de cada esfera administrativa.

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa, além de dar outras providências. O capítulo III, referente ao Planejamento em Saúde, estabelece que:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será **ascendente e integrado**, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos

Conselhos de Saúde, **compatibilizando-se** as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde **é obrigatório** para os entes públicos e **será indutor de políticas para a iniciativa privada.**

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, **de forma complementar ou não ao SUS**, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O **Mapa da Saúde** será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. **O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada**, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. **Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB** de que trata o inciso II do art. 30 **pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal** em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Com a promulgação da Lei Complementar nº 141/2012, foram definidos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (conforme Emenda Constitucional nº 29/2000), critérios de rateio dos recursos de transferências para saúde e também aspectos de transparência, visibilidade e fiscalização da gestão da saúde. Essa lei estabelece a necessidade de se compatibilizar o planejamento em saúde e os instrumentos de planejamento orçamentário: PPA, LDO e LOA. Conforme o artigo 30 da lei:

Art. 30. **Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º **O processo de planejamento e orçamento será ascendente** e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Após a LC 141/2012, a Portaria GM/MS nº 2.135/2013 revogou as portarias nº 3.085 e 3.332 de 2006 e consolidou diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, as condições gerais de planejamento do SUS estão ratificadas na Lei Complementar nº 141/2012 e nas Portarias de Consolidação do SUS publicadas em 2017 pelo Ministério da Saúde.

O próximo tópico tem por base o Manual de Planejamento no SUS, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, em 2016, p.71-75, com adaptações à realidade do município de São Paulo.

1. Incorporado pela Portaria de Consolidação nº 1, 2017.

1.2. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL AO PLANEJAMENTO NO SUS

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, e a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para configurar um sistema que seja nacionalmente integrado. Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas no município de São Paulo devem levar em conta as atividades do Estado de São Paulo e do Governo Federal, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

Essa articulação de trabalhos entre as três esferas da Federação é organizada a partir de distribuição de responsabilidades e atribuições definidas pelas normas e acordos vigentes. O Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em harmonia com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão e estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais.

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. A partir das necessidades de saúde no âmbito estadual, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos estaduais de saúde e observadas as prioridades nacionais, os estados, em parceria com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios, buscando articulação de processos e instrumentos.

Na busca da equidade regional, o Estado e os Municípios - em conjunto com seus pares nas respectivas regiões de saúde -, definem as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região. Assim, conforme o § 2º do artigo 30 da LC

141/2012, "os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional" (BRASIL, 2012). O município de São Paulo compõe uma Região de Saúde única.

Os princípios gerais para o planejamento no Estado Brasileiro, com foco no setor saúde, estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas. A legislação a ser observada no campo da saúde é composta tanto por normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental, quanto pelas normas específicas editadas no âmbito do SUS, conforme pode ser visto nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no estado brasileiro

Legislação	Disposições sobre o planejamento governamental
Lei nº 4.320, de 1964	Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração, execução e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
Art. 165 a 169 da Constituição Federal de 1988	Estabelece o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) como os componentes fundamentais do ciclo de planejamento e orçamento para os três entes da Federação.
Art. 195, § 2º da Constituição Federal de 1988	Define que a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social.
Lei nº 12.527, de 2011	Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios visando garantir o acesso à informação previsto na Constituição Federal de 1988.
Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e estatui disposições complementares para a elaboração e execução do PPA, da LDO e da LOA.

Fonte: Brasil, 2016; complementação própria.

Assim, o planejamento no SUS deve observar ambos os conjuntos de normas de forma a articular o planejamento setorial com o ciclo geral de planejamento governamental da Federação.

As regras gerais de planejamento são orientações que devem ser seguidas por todas as áreas desenvolvedoras de políticas públicas e estão expressas, em sua maior parte, nos art. 165 a 169 e 195, §2º, da Constituição de 1988, e na Lei Complementar nº 101, de 2000, além das normas de Direito Financeiro estabelecidas anteriormente pela Lei nº 4.320, de 1964. O setor saúde deve-se orientar primeiramente por essas regras e, subsidiariamente, pelas disposições constantes das regras setoriais ou específicas que abrangem um conjunto mais amplo de normas, desde as Leis Orgânicas até as publicações infralegais, como portarias e resoluções, como pode ser visto no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no SUS

Legislação	Disposições sobre o planejamento no SUS
Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde.
Lei nº 8.142, de 1990	Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).
Emenda Constitucional nº 29, de 2000	Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.
Portaria nº 4.279, de 2010	Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente garantia da integralidade do cuidado.
Decreto nº 7.508, de 2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o Coap como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.
Resolução CIT nº 01/2011	Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.
Lei Complementar nº 141, de 2012	Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.
Portaria nº 2.135, de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.
Portaria nº 1, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Capítulo I - Das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS. Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º).
Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde. Art. 2º As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS obedecerão ao disposto no Anexo I. (Origem: PRT MS/GM 4.279/2010, Art. 1º)
Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Brasil, 2016.

Quadro 3 - Instrumentos de Planejamento e periodicidade

Correlação temporal/ano	2017	2018	2019	2020	2021
Mandato do(a) Prefeito(a)	■	■	■	■	2021-2024
1) Programa de Metas	■	■	■	■	2021-2024
2) Plano Plurianual (PPA)	2014-2017	■	■	■	■
2a) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	Estabelece metas e prioridades para o ano seguinte				
2b) Lei Orçamentária Anual (LOA)	Estabelece o Orçamento Municipal, estima receitas e fixa despesas				
3) Plano Municipal de Saúde (PMS)	2014-2017	■	■	■	■
3a) Programação Anual de Saúde (PAS)	Ações anuais para cumprir Objetivos e Metas do PMS				
3b) Relatório Anual de Gestão (RAG)	Descrição das ações realizadas e resultados alcançados				
4) Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro)	Demonstrativo de Receitas, Despesas e Análise				
5) SISPACTO	Pactuação Interfederativa de Indicadores de Saúde 2017-2021				
6) ODS (Pactuação ONU)	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Agenda 2030				
Coordenação e responsáveis:	3 e 4) Sec.Munic.de Saúde (SMS)				
1) Sec.Munic.de Gestão (SMG)/Governo (SGM)	5) Ministério da Saúde (MS)				
2) Sec.Munic.de Fazenda (SF)	6) Organização das Nações Unidas (ONU)				
Elaboração própria.					

1.3. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

Dois autores, especialmente, influenciam o planejamento em saúde da maneira como é realizado atualmente no Brasil: o economista chileno Carlos Matus (1993; 1997) e o sanitarista argentino Mário Testa (1987). De acordo com Mendes, Cruz e Portas (2017), nos anos 1980, o Movimento de Reforma Sanitária se aproximou das ideias desses autores, e a criação do Sistema Único de Saúde fez com que seus métodos de planejamento fossem incorporados às legislações de saúde e aprimorados aos poucos.

Mario Testa formulou o diagnóstico situacional, o postulado de coerência e de poder. Carlos Matus por sua vez, definiu quatro momentos para o planejamento de saúde: o explicativo que refere-se a seleção de problemas e suas causas, o normativo que caracteriza-se pela elaboração das ações a serem desenvolvidas, o estratégico quando são identificados complicadores e facilitadores que interferem no momento normativo e o tático-operacional que se transforma na ação concreta para proporcionar a mudança da realidade para melhorá-la (Mendes, Cruz e Portas 2017).

Figura 1 - Interface dos instrumentos de planejamento do SUS



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

1.3.1. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)

O Plano Municipal de Saúde contempla as especificidades de seu território e as diretrizes dos conselhos de saúde estadual e federal. Seu conteúdo deve refletir as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde – sanitária, epidemiológica e ambiental – e assistência farmacêutica). Deve orientar a política municipal de saúde e divulgar seus objetivos, metas, ações e indicadores.

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) visa assegurar a unicidade e princípios constitucionais do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação popular). Dessa maneira, o Plano Municipal de Saúde (PMS-SP) deve expressar as responsabilidades, compromissos e prioridades dos gestores municipais em relação à saúde da população de São Paulo para o período de quatro anos (do segundo da gestão que se iniciou até o primeiro ano da próxima gestão).

A construção do PMS de São Paulo deve observar as leis 8.080 e 8.142 de 1990, o Decreto 7.508/2011 e a Lei Complementar 141/2012. Deve observar, igualmente, o decreto 7.508/11, que aprimorou processos e práticas no ciclo de gestão no SUS, ao regulamentar aspectos da Lei 8.080/90 no tocante ao planejamento da saúde, assistência à saúde, articulação inter-federativa e regionalização, dentre outros.

