

Manual de Planejamento do SUS Municipal

2ª edição



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO
Assessoria de Planejamento

Manual de Planejamento do SUS Municipal

2ª edição

SÃO PAULO
MARÇO DE 2022

@2022, 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 | Março/2022

Ricardo Nunes
Prefeito Municipal

Dr. Luiz Carlos Zamarco
Secretário Municipal da Saúde

Maurício Serpa
Secretário-Adjunto

Armando Luis Palmieri
Chefe de Gabinete

Elaboração e organização:

Assessoria de Planejamento (Gabinete do Secretário)

Andreza Tonasso Galli

Antouan Matheus Monteiro Pereira da Silva

Estevão Nicolau Rabbi dos Santos

Felipe Barbosa Gomes

Fernanda Braz Tobias de Aguiar

Julia Alcantara Rossi

Marilia Romão Capinzaiki

Miriam Carvalho de Moraes Lavado

Estagiárias:

Ana Beatriz de Melo Brito

Gabriela Correia Oliveira

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 baseou-se na experiência dos autores na Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo a partir de 2018.

Rua General Jardim, 36, 2º andar. Vila Buarque, São Paulo/SP

CEP: 01.223-010 | Telefone: (11) 2027-2000

Versão eletrônica:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/
Planejamento em Saúde](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/Planejamento%20em%20Saude)

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
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
LC – Lei Complementar
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

	INTRODUÇÃO	8
1.	PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORMATIVAS DO PLANEJAMENTO NO SUS	11
1.1.	Breve histórico do Planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS)	11
1.2.	Legislação aplicável ao planejamento no SUS	13
1.3.	Instrumentos de Planejamento do SUS	17
1.3.1.	Plano Municipal de Saúde (PMS)	17
1.3.2.	Programação Anual de Saúde (PAS)	19
1.3.3.	Relatório Anual de Gestão (RAG)	21
1.4.	SISPACTO – Pactuação Interfederativa de Indicadores: metas e indicadores	25
1.4.1.	Breve Histórico do SISPACTO	25
1.4.2.	Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021	25
1.4.3.	Pactuação Interfederativa de Indicadores 2022-2025	29
1.5.	Principais órgãos e instâncias envolvidos no planejamento do SUS municipal	30
1.5.1.	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/DRS	30
1.5.2.	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS	31
1.5.3.	Conselho Municipal de Saúde (CMS)	32
1.6.	Sistemas Federais do Ministério da Saúde de Controle dos Instrumentos de Planejamento	33
1.6.1.	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES	33
1.6.2.	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS	34
1.6.3.	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGPM)	35
2.	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO GOVERNAMENTAL E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE	36
2.1.	Instrumentos orçamentários e planejamento em Saúde	36
2.2.	Programa de Metas	38
2.3.	Agenda 2030 e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs)	40
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO I	
	CALENDÁRIO GERAL DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	49
	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	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no estado brasileiro	17
Quadro 2	Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no SUS	17
Quadro 3	Instrumentos de Planejamento e periodicidade	19
Quadro 4	Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores	22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Interface dos instrumentos de planejamento do SUS	20
Figura 2	Fluxo da pactuação municipal e regional dos indicadores do SISPACTO	32

INTRODUÇÃO

Este manual tem como objetivo orientar as ações de planejamento e monitoramento em saúde da Prefeitura Municipal 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 da 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 da Saúde (SMS), tendo sua primeira edição publicada em março de 2020 e a segunda versão publicada em junho de 2022.

A seguir, serão detalhadas a missão, os valores, a visão e as principais atribuições da área.

Missão

A Assessoria de Planejamento tem por missão promover e qualificar a cultura de planejamento e fortalecer a capacidade de gestão governamental, 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;
- Cultura de planejamento.

Visão de futuro

Ser reconhecida pela Secretaria Municipal da 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 aprimoramento da gestão das políticas públicas.

Atribuições

Conforme o Decreto Municipal N° 59.685/2020, que reorganizou internamente a SMS, a Assessoria de Planejamento – 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 Secretarias Executivas e suas áreas técnicas, dos seguintes instrumentos de gestão do SUS:

- Plano Municipal de Saúde (PMS);
- Programação Anual de Saúde (PAS);
- Relatório Anual de Gestão (RAG);
- Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

Além dos instrumentos de gestão do SUS, a Assessoria tem o papel de elaborar e monitorar os seguintes instrumentos gerais de planejamento e gestão governamental:

- Plano Plurianual (PPA);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Lei Orçamentária Anual (LOA);
- Programa de Metas (PdM).

Em vista do descrito acima, a ASPLAN destacou como prioritário em seu Planejamento Estratégico:

- Apoiar a implementação da reestruturação da SMS por meio do planejamento estratégico
- Fazer piloto do Escritório de Projetos para monitoramento de obras e reformas
- Dividir as responsabilidades da equipe
- Integração do planejamento orçamentário ao assistencial e inserção na execução orçamentária como instância de validação dos investimentos planejados
- Desenvolver competências da equipe
- Coordenar a elaboração e o monitoramento dos instrumentos de planejamento, visando à transparência, ao apoio à gestão e ao controle externo.

A reorganização da SMS, que ocorreu em 2020, teve como um dos objetivos melhorar a distribuição das atribuições e aproximar a gestão às necessidades dos territórios, o que resultou em uma nova subdivisão em quatro Secretarias Executivas, sendo duas ligadas às atividades-fim (Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde – SEABEVs; e Atenção Hospitalar – SEAH) e duas voltadas às atividades-meio (Executiva e Gestão de Pessoas – SEGA; e Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias – SERMAP).

A ASPLAN é a unidade da SMS responsável pela promoção da cultura do planejamento, do monitoramento e das boas práticas em gestão de políticas públicas, além de maior engajamento na articulação entre o Gabinete e as áreas técnicas das Secretarias Executivas para disseminar práticas e metodologias de trabalho. Também cabe à Assessoria o monitoramento de metas e indicadores de pactuação intersecretarial e interfederativa e a sistematização do sistema de indicadores de gestão da SMS.

A elaboração deste Manual contribui para a consolidação da estratégia da Secretaria Municipal da Saúde para a promoção de um planejamento mais integrado, transparente, efetivo e eficaz. 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.

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 N° 141/2012 e a Portaria N° 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, elencam-se os 22 indicadores pactuados para o quinquênio 2017-2021 e seu desempenho.

Na Seção Cinco do primeiro capítulo, são listados os principais órgãos e instâncias envolvidos no planejamento em saúde no município, em interlocução com a Secretaria Municipal da 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) o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); (3) o DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGPM).

No Segundo Capítulo, apresentam-se os principais instrumentos de planejamento e gestão governamental do município e sua relação com o planejamento em saúde. Nesse sentido, além de elencar as exigências legais existentes e a estrutura de cada instrumento, são fornecidas orientações para o 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 (ODSs), 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 a 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 dos 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 da 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 01/96, 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.

A Portaria Nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde buscou consolidar o Sistema de Planejamento do SUS nos seguintes instrumentos: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. Além disso, definiu a obrigatoriedade de compatibilização com os instrumentos gerais de planejamento governamental (PPA, LDO, LOA). Por meio da mesma portaria, O Ministério da Saúde também atualizou o conjunto de orientações gerais relativas aos instrumentos de gestão do SUS, e visou unificar metodologias e definir modelos básicos para esses instrumentos, respeitando as particularidades de cada esfera administrativa.

O Decreto Federal Nº 7.508, de 28 de junho de 2011¹, 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 interfederativa, 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 a 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.

¹Incorporado pela Portaria de Consolidação nº 1, 2017.

§ 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 SUS. Atualmente, as condições gerais de planejamento 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, entidade ligada ao Ministério da Saúde, em 2016 (p. 71-75), com adaptações à realidade do município de São Paulo.

1.2. Legislação aplicável ao planejamento no SUS

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta dos três entes federativos, sendo que 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 seus 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 de Saúde. 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 de 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.

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.

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.

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	2021	2022	2023	2024	2025
Mandato do Prefeito					2021 2024
1) Programa de Metas					2021 2024
2) Plano Plurianual (PPA)	2021 2024				
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)	2022 2025				
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*				
6) ODSs (Pactuação com a ONU)	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030				
Coordenação e responsáveis:	3 e 4) Secretaria Municipal da Saúde (SMS)				
1) Sec. Executiva de Gestão (SEGES)/Sec. Mun. Governo (SGM)	5) Ministério da Saúde (MS)				
2) Sec. Municipal de Fazenda (SF)	6) Organização das Nações Unidas (ONU)				

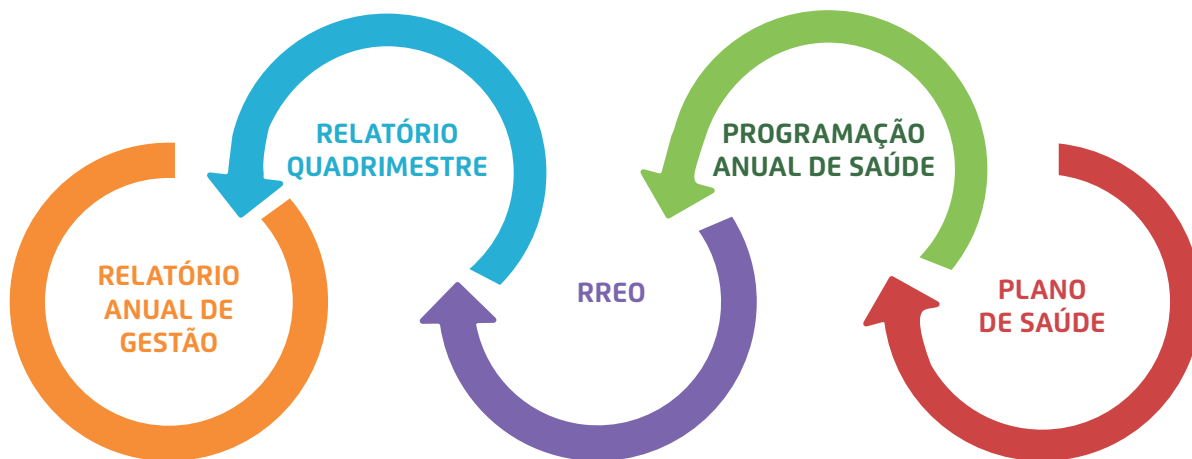
Fonte: Elaboração própria. ***Nota:** O SISPACTO encontra-se em momento de repactuação dos indicadores. A última pactuação abrangeu o quinquênio 2017-2021.

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 sanitariano 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 se refere a seleção de problemas e suas causas, o normativo que se caracteriza 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 SUS²



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

1.3.1. Plano Municipal de Saúde (PMS)

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 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 PMS 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 gestão seguinte).

A construção do PMS deve observar as exigências das Leis 8.080 e 8.142 de 1990, do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012. Deve observar, igualmente, o Decreto 7.508/2011, 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 interfederativa e regionalização, dentre outros.

²O Relatório Resumido da Execução Orçamentária consiste em uma prestação de contas resumida que demonstra a execução da receita e da despesa.

Para definir ações, objetivos, metas e indicadores, é importante que se tenha como base o diagnóstico situacional, o perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário; informações que também compõem o PMS e representam a síntese de desafios da saúde pública no município. Nesse sentido, a Portaria N° 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 e 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 os resultados almejados e comunicam quais aspectos da realidade pretende-se modificar. Exercem, portanto, papel de guia para as metas e ações. Os objetivos têm seu alcance quantificado por meio das metas.
Metas	São “medidas de alcance do Objetivo” (BRASIL, 2016) e podem expressar desafios que precisam ser enfrentados, ao mesmo tempo em que estipulam compromissos para o alcance dos objetivos
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; SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2021, p. 21.

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.

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi organizado a partir de quatro diretrizes, já espelhando a reorganização interna da SMS. As diretrizes foram pensadas como guias para orientar as áreas técnicas na elaboração das metas, dos indicadores e do plano de trabalho, de modo a melhorar a integração entre as diversas áreas da rede municipal do SUS e mostrar de modo mais acessível a visão, os objetivos e valores da Secretaria. A Diretrizes 1, 2 e 3 foram pensadas a partir do diagnóstico das áreas técnicas, enquanto a Diretriz 4 partiu das demandas dos territórios, como forma de readequar as políticas públicas em saúde às prioridades locais. Elas estão listadas a seguir:

- **Diretriz 1:** Garantir a atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase nos principais problemas de saúde identificados no município;
- **Diretriz 2:** Aprimorar o acesso à saúde com o fortalecimento das redes de atenção à saúde;
- **Diretriz 3:** Fortalecer a gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação e do modelo de gestão em Saúde;

- **Diretriz 4:** *Garantir a atenção integral e equidade no acesso à saúde, observadas as especificidades dos territórios municipais.*

Buscou-se, ainda, identificar metas que representassem prioridades, mudanças na elaboração da política e pontos de atenção, entendendo-se que o Plano de Saúde não limita a atuação da SMS, mas sim apresenta seus principais desafios para o próximo período. E a identificação de indicadores que pudessem mensurar de maneira significativa o desenvolvimento da política de saúde e também que pudessem ser acompanhados com clareza e transparência, valorizando o controle social. Maiores orientações sobre o processo de construção de objetivos, metas e indicadores são fornecidas no documento “Guia para Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025” disponível no site da SMS.