Para definir ações, objetivos, metas e indicadores, é importante que se tenha como base o diagnóstico situacional, perfil sócio-demográfico, epidemiológico e sanitário, informações que também compõem o PMS e que representam a síntese de desafios da saúde pública no município. Nesse sentido, a Portaria nº 1, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, estabelece que:

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor da saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades de cada esfera (BRASIL, 2017).

É fundamental, ainda, que o Plano Municipal de Saúde seja um documento conciso, com objetivos factíveis de serem executados. A gestão deve comprometer-se com a viabilização de ações previstas de acordo com os recursos disponíveis. Por meio de demandas objetivas, parametrizadas e com sustentação orçamentária, deve-se viabilizar a inserção no plano dos desejos dos cidadãos e da SMS para os serviços de saúde no município de São Paulo de forma exequível.

As transformações pretendidas pela gestão municipal são traduzidas em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Por meio deles, é possível definir estratégias e resultados desejados e quantificar e parametrizá-los. No quadro a seguir, apresentam-se as definições desses conceitos, que fazem parte do Plano Municipal de Saúde:

Quadro 4 - Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores

Diretrizes	Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.
Objetivos	Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.
Metas	Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.
Indicadores	Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2016, p.104.

Assim, com base no diagnóstico em saúde para o município em alinhamento com os demais instrumentos de gestão governamental, o Executivo define, por meio do Plano de Saúde, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para quatro anos, contados a partir do segundo ano de gestão. Será esse documento que norteará as ações da Prefeitura, no campo da saúde, no período abrangido.

1.3.2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)

Por meio da Programação Anual de Saúde, as diretrizes, objetivos e metas previstos no Plano Municipal são anualizados. Em conformidade com o que se planeou para os quatro anos, são definidas as ações a serem desenvolvidas no ano a que a PAS se refere para dar concretude aos Objetivos e Metas elencadas para cada Prioridade definida no Plano Municipal de Saúde.

As ações podem ser classificadas em ações processuais (que não têm impacto orçamentário direto) e ações com impacto orçamentário direto. Um exemplo de ação processual a ser citada seria “revisão dos fluxos de pré-natal entre os diferentes pontos da Rede Cegonha”. Como exemplo de ação com impacto financeiro direto, pode-se mencionar a “Contratação de

profissionais de Saúde da Família para aumentar a cobertura da Estratégia SF no município”.

Quanto aos prazos para sua elaboração, a Lei Federal nº 141/2012 determina que a PAS deve ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), haja vista que ela subsidia o planejamento orçamentário do município. No que se refere à integração ao ciclo orçamentário e sua operacionalização, cabe ressaltar que se exigirá, a partir de 2020, a identificação da subfunção contábil para cada meta (apenas a subfunção, não os valores) por meio do DigiSUS Gestor Módulo Planejamento.

Finalmente, apresentam-se, a seguir, boas práticas e recomendações para elaboração

da Programação Anual pelo Município. Elas podem auxiliar as equipes responsáveis pela coordenação da elaboração do documento, bem como as áreas-fim na compreensão do processo e na definição de suas metas e ações para o ano. Conforme o COSEMS/SP:

1. Consultar, previamente, o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2018 a 2021;
2. Fazer Oficina com a Equipe de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), incluindo profissionais da área de gestão do Fundo Municipal de Saúde para decidir quais Prioridades do PMS serão executadas no ano seguinte;
3. Para cada prioridade, avaliar as diretrizes, objetivos e metas que se pretende realizar no ano seguinte;
4. Escrever na PAS a identificação da SMS, do(a) Gestor(a), do Município, da Região de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), do Fundo Municipal de Saúde e do(a) Prefeito(a) em exercício;
5. Escrever um Diagnóstico resumido da Saúde no município, utilizando como referência o RAG mais recente;
6. As diretrizes e objetivos colocados no PMS que vão ser cumpridas no ano seguinte devem ser transcritas na PAS;
7. As metas devem ser anualizadas, ou seja,

para cada meta colocada no PMS especificar o quanto desta pretende realizar no ano em questão;

8. Os indicadores definidos no PMS para mensurar as metas devem ser transcritos na PAS;
9. Descrever as ações que serão realizadas para atingir cada meta anualizada;
10. As ações da PAS podem ser processuais (não se relacionam a um gasto direto de recurso orçamentário específico) ou podem depender diretamente de recursos orçamentários específicos para se concretizar. As metas são compostas por uma somatória de ações que necessitam de recursos financeiros para custeio ou para investimento. Tais metas devem vir acompanhadas da subfunção orçamentária, conforme o que está na Programação do PPA para o ano;
11. Ao final, deve ser elaborada uma planilha com a Programação das Despesas Estimadas do FMS, por Fontes, Subfunções, e Natureza de Despesa, conforme a LDO do ano seguinte.

2. A discussão sobre integração entre os instrumentos de planejamento do SUS e os orçamentários será aprofundada na seção 2.1. Igualmente, serão apresentados os prazos para elaboração de cada documento, em função desses instrumentos orçamentários.

3. Plataforma digital que será mais bem detalhada no tópico 1.6.4 deste Manual.

1.3.3. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

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 anualmente monitora e avalia o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a PAS e deve conter diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PMS para quatro anos. Também orienta eventuais redirecionamentos necessários no Plano de Saúde. O RAG é, também, o instrumento de comprovação da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Constituição Federal - regulamentados na LC 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, os resultados dos indicadores da Pactuação Interfederativa (SISPACTO) e a análise da execução orçamentária do município. É importante constar nesse documento, ainda, recomendações que servirão para orientar a elaboração da nova Programação Anual de Saúde ou para eventuais redirecionamentos necessários para a revisão do PMS.

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) deverá ser realizada no Relatório Anual de Gestão, de

acordo com o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) – SIOPS. O RAG deve ser submetido ao Conselho de Saúde para aprovação.

metas e ações previstas na PAS e executadas durante o ano. Também devem constar no RAG as auditorias realizadas e em execução, os resultados dos indicadores da Pactuação Interfederativa (SISPACTO) e a análise da execução orçamentária do município. É importante constar nesse documento, ainda, recomendações que servirão para orientar a elaboração da nova Programação Anual de Saúde ou para eventuais redirecionamentos necessários para a revisão do PMS.

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) deverá ser realizada no Relatório Anual de Gestão, de acordo com o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) – SIOPS. O RAG deve ser submetido ao Conselho de Saúde para aprovação.

Em resumo, o Relatório Anual de Gestão deve apresentar os seguintes itens

- :
- I. as 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. as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

1.3.3.1. METODOLOGIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO RAG

No que se refere à metodologia, os Relatórios Anuais de Gestão elaborados pela SMS nos últimos anos (RAG 2015, 2016, 2017 e 2018) têm seguido, de maneira geral, a estrutura detalhada abaixo. Tanto profissionais técnicos quanto os conselheiros municipais compreendem que sua aplicação facilita a comunicação, melhora a transparência e o entendimento do trabalho realizado na saúde pública municipal.

O método de exposição dos resultados do monitoramento e avaliação busca deixar mais claro e explícito o status de cumprimento de objetivos, metas e indicadores do Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais de Saúde. O RAG apresentado ao Conselho Municipal de Saúde é uma avaliação predominantemente qualitativa das ações programadas pela SMS para cumprir parte das metas quadrienais no ano anterior. Desse modo, seu conteúdo procura:

- avaliar o grau de cumprimento das ações programadas;
- elaborar justificativas, nos casos de

cumprimento parcial ou descumprimento das ações programadas;

- ponderar quanto da meta anual foi cumprida (no Plano Municipal de Saúde a meta é de 4 anos, mas cada ano tem uma programação de meta).

Os resultados das metas da PAS previstas e executadas que devem constar do Relatório de Gestão serão monitorados e acompanhados a cada quadrimestre no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), o qual será mais bem detalhado no tópico seguinte.

Conforme exposto anteriormente, para monitoramento e avaliação da etapa referente às ações programadas anualmente no processo de Planejamento Estratégico da SMS, definiram-se diferentes abordagens avaliativas, conforme quadro abaixo. Na sequência, apresenta-se exemplo de estrutura do documento para preenchimento pelas áreas técnicas.

Quadro 5 - Metodologia de Monitoramento e Avaliação do RAG

Abordagens	Descrição	Categorias	Registro					
1	Mede a situação de manutenção, readequação, abandono das metas/ações no período avaliado ou acréscimo daquelas não planejadas previamente	Mantidas Readequadas em função de mudanças de cenário ou por reavaliação da equipe Abandonadas Não planejadas inicialmente, mas acrescentada posteriormente	Alimentar apenas o nº da meta/ações					
2	Mede qualitativa e quantitativamente* o grau de alcance/realização das metas/ações que foram mantidas, readequadas ou acrescentadas durante todo período	<table border="1"> <tr><td>Plenamente realizada (10,0)</td></tr> <tr><td>Próxima de ser realizada (7,5)</td></tr> <tr><td>Realizada de forma intermediária (5,0)</td></tr> <tr><td>Realizada de forma incipiente (2,5)</td></tr> <tr><td>Não realizada (0,0)</td></tr> </table>	Plenamente realizada (10,0)	Próxima de ser realizada (7,5)	Realizada de forma intermediária (5,0)	Realizada de forma incipiente (2,5)	Não realizada (0,0)	Alimentar a linha inteira da meta/ações e colunas específicas no Sumário
Plenamente realizada (10,0)								
Próxima de ser realizada (7,5)								
Realizada de forma intermediária (5,0)								
Realizada de forma incipiente (2,5)								
Não realizada (0,0)								
3	Mede as razões que justificaram o abandono das metas/ações anteriormente planejadas	Por readaptação ao cenário Por dificuldades de avaliação de viabilidade prévia	Alimentar a linha inteira da meta					

*Nota: a) Calcular a média do conjunto de ações programadas para cada meta, somando o valor da categoria de alcance de cada ação e dividindo pelo número de ações existentes ou calcular o grau de alcance de cada ação isoladamente, caso sua competência ou complexidade seja discrepante das demais ações programadas. b) Calcular a quantidade ou percentual da meta quadrienal programado para se alcançar em 2018 e seu resultado.

3.1.3. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE - PICS

Objetivo: Estimular os usuários do SUS para a prática do autocuidado, de modo que possa ocorrer promoção da saúde, prevenção de doenças, e a diminuição do uso abusivo e indevido de medicamentos e de procedimentos desnecessários.

Meta Estratégica	Indicador	Ações programadas para 2019	Descrição das ações / (meta anual) realizadas em 2019	Grau de alcance	Justificativa para a não realização plena da ação
Ampliar para 95% o número de Unidades de Saúde com ofertas de Práticas Integrativas e Complementares	Número de UBS com PICS/Total de UBS Fonte: SIASUS/CNES Linha de Base: 68,8% (dez 2017)	- Ampliar para 80% as UBS com oferta de PICS - Capacitar 300 profissionais de nível universitário em Auriculoterapia; - Capacitar 600 profissionais de saúde em PICS; - Orientar os usuários quanto ao autocuidado, à promoção e prevenção de doenças e a diminuição do uso abusivo de medicamentos; - Adequar o registro da produção das atividades realizadas.	1) Para cada ação: O que foi feito? Por que? Onde? Quando? Por quem? Como? Quanto custou? 2) Meta Anual (2019): xx% / Resultado: yy%	De 0 a 10, está relacionado ao alcance das ações programadas para o ano	

1.3.4. RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA)

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é documento introduzido pela LC nº 141/12 como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde. Deve ser apresentado pela gestão do SUS municipal até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Câmara Municipal de São Paulo. As informações acumuladas trimestralmente nesse relatório subsidiarão a elaboração do Relatório de Gestão no final do exercício.

A estrutura do Relatório Detalhado do Quadrimestre deve guardar similaridade com a do Relatório de Gestão. É fundamental a apresentação de uma introdução com diagnóstico, dados e caracterização do município de São Paulo; ato ou reunião que aprovou o Plano Municipal de Saúde vigente; e registro de compromissos técnico-políticos julgados necessários, que evidenciam as prioridades da gestão.

Além disso, é preciso conter:

1. montante e fonte dos recursos aplicados no período: informações oriundas dos relatórios gerenciais do SIOPS, que versam sobre o tema.
2. O conteúdo do item II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações expressas;

3. oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada;

Em relação aos dados de oferta e produção de serviços na rede assistencial, tem-se como fontes:

- dados de oferta de serviços oriundos do SCNES, evidenciando quantitativo, tipo de estabelecimento e esfera administrativa;
- dados de produção de serviços, oriundos do SIA e SIH/SUS, contemplando aspectos relativos à Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde;

Em resumo, o RDQA está estruturado em quatro itens:

I – Introdução;

II – Demonstrativo do montante e fonte dos recursos aplicados no período;

III – Informações sobre auditorias;

IV – Rede física de serviços públicos de saúde – próprios e privados contratados – e indicadores de saúde.

O conteúdo deste item, referente aos indicadores de saúde da população, considera indicadores de oferta, cobertura, produção de serviços e de saúde, passíveis de apuração trimestral, que possibilitem o monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde.

1.4. SISPACTO - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES: METAS E INDICADORES

1.4.1. Breve Histórico do SISPACTO

Em 1998, a Portaria GM/MS nº 3.925/98

instituiu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB) com o objetivo de incorporar a avaliação e o monitoramento no cotidiano da gestão do SUS. No ano seguinte, a Portaria GM/MS nº 476/99 determinou a necessidade

de avaliação do desempenho dos indicadores ao final de cada exercício, e que as metas dos indicadores pactuados deveriam fazer parte do Plano Estadual de Saúde (PES).

Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)/SUS nº 01 recomendou o uso de indicadores de desempenho no processo de obtenção de habilitação dos municípios e de recursos financeiros do Piso Assistencial Básico (PAB). As Portarias GM/MS nº 548 e 723/2001 criaram instrumentos como agendas e planos de saúde, quadros de metas e relatórios de gestão e adotaram o PIAB como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde da Atenção Básica.

Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu o aplicativo SISPACTO para municípios e Estados registrarem suas metas pactuadas e resultados alcançados. Por fim, em 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 493, foi aprovada a relação de indicadores da atenção básica e estabeleceram-se mecanismos, fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas entre os gestores.

1.4.2. Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021

A atual lista de 22 indicadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021, foi pactuada com base em diversos instrumentos legais. São objetivos, metas e indicadores estaduais e federais de monitoramento e avaliação instituídos no âmbito do Pacto pela Saúde.

A pactuação das metas anuais ocorre de forma ascendente e integrada, partindo do âmbito loco-regional até o estadual, obedecendo aos prazos pactuados de forma bipartite (município e Estado). Para cada meta pactuada, o município de São Paulo precisa apresentar ações planejadas para cumpri-las.

A definição das intervenções (ações) a partir da pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO) estabelece os compromissos dos entes federados na organização das ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde, com foco em resultados sanitários. Os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento do município (Plano Municipal de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão).

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância na qual gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas

regionais e responsabilidades municipais para o alcance das intervenções definidas.

A figura abaixo demonstra o fluxo da pactuação municipal e regional dos indicadores do SISPACTO:

Figura 2 - Fluxo da pactuação municipal e regional dos indicadores do SISPACTO



Fonte: Elaboração própria.

As metas pactuadas precisam ser registradas no sistema DigiSUS do Ministério da Saúde. As informações preenchidas pelo município referentes a cada indicador pactuado são as seguintes: nome do município, código IBGE, nome da região de saúde do município, análise do indicador, a meta pactuada, numerador e denominador pactuados e ações planejadas para o alcance da meta.

Objetivando-se o fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde, definiu-se um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (23 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória aos municípios e estados e 3 indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território), os quais estão dispostos a seguir, junto às metas.

O processo de pactuação das metas anuais do SISPACTO na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo é conduzido pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) e mediado pela Assessoria de Planejamento (ASPLAN). Primeiramente, são calculados e analisados os desempenhos dos indicadores. A discussão posterior envolve as áreas técnicas de Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde (Mulher, da Criança e Adolescente, Bucal, Mental, Atenção Básica), com proposição de metas.

Após discussão e definição da meta nesse fórum, as sugestões de metas são apresentadas à gestão da SMS para aprovação, no Gabinete do Secretário. Finalmente, são apresentadas as metas para o ano seguinte no Conselho Municipal de Saúde para conhecimento e

deliberação das conselheiras e conselheiros. Outra etapa envolve a definição de ações para cada indicador e cadastro, em plataforma digital

da Secretaria de Estado da Saúde, das metas definidas, além de numerador e denominador de cada indicador.