A participação dos munícipes se deu por meio da plataforma Participe+, pela qual foram registradas cerca de 1.808 propostas entre os dias 13 e 24 de agosto de 2021. Os conselhos gestores dos territórios selecionaram, então, as 15 propostas mais pertinentes para cada um, e essas foram submetidas à votação popular, também pela plataforma digital, para seleção das cinco mais votadas. A viabilidade técnica, financeira e operacional foi analisada pelas áreas técnicas abrangidas pelas propostas. O resultado dessa análise foi incorporado ao documento final, ressaltando o princípio da transparência e a importância da participação popular.

1.3.2. Programação Anual de Saúde (PAS)

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o documento que compõe a anualização das diretrizes, dos objetivos e metas previstos no Plano Municipal. Em conformidade com o que se planejou para os quatro anos, são definidas as ações a serem cumpridas naquele ano a que a PAS se refere para dar concretude aos Objetivos e Metas elencadas 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. Na PAS 2022, um exemplo de ação não processual a ser citada seria “Sensibilizar a SEABEVS e SEAH sobre a importância do atendimento a PcDs e PNEs, considerando que, segundo o Censo Brasileiro (2010), 14% da população do Município de São Paulo possui algum tipo de deficiência”. Como exemplo de ação com impacto financeiro direto, pode-se mencionar a “Contratação de eSB através de OSS para atuação no atendimento em Centro Cirúrgico a PcDs e PNEs”.

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), tendo em vista que ela subsidia o planejamento orçamentário do município³. No que se refere à integração ao ciclo orçamentário e sua operacionalização, cabe ressaltar que a partir de 2020 passou a ser exigida a identificação da subfunção contábil para cada meta (apenas a subfunção, não os valores) por meio do sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento⁴.

Finalmente, apresentam-se, a seguir, boas práticas e recomendações para elaboração da Programação 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. O COSEMS/SP orienta aos órgãos:


1. Consultar, previamente, o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2022-2025;
2. Fazer Oficina com a Equipe de Gestão da Secretaria Municipal da 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;

³A 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.

⁴A Plataforma Digital que será mais bem detalhada no tópico 1.6.4 deste Manual.

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 cumpridos no ano seguinte devem ser transcritos na PAS;
7. As metas devem ser anualizadas, ou seja, para cada meta colocada no PMS deve-se especificar o quanto desta pretende-se 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.

Figura 2: ficha PAS

Diretriz	1. Garantir a atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase nos principais problemas de saúde identificados no município			
Objetivo	1.7. Fortalecer a promoção da saúde, com o desenvolvimento de projetos Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), baseados no perfil demográfico, epidemiológico e determinantes sociais de saúde, com ênfase nas ações intersetoriais			
Meta	1.7.1. Expandir a cobertura do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) nas Unidade Básicas de Saúde (UBS)			
Indicador	Número de UBS com PAVS existentes / 468 UBS existentes no momento da proposição da meta			
	Valor - Base	Ano - Base	Unidade de Medida	
	67,94	2021	%	
Meta quadrienal	75			
Meta 2022	68			
Ações programadas 2022				Ponderação
1. Apoio do PAVS às ações de vigilância em Saúde Ambiental;				1
2. Divulgar e incentivar o PAVS;				1
3. Fortalecer ações do PAVS junto ao Programa Novo Rio Pinheiros;				1
4. Implantar EPS no PAVS;				2
5. Implementar e fortalecer diagnóstico;				2
6. Intensificar ações educativas;				2
7. Participação do PAVS como campo de estágio na residência multiprofissional em PICS na Atenção Básica/Saúde da Família;				1
Subfunções orçamentárias relacionadas				
301 - Atenção Básica;				
Vinculação com demais Pactuações	Programa de Metas	Programa PPA	ODS	Demais Pactuações
		3003 - AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE EM ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA	ODS 3 - Saúde e Bem-estar	PlanClima
Áreas Responsáveis	SEABEVS/CAB/PAVS			
Atenção Básica				

Fonte: elaboração própria

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 cada um dos 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 Municipal 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

Em relação à metodologia, os Relatórios Anuais de Gestão para os próximos anos (2022-2025) seguirão uma estrutura baseada nas ações descritas nas Programações Anuais de Saúde diretamente relacionada. 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, ações e indicadores do Plano de Saúde e suas 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; e
- ponderar quanto da meta anual foi cumprida (no Plano Municipal de Saúde a meta é de quatro 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 melhor detalhado no tópico seguinte.

Em relação ao monitoramento do ciclo anterior, destaca-se a ponderação das ações de cada meta, devendo totalizar 10. A ponderação é parte do planejamento e elaboração da PAS para auxiliar o monitoramento da meta, devendo ser pensada pelas áreas de acordo com a complexidade e relevância das ações. Assim, a nota final da meta para determinado ano será definida de acordo com a realização plena das ações planejadas (as realizadas de modo parcial não pontuam).

Novas metas podem ser criadas e outras readequadas de acordo com o contexto e as necessidades constatadas pelas áreas responsáveis por sua implementação. Por isso, com o intuito de dar mais transparência ao processo, foram criados selos de identificação metas novas e metas readequadas (metas abandonadas serão marcadas em cinza, devendo ser apresentada justificativa de abandono no Plano de Saúde vigente).

Além da ponderação, que avalia o cumprimento das ações, as metas são avaliadas quanto ao seu grau de realização, que varia de zero a 100%. Metas que tenham todas as suas ações realizadas não necessariamente foram plenamente realizadas; embora essa consonância seja buscada por ser um indicador de qualidade das ações e da relação delas com a progressão e realização da meta.

Figura 3: ficha RAG

Diretriz	1. Garantir a atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase nos principais problemas de saúde identificados no município			
Objetivo	1.4. Fortalecer a promoção da saúde, com o desenvolvimento de projetos Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), baseados no perfil demográfico, epidemiológico e determinantes sociais de saúde, com ênfase nas ações intersetoriais			
Meta	1.4.3 Garantir 100% das unidades com PAVS utilizando o Diagnóstico Socioambiental para elaboração de projetos			
Indicador	(Número de unidades com Diagnóstico Socioambiental atualizado / Número de unidades com PAVS) x 100			
	Valor - Base	Ano – Base	Unidade de Medida	
	71,38	2021	%	
Meta quadrienal	100%	Resultado Final	0%	
Meta 2022	71,38%	Resultado Anual	100%	
Justificativa				
Ações				
	Ponderação	Resultado Anual		
1. Apoio do PAVS nas ações de vigilância em Saúde Ambiental	1	1		
2. Divulgação e Incentivo ao PAVS	0,5	0,5		
3. Fortalecimento das ações do PAVS junto ao Programa Novo Rio Pinheiros	1,5	0		
4. Implantar Educação Permanente no PAVS	2	2		
5. Implementação e fortalecimento do diagnóstico	1	1		
6. Intensificação das ações educativas	1	1		
7. Participação do PAVS como campo de estágio na residência multiprofissional em PICS na Atenção Básica/Saúde da Família	3	3		
TOTAL		8,5		
Justificativa				
3. Ação não realizada por conta da pandemia de COVID-19				
Subfunções orçamentárias relacionadas				
301 – Atenção Básica (PREENCHIMENTO COM INFORMAÇÃO DO DIGISUS – QUADRO)				
Vinculação com demais Pactuações	Programa de Metas	Programa PPA	ODS	Demais Pactuações
		3003 - AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE EM ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA	ODS 3 - Saúde e Bem-estar Sem vinculação direta com as metas municipalizadas	PLAMEP

Fonte: elaboração própria

1.3.4 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é um documento introduzido pela LC N° 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. As informações acumuladas quadrimestralmente nesse Relatório subsidiarão a elaboração do Relatório de Gestão no final do exercício.