Ampliação do acesso a Atenção Básica

Indicadores	Metas anuais			
	2016	2017	2018	2019
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%)	60,8	60,0	62,3	64,2
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (%)	69,3	51,1	73,0	73,0
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (%)	21,3	20,1	22,4	22,4

Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero

Indicadores	Metas anuais			
	2016	2017	2018	2019
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,49	0,46	0,50	0,50
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,26	0,30	0,26	0,27

Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil

Indicadores	Metas anuais			
	2016	2017	2018	2019
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar (%)	48,2	48,8	48,7	49,5
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%)	12,2	11,4	11,6	11,4
Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000 NV)	11,3	10,6	11,0	11,0
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1.162	1.155	1.200	1.200
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	98,8	86,4	100	100
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (n. abs.)	71	84	71	73

Saúde mental - Integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental

Indicador	Metas anuais			
	2016	2017	2018	2019
Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (%)	83,5	75,9	85,0	85,0

Atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção

Indicador	Metas anuais			
	2016	2017	2018	2019
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (/100 mil hab. 30 a 69 anos)	331,8	280,0	321,0	317

Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde

Indicador	Metas anuais			
	2016	2017	2018	2019
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (%)	97,8	98,0	98,0	98,0
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) para crianças < 2 anos - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) - com cobertura vacinal preconizada (%)	...	0,0	75,0	75,0
Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação (%)	...	79,2	80,0	80,0
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (%)	91,8	92,7	90,0	90,0
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (nº abs.)	7	7	8	8
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (%)	117,3	113,3	100,0	100,0
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios (%)	100	100	100,0	100,0
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	...	0,00	1	1
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	...	99,7	95,0	95,0

1.5. PRINCIPAIS ÓRGÃOS E INSTÂNCIAS ENVOLVIDOS NO PLANEJAMENTO DO SUS MUNICIPAL

1.5.1 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/DRS

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo participa do planejamento do município de São Paulo por meio de colegiados, como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR). A CIB é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde estadual, integrada paritariamente pela Secretaria de Estado da Saúde e por representantes das Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.

A CIB foi criada em 1993, pela Norma Operacional Básica (NOB/93) do Ministério da Saúde, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional (que reúne gestores federal, estaduais e municipais do SUS). É fundamental a integração entre gestores públicos para a discussão dos problemas e elaboração de propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde realizadas pelo sistema em suas diferentes instâncias, em atenção às diretrizes do SUS para que o sistema de saúde seja descentralizado, municipalizado, regionalizado e hierarquizado (SÃO PAULO, 2019).

A principal atribuição da CIB é colaborar com a organização do SUS no Estado, para cumprir seus principais objetivos: aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade

da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado.

No Estado de São Paulo, foram constituídas Comissões Intergestores Regionais (CIR), correspondentes a cada Departamento Regional de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde. As CIRs são compostas pelos Secretários Municipais de Saúde locais e a direção estadual da região, com os mesmos objetivos da CIB (SÃO PAULO, 2019). Como o município de São Paulo é considerado uma região isolada - por conta de suas dimensões territorial e populacional - constitui uma Comissão Intergestores Regional formada exclusivamente por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e do Departamento Regional de Saúde (DRS) da Região Metropolitana de São Paulo.

Entre as funções desempenhadas pela CIB, está a deliberação e a responsabilização pela avaliação dos pleitos de habilitação dos municípios nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme está na Norma Operacional Básica (NOB/96) e na Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS/02) do Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2019).

Além disso, compete à Comissão Intergestores Bipartite pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal

em consonância com os planejamentos estadual e nacional. Entre outras competências, por exemplo, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo orienta os municípios quanto à Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO), composta pelos municípios, pelas regiões de saúde e pelo Estado.

O Estado é responsável por instituir e coordenar o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações:

I - O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II - A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

III - O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional, conforme disposto na LC nº 141/2012, e deve expressar:

- a) a identificação do espaço regional ampliado;
- b) a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c) as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d) as responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e) a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f) a programação geral das ações e serviços de saúde;
- g) a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

1.5.2. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS

O COSEMS/SP foi fundado em 19/03/1988, com a finalidade de congregar todos os Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo e tendo como objetivo defender os interesses dos 645 municípios nos diversos fóruns de Saúde Pública. Tornou-se, assim, importante ator político no processo de construção do SUS no Estado de São Paulo. É o representante dos gestores municipais na esfera estadual, através da participação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES).

Na esfera federal, os gestores municipais estão representados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde por meio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A partir de 2011, com a publicação da Lei Federal nº 12.466, em 24 de agosto, os COSEMS passaram a ser formal e legalmente reconhecidos como Associações que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde. Todos os Secretários Municipais de Saúde são membros natos do COSEMS/SP, concretizando sua participação na Associação mediante o comparecimento à Assembleia Geral Ordinária e a assinatura do Termo de Cessão de Crédito.

O COSEMS/SP é mantido por recursos provenientes das contribuições das Prefeituras e de recursos repassados pelo Ministério da Saúde. Realiza, mensalmente, uma reunião ordinária de sua Diretoria e uma reunião com o Conselho de Representantes Regionais, para a qual são convocados os Representantes Regionais, mas aberta a todos os Secretários Municipais de Saúde.

Organiza, ainda, um Congresso Anual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, quando ocorre a Assembleia Geral Ordinária da Associação. Esse evento é considerado o mais importante no campo da gestão em saúde pública no Estado e um dos mais importantes do país.

Dentre seus principais objetivos estão:

- congregar os dirigentes dos sistemas municipais de saúde e representar os municípios nas instâncias do SUS;
- representar os gestores municipais de saúde nas instâncias intergestores estadual bipartite;
- apoiar o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR);
- manter intercâmbio com o COSEMS de outros Estados e Associações congêneres;
- colaborar com os municípios para se estruturarem técnica e administrativamente, visando cumprir a sua competência prevista na Constituição da República e na legislação específica do SUS;

- transmitir aos municípios informações que possibilitem a obtenção de recursos técnicos e financeiros para o adequado funcionamento dos serviços e ações de saúde a seu cargo;
- favorecer a participação popular na gestão municipal;
- lutar pela efetiva descentralização das ações e serviços de saúde e sua regionalização, exigindo o respeito à autonomia municipal;
- lutar pela municipalização efetiva dos serviços de saúde e pelo fortalecimento dos municípios no SUS, apoiando as Prefeituras Municipais;
- contribuir para a participação do Poder Público Municipal nas instâncias estadual e nacional do SUS;
- promover congressos, encontros, seminários e outras reuniões para intercâmbio de experiências e aprofundamento das relações entre os municípios.

1.5.3. Conselho Municipal de Saúde (CMS)

O Conselho é um órgão deliberativo, criado nos termos do art. 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, e tem por finalidade atuar e deliberar na formulação e controle da execução da política municipal de saúde.

O funcionamento do CMS prevê reuniões plenárias mensais e extraordinárias dos membros do Conselho designados, comissão executiva, comissões permanentes e temáticas. A estrutura colegiada é composta por representantes do poder público, prestadores de serviço da área da saúde, profissionais liberais, trabalhadores da área da saúde e usuários SUS. A composição do plenário é definida por lei e visa à paridade dos integrantes em relação ao conjunto dos demais segmentos.

O Conselho Municipal de Saúde de São Paulo é um dos mais antigos conselhos municipais de São Paulo. Os primeiros registros remontam à Portaria nº 1.166, 24/06/1989, publicado na gestão da prefeita Luíza Erundina, e a referências na lei orgânica do município, de 1990. Legalmente, seu início coincide com a publicação do regimento interno do CMS no D.O.M de 12/05/1992, por aprovação do plenário do Conselho em 27/01/1992. O CMS adquire sua conformação legal no governo do prefeito Celso Pitta (1997-2000), por meio da Lei nº 12.546 de 07/01/1998.

As atividades dos Conselheiros de Saúde têm, no atual ordenamento jurídico, características importantes e essenciais para a utilidade e interesses públicos, sendo, por isso, consideradas gratuitas e não remuneradas pelo

Estado. Além disso, o conselho de saúde exerce suas atribuições por meio de seu plenário. Desse modo, os conselheiros dividem-se em comissões e grupos de trabalho para apreciar as políticas e programas de interesse para saúde cujas execuções envolvam áreas compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1.6. Sistemas Federais do Ministério da Saúde de Controle dos Instrumentos de Planejamento

Nesta seção, aborda-se parte importante do planejamento do SUS que: os sistemas de informações. Destacam-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Esses sistemas necessitam de uma alimentação frequente, porque, além do uso cotidiano por parte dos profissionais das diferentes áreas técnicas da SMS, seus cadastros são utilizados no sistema do Ministério da Saúde (DigiSUS), voltado ao cadastramento dos instrumentos de planejamento do SUS: Plano de Saúde, Relatório de Gestão e outros.

1.6.1. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES

Estabelecido pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica ou de integrem o SUS.

Seus objetivos são cadastrar e atualizar as informações dos estabelecimentos de saúde como capacidade instalada e abrangência dos serviços, disponibilizando-as para outros sistemas (como, por exemplo, o Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação Hospitalar, e-SUS Atenção Básica, entre outros) e apoiar a tomada de decisão, planejamento e o conhecimento sobre a rede assistencial. Destaca-se que o CNES não é um mecanismo de indução política nem um instrumento de controle, mas apenas um cadastro de informações.