A estrutura do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior 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 SLOPS, 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; e
3. oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada⁵.

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; e
- 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.


Por fim, o RDQA serve como instrumento de amparo às áreas responsáveis pela realização das metas previstas no Plano de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, com impactos no RAG. Foi pensada uma metodologia de monitoramento semelhante à deste último, com apresentação de ponderação e resultados alcançados. Objetiva-se, com isso, dar maior suporte às equipes da SMS em relação à progressão do Plano de Saúde, possibilitando correções e o replanejamento das metas em tempo hábil; além de diminuir distorções em relação à PAS e o RAG do período.

Em resumo, o RDQA está estruturado em cinco 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;
- V. Monitoramento parcial das metas planejadas para o período.

⁵ 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 quadrimestral, que possibilitem o monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde.

Figura 4: ficha RDQA

Diretriz	1. Garantir a atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase nos principais problemas de saúde identificados no município		
Objetivo	1.7. Fortalecer a promoção da saúde, com o desenvolvimento de projetos Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), baseados no perfil demográfico, epidemiológico e determinantes sociais de saúde, com ênfase nas ações intersetoriais		
Meta	1.7.1. Expandir a cobertura do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) nas Unidade Básicas de Saúde (UBS)		
Ações		Ponderação	Resultado
1. Apoio do PAVS às ações de vigilância em Saúde Ambiental;		1	0
2. Divulgar e Incentivar o PAVS;		1	0
3. Fortalecer ações do PAVS junto ao Programa Novo Rio Pinheiros;		1	1
4. Implantar EPS no PAVS;		2	0
5. Implementar e fortalecer diagnóstico;		2	0
6. Intensificar ações educativas;		2	0
7. Participação do PAVS como campo de estágio na residência multiprofissional em PICS na Atenção Básica/Saúde da Família;		1	0
Resultado até abril/2022			1
Justificativa			
1, 2, 5, 6. ações contínuas; 3. fórum PAVS realizado; 4. GT para revisão de materiais previsto para segundo semestre; 7. previsto para segundo semestre;			
Subfunções orçamentárias relacionadas			
301 - Atenção Básica;			
Áreas Responsáveis	SEABEVs/CAB/PAVS		
Atenção Básica			

Fonte: elaboração própria

SISPACTO – Pactuação Interfederativa de Indicadores: metas e indicadores

1.4.1. Breve Histórico do SISPACTO

Em 1998, a Portaria GM/MS N° 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 N° 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 N° 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 N° 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 N° 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 da Saúde de São Paulo, na Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021, foi pactuada com base em diversos instrumentos legais⁶. 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).

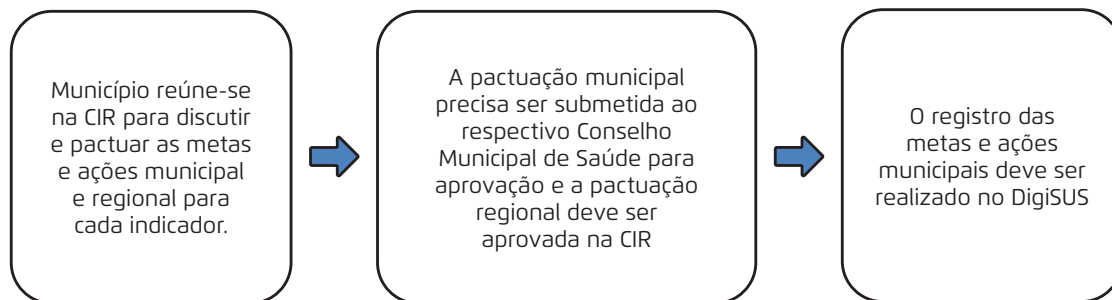
A Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância na qual gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e responsabilidades municipais para o alcance das intervenções definidas.

⁶A partir de 2022, por determinação do Governo Federal, o SISPACTO deixa de existir.

⁷Lei n° 8.080/1990; Decreto n° 7.508/2011; Lei Complementar n° 141/2012; Portaria n° 1, de 28 de setembro de 2017 (Portaria GM/MS n° 2.135); Resolução CIT/MS n° 8, de 24/11/2016; Resolução CIB n° 55 de 22/09/2017.

A figura acima 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 três indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando observadas as especificidades no território), os quais estão dispostos a seguir, junto às metas, para o período abrangido pela última pactuação interfederativa.

Ampliação do acesso à Atenção Básica

Indicadores	Metas anuais				
	2017	2018	2019	2020	2021
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%)	60,0	62,3	64,2	68,0	70,0
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (%)	51,1	73,0	73,0	73,0	73,0
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (%)	20,1	22,4	22,4	22,7	23,0

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

Indicadores	Metas anuais				
	2017	2018	2019	2020	2021
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	0,46	0,50	0,50	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	0,30	0,26	0,27	0,27	0,27

Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil

Indicadores	Metas anuais				
	2017	2018	2019	2020	2021
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar (%)	48,8	48,7	49,5	49,5	49,5
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%)	11,4	11,6	11,4	11,0	10,5
Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000 NV)	10,6	11,0	11,0	10,7	10,7
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1.155	1.200	1.200	1.200	1.200
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	86,4	100	100	100	100
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (n. abs.)	84	71	73	73	85

Saúde Mental – Integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental

Indicadores	Metas anuais				
	2017	2018	2019	2020	2021
Ações de matriciamento realizadas por CAPSs com equipes de Atenção Básica (%)	75,9	85,0	85,0	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

Indicadores	Metas anuais				
	2017	2018	2019	2020	2021
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)	280,0	321,0	317,0	300,0	294,0

Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde

Indicadores	Metas anuais				
	2017	2018	2019	2020	2021
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (%)	98,0	98,0	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	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	80,0	80,0
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (%)	92,7	90,0	90,0	90,0	90,0
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (Nº abs.)	7	8	8	7	7
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (%)	113,3	100,0	100,0	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	100,0	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	1	1
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	99,7	95,0	95,0	97,0	97,0

*Nota: meta descontinuada, por isso sem dados para 2021

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, Criança e Adolescente, Bucal, Mental, Atenção Básica, entre outras), com proposição de metas.

Após discussão e definição das metas nesse fórum, as sugestões 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. 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.

1.4.3. Pactuação Interfederativa de Indicadores 2022-2025

A Pactuação Interfederativa de Indicadores 2022-2025 (SISPACTO) está suspensa até o presente momento.

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). O município de São Paulo é considerado uma única região de saúde e, por isso, constitui uma Comissão Intergestores Regional formada exclusivamente por profissionais da Secretaria Municipal da 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 N° 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 n° 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 designados, da comissão executiva, e das 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 do 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 N° 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 N° 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.

Nos últimos anos, com mais enfoque na gestão participativa e cidadã, municipalidade e Conselho vem convergindo em esforços que almejam aumentar a participação social na tomada de decisões.

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 integrarem 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 on-line (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 diretas 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)⁸ 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 Digital⁹. 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.

⁸ 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.

⁹ 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/repasses-financeiros/siops/perguntas-e-respostas.

1.6.3. DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGPM)

O DigiSUS é uma plataforma digital de acesso público¹⁰ 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)¹¹ 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 (SISPACTO). 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 anualizadas; da previsão orçamentária na Programação Anual de Saúde; e da análise dos resultados obtidos nos RDQAs e RAGs. Além disso, por meio dele, tem-se a apresentação da série histórica dos indicadores anuais da Pactuação Interfederativa de Indicadores, integrando-os aos demais instrumentos de planejamento e a importação de 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 saúde¹².

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 da 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 foram finalizados 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.

¹⁰ Disponível em: <http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/planejamento>.

¹¹ Instituído pela Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

¹² 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 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 integração não implicam necessariamente na 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 continuada¹³. 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 subsequente¹⁴. 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 financeira¹⁵. 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

¹³ Dispositivo reproduzido no §1º do artigo 137 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

¹⁴ Conforme §2º do artigo 165 da CF/1988, reproduzido na Lei Orgânica do Município de São Paulo, §2º do artigo 137.

¹⁵ 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.

¹⁶ Artigo 165, §5º da Constituição e artigo 137, §5º da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

o exercício ao qual 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 voto¹⁶. A LOA é o elo entre o planejamento e a execução física e financeira das ações do governo, buscando atender as metas e 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 previstos¹⁷.

Em relação aos prazos para elaboração dos instrumentos de gestão do SUS e sua relação com aqueles próprios dos ciclos orçamentários, a Portaria N° 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 deverão ocorrer antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente¹⁸. 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 mais 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, a LDO e a LOA. Para que isso se concretize, é necessário, também, observar o calendário mais amplo dos diversos instrumentos de planejamento e prestação de contas, tanto os da Administração como um todo quanto os próprios da Saúde. Para auxiliar essa visualização, disponibilizamos, no Anexo I, o calendário com as principais datas previstas, podendo-se estabelecer linha do tempo desses instrumentos de planejamento.

¹⁷ 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>.

¹⁸ Artigos 2º e 5º da portaria GM/MS nº 2.135/2013.

2.2. Programa de Metas

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(a) Prefeito(a) em exercício. 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, o Prefeito(a) eleito(a) 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. Por esses motivos, o instrumento tem importância estratégica para o(a) chefe do Executivo municipal, já que apresenta seus planos à população de forma mais tangível, servindo como um meio de referendar as ações da municipalidade durante o mandato vigente¹⁹.

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. Para o ciclo 2021-2024, as restrições impostas pela pandemia de COVID-19 tornaram virtual todo o processo participativo, tendo sido realizadas 36 audiências regionais, temáticas e gerais; além de um debate sobre a participação social com vereadores e uma reunião de balanço da participação social, totalizando 38 encontros. Ao final desse ciclo participativo, que também colheu sugestões sobre o PPA 2022-2025 e o PLOA 2022, foram registradas 8.772 sugestões.

Portanto, no município de São Paulo o planejamento no setor da saúde definido pelos instrumentos de planejamento e orçamento constitucionais (PPA, LOA e LDO) deve ser compatibilizado com o Programa de Metas, documento que consolida as principais metas para os quatro anos de gestão. O nível estratégico do Programa é semelhante ao Plano Plurianual e ao Plano Municipal de Saúde – um 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

¹⁹ Apesar de previsto na legislação do município, o cumprimento do Programa de Metas não é uma obrigação legal do prefeito eleito. Nos últimos anos, a pressão de entidades da sociedade civil e dos meios de comunicação tem dado mais destaque às metas previstas no Programa. Desde 2013, vem sendo crescente o engajamento da gestão municipal na implementação, no monitoramento, na avaliação e divulgação das metas estabelecidas e seus resultados.

Saúde quanto para os programas e atividades em saúde no PPA. Uma vez que contém, no mínimo, as diretrizes do plano de governo eleito, é importante uma diretriz para a elaboração das outras duas peças. Recomenda-se que esteja contido tanto no PPA quanto no PMS, 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, no Programa de Metas não há 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 prioridades para o exercício ao qual se refere²⁰.

Para o ciclo 2021-2024, o acompanhamento e monitoramento das metas do PdM está sendo acompanhado pela Secretaria Executiva de Planejamento e Entregas Prioritárias (SEPEP), ligada à Secretaria de Governo Municipal (SGM). À SEPEP/SGM coube orientações e diretrizes quanto à elaboração dos indicadores e a periodicidade do monitoramento. No caso da Saúde, coube à ASPLAN dialogar com as áreas técnicas, buscando a melhor forma de viabilizar as fases de implantação e implementação das metas – ao todo são 13 metas vinculadas à Saúde, sendo 11 de responsabilidade direta.

A Programação Anual de Saúde operacionaliza a cada ano as diretrizes do Plano Municipal de Saúde e deve ser encaminhada para aprovação do Conselho Municipal de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente²¹. Visa-se, assim, à garantia de que o setor saúde esteja contemplado nas regras dispostas na LDO aplicáveis ao ano subsequente. Tendo em vista a aplicação lógica da anualização do Programa de Metas como referência para a elaboração do Anexo de Metas e Prioridades da LDO, e a relação entre a PAS e esse instrumento orçamentário, faz-se necessário compatibilizar, também, o Programa de Metas e a Programação. Ao se incorporar as diretrizes, metas e ações do Programa à PAS e à LDO, é recomendável que se explicita essa relação, de maneira a permitir a identificação das prioridades, para cada ano, pela população e pelos diversos atores envolvidos, como o Conselho Municipal de Saúde e os órgãos de controle interno e externo.