Os responsáveis por alimentar e atualizar eletronicamente o sistema são os técnicos ou administradores de cada estabelecimento de saúde. Além disso, cada profissional de saúde

é corresponsável pelos dados cadastrados no sistema.

Cabe ao município dar suporte financeiro e técnico à implantação e manutenção do sistema no seu território, apoiando o cadastramento dos estabelecimentos de saúde (sejam públicos, privados, integrantes ou não do SUS), fiscalizando, auditando, validando ou alterando os cadastros.

O processo de cadastramento é exclusivamente online e deve ser realizado, pelo menos, uma vez ao mês ou quando houver mudanças nas informações, por meio dos aplicativos e serviços online (webservices) oferecidos pelo Ministério da Saúde.

Com exceção dos estabelecimentos participantes do SUS gerenciados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, pelo Ministério da Educação ou Ministério da Saúde e seus órgãos vinculados, o envio de dados será feito para o respectivo diretório territorial do SUS que deverá validar as informações e enviá-las para a base de dados nacional do CNES.

Para as unidades diretivas do SUS dos estados e municípios não há necessidade de validação e envio dos dados para a base nacional do CNES, podendo ficar a cargo dos estabelecimentos de saúde; é possível, ainda que a responsabilidade seja descentralizada para as regionais e distritos sanitários. Devem os gestores, em todo caso, desativar cadastros nos casos de irregularidades.

1.6.2. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é uma plataforma digital, operacionalizada pelo Ministério da Saúde, criada para acompanhar a aplicação mínima de recursos orçamentários em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em cumprimento de dispositivo constitucional. Assim, garante o financiamento do SUS e o acesso da população aos dados do município.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é realizado pelas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), como determina a Constituição Federal de 1988. O estabelecimento das fontes de recursos para custeio das despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da “Seguridade Social”, em atenção ao direito de acesso da população.

O SIOPS é de alimentação obrigatória e de acesso público. Foi instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com

saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas.

É no SIOPS que gestores da União, Estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde, como as receitas totais, despesas com saúde (segundo categoria econômica, fonte de recursos e subfunção), controle de restos a pagar e execução financeira, além de dados gerais e informações adicionais. É essencial, então, que a transmissão de declaração dos dados seja bimestral, demonstrando a aplicação dos recursos condicionados anteriormente.

São essas declarações bimestrais que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ASPS. A não homologação dos dados do 6º bimestre do exercício anterior ou a não demonstração da aplicação do valor que deixou de ser alocado em ações e serviços públicos de saúde pode levar a suspensão das transferências constitucionais.

É outro sistema importante para a correta alimentação de dados e informações no DigiSUS, ou seja, precisa estar atualizado para que o DigiSUS possa extrair dados o mais próximo possível da realidade. Portanto, seu correto preenchimento é fundamental para a fidedignidade das informações declaradas no sistema e transparência do ente federativo.

O endereço eletrônico para acesso ao manual municipal do sistema e download dos programas de preenchimento do SIOPS é: <<http://siops.datasus.gov.br>> em download de sistemas.

Para ter acesso ao Módulo Gestor do sistema tanto os gestores quanto o Ministro da Saúde, Governadores, Prefeitos, Secretários de Saúde precisam de um Certificado Digital. Os dados dos ocupantes de cargos eletivos são atualizados pelo TSE a cada eleição, enquanto os Secretários de Saúde são cadastrados pelos governadores ou prefeitos e são responsáveis por cadastrar os gestores (que podem ou não ser responsáveis pelo envio de dados). O cadastramento de novos usuários deve ser realizado via: “Novo cadastro de usuários no SIOPS” no link <http://siops.datasus.gov.br/ges_login.php> na funcionalidade restrita em “Módulo do Gestor”, com uso do certificado digital.

6. Regulamentado pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, pelo Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, e Portaria nº 1 de Consolidação das legislações do SUS.

7. O acesso exclusivo ao Módulo de Controle Externo (MCE), também exige um Certificado Digital. O MCE se trata da interface disponível para o Tribunal de Contas de cada ente da federação “para registro das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos em saúde” nos moldes da Lei de Responsabilidade Fiscal. Disponível em: <saude.gov.br/repasse-financieiros/siops/perguntas-e-respostas>.

1.6.3. Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão - SARGSUS

O Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com o objetivo de apoiar os gestores municipais e estaduais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

O desenvolvimento dessa ferramenta partiu da necessidade de se atender às prerrogativas definidas na Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que regulamentou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), no Componente Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a saber:

(...) desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas ao cumprimento pelos Estados, Distrito Federal e Municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos dos indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção (BRASIL, 2007).

Embora o monitoramento fosse a motivação inicial, o desenvolvimento do SARGSUS tem auxiliado aos gestores no alcance dos compromissos estabelecidos na legislação, facilitando assim sua submissão à apreciação do Conselho de Saúde.

O SARGSUS trouxe então importantes contribuições para os gestores, os quais atendem aos prazos legais de apresentação do Relatório de Gestão para os respectivos conselhos de saúde e aos demais órgãos de controle externo, como também têm maior facilidade na elaboração do relatório devido à característica de interoperabilidade do SARGSUS com outros sistemas de informação da gestão do SUS (como CNES e SIOPS).

Era a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município, estado, Distrito Federal e União tendo sido substituída pelo DIGISUS.

1.6.4. DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento - DGPM

O DigiSUS é uma plataforma digital de acesso público desenvolvida pelo Ministério da Saúde que busca trazer efetividade para a gestão do SUS, fomentando o planejamento ascendente, a discussão acerca do rateio de recursos e fortalecendo o processo de regionalização e da organização. Contribui, ainda, para a disponibilização de informações sistematizadas para gestores, pesquisadores e a sociedade.

O DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGPM) é a interface restrita do sistema acessada apenas por gestores, técnicos e o Conselho Municipal de Saúde, no caso da cidade de São Paulo. Essa interface substituiu os antigos Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e Sistemas de Pactuação (SISACTO). Isso significa que o sistema abarca a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), do Relatório Anual de Gestão (RAG), das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores e de partes dos Planos de Saúde e da Programação Anual de Saúde (configurando, também um repositório desses documentos).

Os principais objetivos do DGPM são o registro das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde; das metas atualizadas; da previsão orçamentária na Programação Anual de Saúde; da análise dos resultados obtidos nos RDQA e RAG. Além disso, por meio dele, apresentação da série histórica dos indicadores anuais da Pactuação Interfederativa de Indicadores, integrando-os aos demais instrumentos de planejamento e de importar dados de outros sistemas de informação para o SUS (CNES e SIOPS, por exemplo) subsidiando o monitoramento, a regulação, o controle e a avaliação das políticas de saúde.

O sistema observa a temporalidade de elaboração e execução de cada um dos instrumentos de planejamento. Dessa maneira, após a inserção do Plano de Saúde e da Programação Anual de Saúde, o sistema apenas libera a elaboração dos demais relatórios de acordo com os períodos adequados.

O acesso para preenchimento é diferenciado por perfis, sendo eles (1) o de Gestor Municipal, (2) o de Técnico Municipal e o de (3) Conselho Municipal. O preenchimento das informações e o envio dos documentos pelo DigiSUS apenas pode ser realizado pelos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. Ao Conselho, cabe a análise dessas informações e sua

ratificação ou veto.

O perfil de Gestor permite visualizar e preencher todos os campos, assim como também pode anexar arquivos ao sistema. Esse perfil é o único que tem autorização para gravar definitivamente as informações, enviar para o Conselho Municipal e fazer ajustes justificados. O perfil de Técnico, por sua vez, permite preencher o sistema e anexar arquivos. Por fim, o perfil do Conselho dá autorização para visualizar todas as informações e arquivos que forem finalizadas pelos Gestores; podem, também, emitir pareceres e considerações acerca da pactuação e dos relatórios anexando os arquivos correspondentes.

Ao Gestor, compete selecionar e indicar as referências (e atualizações cadastrais) dos responsáveis pelo acesso e preenchimento do DGMP assim como requerimento de cancelamento de perfis em caso de desligamento do usuário. Para o perfil de técnico não há limite de senhas, ao passo que só será disponibilizado o perfil de gestor para o CPF do próprio gestor.

8. Disponível em: <<http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/planejamento>>.
9. Instituído pela Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Usuário: Módulo de Planejamento DigiSUS Gestor. Brasília: 2018.

2. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO GOVERNAMENTAL E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2.1. Instrumentos orçamentários e planejamento em Saúde

A Constituição Federal de 1988 organizou o processo orçamentário brasileiro de maneira a se privilegiar a integração entre os instrumentos previstos e seu encadeamento lógico e temporal. Nesse sentido, o Plano Plurianual (PPA) estabelece as macrodiretrizes, a visão de futuro da gestão, programas e iniciativas, situando-se entre o nível estratégico e o tático. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), por sua vez, são responsáveis pela anualização desses objetivos mais amplos, chegando-se ao nível de sua operacionalização. Os três instrumentos são estabelecidos por leis temporárias, ordinárias e horizontalmente equiparadas, de iniciativa exclusiva do Poder Executivo de cada ente da federação.

A Portaria GM/MS nº 2.135/2013 estabelece como um dos pressupostos para o planejamento no âmbito do SUS a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo em cada esfera de gestão. Assim, para se efetivar o planejamento realizado por meio dos

instrumentos da saúde, é necessário inseri-los no ciclo orçamentário, do nível estratégico a sua operacionalização.

A seguir, apresentam-se os instrumentos de planejamento e orçamento previstos na Constituição Federal de 1988 e as correspondências com aqueles do Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que a compatibilização e a integração não implicam necessariamente a reprodução dos objetivos, metas e ações; é usual que haja maior detalhamento nos Planos e nas Programações Anuais de Saúde, uma vez que maior especificação nas leis orçamentárias anuais pode gerar engessamento em sua execução.

Conforme o §1º do artigo 165 da Constituição Federal, o PPA estabelecerá, de maneira regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Ele abrange o período de quatro anos, contados a partir do segundo ano do mandato do governante eleito. Ao se estabelecer essa não-coincidência com o período de mandato do chefe do Executivo, pretendeu-se induzir à continuidade no planejamento público.

O Plano Municipal de Saúde guarda correspondência com o Plano Plurianual, tendo a mesma periodicidade e o mesmo nível

estratégico. Nesse sentido, o Plano Municipal, que incorpora as diretrizes do Plano de Governo eleito e as prioridades de gestão para a Saúde, deve orientar a elaboração das metas constantes do Plano Plurianual para o setor. Recomenda-se, também, que se inclua no Plano Municipal uma breve análise da compatibilidade entre o plano setorial e o PPA, buscando-se maior integração – e sua transparência – entre os dois instrumentos.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias, por sua vez, compreende as metas e prioridades da administração pública para o próximo exercício, incluindo despesas do exercício financeiro subsequente. É o instrumento por meio do qual se desdobram as metas do PPA a cada ano, estabelecendo as ações prioritárias de acordo com a situação fiscal e as projeções de disponibilidade financeira. A LDO orienta, assim, a elaboração da LOA para o exercício subsequente. Corresponde, temporalmente e em termos de nível estratégico (tático-operacional) às Programações Anuais de Saúde.

Finalmente, a Lei Orçamentária Anual estima as receitas e fixa as despesas para o exercício a que se refere. Compreende o i) orçamento fiscal referente aos poderes do município, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e ii) o orçamento de investimento das empresas em que o município, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto. A LOA é o elo entre o planejamento e a execução física e financeira das ações do governo, buscando atender as metas e os objetivos pretendidos. Nesse sentido, as metas anualizadas, previstas na LDO, serão concretizadas por meio da execução orçamentária e financeira, para a consecução de conjunto de atividades e projetos previstos.

Em relação aos prazos para elaboração dos instrumentos de gestão do SUS e sua relação com aqueles próprios dos ciclos orçamentários, a Portaria nº 2.135/2013 estabelece que i) o Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definidos nas Leis Orgânicas dos entes federados; ii) a elaboração e o envio da PAS ao respectivo Conselho de Saúde deverá ocorrer antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente. Sendo assim, no município de São Paulo, o Plano Municipal de Saúde deverá ser elaborado antes de 30 de setembro do primeiro ano de gestão (prazo para o envio do projeto do PPA à Câmara Municipal); as Programações Anuais do ano subsequente, por sua vez, deverão ser submetidas ao Conselho Municipal de Saúde antes de 15 de abril do ano corrente, que é o prazo para envio do projeto de lei de diretrizes orçamentárias pelo Poder Executivo.

Assim, em cumprimento à legislação que regulamenta o planejamento no âmbito do SUS e visando às maiores eficiência e transparência na elaboração, execução e monitoramento das ações da Saúde, os gestores e técnicos devem promover a adequada integração e compatibilização entre os instrumentos próprios do setor e o PPA, LDO e LOA. Para que isso se concretize, é necessário, também, observar o calendário mais amplo dos diversos instrumentos de planejamento e de prestação de contas, tanto da Administração como um todo quanto os próprios da Saúde. Para auxiliar essa visualização, disponibilizamos, no Anexo I, calendário com as principais datas previstas, podendo-se estabelecer linha do tempo desses instrumentos de planejamento.

11. Dispositivo reproduzido no §1º do artigo 137 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

12. Conforme §2º do artigo 165 da CF/1988, reproduzido na Lei Orgânica do Município de São Paulo, §2º do artigo 137.

13. A anualização é realizada por meio do Anexo I, de metas e prioridades. Desde 2013, tem-se adotado, no município, a anualização das metas do Programa de Metas como referência para elaboração desse anexo, como se verá na seção a seguir. O Anexo II e III, por sua vez, apresentam, respectivamente, as metas fiscais, com demonstrativos de exercícios anteriores e os riscos fiscais.

14. Artigo 165, §5º da Constituição e artigo 137, §5º da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

15. Para maiores informações acerca dos instrumentos de planejamento e orçamento e do processo de execução orçamentária, consultar: < <http://orcamento.sf.prefeitura.sp.gov.br/orcamento/index.php> >.

16. Artigos 2º e 5º da portaria GM/MS nº 2.135/2013.

2.2. Programa de Metas (PdM)

O Programa de Metas é o instrumento que organiza as prioridades da gestão para os quatro anos de mandato, tendo como base, sobretudo, as diretrizes do plano de governo do Prefeito eleito. No município de São Paulo, ele passou a ser exigido em 2008, após ampla mobilização da sociedade civil que resultou na modificação da Lei Orgânica do Município. Conforme o artigo 69-A da lei maior do município, o Prefeito eleito deverá apresentar o Programa de Metas de sua gestão em até 90 dias após sua posse, contendo as prioridades de sua gestão para cada um dos setores da Administração Pública Municipal, subprefeituras e distritos da cidade. Deverão ser observados, igualmente, os objetivos, as ações estratégicas e as demais normas da lei do Plano Diretor Estratégico.

Nesse sentido, o Programa de Metas tem como principal função permitir o monitoramento da execução - sobretudo física - das principais metas estabelecidas para os quatro anos de gestão, de maneira objetiva. As diretrizes e metas do plano de governo devem ser, portanto, traduzidas em ações estratégicas, indicadores e metas, de maneira a permitir o monitoramento do plano de governo eleito.

Além disso, o §3º do artigo 69-A

estabelece a exigência de divulgação semestral dos indicadores de desempenho relativos à execução dos diversos itens do Programa de Metas, e de um relatório de execução anualmente. A Lei Orgânica estabelece, ainda, critérios para a elaboração desses indicadores. Cabe destacar, especificamente, a necessidade de observação do critério de "(...) universalização do atendimento dos serviços públicos municipais com observância das condições de regularidade; continuidade; eficiência, rapidez e cortesia no atendimento ao cidadão" (SÃO PAULO, 1990)

Em relação à participação popular, a Lei Orgânica determina que serão realizadas audiências públicas trinta dias após o prazo final para entrega do Programa de Metas. Essas audiências são divididas em gerais, temáticas e regionais - em cada uma das subprefeituras. As audiências são instâncias consultivas - as sugestões realizadas pelos munícipes são analisadas pelas Secretarias e podem ou não ser incorporadas à versão final do Programa de Metas. Para o Programa de Metas 2017-2020, foram realizadas duas audiências gerais, cinco audiências temáticas e 32 audiências regionais. A Secretaria de Gestão coordenou o processo de análise e incorporação de contribuições pelas Secretarias, além da elaboração de respostas às 23.953 sugestões. Além da participação por meio de audiências, foi possível fazer sugestões por meio de plataformas eletrônicas e de e-mails e pela entrega de ofícios. Ao final do processo de participação popular, foram adicionadas três metas e três projetos.

No município de São Paulo, portanto, o planejamento no setor da saúde deve ser compatibilizado não apenas com os instrumentos de planejamento e orçamento - PPA, LDO e LOA - mas também com o Programa de Metas, documento que consolida as principais metas para os quatro anos de gestão. O Programa de Metas tem nível estratégico semelhante ao do Plano Plurianual e do Plano Municipal de Saúde - planejamento de médio prazo, com metas e ações para quatro anos.

No entanto, o período abrangido por ele não coincide com o desses dois instrumentos. Tanto o Plano Municipal de Saúde quanto o Plano Plurianual são elaborados no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano ao primeiro ano da gestão subsequente. O Programa de Metas, por sua vez, é elaborado nos primeiros noventa dias da gestão, e seu período de vigência coincide com os quatro anos de mandato.

Tendo em vista o ciclo de planejamento em saúde, observa-se, portanto, que o Programa de

Metas servirá como referência para elaboração tanto do Plano Municipal de Saúde quanto para os programas e atividades em saúde no PPA. Uma vez que contém, no mínimo, as diretrizes do plano de governo eleito, será importante diretriz para a elaboração das outras duas peças. Recomenda-se que esteja contido tanto no PPA quanto no Plano Municipal, de maneira a tornar as informações disponíveis à população uniformes quanto para garantir a implementação e o monitoramento das ações estabelecidas como prioritárias pelas diferentes instâncias.

Diferentemente dos Planos de Saúde e do PPA, não há, em relação ao Programa de Metas, instrumentos que detalhem o planejamento das metas anualmente, como ocorre por meio das LDOs, LOAs e Programações Anuais de Saúde. No entanto, além da compatibilização entre o PdM e o PPA para o período em que há coincidência de sua vigência, tem-se utilizado a Lei de Diretrizes Orçamentárias como meio de integração entre o Programa e o ciclo de orçamento na operacionalização e compatibilização das diretrizes e metas para cada ano. Assim, a anualização do planejamento do Programa de Metas tem sido utilizada, desde 2013 como referência para construção do Anexo 1 do Projeto da LDO, que elenca as metas e as prioridades para o exercício a que se refere.

17. Para maiores informações acerca do processo de participação popular na elaboração do Programa de Metas 2017-2020, consultar: <https://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/assets/Relatorio_Respostas_Municipes.pdf>.

18. Para maiores informações, consultar, por exemplo, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2019, disponível em: <<http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/anexos/PL0167-2018-ANEXO.pdf>>.

19. A data para encaminhamento do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias pelo Prefeito à Câmara é 15 de abril, conforme o inciso 1º do §6º do artigo 138 da Lei Orgânica Municipal.

20. Em 2019, realizou-se a primeira revisão programática do Programa de Metas, desde que se passou a exigir o instrumento no município, em 2008. Nessa revisão para o biênio 2019-2020, das 53 metas do Programa de Metas 2017-2020, 16 foram incorporadas na íntegra, oito foram incorporadas com ampliação, duas foram incorporadas parcialmente, 20 tiveram seu escopo alterado e sete foram concluídas. No setor de saúde, das sete metas, três foram incorporadas na íntegra, uma foi incorporada com ampliação, e três tiveram seu escopo alterado. Para maiores informações sobre o processo de revisão programática do Programa de Metas 2017-2020, consultar os documentos abaixo:

<https://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/assets/up/Programa%20Metas%202019-2020_texto.pdf>, <<https://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/assets/up/An%20C3%A1lise%20da%20Revis%C3%A3o%20Program%C3%A1tica.pdf>>.

2.3. Agenda 2030 e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

A Agenda 2030 foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) em setembro de 2015, com a aprovação do documento "Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" (ONU, 2015). Ela é um plano de ação a ser implementado pelos Estados e outras partes interessadas, com o objetivo de concretizar o desenvolvimento sustentável em suas três dimensões: econômica, social e ambiental.

A Agenda é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas - distribuídas de acordo com esses 17 objetivos - a serem alcançados até 2030. Os objetivos e metas estimularão a ação dos países em diferentes áreas, como o combate à pobreza e à fome, promoção do progresso econômico, social e tecnológico de maneira sustentável, garantia de acesso universal a serviços básicos. Os governos nacionais desenvolverão suas estratégias para implementação das ações e contribuição para o atingimento dos objetivos e metas, concretizando os resultados esperados dessa parceria global (ONU, 2015). O acompanhamento da implementação é realizado, em nível internacional, por meio de dois principais mecanismos: (i) debates gerais sobre temas anuais; e (ii) seguimento das estratégias nacionais de implementação mediante apresentação dos “Relatórios Nacionais Voluntários” (RNVs).

No Brasil, a coordenação nacional é exercida pela Comissão Nacional dos ODS, cuja finalidade é internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 no Brasil (BRASIL, 2016). A Comissão, criada pelo Decreto nº 8.892/2016, é instância colegiada paritária, de natureza consultiva, vinculada à Secretaria de Governo da Presidência da República. Conta com representantes dos governos - inclusive um representante do nível municipal - e da sociedade civil, tendo como principais atribuições a elaboração de plano de ação para implementação dos ODS, o acompanhamento e monitoramento dos objetivos e articulação interfederativa.

Nesse sentido, foram elaborados indicadores que permitam o acompanhamento e monitoramento os objetivos de desenvolvimento sustentável e de suas metas, de acordo com a realidade nacional. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que assessora tecnicamente a Comissão Nacional, disponibiliza, por meio da plataforma Digital ODS, o conjunto de indicadores selecionados para o monitoramento dos objetivos e das metas no Brasil.

Parte importante da estratégia para implementação e monitoramento é a participação ativa de estados e municípios, conforme o princípio da capilaridade exposto no documento “Negociações da agenda de desenvolvimento pós-2015: elementos orientadores da posição brasileira” (BRASIL, 2015). Confere-se especial papel ao engajamento das autoridades locais e da sociedade civil na formulação, na implementação e no acompanhamento dos ODS, de modo a estimular a coordenação de esforços de diferentes esferas

de governo para o cumprimento de metas. O município desempenha, nesse sentido, papel relevante, por ser o nível de governo mais próximo à realidade local e às necessidades dos cidadãos.

Em São Paulo, a Lei nº 16.817/2018 adotou a Agenda 2030 como diretriz de políticas públicas em âmbito municipal e instituiu o Programa para sua implementação. O Decreto nº 59.020/2019, por sua vez, criou a Comissão Municipal para o Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), instância paritária responsável por internalizar, implementar e monitorar os ODS em âmbito municipal e que elaborará as diretrizes do sistema estratégico de planejamento, implementação e elaboração de relatórios afetos ao cumprimento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. A partir do trabalho da Comissão, serão desenvolvidos, portanto, os indicadores para acompanhamento e avaliação dos ODS no município de São Paulo.

Em relação ao setor de saúde, o principal compromisso constante da Agenda 2030 é o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), que estabelece que “(...) a saúde é um direito inalienável e fundamental para o desenvolvimento humano e um contribuinte indispensável ao crescimento e desenvolvimento das comunidades e sociedades” (ONU, 2017, p. 33). Tendo em vista que a Agenda 2030 tornou-se diretriz para as políticas públicas em âmbito municipal com a Lei nº 16.817/2018, faz-se necessário, também, que os gestores responsáveis pelo planejamento em saúde observem-nos na elaboração de instrumentos de gestão próprios do SUS.

No Plano Municipal de Saúde 2018-2021, a correspondência foi realizada entre as metas da Agenda 2030 e os objetivos do Plano. Assim, a associação foi realizada em nível mais macro, a exemplo do que ocorre no Programa de Metas 2017-2020 revisado e do Plano Plurianual. Como etapa seguinte para implementação e monitoramento, serão detalhados indicadores específicos da Agenda 2030 em âmbito municipal. No planejamento e monitoramento das ações e serviços de saúde, deverão ser observadas, portanto, as diretrizes estabelecidas pela Comissão Municipal, bem como o conjunto de indicadores que serão desenvolvidos e estão relacionados à Saúde. Incorpora-se a Agenda 2030, nesse sentido, ao ciclo de planejamento em saúde no município de São Paulo.

A seguir, estão listadas as metas direta e indiretamente relacionadas ao setor saúde, as quais estão contempladas nos objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2018-2021.

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades

3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.

3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.

3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

3.5 - Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

3.6 - Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.

3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

3.9 - Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.

3.10 - Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.

3.11 - Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde

pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.

3.12 - Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.

3.13 - Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

5.6 - Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/566968>>.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República do Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm>.

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o financiamento mínimo da Saúde, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 01 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de

1991; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, 2019. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS – 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 138p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Usuário: Módulo de Planejamento DigiSUS Gestor. Brasília: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, art. 94 à 101. Estabelecem diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo I. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html> >

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.091/GM/MS, de 27 de abril de 2017. Institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1091_02_05_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 3, de 16 de agosto de 2016 (com prazo prorrogado pela Resolução CIT nº 14, de 30 de março de 2017). Constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite, no âmbito do Grupo de Trabalho de

Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de elaborar proposta de revisão do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Articulação Interfederativa. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Manual do Usuário para o Relatório de Gestão Versão 6. Brasília – DF: fev, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/d835947/Downloads/Sargsus_Manual_do_Usu%C3%A1rio_para_o_Relat%C3%B3rio_de_Gest%C3%A3o_-_Vers%C3%A3o_6.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIOPS na gestão e financiamento da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repases-financeiros/siops>>.

BRASIL. Portaria nº 3.176 de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório de Gestão Anual. Disponível em: <<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/>>.

BRASIL. Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Planejamento no SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIB nº 55 de 22/09/2017. Estabelece que o processo ocorrerá de forma ascendente e integrada, partindo do nível loco-regional até o nível estadual, obedecendo aos prazos pactuados de forma bipartite.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da CIT nº 45, de 25 de julho de 2019. Altera o anexo da Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica 01/93. Brasília, DF: MS, 1993.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/relatorio-de-gestao/>>.

MENDES JDV; Cruz RMF; Portas SLC (Org.). Plano Estadual de Saúde – PES 2016 – 2019. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017.

SÃO PAULO. Decreto nº 27.724 de 6 de abril de 1989 . Altera a denominação, reorganiza a Secretaria de Higiene e Saúde - SHS, e dá outras

providências. Disponível em: < <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-27724-de-6-de-abril-de-1989/detalhe>>.

SÃO PAULO. Lei Orgânica do Município de São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/educacao/cme/LOM.pdf>

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/orgaos-vinculados/comissao-intergestores-bipartite-cib/apresentacao>>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Planejamento de saúde: conceitos, características e instrumentos, 2017. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp/pessp_2017_11_01_17.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Calendário geral dos instrumentos de planejamento do SUS na cidade de São Paulo

Instrumento	Prazo	Providência	Marco Legal
Conferência de Saúde	A cada 4 anos ou em período inferior extraordinariamente	Convocação pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde	§ 1º art. 1 Lei nº 8.142, de 1990
Plano Municipal de Saúde	1º ano de gestão	Elaboração do Plano Municipal de Saúde com base nas Diretrizes dispostas pelo Conselho de Saúde	§ 8º art. 15 Lei nº 8.080, de 1990
PAS	Antes da entrega da LDO do exercício correspondente	Encaminhamento da PAS do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação	§ 2º art. 36 LC nº 141, de 2012
LDO	Até 15 de abril	Entrega do Projeto de LDO na Casa Legislativa	Art. 165 CF 1988; § 6º art. 138 LOM de SP
Sispacto	Anual	Registro da pactuação das Diretrizes, Objetos, Metas e Indicadores	§ 2º art. 4 Resolução nº 5, de 2013
SIOPS	30 de janeiro	Preenchimento do Sistema referente ao exercício (ano) anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
SIOPS	30 de janeiro	Preenchimento do Sistema referente ao 6º bimestre do exercício anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Fevereiro	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente, referente ao quadrimestre anterior	§ 5º art. 36 LC nº 141, de 2012
Relatório Anual de Gestão	30 de março	Envio do Relatório Anual de Gestão ao Conselho de Saúde	Art. 36 LC nº 141, de 2012
SIOPS	30 de março	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827 de 2012, Port. nº 53, de 2013
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Maio	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao quadrimestre anterior	§ 5º art. 36 LC nº 141, de 2012
SIOPS	30 de maio	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
LDO	Junho	Encerramento do período da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LDO	§ 2º Art. 35, art. 165 CF 1988

SIOPS	30 de julho	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
PPA	30 de Setembro do 1º ano de gestão	Entrega do Projeto de Lei do PPA na Câmara Municipal	Art. 165 CF 1988; § 6º art. 138 LOM de SP
LOA	30 de setembro	Entrega do Projeto de LOA na Câmara Municipal	Art. 165 CF 1988; § 6º art. 138 LOM de SP
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Setembro	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao quadrimestre anterior	§ 5º Art. 36 LC nº 141, de 2012
SIOPS	30 de Setembro	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
SIOPS	30 de Novembro	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
PPA	Dezembro do 1º ano de gestão	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo do PPA	§ 2º art. 35, art. 165 CF 1988; § 10º art. 138 LOM de SP
LOA	Dezembro	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LOA	§ 2º art. 35, art. 165 CF 1988; art. 140 LOM de SP
Educação Permanente	Permanente	Oferecer qualificação, na forma de educação permanente, para atuar na formulação de estratégias e assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde, especialmente os representantes de usuários e trabalhadores de saúde	Art. 44 Lei nº 141, de 2012
Metodologia	Anual	Cabe ao Ministério da Saúde definir e publicar, utilizando metodologia pactuada, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município, para custeio das ações e serviços públicos de saúde	§ 1º art. 17 LC nº 141, de 2012

Fonte: adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
 Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2019.

Exemplo de calendário de instrumentos de planejamento do SUS 2018-2019

Instrumentos	Plano de Saúde 2018 - 2021	PAS 2018	1. RDQ 2018	2. RDQ 2018	3. RDQ 2018	RAG 2018
Prazos	15 de abril de 2018	15 de abril de 2018	Final de maio de 2018	Final de setembro de 2018	Final de fevereiro de 2019	30 de março de 2019

ANEXO II

Documentos para serem elaborados e encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde, à Câmara Municipal de São Paulo, ao Tribunal de Contas do Município e à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Próximos períodos 2019-2022 para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

2019:

Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro):

I. 27/02 – apresentação na Câmara Municipal do 3º Relatório Quadrimestral e Anual de 2018 (RDQA)

II. 29/05 – apresentação na Câmara Municipal do 1º Relatório Quadrimestral de 2019

III. 25/09 - apresentação na Câmara Municipal do 2º Relatório Quadrimestral de 2019
SISPACTO 2017-2021: novembro e dezembro – fazer reunião com os envolvidos (CEInfo, áreas COVISA, DST/AIDS e CAS) para elaborar calendário de reuniões e pactuações de metas.

LOA: dezembro/2019

2020:

1) Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro):

I. 27/02 – apresentação na Câmara Municipal do 3º Relatório Quadrimestral de 2019 (RDQA)

II. 29/05 – apresentação na Câmara Municipal do 1º Relatório Quadrimestral de 2020

III. 25/09 - apresentação na Câmara Municipal do 2º Relatório Quadrimestral de 2020

2) Indicadores do SISPACTO (apresentação e aprovação no Conselho Municipal de Saúde e cadastro em sites do Governo do Estado e Ministério da Saúde): até 15/02 para registro das pactuações municipais

3) RAG 2019: 01/01 a 30/03/2020 (entrega no Conselho)

4) Programação Anual de Saúde 2021: 01/01 a 15/04/2020

5) LDO: 01/01 a 15/04/2020

6) LOA: dezembro/2020

2021:

1) Programa de Metas: 01/01 a 30/03/2021 (90 primeiros dias do 1º ano da próxima gestão 2021-2024)

2) RAG 2020: 01/01 a 30/03/2021 (entrega no Conselho)

3) Programação Anual de Saúde 2022: 01/01 a 15/04/2021

4) Plano Municipal de Saúde 2022-2025: encaminhar para apreciação do Conselho até 30/07/2021

5) Plano Plurianual (PPA): 01/01 a 30/09/2021

3.1) LDO: 01/01 a 15/04/2021

3.2) LOA: dezembro/2020

6) SISPACTO 2017-2021: novembro e dezembro – reunir-se com os envolvidos (CEInfo, áreas COVISA, DST/AIDS e CAS) para elaborar calendário de reuniões e pactuações de metas.

2022:

1) Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro):

- 27/02 – apresentação na Câmara Municipal do 3º Relatório Quadrimestral de 2021 (RDQA)

- 29/05 – apresentação na Câmara Municipal do 1º Relatório Quadrimestral de 2022

- 25/09 - apresentação na Câmara Municipal do 2º Relatório Quadrimestral de 2022

2) Indicadores do SISPACTO (pactuação na SMS, apresentação e aprovação no Conselho Municipal de Saúde e cadastro em sites do Governo do Estado e Ministério da Saúde): iniciar a discussão interna na SMS em 15/10

3) RAG 2021: 01/01 a 30/03/2022 (entrega no Conselho)

4) Programação Anual de Saúde 2023: 01/01 a 15/04/2022

5) LDO: 01/01 a 15/04/2022

6) LOA: dezembro/2022