Cabe destacar, ainda, a possibilidade de alterações programáticas no Programa de Metas e sua relação com o planejamento em saúde. Conforme o §4º do artigo 69-A da Lei Orgânica do Município, o Prefeito poderá proceder a alterações programáticas no Programa de Metas, desde que elas estejam em conformidade com o Plano Diretor Estratégico e que se apresentem justificativas por escrito, com ampla divulgação²². Nesse sentido, é possível realizar mudanças nas prioridades estabelecidas no começo do mandato. Além disso, a Lei Maior confere discricionariedade à chefia do Executivo, não estabelecendo os parâmetros segundo os quais essas modificações devem ocorrer.

Alterações das prioridades do mandato por meio de modificações no Programa de Metas podem ter repercussão nas metas, ações e serviços de saúde previstos nos instrumentos de planejamento do setor. Dessa maneira, é necessário realizar as modificações correspondentes, explicitar essa correspondência em cada instrumento de planejamento de saúde e apresentar as justificativas, sempre que aplicável. Deve-se consolidar uma nova versão do Plano Municipal de Saúde a ser apresentada ao Conselho Municipal de Saúde para análise e aprovação.

²⁰ 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>.

²¹ 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.

²² 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:

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

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 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, a promoção do progresso econômico, social e tecnológico de maneira sustentável; e a garantia de acesso universal a serviços básicos. Os governos nacionais e demais interessados (como blocos econômicos e instituições supranacionais) 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)²³.

No Brasil, a coordenação nacional é exercida pela Comissão Nacional dos ODSs, cuja finalidade é internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 no Brasil (BRASIL, 2016). A Comissão, criada pelo Decreto N° 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 ODSs, o acompanhamento e monitoramento dos objetivos e articulação interfederativa²⁴.

Nesse sentido, foram elaborados indicadores que permitam o acompanhamento e monitoramento dos 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 Brasil²⁵.

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 ODSs, 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 N° 16.817/2018 adotou a Agenda 2030 como diretriz de políticas públicas em âmbito municipal e instituiu o Programa para sua implementação. O Decreto N° 59.020/2019, por sua vez, criou a Comissão Municipal para o Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), instância paritária responsável por internalizar, implementar

https://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/assets/up/Programa%20Metas%202019-2020_texto.pdf

<https://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/assets/up/An%C3%A1lise%20da%20Revis%C3%A3o%20Program%C3%A1tica.pdf>

²³ O Brasil apresentou seu primeiro Relatório Nacional Voluntário em 2017. O documento pode ser acessado, na íntegra, em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br/acesso-a-informacao/participacao-social/snas-documentos/relatoriovoluntario-brasil2017port.pdf>.

²⁴ Para maiores informações, consultar o link a seguir:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm

²⁵ A plataforma pode ser acessada por meio do link a seguir:

<https://ods.ibge.gov.br/xcc/global?page=ods>

e monitorar os ODSs 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, foram desenvolvidos os indicadores para acompanhamento e avaliação dos ODSs 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 N° 16.817/2018.

Em julho de 2020 foi empossada a Comissão Municipal para o Desenvolvimento Sustentável (Comissão Municipal ODS), responsável por fazer a interlocução dos ODSs e das suas respectivas metas com a realidade e as necessidades do município de São Paulo, processo conhecido por localização ou municipalização. O resultado deste trabalho foi o lançamento da Agenda 2030, documento que pactua ações do poder público municipal e da sociedade civil voltadas para o desenvolvimento sustentável nos próximos dez anos.

O Plano de Ação, por sua vez, reúne os compromissos assumidos pela municipalidade durante a atual gestão (2021-2024), com o intuito de monitorar e garantir a implementação das políticas preconizadas na Agenda 2030.

Fez-se necessário, também, que os gestores responsáveis pelo planejamento em saúde observassem os ODSs na elaboração de instrumentos de gestão próprios do SUS. No Plano Municipal de Saúde 2022-2025, buscando tornar mais tangível o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, essas foram incorporadas às metas do novo Plano, ficando mais próximas das ações previstas nas Programações Anuais de Saúde.

As metas preconizadas pela Agenda 2030 são desafiadoras e seu sucesso depende de um contexto político-econômico e social de estabilidade, tanto na escala local quanto regional. Portanto, seus resultados dependem da articulação e persistência de atores e políticas, a longo prazo, de modo a permitir a modelagem de estratégias mais eficientes e eficazes para a progressão das políticas públicas, tendo em vista o horizonte de metas da Agenda. A municipalização dos ODSs por meio dos instrumentos de gestão da saúde do SUS municipal prova a utilidade e relevância da Agenda 2030 para o bem-estar da população e o amadurecimento da cultura do planejamento no município.

A seguir, estão listadas as metas diretamente relacionadas à temática da saúde, contempladas pelas metas do Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2022-2025 e pelos indicadores da Agenda 2030.

Fome Zero e Agricultura Sustentável

2.2 – Até 2030, reduzir a subnutrição crônica e aguda e reduzir a aceleração do excesso de peso em crianças menores de cinco anos, e atender as necessidades nutricionais de gestantes e lactentes menores de seis meses.

- **2.2-A.** Vincular a consulta de pré-natal ao atendimento nutricional
- **2.2-B.** Implementar grupos multidisciplinares de incentivo ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde
- **2.2-D.** Priorizar a oferta de vagas para profissionais nutricionistas nos territórios prioritários do Plano Municipal da Primeira Infância
- **2.2-F.** Capacitar os profissionais da Atenção Básica para o correto diagnóstico do estado nutricional
- **2.2-G.** Aprimorar a gestão da informação nutricional para subsidiar as políticas de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção
- **2.2-H.** Disponibilizar, anualmente, um relatório técnico do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, sobre o perfil alimentar e nutricional da população
- **2.2-I.** Realizar uma busca ativa de crianças em risco nutricional pelas equipes de saúde da Atenção Básica, por meio da curva de crescimento apontada na caderneta da criança, prioritariamente, nos 15 distritos de maior vulnerabilidade do Município de São Paulo
- **2.2-J.** Ampliar em 25% a captação dos dados antropométricos de crianças de 0 a 6 anos e de gestantes de 15 a 19 anos, beneficiárias do Bolsa Família. Linha de Base 50% em 2020

ODS 3 – Saúde e Bem-Estar

3.1 – Até 2030, manter a razão de mortalidade materna no município de São Paulo em, no máximo, 42 mortes por 100.000 nascidos vivos.

- **3.1-A.** Implementar, em parceria com a Área Técnica da Saúde da Mulher, protocolo de pré-natal compartilhado entre a UBS e o Serviço de Pré-Natal de Risco, bem como a vigilância das gestantes faltosas ao pré-natal
- **3.1-B.** Implantar mais 6 equipes de consultório na rua
- **3.1-C.** Atualizar o documento norteador para assistência à saúde da pessoa em situação de rua

3.2 – Até 2030, reduzir no município de São Paulo o coeficiente de mortalidade infantil para abaixo de 10 por mil nascidos vivos

- **3.2-A.** Captar até a 12ª semana as gestantes para o pré-natal
- **3.2-B.** -Realizar 7 ou mais consultas no pré-natal
- **3.2-C.** Monitorar o teste do pezinho em 100% das maternidades SUS
- **3.2-D.** Implantar o protocolo integrado Fluxo de Gravidez na Adolescência
- **3.2-E.** Garantir o atendimento do recém-nascido em até 7 dias de vida
- **3.2-F.** Realizar grupos de incentivo ao aleitamento materno

3.3 – Até 2030, acabar com a epidemia de AIDS, controlar como problema de saúde pública a tuberculose, a hepatite C e as arboviroses transmitidas pelo Aedes aegypti no município de São Paulo.

- **3.3-A.** Intensificar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização de diagnóstico na população em situação de rua
- **3.3-B.** Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios nas UBS e pelos Agentes Comunitários de Saúde
- **3.3-C.** Aumentar a proporção de contatos examinados de casos com tuberculose
- **3.3-D.** Intensificar a realização de teste rápido para HIV
- **3.3-E.** Intensificar a realização de teste rápido para Hepatite C
- **3.3-F.** Aumentar o número de diagnóstico de Hepatite C
- **3.3-G.** Aumentar locais de dispensação de medicação para Hepatite C
- **3.3-H.** Realizar visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde/Agente de Combate a Endemias, visando à orientação para controle de vetores

3.4 – Até 2030, reduzir em 18% a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

- **3.4-C.** Capacitar os profissionais de saúde para manejo das doenças crônicas não transmissíveis como facilitador do diagnóstico e tratamento precoce, buscando a equidade em saúde
- **3.4-D.** Realizar ações de detecção precoce através de busca ativa interna e externa de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco nas Unidades Básicas de Saúde
- **3.4-E.** Promover ações de educação permanente para a construção de habilidades e competências dos profissionais na prevenção e no manejo de doenças crônicas
- **3.4-F.** Elaborar o instrumento de estratificação de Risco Cardiovascular Capacitar os profissionais de saúde para realização da estratificação de risco
- **3.4-G.** Elaborar o instrumento do Plano de Autocuidado Pactuado. Capacitar os profissionais de saúde para realização do Plano do Auto Cuidado Pactuado
- **3.4-H.** Fortalecer as interlocuções regionais na gestão do processo de trabalho das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- **3.4-J.** Realizar ações intersetoriais em parceria com o Programa Saúde na Escola Intensificar as ações de promoção e prevenção de DCNT direcionadas à saúde do homem, através do pré-natal do homem
- **3.4-K.** Intensificar as ações de promoção e prevenção de DCNT direcionadas à saúde do homem, através de busca ativa nos espaços frequentados principalmente pelos homens
- **3.4-L.** Realizar campanhas de promoção e prevenção e atividades em todas as UBS de promoção e prevenção à saúde no combate ao câncer na população masculina no mês de novembro (“Novembro Azul”)
- **3.4-M.** Implementar as orientações do “Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Básica SMS” no atendimento à população negra
- **3.4-N.** Analisar e divulgar dados epidemiológicos da população do Município de São Paulo referentes à mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), e seus principais fatores de risco e proteção
- **3.4-O.** Realizar fóruns e reuniões em nível central e regional de forma a promover a discussão técnica e fomentar ações de promoção da saúde voltadas para o enfrentamento das DCNT e articulação intra e intersetorial

3.5 – Melhorar e ampliar a prevenção e o tratamento das pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

- **3.5-A.** Previsão de implantação de cinco novos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (três Infância Juvenil e dois Álcool e Drogas)
- **3.5-B.** Reclassificação de dois Centros de Atenção Psicossocial Infância Juvenil para CAPS III

3.7 – Até 2030, assegurar e tornar mais acessível o acesso universal aos serviços e aos métodos contraceptivos, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e à educação, com foco na redução da gravidez na adolescência

- **3.7-A.** Implantar o protocolo integrado Fluxo de Gravidez na Adolescência
- **3.7-B.** Implantar o protocolo integrado Fluxo de Violência contra Criança e Adolescente

3.8 – Atingir a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade.

- **3.8-A.** Realizar o mapeamento das necessidades do território e identificar eventuais vazios assistenciais para nortear a alocação das equipes ESF contratadas
- **3.8-B.** Contratar profissionais de saúde para compor as equipes dos territórios prioritários

3.9 – Até 2030, ampliar o atendimento dos programas VigiAr, VigiSolo, VigiQuim e VigiDesastres no município de São Paulo, bem como incentivar e promover iniciativas articuladas com outros parceiros e atores

- **3.9-A.** Implantar cinco Unidades Sentinela (US) do Programa de Vigilância de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR), totalizando duas Unidades Sentinelas por Coordenação Regional de Saúde - CRS
- **3.9-B.** Realizar treinamentos semestrais dos profissionais que atuam no programa VIGIAR da UVIS e Unidades Sentinela
- **3.9-C.** Capacitar os profissionais das 28 Unidades de Vigilância Sanitária - UVIS e Coordenação Regional de Saúde - CRS, para as ações referentes a áreas contaminadas com mudança de uso no MSP, nas atividades de vigilância e atenção à saúde da população exposta
- **3.9-D.** Encaminhar e monitorar as inspeções e ações realizadas para as áreas contaminadas com mudanças de uso, informadas por SVMA, para as Unidades de Vigilância Sanitária - UVIS
- **3.9-E.** Inspeccionar 25% das Áreas Contaminadas com Risco Confirmado (ACRi) no MSP
- **3.9-F.** Monitorar a substância Benzeno em postos de combustíveis que contaminaram as águas subterrâneas e extrapolaram a área da empresa (extra site), por meio da análise do cruzamento dos Bancos CETESB 2020 e poços de água subterrânea do DAEE 2020
- **3.9-G.** Capacitar anualmente os técnicos responsáveis pelo Programa VIGIDESASTRES nas Unidades de Vigilância Sanitária - UVIS
- **3.9-H.** Viabilizar o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde previstas para o Plano Preventivo Chuvas de Verão - PPCV, por meio da publicação anual de portaria instituindo Comitê Interno em COVISA, com representantes das áreas técnicas

3.a – Até 2030, reduzir em no mínimo 10% o percentual de fumantes no município de São Paulo.

- **3.a-A.** Instituir o tratamento para o controle do tabagismo em todas as UBS
- **3.a-B.** Capacitar novos profissionais para formação de grupos nas UBS
- **3.a-C.** Fomentar através de reuniões regionais a formação de novos grupos nas UBS com estímulo à retomada das atividades coletivas

3.b – Proporcionar o acesso a vacinas do Calendário Nacional de Vacinação e realizar ações para atingir a cobertura ideal das vacinas pactuadas (Vacina Pentavalente, Vacina Pneumocócica 10 valente, Vacina contra a Poliomielite, Vacina contra o Sarampo / Caxumba / Rubéola).

- **3.b-A.** Qualificar o registro adequado de doses aplicadas nos sistemas oficiais com a sensibilização dos profissionais por meio da educação permanente
- **3.b-B.** Realizar campanhas voltadas a sensibilização dos profissionais para o registro adequado de doses aplicadas e estimular a vacinação oportuna, por meio da avaliação da caderneta de saúde, visitas domiciliares e visitas às escolas
- **3.b-C.** Realizar campanhas de mobilização social voltadas sobre a importância da vacinação para a sociedade em geral
- **3.b-D.** Promover ações de busca ativa, postos extramuros, vacinação em bolsões de suscetíveis, sobretudo, em relação às crianças na primeira infância
- **3.b-E.** Aprimorar as condições de conservação e distribuição de imunobiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde nas unidades de saúde
- **3.b-F.** Adquirir tablets e condições de acesso para registro em tempo real das informações de vacinação
- **3.b-G.** Qualificar e aprimorar os sistemas de registro da informação de vacinação para adequado

ODS 5 – Igualdade de Gênero

5.6 – Promover e garantir a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, considerando etnia, idade, deficiência, regiões periféricas, orientação e identidade de gênero.

- **5.6-A.** Capacitar equipes e jovens para implementar grupos educativos sobre o tema inter e extramuros das UBS localizadas nos territórios com altas frequências de população negra
- **5.6-B.** Promover a formação continuada sobre os fluxos de atendimento a vítimas de violência
- **5.6-C.** Realizar ações educativas nos 15 territórios prioritários do PMPI, reforçando práticas e atividades voltadas às temáticas LBTQIA+, população imigrante e saúde reprodutiva
- **5.6-D.** Adotar a linguagem acessível para adolescentes, população LGBTQIA+ e população imigrante nas publicações educativas voltadas a este público.

ODS 8 – Trabalho Decente e Desenvolvimento Econômico

8.8 – Proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários.

- **8.8-A.** Disponibilizar mensalmente no site da SMS/COVISA o número de notificações de Acidentes de Trabalho notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
- **8.8-B.** Intervir nos ambientes, condições e processos de trabalho com objetivo de eliminar/minimizar/controlar os riscos ocupacionais à saúde do trabalhador
- **8.8-C.** Realizar atividades educativas em Saúde do Trabalhador para profissionais de saúde
- **8.8-D.** Realizar anualmente 06 (seis) turmas, do Curso EAD de Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à Saúde, visando a implementação dos Fóruns Regionais de Matriciamento em Saúde do Trabalhador e a formação de facilitadores em Saúde do Trabalhador
- **8.8-E.** Realizar oficinas de Matriciamento em Saúde do Trabalhador para implementação dos Fóruns de Saúde do Trabalhador em cada Coordenadoria Regional de Saúde
- **8.8-F.** Publicar o resultado do Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador sobre Transtorno Mental

²⁴ Para maiores informações, consultar o link a seguir:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm.

²⁵ A plataforma pode ser acessada por meio do link a seguir:
<https://ods.ibge.gov.br/xcc/global?page=ods>.

REFERÊNCIAS

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 N° 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 N° 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 N° 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 N° 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 N° 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 n° 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 N° 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei N° 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei N° 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 n° 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 N° 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei N° 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 N° 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 N° 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 N° 1, de 28 de setembro de 2017, art. 94 a 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 N° 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1091_02_05_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT N° 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 N° 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 N° 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 N° 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 N° 3, de 16 de agosto de 2016** (com prazo prorrogado pela Resolução CIT N° 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 N° 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/repasses-financeiros/siops>.

BRASIL. **Portaria N° 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 N° 750, de 29 de abril de 2019.** Altera a Portaria de Consolidação N° 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://bvsmms.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 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 n° 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://bvsmms.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://bvsmms.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://bvsmms.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://bvsmms.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://bvsmms.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/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp/pessp_2017_11_01_17.pdf.

ANEXO I
CALENDRÁRIO GERAL DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

INSTRUMENTO	PRAZO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
Conferência Municipal 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	Maior	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

INSTRUMENTO	PRAZO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
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 (2021-2023)



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

Próximo período (2022-2025) para a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

2022

1. Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro):

- A. 27/02 – apresentação na Câmara Municipal do 3º Relatório Quadrimestral e Anual de 2021 (RDQA)
- B. 29/05 – apresentação na Câmara Municipal do 1º Relatório Quadrimestral de 2022
- C. 25/09 – apresentação na Câmara Municipal do 2º Relatório Quadrimestral de 2022;

- 2. RAG 2021: 01/01 a 30/03/2022 (entrega ao Conselho)
- 3. Programação Anual de Saúde 2023: 01/01 a 15/04/2021
- 4. LDO 2023: 01/01 a 15/04/2022
- 5. LOA 2023: dezembro/2022

2023

1) Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro):

- A. 27/02 – apresentação na Câmara Municipal do 3º Relatório Quadrimestral de 2022 (RDQA)
- B. 29/05 – apresentação na Câmara Municipal do 1º Relatório Quadrimestral de 2023
- C. 25/09 – apresentação na Câmara Municipal do 2º Relatório Quadrimestral de 2023

- 2) RAG 2022: 01/01 a 30/03/2023 (entrega ao Conselho)
- 3) Programação Anual de Saúde 2024: 01/01 a 15/04/2023
- 4) LDO 2024: 01/01 a 15/04/2023
- 5) LOA 2024: dezembro/2023

2024

1) Relatório Quadrimestral (Orçamentário/Financeiro):

- A. 27/02 – apresentação na Câmara Municipal do 3º Relatório Quadrimestral de 2023 (RDQA)
- B. 29/05 – apresentação na Câmara Municipal do 1º Relatório Quadrimestral de 2024
- C. 25/09 – apresentação na Câmara Municipal do 2º Relatório Quadrimestral de 2024

- 2) RAG 2023: 01/01 a 30/03/2023 (entrega ao Conselho)
- 3) Programação Anual de Saúde 2025: 01/01 a 15/04/2024
- 4) LDO 2025: 01/01 a 15/04/2024
- 5) LOA 2025: dezembro/2024

2025

- 1) Programa de Metas: 01/01 a 30/03/2025 (90 primeiros dias do 1º ano da gestão 2025-2028);
- 2) RAG 2024: 01/01 a 30/03/2025 (entrega ao Conselho);
- 3) Programação Anual de Saúde 2026: até 15/04/2025 (entrega ao Conselho);
- 4) Plano Municipal de Saúde 2026-2029: encaminhar para apreciação do Conselho até 30/09/2025;
- 5) Plano Plurianual 2026-2029: 01/01 a 30/09/2025
 - 3.1) LDO 2026: 01/01 a 15/04/2025
 - 3.2) LOA 2026: dezembro/2025



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE