

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIDADES INTELIGENTES E SUSTENTÁVEIS**

**MARIA DAS GRAÇAS SILVA**

**ANÁLISE DA SAÚDE AMBIENTAL EM PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA  
REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO**

**São Paulo**

**2021**

**Maria das Graças Silva**

**ANÁLISE DA SAÚDE AMBIENTAL EM PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA  
REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO**

**ANALYSIS OF ENVIRONMENTAL HEALTH IN MUNICIPAL HEALTH  
PLANS IN THE METROPOLITAN REGION OF SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Cidades Inteligentes e Sustentáveis**.

ORIENTADORA: Profa. Amarilis Lucia Casteli  
Figueiredo Gallardo

**São Paulo**

**2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Maria das Graças .

Análise da saúde ambiental em planos municipais de saúde da região metropolitana de São Paulo. / Maria das Graças Silva. 2021. 100 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2021.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amarilis Lucia Casteli Figueiredo Gallardo.

1. Saúde. 2. Saúde ambiental. 3. Políticas públicas..

I. Gallardo, Amarilis Lucia Casteli Figueiredo. II. Título.

CDU 711.4

**ANÁLISE DA SAÚDE AMBIENTAL EM PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA  
REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO**

**MARIA DAS GRAÇAS SILVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cidades Inteligentes e Sustentáveis, sendo a banca examinadora formada por:

---

Profa. Dra. Amarilis Lucia Casteli Figueiredo Gallardo  
Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

---

Profa. Dra. Marcela Barbosa de Moraes  
Universidade de Taubaté (UNITAU)

---

Profa. Dr. Dra. Andreza Portella Ribeiro  
Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

São Paulo, 31 de março de 2021.

**DEDICATÓRIA**

Aos meus pais.

## AGRADECIMENTOS

Sinceros agradecimentos a minha orientadora, Profa. Dra. Amarilis Lucia Casteli Figueiredo Gallardo pelo respeito, carinho, atenção, compromisso, apoio, dedicação e convivência extraordinária, enriquecedora e harmônica.

Agradeço imensa colaboração na banca para qualificação do curso da Profa. Dra. Katia Canil - Universidade Federal do ABC – UFABC, da Professora Dra. Marcela Barbosa de Moraes e duplamente da Profa. Dra. Andreza Portella Ribeiro que participou na qualificação e na defesa.

Aos demais professores do extinto curso de Gestão ambiental e Sustentabilidade (GeaS) – UNINOVE, que fizeram muito mais do que ensinar, fizeram do processo ensino-aprendizagem uma arte, exemplos vivos de responsabilidade, generosidade e compromisso com os docentes:

Ana Paula Branco do Nascimento

Andreza Portella Ribeiro

Alexandre de Oliveira Aguiar

Claudia Terezinha Kniess

Fabio Ytoshi Shibao

Heidy Rodrigues Ramos

João Alexandre Paschoalin Filho

Leonardo Vils

Mauro Silva Ruis

Simone Aquino

Vitoriosos? Somos mais do que vitoriosos!

Somos amigos unidos, nos dedicamos muito uns aos outros. Na nossa amizade compartilhamos alegrias, vitórias e tristezas, vivemos juntos o que nunca imaginamos que enfrentaríamos um período histórico, perturbador, pandêmico, que se tornou menos sombrio em razão do carinho, atenção e solidariedade. Com vocês foi possível superar as batalhas do caminho rumo à conclusão do curso, num verdadeiro espírito familiar e fraterno.

Aos alunos da Turma 191 - ex-GeaS e depois CIS:

André Habiro

Hendrio Carvalho Chaves

Janete Ferreira

Joyce Éllen Santos de Oliveira

Juliana Peixoto de Novais Gadelha

Kátia Beatrice Pereira da Cunha Andrade

Letícia Soares Honório

Matheus Alexandre da Silva Camargo

Rosana Cayres

Gratidão!

## RESUMO

Os impactos da sociedade humana na natureza podem gerar degradação comprometendo a qualidade de vida. São necessárias ações para mitigar esses efeitos nocivos por meio das políticas públicas e seus instrumentos de gestão como agendas, planos, projetos e programas. Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a degradação do meio ambiente ocorre em escala mundial; impactada pela ação humana por meio da constante contaminação atmosférica, do solo e água e do aquecimento global, destruindo ecossistemas, o que está associado aos sistemas econômicos, de produção e de descarte de materiais e resíduos industriais; agravando as situações de pobreza e de dificuldade de acesso aos recursos naturais, sociais e econômicos, comprometendo a salubridade das condições de vida. Tratou-se de pesquisa qualitativa, tendo por objeto de estudo, os planos municipais de saúde de municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). O objetivo foi analisar como ocorreu a incorporação de problemas ambientais e a participação da sociedade civil na elaboração de tais planos, conforme os pressupostos da VIII e XIV Conferências Nacionais de Saúde. Após a análise ficou explícita a demanda pela melhoria da formulação dos planos municipais de saúde; para que o conceito de saúde seja tratado de modo ampliado, envolvendo outras áreas e abarcando as demandas locais, as quais envolvem principalmente as questões ambientais, priorizando os fatores determinantes de vulnerabilidades sociais, econômicas e ambientais. Os resultados da análise corroboraram para a elaboração de futuros planos, quanto à qualificação dos diagnósticos municipais, fortalecimento da participação popular e da integração das questões ambientais nas agendas de saúde.

Palavras-chave: **Saúde, Saúde Ambiental, Políticas Públicas.**



## **ABSTRACT**

The impacts of human society on nature can lead to degradation, compromising the quality of life. Actions are needed to mitigate these harmful effects through public policies and their management tools such as agendas, plans, projects and programs. According to the Pan American Health Organization (PAHO), degradation of the environment occurs on a worldwide scale, impacted by human action through constant atmospheric contamination, soil and water and global warming, destroying ecosystems, which is associated with economic systems, production and disposal of materials and industrial waste, aggravating situations of poverty and difficulties in accessing natural, social and economic resources, compromising the wholesomeness of living conditions. It was a qualitative research, with the object of study, the municipal health plans of municipalities in the Metropolitan Region of São Paulo (RMSP). The objective was to analyze how the incorporation of environmental problems and the participation of civil society in the elaboration of such plans occurred, according to the assumptions of the VIII and XIV National Health Conferences. After the analysis, the demand for the improvement of the formulation of municipal health plans was explicit. health, so that the concept of health is treated in an expanded way, involving other areas and encompassing local demands, which mainly involve environmental issues, prioritizing the determining factors of social, economic and environmental vulnerabilities. The results of the analysis corroborated for the elaboration of future plans, regarding the qualification of the municipal diagnoses, strengthening of popular participation and the integration of environmental issues in the health agendas.

**Keywords:** Health, Environmental, Public Policy.

## Lista de Figuras

Figura 1	Municípios selecionados.....	25
Figura 2	Linha do tempo - Políticas nacionais de Promoção da Saúde e Meio Ambiente.....	36
Figura 3	Conferências Nacionais de Saúde.....	56
Figura 4	Mapa da Região Metropolitana de São Paulo.....	60
Figura 5	Fases de elaboração do PMS.....	68

## Lista de Quadros

Quadro 1	Informação - PMS.....	26
Quadro 2	Alcance de metas - ODM 2015.....	39
Quadro 3	Metas e indicadores - ODS 3.....	42
Quadro 4	Metas e indicadores - ODS 6.....	46
Quadro 5	Metas e indicadores - ODS 11.....	48
Quadro 6	Síntese de análise PMS.....	74
Quadro 7	Síntese - Participação da sociedade civil - Conferências Municipais.....	82
Quadro 8	Síntese - Participação da sociedade civil - Conselhos Municipais.....	83
Quadro 9	Síntese - Diagnóstico dos municípios.....	84
Quadro 10	Síntese - Definições para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental.....	85
Quadro 11	Síntese - Definição de ações intersetoriais.....	86
Quadro 12	Síntese - Análise PMS - município de Guarulhos.....	87
Quadro 13	Síntese - Análise - PMS município de Diadema.....	90
Quadro 14	Síntese - Análise – PMS município de Mauá.....	94
Quadro 15	PMS de Mauá – Síntese - Análise PMS município de Embu das Artes....	96
Quadro 16	Síntese - Análise - PMS – município de Franco da Rocha.....	98
Quadro 17	Síntese de análise - PMS município de Santana de Parnaíba.....	100

## Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BF	Bolsa Família
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CEREST	Centro de Referência em saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância Ambiental
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho Municipal de Secretários de Saúde
COVID	Corona Virus Disease
CVE	Centro de Vigilância Epidemiologia
DATAPREV	Departamento de Tecnologia e Informações da Previdência
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EMPLASA	Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano
ETE	Estação de Tratamento de Esgotos
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GM/MS	Gabinete do Ministério/Ministério da Saúde
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBAMA	Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais
IBGE	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LC	Linha de Corte
MS	Ministério da Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PDUI-RMSP	Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana de São Paulo
PMS	Planos Municipais de Saúde
PNaPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNMA	Política Nacional de Meio Ambiente
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSA	Política Nacional de Saúde Ambiental
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPC	Polo Petroquímico de Capuava
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Regiões de Assistência à Saúde
RBS	Revisão Bibliográfica Sistemática
RMGSP	Região Metropolitana de da Grande São Paulo
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão do Sistema Único de Saúde
SEMA	Secretaria Especial de Meio Ambiente
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SISPACTO	Sistema de Pactuação
SNVA	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UFABC	Universidade Federal do ABC

## SUMARIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
2.	OBJETIVOS.....	19
3.	INTEGRAÇÃO DOS TEMAS SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO PAÍS - DA ESFERA FEDERAL À LOCAL.....	19
4.	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	24
	Capítulo 1: Política Nacional de Saúde Ambiental e Política Nacional de Promoção à Saúde.....	29
	1.1 A Vigilância em Saúde Ambiental.....	34
	1.2 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) na Saúde.....	37
	1.3 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Saúde.....	41
	1.4 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a pandemia COVID 19.....	52
	Capítulo 2: Contextualização da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS).....	55
	2.1 Conferências e Conselhos de Saúde.....	56
	2.2 Organização da saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).....	59
	2.2.2 Regionalização e governança na RMSP.....	65
	2.2.3 O Plano Municipal de Saúde e seu conteúdo.....	68
5.	ANÁLISE GERAL E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	71
6.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	75
	6.1 Resultados esperados.....	77
	6.2 - Sugestões de pesquisas futuras	77
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE.....	82

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é regulamentada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), concretizada por meio de planos, projetos e programas, enquanto instrumentos de viabilização das ações políticas e administrativas em todo o território nacional; conjuntura cuja regulação e regionalização têm por princípio organizativo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os avanços dessa política destacou-se o uso de instrumentos de gestão da política pública de saúde, o Plano Municipal de Saúde (PMS). Conforme a portaria nº 135 de 25 de setembro de 2013 inicia o planejamento ascendente e integrado do Sistema Único de Saúde (SUS), embasando a formulação do Plano Estadual de Saúde (PES) e do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Ao nortear a ação da gestão pública nas demais esferas de governo, o PMS possibilita a inserção das questões ambientais no planejamento, a gestão e a destinação de recursos, evidenciando o seu potencial transformador. Segundo Souza e Andrade (2014) a integração das questões de meio ambiente e os objetivos da saúde ambiental nas políticas de saúde expressam a emergência da inserção da interdisciplinaridade entre esses temas, os quais se materializam no planejamento com recorte no território.

De acordo com Camponogara, Kirchhof e Ramos (2008) vem sendo considerado imprescindível incorporar a dimensão ambiental no desenvolvimento das ações de saúde na atualidade. Segundo esses autores, a produção técnica sobre o tema, mostra que no Brasil, os trabalhos neste contexto direcionam-se à discussão de vetores de doenças infectocontagiosas, diferente do escopo mais amplo em pesquisas de outros países; para esses autores a produção do conhecimento na área, ainda fragmentada, precisa ser direcionada à valorização da diversidade dos fatores envolvidos nas questões ambientais, bem como promover espaço para a interdisciplinaridade e intersetorialidade nessa relevante interface saúde e meio ambiente.

A falta de priorização das demandas relativas ao atendimento das necessidades de saneamento básico, habitação, problemas ambientais e gestão de recursos hídricos pelos entes federativos em seus respectivos níveis de gestão, impactam a saúde pública, de modo a que são mantidos, senão aumentados os índices de desigualdades socioeconômicas, geradoras de



vulnerabilidades. Desse modo, o Brasil ocupa a 7ª colocação entre os países mais desiguais do mundo (coeficiente de Gini); 79º em um ranking de 189 países analisados conforme o relatório mundial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD 2019).

O processo histórico da informalidade e da ilegalidade da ocupação desordenada do solo é prática recorrente que acarreta a depreciação dos recursos naturais, resultando na marginalização social e limitação de oportunidades para o alcance do bem estar, o que se tornou recorrente principalmente nas regiões metropolitanas.

A sociedade civil participa da elaboração do PMS por meio das conferências e dos conselhos de saúde, os quais são recursos para aproximar e trazer a realidade sócio-econômica ao nível do planejamento urbano, no que se refere ao atendimento em saúde pública.

As propostas emergidas das conferências são submetidas aos conselhos municipais de saúde para aprovação e incorporação ao PMS. Embora essas conferências constituam espaços de pactuação envolvendo conceitos e prioridades para que responsabilidades sejam assumidas, os ganhos não são facilmente mensuráveis. Trata-se da possibilidade de reconstrução conceitual e na tomada de consciência sobre o que e como precisa ser feito para melhorar a saúde no Brasil (Stédile, Guimarães, Ferla e Freire 2014.)

A atual Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) anteriormente denominada Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP) é a maior do país. Apresenta áreas díspares em termos de concentração de renda, de recursos e serviços, coexistindo focos de pobreza, exclusão, risco e vulnerabilidade social e habitacional em meio a outras consideradas privilegiadas. Tais disparidades geram e reforçam o cenário de divisão de classes devido aos déficits das condições de acesso e existência de infraestrutura urbana (Giatti et. al. 2019).

A diversidade das características dos municípios da RMSP atribui representatividade em relação aos demais municípios do país, e os modelos de gestão nela existentes podem contribuir para a elevação da qualidade de serviços em outras regiões.

Outra característica marcante é a participação dos equipamentos de ensino superior, inclusive federais, por meio de contratos, acordos e projetos na administração de equipamentos hospitalares na região, contribuindo para avanços em pesquisas e tecnologia em saúde pública.

Partindo da relevância do contexto saúde e meio ambiente, da limitada materialidade da abordagem integrada desses constructos, esse trabalho encontra uma lacuna de pesquisa e potencial contribuição para explorar essa conexão na tomada de decisão em recorte municipal.

Assim essa pesquisa teve por objeto de estudo o PMS, tratando-se de 06 municípios da RMSP com vistas à identificação da incorporação das questões ambientais em seu escopo e do envolvimento da sociedade civil no processo de sua elaboração; de modo a subsidiar o aprimoramento da elaboração de outros planos e favorecendo revisões daqueles cuja vigência não tenha expirado.

Os planos foram obtidos por meio eletrônico e de domínio público nos portais municipais, sendo esse um dos critérios de elegibilidade. Cumpre esclarecer que há obrigatoriedade da disponibilização dos planos no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGUS), o que pode dificultar o acesso do cidadão comum ao PMS.

Todos apresentaram vigência para o período de 2018 a 2021. Ao que foram selecionados seis municípios da RMSP: Guarulhos, Mauá, Diadema, Embu das Artes, Franco da Rocha e Santana de Parnaíba, pertinente à regulação do Departamento Regional de Saúde I da Grande São Paulo (DRS I), da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES).

Segundo Rachid e Lemos (2009), os problemas de saúde e as questões ambientais ocorrem no território, onde estão presentes as situações de risco e vulnerabilidade, objetos da ação pública por meio das políticas públicas.

Foi estabelecida a questão de pesquisa: Como os Planos Municipais de Saúde estabelecem conexões com a Saúde Ambiental?

A presente pesquisa qualitativa foi estruturada buscando integrar os temas saúde e meio ambiente no país, da esfera federal à local, ao que foi necessário abordar o processo histórico da PNaS e da Política Nacional de Saúde Ambiental, englobando a vigilância em saúde ambiental; os Objetivos de desenvolvimento do Milênio (ODM) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na saúde, enquanto embasamento teórico para contextualizar a elaboração do PMS.

Considerando a amplitude do objeto de estudo, a representatividade devido a diversidade das características dos municípios da RMSP, as peculiaridades e necessidades foi necessário discutir sobre sua organização, regionalização e governança de âmbito regional, exemplificada pela existência de consórcios intermunicipais, importante modo cooperativo de apoio à gestão municipal, ratificado por Doin et. al como forma inovadora de fortalecimento da gestão local em função da necessidade de resolução de problemas locais e regionais.

## **2. OBJETIVOS**

Essa pesquisa teve por objetivo geral analisar a incorporação da temática saúde ambiental no planejamento em saúde pública, materializado no plano municipal de saúde.

Os objetivos específicos referiram-se a:

- Analisar as demandas em saúde correlacionadas á saúde ambiental contidas nos planos municipais de saúde da RMSP;
- Analisar a incorporação das propostas de participação popular e questões ambientais preconizadas nas CNS e expressas nos planos municipais de saúde da RMSP.

## **3 INTEGRAÇÃO DOS TEMAS SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO PAÍS – DA ESFERA FEDERAL À LOCAL**

O Decreto nº 9.795, de 17/05/2019 definiu como responsabilidade do MS a PNaS; a coordenação e fiscalização do SUS; a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios; as informações de saúde; os insumos críticos para a saúde; a ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos; a vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa científica e tecnológica na área de saúde

Conforme disposto na CF de 1.988, no nível das políticas da Administração Pública Federal o planejamento em saúde ocorre por meio dos planos: Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Plurianual (PPA).

O art. 165 da CF de 1.988 e o Decreto 2.829 de 29/10 de 1998 definem e regulamentam o PPA que também é elaborado na esfera municipal, tratando-se do planejamento de médio prazo concernente às diretrizes orçamentárias e anuais, regionaliza diretrizes e objetivos por meio de programas conforme a definição das prioridades, vigente por 4 anos com flexibilidade para ajustes anuais e concernente às 3 esferas de governo.

Os planos dos municípios selecionados nessa pesquisa situam-se na RMSP, maior região metropolitana e de grande importância econômica para o país; é a maior aglomeração urbana da América do Sul, palco de desigualdades e vulnerabilidades sociais e econômicas, evidenciadas

pela periferização da moradia em áreas de nascentes ou beira córregos, encostas e de proteção ambiental que afetam sobremaneira a saúde. Frequentemente essas populações sofrem com enchentes, falta de água, surtos de doenças infecciosas, entre outros riscos para a saúde, cujas formas preventivas são amplamente evitáveis e conhecidas (Fajersztajn, Veras e Saldiva, 2016).

A caracterização da RMSP enquanto polo de desenvolvimento sócio-econômico envolve a discussão sobre governança ambiental; considerando Jacobi e Sinisgalli (2012), que correlacionam sociedade, Estado, mercados, direito, instituições, políticas e ações governamentais à qualidade de vida, bem estar e saúde ambiental. Augusto, Silva, Tambelini et.al, (2014) complementam que o Estado Brasileiro corrobora para que o interesse capital sobreponha-se ao desenvolvimento de ecossistemas saudáveis.

Nas cidades brasileiras muitas pessoas moram em áreas inapropriadas e de grande risco. Há a ocupação inadequada do solo, com a construção de moradias em terrenos de encostas, em margens de cursos d'água, áreas de risco de deslizamento e inundações, é reflexo dessa ocupação desordenada que reflete a falta de uma lógica de governança colaborativa. Jacobi (2013).

Os autores trazem a reflexão sobre a necessidade de intervenção para mudanças no cotidiano, uma vez que a mercantilização da natureza está associada aos modos de produção, que geram problemas ambientais.

Segundo o MS, saúde ambiental é área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhor qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade (BRASIL, 2005a).

Diante da demanda pelo desenvolvimento de meios para a captação e atendimento das necessidades em saúde da população no âmbito municipal, os gestores têm à disposição o Plano Municipal de Saúde (PMS), que se propõe a esse fim, ou seja, à identificação das necessidades em saúde das pessoas de um território sanitário adstrito (Brasil, 2009, 2013a, 2016).

Por meio do PMS é possível mobilizar recursos e materializar o conhecimento das pessoas envolvidas, corroborado por Garcia e Reis (2016) ao ressaltarem a importância do alcance dos objetivos do planejamento por meio da participação dos atores envolvidos numa construção coletiva. Saliba et.al (2013) complementam que o PMS extrapola o aspecto formal da legalidade pois é dinâmico, pode e deve ser ajustado e operacionaliza o contexto da ação da

gestão pública no âmbito municipal e deve ser construído coletivamente apresentando as intenções políticas, diretrizes, prioridades, objetivos, quadro de metas, estimativa de recursos e gastos necessários para o alcance das metas do setor da saúde”.

A elaboração do PMS deve contemplar muito mais que a intencionalidade do cumprimento legal para obtenção de repasse de recurso financeiro, trata-se do cumprimento de agendas nacionais e internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a construção de um mundo sustentável e democrático, em que todos tenham assegurados os direitos à qualidade de vida saudável (Saliba et. al, 2012).

As metas dos ODS são adaptadas conforme a realidade de cada país, as quais por sua vez são ajustadas no território por meio do PMS, tornando-o veículo para o alcance das metas globais de desenvolvimento. Trata-se da consolidação da CF de 1988 no que se refere ao empoderamento por meio da autonomia dos municípios, facultando-lhes ações e atribuindo competências que extrapolam os limites territoriais. Tasca Coutinho e Rehem (2018) enfatizam a importância do fortalecimento do SUS no processo de cumprimento das metas dos ODS

A estruturação da apresentação do conteúdo do PMS em relação às metas, objetivos, diretrizes e indicadores reflete a estratégia do alinhamento em cumprimento da Agenda 2030. Segundo Oliveira e Junior (2016), o planejamento da prestação de serviços públicos tem por objetivo o estabelecimento de metas e definição de diretrizes da organização, considerando os atores e as particularidades da definição das estratégias do planejamento.

O caráter coletivo da construção do planejamento tem início por meio das conferências; razão pela qual o presente estudo destacou a VIII e a XIV Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as quais trazem em seus respectivos Relatório Finais dois importantes aspectos da construção da PNaS e abordagem de análise; a participação popular e discussão sobre questões ambientais, tratando-se pois da reformulação da política nacional de saúde até então vigente.

Saliba, Moimaz, Ferreira e Custódio (2009) reforçam a importância das conferências, atribuindo-lhes grande avanço na construção das políticas públicas. Trazem proximidade entre o cotidiano do cidadão e os mecanismos que podem atender as necessidades em saúde desse mesmo cotidiano, o que o torna protagonista da ação, tanto na identificação das necessidades como também em relação ao controle da ação pública, considerando ainda a participação dos conselhos na elaboração do PMS.

De acordo com Guizardi et. Al. (2014), os relatórios finais das conferências registram as conclusões, propostas das deliberações aprovadas, exercendo importante papel enquanto veículo das discussões e debates dos anseios da sociedade, levando o âmbito do cotidiano ao contexto da formulação da própria política.

As conferências e outros instrumentos de participação da comunidade na gestão do SUS representam uma verdadeira reforma pela democratização da política de saúde e do Estado; ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, sobretudo por seu caráter ascendente, que visa à participação desde a análise da situação de saúde local até a definição de prioridades e a formulação da política pública (Tofani, Carpintéro, 2012).

A Constituição Federal de 1988 (CF) é a lei que parametriza todo o sistema jurídico, estabelecendo princípios e diretrizes para a sociedade e embasa todas as demais leis do país. A lei magna do país contém a essência dos direitos e dos deveres referentes ao seu objeto de normatização e expressa a vontade da organização social através do Poder Legislativo. (Rozenfeld, 2000).

A Lei nº 8.142/90 é um marco representativo da evolução da política nacional de promoção à saúde ao estabelecer a participação da sociedade civil nos processos de gestão do SUS, criando os conselhos e as conferências de saúde. Ela define o conselho como órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo e presente nas três esferas de poder; e ainda regulamenta a transferência de repasse de recursos entre as esferas federativas.

A contextualização do problema ocorreu por meio de pesquisa da literatura englobando temas pertinentes a políticas de saúde, saúde ambiental, ordenação urbana e da metrópole, construção de planos municipais, conferências nacionais e municipais, conselhos de saúde e processos de participação da sociedade civil no planejamento da ação pública; considerando a legislação, estatutos, portarias e relatórios.

A Lei n.º 8.080 de 19/09 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e sobre a obrigação legal de elaboração do PNS (arts. 15 e 16), desde que compatível e contemplando as demandas dos planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (art. 36); ressaltando a incorporação e deliberação das prioridades, tornadas diretrizes pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A Lei n.º 8.142 de 28/12/de 1990 - Dispôs sobre a participação da comunidade nos processos de elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Dentre as estratégias para que a realidade seja retratada e que a participação popular ocorra, as conferências municipais e os conselhos são atores fundamentais para a promoção da cidadania e da democracia; e como controle da sociedade sobre a gestão pública da saúde e a definição da agenda pública no setor (Neto, Artmann, 2014).

A Portaria GM/MS nº 548 de 12/04 de 2001 criou os Instrumentos de Gestão e a Portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013 estabelece diretrizes do planejamento do SUS e a construção dos planos municipais de saúde; e determina que a elaboração do PMS contemple a participação da comunidade, a análise situacional do município, a estrutura do sistema de saúde, as redes de atenção, condições socio sanitárias; com as respectivas diretrizes, objetivos, metas e indicadores, monitoramento e avaliação para o período de sua vigência do PMS.

A Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 foi alterada pela Lei 13.089 de 12/01/2015 - Estatuto da Metrópole, que trata das diretrizes, planejamento e gestão da ação pública nas regiões metropolitanas e sobre o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado (PDUI).

A Resolução nº 588/2018 de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS); define e norteia as ações de vigilância nas 3 esferas de governo.

O Decreto nº 9.795, de 17/05/2019 - Definiu como responsabilidade do MS a PNaS; a coordenação e fiscalização do SUS e a saúde ambiental e; estabelece outras ações enquanto que a Instrução Normativa SVS Nº 1/2005, dispôs sobre as Competências da Vigilância em Saúde Ambiental;

Para Barcellos e Quitério (2006) é preciso considerar as dimensões continentais do país e as diversidades de solo, clima, relevo, vegetação, disponibilidade hídrica, associados à configuração territorial, ao uso e posse do território, condições socioeconômicas e de saúde populacional.

Freitas, Tambellini, Schultz et.al (2009) destacam que a amplitude das circunstâncias que envolvem a saúde ambiental está correlacionada à produção e consumo que alteram o ambiente e conseqüentemente interferem nas condições de saúde.

#### 4. MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

O PMS é documento oficial e fonte escrita sobre a conjuntura histórica da construção da PNaPS. É sujeito dessa construção, pois, alicerça a formulação do PES e do PNS, atribuindo legitimidade e caracteres democrático, deliberativo e decisório para participação da sociedade civil. Para Minayo (1994) a investigação ou pesquisa se inicia quando se determina o objeto, principalmente se esse for caracterizado como fonte histórica; enquanto que para Sá, Silva e Guindani (2009) os planos são documentos que refletem um contexto em seus diversos aspectos socioculturais, temporais e evolutivos.

Segundo Godoy (1995), a escolha de documentos para estudo não pode ser um processo aleatório, ela ocorre em virtude de determinadas funções, propósitos, ideias ou hipóteses; razão pela qual foram selecionados 06 planos de 06 municípios da RMSP: Guarulhos, Mauá, Diadema, Embu das Artes, Santana de Parnaíba e Franco da Rocha. Figura 1.

Buscou-se verificar como as questões ambientais são incorporadas nos planos municipais, considerando a amplitude e importância que envolve a temática saúde ambiental na saúde pública na RMSP; cujos municípios apresentam diversidade, multiplicidade de cenários e representatividade por semelhança a outros municípios de outras regiões metropolitanas do Estado de São Paulo e também do país.

A seleção dos municípios ocorreu em consonância a Lei Federal nº 10.257 de 2001 - Estatuto da Cidade considerando os itens:

II - Cidades integrantes de regiões metropolitanas e aglomerações urbanas.

IV - Cidades integrantes de áreas de especial interesse turístico. Municípios de Embú das Artes e Santana de Parnaíba; cuja economia depende essencialmente de áreas ambientalmente preservadas.

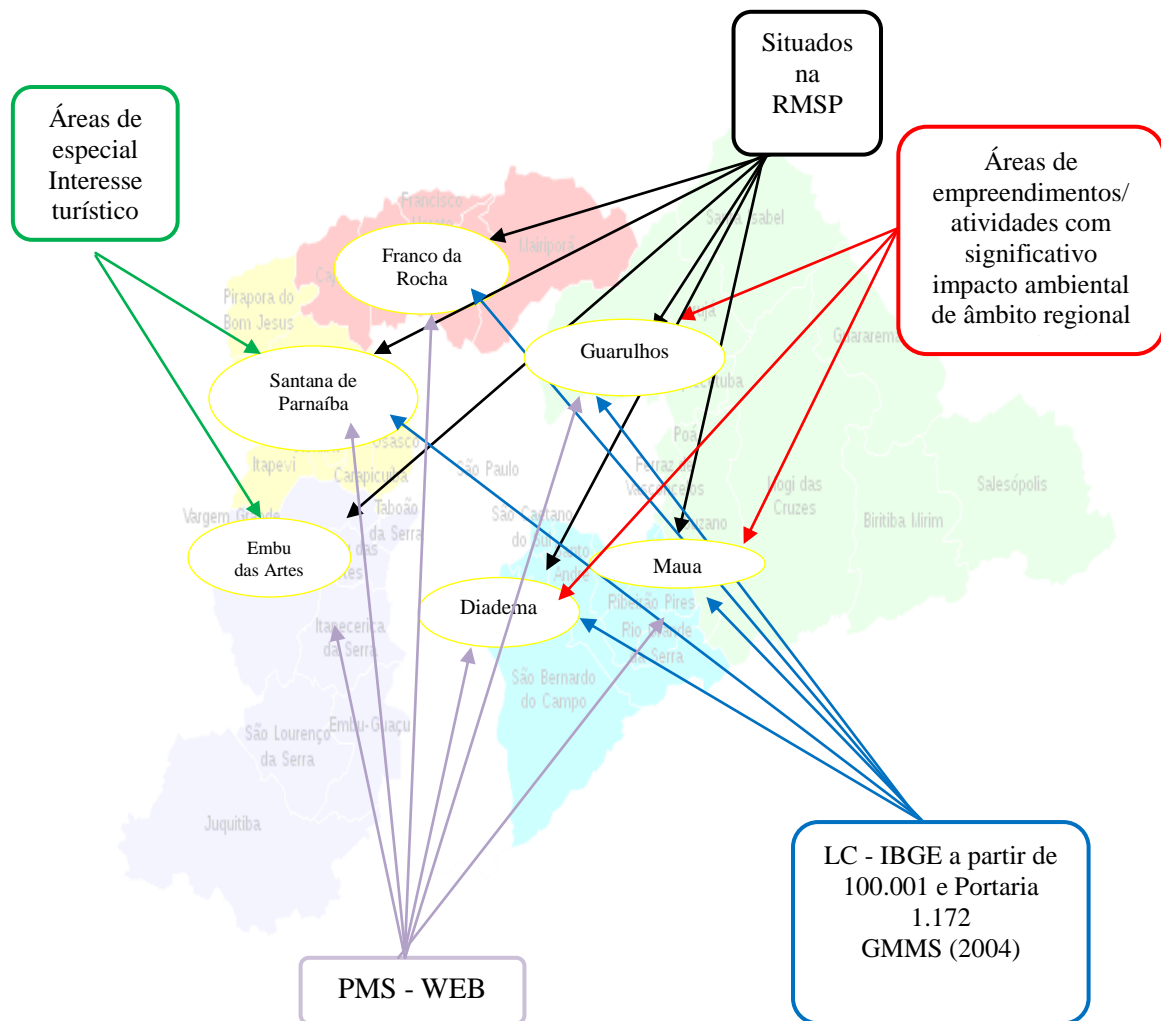
V - Cidades inseridas em áreas de empreendimentos ou atividades com significativo impacto ambiental de âmbito regional ou nacional. Considerou-se ainda:

. Linha de Corte (LC) segundo estimativa de habitantes – Ranking IBGE – 2019, do 2º ao 57º municípios a partir de 100.001 a 1.400.00 habitantes; conforme a Portaria 1.172 GM/MS (2004) que estabelece a necessidade da estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental nos estados e municípios com mais de 100 mil habitantes;



. Disponibilização do PMS na WEB/ Internet comum/ Portais Municipais de domínio público, independentemente de sua inserção obrigatória no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), aba de situação do Relatório Anual de Gestão.

A busca e obtenção dos planos via WEB, nos portais eletrônicos dos municípios foi tomada como indicador de análise sobre a acessibilidade do munícipe ao PMS, na medida em que fomenta a participação do cidadão na construção e no controle social do planejamento e execução da política pública.



**Figura1-** Municípios/PMS selecionados

Elaboração própria.

Fonte<sup>1</sup> Estatuto da Cidade

Fonte<sup>2</sup> IBGE (2019)

Uma vez selecionados, foi realizada pré-análise para organização dos documentos (Quadro 1). Foi possível constatar a necessidade de variáveis de análise, enquanto parâmetros igualitários para avaliação; uma vez os planos não seguem padrões comuns de ordenação por capítulos, mas por eixos, diretrizes, planilhas e quadros.

Quadro 1 - Informação - PMS

PMS Município	Elaboração do PMS	Capítulos	Número de páginas
Guarulhos	Informa relação nominal dos participantes na elaboração, sendo: 10 componentes da Equipe de Coordenação e elaboração do PMS e 47 componentes da Equipe de Elaboração do PMS. Não atribui cargo/função, setor ou formação.	04 Capítulos	100
Mauá	Não informa	Organizado por eixos	44
Diadema	Informa apenas que foram atores técnicos e sociais	Organizado em diretrizes	207
Embu das Artes	Não informado	Organizado em diretrizes	74
Santana de Parnaíba	Não informado	Organizado diretrizes	26
Franco da Rocha	Informa relação nominal, não atribui cargo/função, setor ou formação sobre os 26 participantes da elaboração, organização e revisão.	Organizado por eixos	37
Total			388

Elaboração própria

Para composição do estudo considerou-se o caráter dinâmico da construção das políticas públicas em razão das mudanças do contexto social no qual se inserem, bem como as prerrogativas legais que regulamentam esse contexto, o que gerou a necessidade de contextualizar o processo histórico da construção da PNaPS e da Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA).

Optou-se pela realização de pesquisa qualitativa, considerando a definição de Godoy (1995) uma vez que o objeto de estudo da presente pesquisa registra a realidade histórica em determinadas localidades, tratando-se da interpretação e compreensão de contextos sociais ocorridos na RMSP.

Conforme definido pela Lei nº 8.142, há duas categorias colegiadas para a participação da sociedade civil no processo de elaboração do PMS, as Conferências e os Conselhos de Saúde

Guizardi et.al (2004) destacam que as conferências ocorrem desde 1941, porém somente em 1986, por meio da VIII ocorreu a participação de outros segmentos da sociedade que não somente restritos à representatividade federal.

Ricardi, Shimizu e Santos (2017) ressaltam que a XIV conferência trouxe a necessidade da efetivação da integração do planejamento entre as esferas e da participação popular, caracterizando as conferências como espaços participativos e democráticos.

Foi necessário breve abordagem sobre os pactos de gestão pela vida e pelo SUS e pela gestão do SUS, os quais também direcionam a formulação do PMS.

A formulação de variáveis para análise teve por base o escopo do PMS referente á:

#### 1. Participação da sociedade civil:

1.1 - Realização de conferências na fase preliminar e preparatória da formulação do PMS, cujas propostas finais apresentadas devem ser incorporadas nos planos;

1.2 - Instituição dos conselhos municipais de saúde, a quem cabe aprovação ou não das propostas apresentadas para inserção nos planos.

#### 2. Plano Municipal de Saúde, com ênfase nas questões ambientais:

##### 2.1 Diagnóstico do município;

2.3 Definições das ações das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e de Saúde Ambiental.

#### 3. Propostas de ações intersetoriais

A análise foi realizada à luz da VIII CNS e da XIV CNS que apontaram a importância da inserção das questões ambientais no planejamento desde sua base, para que a PnaS possa incorporá-las em todas as esferas de governo.

Os problemas ambientais iniciam-se no nível local, partindo para outras esferas de discussão, retorna para o território sob a obrigatoriedade de inclusão no planejamento municipal de metas compatíveis às firmadas em acordos internacionais.

O impacto do descaso com os problemas ambientais atingiu níveis globais, o que exigiu a realização de pactuações internacionais para seu enfrentamento.

Sendo assim o presente estudo incluiu análise do alcance pelo país dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cuja expiração ocorreu em 2015; mas com desdobramento

e continuidade nos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com destaque para: ODS 3, Saúde e bem estar, ODS 6 Água potável e saneamento e ODS 11 Cidades inteligentes e sustentáveis; e para a situação pandêmica deflagrada no período de elaboração da pesquisa.

As limitações da pesquisa se referiram às dificuldades para acessar os planos municipais de saúde de dois municípios, Embu das Artes e Santana de Parnaíba, para os quais foi necessário requisitar orientação de funcionários dos respectivos municípios, o que demandou tempo acima do previsto para a completude do objeto de estudo.

Trata-se da incorporação da tecnologia da informação no serviço público, corroborando para o processo de participação popular, exercício da cidadania e transparência de informações no planejamento e na gestão pública. É um importante veículo cujo uso deve ser aprimorado.

Não foi possível analisar a efetividade da participação do conselho; se houve ou não impactos de sua intervenção sobre a definição e execução da política de saúde nos municípios por meio das propostas das conferências, uma vez que o relatório final não foi apresentado.

Quando se fala de "participação dos cidadãos" deve se enfatizar que se trata de uma forma de intervenção na vida pública com uma motivação social concreta que se exerce de forma direta, baseada num certo nível de institucionalização das relações Estado/sociedade (Jacobi, 1990).

Foram poucas as informações sobre os problemas ambientais existentes, ao que foi necessário buscar dados sobre os municípios, os quais deveriam estar contemplados no diagnóstico.

A apresentação diversificada e as poucas informações sobre as conferências, os conselhos, a estrutura das SMS, o diagnóstico e previsão de ações intersetoriais dificultaram a análise sobre o estabelecimento das prioridades nos planos.

Fazerstajn, Veras e Saldiva (2016), ressaltam a importância da compreensão e associação do conceito de saúde às questões ambientais, de cidadania e intersetorialidade.

## Capítulo 1

### Processo histórico: Política Nacional de Saúde Ambiental e Política Nacional de Promoção de Saúde

Pode-se considerar que a integração da vigilância ambiental enquanto política pública da área de saúde no país é recente. É decorrente do próprio processo histórico da efetivação da política pública de saúde e assim como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) hoje constituída, ambas provém de marcos históricos, políticos, econômicos, sociais que impulsionaram mudanças e reorganizações administrativas do sistema de atendimento em saúde pública.

Nos primórdios da colonização já se identificava que a diversidade cultural abrangente a colonizadores, índios e africanos determinava o acesso aos recursos de saúde.

Segundo Oliveira (2012), a saúde das populações com menor poder econômico era tratada por meio de rezas, feitiços, plantas e ervas nativas por pajés, indígenas e curandeiros africanos. Os chamados práticos ou barbeiros atendiam aos que podiam custear atendimentos mais sofisticados e praticados na Europa, como sangrias, uso de sanguessugas e em certos casos, recomendava-se o isolamento social.

Sob a influência das capitânicas hereditárias lideradas por Brás Cubas em São Vicente no ano de 1543 e Tomé de Souza em 1549, adotou-se o modelo das Santas Casas de Saúde, depois, denominadas Santas Casas de Misericórdia. Eram mantidas por pessoas abastadas da sociedade civil, como prática caritativa extensiva a pessoas em situação de pobreza econômica.

Até então persistia a iniciativa própria de cada cidadão prover por si o atendimento de suas necessidades, recorrendo práticas empíricas como curandeirismo, pajés, boticários, havendo pouquíssimos médicos.

Salles (1971) relata que por volta de 1789, o acesso à saúde se restringia à elite considerando havendo apenas quatro profissionais médicos no Rio de Janeiro, enquanto que Para Dantas, Oliveira e Passador (2016), destacam que o estabelecimento da corte portuguesa no Brasil impulsionou a criação de instituições responsáveis por políticas de saúde.

As relações comerciais portuárias e o número de pessoas que se instalavam na então capital do país, Rio de Janeiro, crescia significativamente, devido a descoberta de jazidas de ouro em Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso, o que provocou a busca por melhorias sanitárias e maior controle sobre os navios havendo eventualidade de epidemias.

A partir de 1828, após a Proclamação da Independência ocorreu uma reorganização administrativa com a promulgação da lei de Municipalização dos serviços de saúde, que passaram a ser responsabilidade das Juntas Municipais.

Em 1846, foi criada a Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico do Império, contribuindo para a estruturação do atendimento em saúde.

Em 1850, a epidemia de febre amarela foi um problema sanitário que interferiu nas questões econômicas, o mesmo ocorrendo com novo surto em 1889 na zona cafeeira; o que ocasionou grande queda da produção e diminuição das atividades de agroexportação, somado ao receio dos atracamentos de navios estrangeiros em portos brasileiros.

Na segunda metade do século XIX a Revolução Industrial e o crescimento de mercado propiciaram aumento das transações comerciais e da possibilidade de transmissão de doenças, devido às condições insalubres nas fábricas e o contágio por meio náutico, ocasionando epidemias como febre amarela, peste bubônica, cólera, varíola, sarampo e outras.

Sob esse contexto buscou-se a normatização do atendimento em saúde por meio da publicação de decretos, criação de instituições de pesquisa e departamentos de saúde, maior atuação de entidades filantrópicas, estabelecimento de protocolos sanitários em combate às epidemias, com destaque para a regulamentação da Junta Central de Higiene Pública em 1851.

Em 1900, foi criado o Instituto Soroterápico Federal para a fabricação de soros e vacinas e realização de pesquisas, considerando as epidemias ocorridas de doenças transmissíveis como febre amarela e malária.

Em 1904 foi marcante a chamada “Reforma Oswaldo Cruz”, enquanto Diretor Geral de Saúde Pública do país, em que foram determinadas medidas drásticas para a contenção de pandemias, inclusive pelo uso de força militar; e foi quando ocorreu a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, Inspeção de Isolamento e Desinfecção. Posteriormente a forte atuação do Dr. Emílio Ribas marcou um período de avanço em pesquisas na área de saúde.

Até então os problemas ambientais referentes à saúde estavam restritos ao saneamento básico e, em 1934 quando da expansão cafeeira surgiu o primeiro código florestal. Segundo Castella (2015) a falta de lenha trazia preocupação em relação ao aumento do preço. Foi estabelecida legislação impondo medidas de preservação ambiental, cabendo aos proprietários de terras a manutenção de 25% de mata original, preservação de rios, lagos, encostas e dunas.

A ocorrência de guerras e conflitos entre nações e o avanço da ciência nas pesquisas sobre substâncias químicas desencadeou o uso de determinadas substâncias enquanto o armas letais. Silva, Júnior, Villar e Castro (2012) apontam que esse uso como arma de guerra ocorre desde a antiguidade o que, porém se agravou no decorrer do tempo.

O uso de agrotóxicos como arma bélica alerta sobre a periculosidade do impacto destrutivo da ação humana sobre a natureza, fazendo com que os avanços se transformem em retrocesso da própria evolução da humanidade.

Na segunda guerra mundial e no período da Guerra Fria até os dias atuais, foram registradas outras situações do uso de agentes químicos como o chamado agente laranja na Guerra do Vietnã, no Iraque e Irã, dizimando vilarejos opositores aos governos então vigentes.

Em 1962 a publicação da obra de Rachel Carson intitulada “Primavera Silenciosa”, que influenciou o surgimento de movimentos ambientalistas radicais pelo mundo.

Labra (2001) destaca as reformas administrativas ocorridas no Brasil a partir de 1960, em referência assimilação da Previdência pela administração e na mesma década, em 1965, o Congresso Nacional Brasileiro aprovou o novo Código Florestal, marco histórico e avanço na construção da política nacional de saúde ambiental.

Na década de 1970 ocorreram conferências internacionais voltadas para as questões ambientais, tendo por marco histórico a Conferência de Estocolmo.

A denominação Saúde Ambiental passou a ser mais relacionada à saúde e bem-estar, sob o clima de crise econômica em função da exploração de recursos naturais para a produção do petróleo e do ativismo político em grande escala no mundo.

Sob um contexto de manifestações de defesa do meio ambiente e de crise e tensões políticas e econômicas, associadas á necessidade de busca de novas fontes de energia, difundiu-se e destacou-se o discurso sobre uma consciência ecológica. (Silveira 2015)

Com a crise econômica na década de 1970 ocorreram mudanças e a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que englobou o Instituto de

Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

O Estado passou a exercer papel regulatório sobre as questões de saúde decorrentes de causas trabalhistas, cuja ordenação cabia ao Ministério da Previdência Social por meio da Previdência Social Brasileira, das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, para garantir o acesso aos serviços médicos assistenciais no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, posterior Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.

Em resgate da imagem do país no exterior, após críticas à posição desenvolvimentista da delegação brasileira enviada para a Conferência de Estocolmo, capital da Suécia em junho de 1972; que defendia o uso de recursos naturais para o desenvolvimento sem considerar a questão ambiental foi criada a Secretaria Especial do Meio Ambiente (SEMA), vinculada ao Ministério do Interior por meio do Decreto nº 73.030 de 30 de outubro de 1973.

A SEMA originou o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais (IBAMA) e também o atual Ministério do Meio Ambiente.

Em 1974 houve o desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social, criando o Ministério da Previdência e Assistência Social por meio da Lei nº 6.036 de 1º de maio do mesmo ano.

Após a década de 1970 a abertura econômica e de mercado possibilitou que serviços de saúde pudessem ser comprados, comercializados por meio de contratos para o atendimento nas redes de saúde municipal e estadual.

As pesquisas associando saúde ao meio ambiente impulsionaram as mudanças de paradigmas relacionados à alteração e à perspectiva sanitária em saúde pública; ou seja, a formulação e execução de grandes planos e ações em saúde somente quando da ocorrência de situações como epidemias, o que não era suficiente para garantir o atendimento das necessidades da população.

Tornaram-se necessárias medidas profiláticas, eficazes e permanentes no planejamento da ação pública, não só em saúde como de outros setores a exemplo habitação, saneamento básico e outros.



Em 1983 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde - AIS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, e criadas: Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência - DATAPREV para de processamento de dados para controle e avaliação dos serviços; CEME - Central de Medicamentos e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL e a LBA - Legião Brasileira de Assistência.

Ainda na década de 1980 sob a influência das ideias de abertura de mercado iniciou-se a compra de serviços para as redes estadual e municipal de atendimento em saúde pública; tratando-se da contratualização do atendimento que passou a ser realizado não só pelos órgãos governamentais de saúde, administração direta, mas também, por empresas privadas, administração indireta, as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

O pagamento da prestação de serviços para tais organizações é realizado mediante a apresentação de comprovantes legais do atendimento, ou seja, por faturamento.

Esse novo modelo representou mudança da concepção sobre as competências da prática da saúde pública e exigiram o estabelecimento de sistemas de controle, monitoramento e avaliação do atendimento prestado pelas empresas privadas e também avanços em pesquisas e elevação da qualidade do atendimento; pois permitiu que organizações de ensino participassem da gestão de unidades de saúde ao se transformarem em OSS.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em de 17 de março de 1.986 foi pioneira, primeira aberta à sociedade. Principiou os debates para que ocorressem mudanças estruturais no sistema nacional de saúde, colocando em discussão o conceito limitado de saúde, entendido até então como referente a ausência de enfermidades sem correlação a outros fatores determinantes, como condições sociais, econômicas, ambientais e sanitárias. Um ambiente saudável reflete na qualidade de vida e está intimamente relacionado com a saúde dos indivíduos (Stedille et.al 2015).

Nesse contexto de discussão ocorreu a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), por meio do Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987, com o objetivo de consolidar o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.

Para Santos et. al., (2011) a promulgação da Constituição Federal de 1988 efetivou o direito social e constitucional à saúde pública no Brasil, ao contemplar toda população após o processo de redemocratização do país.

A partir de 1989 foram instituídas: Lei 8.080/1989 regulamentando as ações de saúde em todo o território nacional, redirecionando o papel da gestão das esferas federativas e a Lei 8.142/1990 que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das conferências e conselhos de saúde.

Em 1992 o Brasil foi sede da conferência da ONU sobre o meio ambiente, também chamada de Rio 92, Cúpula da Terra, e tornou-se signatário da Agenda 21 e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com metas para 2015.

Posteriormente em 2012 ocorreu a Rio 92 +20, dando continuidade às discussões e busca de ações por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), tratados em capítulo específico nessa pesquisa.

Em 1994 para a participação na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, foi criado um grupo de trabalho interministerial que elaborou o Plano Nacional de Saúde e Ambiente (PNSA).

### 1.1 – A Vigilância em Saúde Ambiental

No SUS a vigilância ambiental foi incorporada ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (SNVA), por meio da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM) e regulamentação da Instrução Normativa nº 1 do Ministério da Saúde, de 25 de setembro de 2001.

Segundo o Ministério da Saúde a vigilância em saúde ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente; que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. (Brasil, 2009b, p. 224).

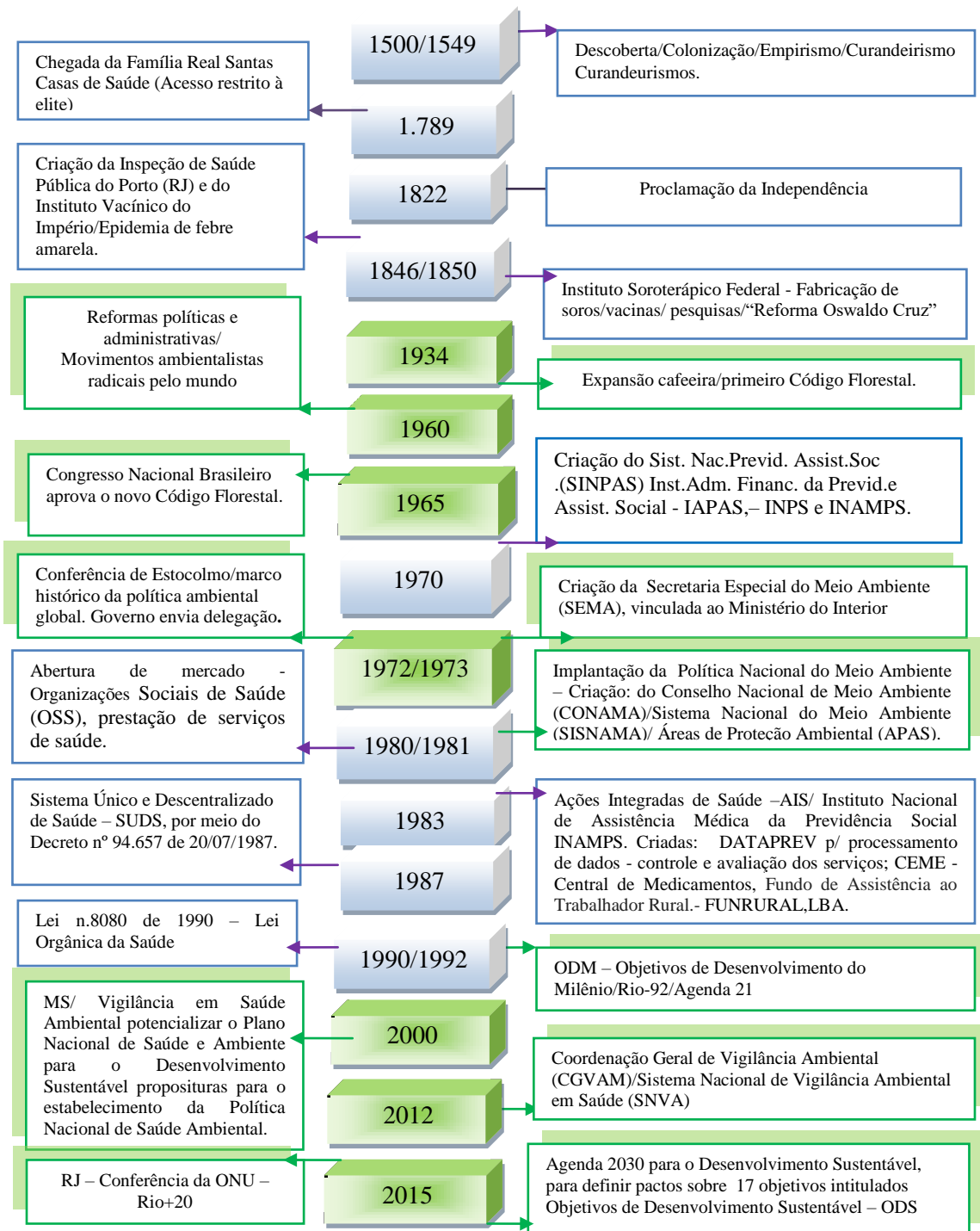
Em 2003 ocorreu a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde.

Para o gerenciamento da vigilância ambiental são utilizados métodos e instrumentos específicos, entre eles a avaliação de riscos, o uso de indicadores de saúde e ambiente, estabelecimento de sistemas de informação em vigilância ambiental e pesquisas em saúde e saúde ambiental (Brasil, 2002).

São contempladas ações específicas para os seguintes elementos: água (consumo), ar, solo, contaminantes ambientais e substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho. Por meio da implantação de sistemas de saneamento busca-se interromper ciclos de transmissão de doenças, interferindo no meio ambiente.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) destaca que os objetivos da vigilância de saúde ambiental referem-se à produção, integração, processamento e interpretação de informações para o SUS, instrumentalizando o planejamento das ações de atenção à saúde referente ao meio ambiente; ao estabelecimento de parâmetros, atribuições, procedimentos e ações da vigilância ambiental nos vários níveis de competência.

Em 30 de novembro de 2011 ocorreu a XIV CNS que se constituiu inovadora enquanto instrumento fomentador da inclusão das questões ambientais em seu relatório final e referencial para elaboração de propostas nas demais conferências.



**Figura 2** – Linha do Tempo – Política Nacional de Promoção da Saúde e Meio Ambiente

Elaboração própria

Fonte<sup>1</sup>: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>

## 1.2 - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) na Saúde

A promoção da saúde envolve as condições externas como a emissão de poluentes, climáticas, de ocupação do solo e potabilidade da água, requerendo modos sustentáveis de produção e representando preocupação mundial em relação à própria sobrevivência humana.

O processo de globalização impulsionou discussões sobre a necessidade de pactuações para mitigação das desigualdades socioeconômicas entre países, as quais agravam e são agravadas por problemas gerados pela degradação ambiental.

Na Conferência de Estocolmo de 1972 discutiu-se sobre a necessidade da gestão para a preservação dos recursos naturais; tendo por base o desenvolvimento sustentável e os problemas ambientais relacionados à: poluição, mudanças climáticas e da paisagem natural, o uso e descarte de substâncias tóxicas na natureza, a prevenção à poluição marinha e da garantia de água potável para consumo humano, a necessidade de assistência financeira e tecnológica para países em desenvolvimento; bem como a gestão racional dos recursos naturais, o investimento em educação e pesquisa e a extinção do uso de armamento de destruição em massa, como armas nucleares.

Após 20 anos da realização dessa conferência foi realizada no Brasil a Conferência Rio-92 - Eco 92 ou chamada de Cúpula da Terra que evidenciou o reconhecimento da necessidade pela busca do desenvolvimento sustentável e do estabelecimento de ações de proteção ao meio ambiente;, resultando na criação da Agenda 21 para instrumentalizar a gestão ambiental, preocupação de caráter internacional e de causas e repercussão inicial nos territórios.

Cenci, Steinbrenner e Nielsoon (2009) suplementam que ao propor que o plano de ação deve ser realizado por meio de planejamento participativo fundamentado na sustentabilidade.

A inserção da Agenda 21 no planejamento local ocorre por meio da formulação do Plano Diretor, cuja obrigatoriedade de elaboração é disposta no Estatuto da Cidade, em seus artigos 39º e 40º. Os municípios brasileiros passaram a ajustar as metas, diretrizes, os objetivos de seus planos diretores, de mobilidade urbana, saneamento, habitação, loteamento e de obras públicas e de saúde.

No ano 2000 na Cúpula do Milênio na Assembleia Geral das Nações Unidas, a Resolução Nº 55/2 denominada “Declaração do Milênio das Nações Unidas” estabeleceu compromisso para o enfrentamento do desafio de partilhar a globalização de modo igualitário entre as nações e viabilizar o atendimento das necessidades básicas humanas por meio dos 08 Objetivos de

Desenvolvimento do Milênio (ODM); e respectivas 21 metas e 60 indicadores com proposta de alcance até o ano de 2015, apesar das dificuldades econômicas existentes.

Os objetivos estabelecidos foram:

- 1º Erradicar a pobreza extrema e a fome;
- 2º Alcançar o ensino primário universal;
- 3º Promover à igualdade de gênero e empoderar as mulheres;
- 4º Reduzir a mortalidade infantil;
- 5º Melhorar a saúde materna;
- 6º Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;
- 7º Garantir a sustentabilidade ambiental;
- 8º Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

No Brasil o Decreto Presidencial de 31 de outubro de 2003 instituiu o "Grupo Técnico para Acompanhamento das Metas e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio" para adaptar as metas brasileiras às metas mundiais. Foram estabelecidas 22 metas e 48 indicadores.

Foi estabelecida parceria e participação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para a seleção e análise dos indicadores e a consolidação final de textos e relatórios.

Em análise das metas estipuladas e de acordo com o Relatório ODM de 2015 da ONU, podemos concluir que o Brasil alcançou parcialmente as metas então estabelecidas, apresentando avanços e retrocessos. (Quadro 2)

Quadro 2 - Alcance de metas – ODM 2015

ODM	Alcance de metas (Relatório ODM – ONU 2015)
Objetivo 1: Acabar com a fome e a miséria	Foram implantados programas de apoio e de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF) que atendeu 14 milhões de famílias em 2014 e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) atendeu 3,4 milhões de pessoas segundo o Repositório Ipea (2017), a pobreza não foi erradicada, permanecendo a necessidade do atendimento de demandas habitacionais, de saneamento básico, ambientais e outras decorrentes das desigualdades socioeconômicas.
Objetivo 2: Educação básica de qualidade para todos.	Apesar dos avanços quanto ao acesso e no rendimento escolar de crianças e jovens, os índices de evasão são elevados com baixa taxa de conclusão escolar do ensino fundamental.
Objetivo 3: Igualdade entre os sexos e valorização da mulher.	Escolarização: A meta foi alcançada; mulheres são a maioria em todos os níveis de ensino, persistem a necessidade de políticas para a superação de desigualdades entre os sexos, e as diferenças salariais e de oportunidades no mercado de trabalho com preocupante situação da violência doméstica. Em 2006 foi promulgada a Lei nº 11.340 - “Lei Maria da Penha” para coibir situações de violência doméstica e familiar contra a mulher. Em 2007 o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher criou o Programa de Autonomia Econômica das Mulheres e Igualdade no Mundo do Trabalho, para a inserção no mercado de trabalho, inclusão produtiva e geração de renda, em áreas rurais e urbanas.
Objetivo 4: Redução da mortalidade infantil	Houve cumprimento e superação das metas estabelecidas mediante acentuada diminuição das taxas de: mortalidade infantil (menores de 1 ano); mortalidade das crianças abaixo de cinco anos e diminuição do número de óbitos por mil nascidos.
Objetivo 6: Combater a AIDS, a malária e outras doenças.	O país se tornou referência mundial quanto ao fornecimento de medicação e notificação de casos

Elaboração própria

Fonte: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205>

Quadro 2 - Alcance de metas – ODM 2015 (continuação)

ODM	Alcance de metas (Relatório ODM – ONU 2015)
Objetivo 5: melhorar a saúde da gestante	<p>Não foi alcançado, apesar dos esforços e implantação de serviços e redes de atendimento à gestante, como o “Saúde Mais Perto de Você” e a Rede Cegonha, mediante o estabelecimento de protocolos específicos de saúde para o atendimento à gestante garantindo o pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, com transporte sanitário e regulação do atendimento.</p>
Objetivo 7: Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente	<p>O Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) identificou a menor taxa registrada de desmatamento da Amazônia desde a primeira verificação em 1988, o que ocorreu entre agosto de 2010 e julho de 2011, Em 2004, quando da criação do Plano de Ação para a Prevenção e Controle do Desmatamento na Amazônia Legal.</p> <p>Havia redução da emissão de gases de efeito estufa em 19,2%, até 2011, permanecendo o compromisso de reduzir o desmatamento em até de 80% comparado à média anual registrada entre 1996 e 2005. A queda do desmatamento correspondia a 67% dessa meta. Em junho de 2020, com base de dados do Projeto de Monitoramento do Desmatamento da Amazônia Legal por Satélite (PRODES) o INPE divulgou a quantificação de áreas desmatadas superiores a 6,25 hectares.</p>
Objetivo 8: Todo mundo trabalhando para o desenvolvimento	<p>Esse objetivo apresentou intersetorialidade de áreas afins, pois para seu alcance é preciso a implementação eficaz de políticas públicas setoriais, principalmente as econômicas, sociais e educacionais de modo a promover a inclusão social das populações menos favorecidas, garantir investimentos na formação educacional, desencadear atitudes individuais e coletivas relacionadas a sustentabilidade, garantindo-lhes o direito ao acesso a bens e serviços, ao que gestão no nível municipal adquire papel fundamental.</p> <p>A busca por alternativas de crescimento econômico associado ao desenvolvimento sustentável tem impulsionado constantes ações para prover melhoria da qualidade de vida em âmbito global, com foco na necessidade de medidas para diminuir a degradação acelerada do meio ambiente.</p> <p>Conforme o Relatório ODM de 2015 da ONU houve aumento do volume dos recursos financeiros repassados de países desenvolvidos para outros países de 66% a 79% entre os anos de 2000 a 2014. O Brasil direcionou esforços para a promoção do comércio, em âmbito de cooperação técnica com países em desenvolvimento na América do Sul, Central e Caribe nas áreas de saúde, agricultura, emprego/trabalho, educação e trabalho.</p>

Elaboração própria

Fonte: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205>



### **1.3 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - (ODS) na Saúde**

Em 2012, no Rio de Janeiro foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável, a Rio+20, denominação em alusão aos decorridos 20 anos da conferência Rio 92. Os 193 países participantes, inclusive o Brasil, renovaram o compromisso com o desenvolvimento sustentável e o uso de recursos naturais, anteriormente estabelecido na conferência Rio 92.

Nessa conferência o documento intitulado “O futuro que queremos” embasou a formulação de novos objetivos com vigência após 2015.

Em 25 de setembro de 2015 adotou-se o documento “Transformando nosso mundo”: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que definiu pactos sobre 17 novos objetivos intitulados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, que contemplam 169 metas e indicadores para adaptação à realidade de cada país consignatário, a saber:

- 1º Erradicação da pobreza;
- 2º Fome zero e agricultura sustentável;
- 3º Saúde e bem-estar; 4º Educação de qualidade;
- 5º Igualdade de gênero; 6º Água potável e saneamento;
- 7º Energia acessível e limpa; 8º Trabalho decente e crescimento econômico;
- 9º Indústria, inovação e infraestrutura, 10º Redução das desigualdades;
- 11º Cidades e comunidades sustentáveis;
- 12º Consumo e produção responsáveis;
- 13º Ação contra mudança global climática;
- 14º Vida na água; 15º Vida terrestre;
- 16º Paz, justiça e instituições eficazes;
- 17º Parcerias e meios de implementação.

O PMS absorve em seu conteúdo as metas dos ODS, por meio de eixos, diretrizes, objetivos metas e indicadores, ou seja, as demandas estão relacionadas à saúde e ao meio ambiente, com destaque para a importância da água; transferindo para o território as diretrizes globais do desenvolvimento sustentável, tornando-se instrumento de gestão para além do território e região. Destacam-se: ODS 3, ODS 6 e ODS 11 (Quadro 3). É preciso aprimorar a capacidade do sistema de saúde em respostas às demandas e emergências, as quais não são restritas somente à saúde.

O contexto pandêmico reforçou a importância do cumprimento dos ODS, evidenciando que os esforços do planejamento e execução das políticas públicas não foram o suficiente para o atendimento das demandas urgentes neles inseridas, atendimento; á exemplo do Objetivo 6 - Água Potável e Saneamento, Indicador 6.2.1, garantia de água, saneamento e instalações para lavagem de mãos com água e sabão, que se tornou mundialmente parte do protocolo sanitário para o enfrentamento da pandemia COVID 19; reportando para as dificuldades ainda existentes nas áreas periféricas urbanas para parte da população, ao acesso ao saneamento básico, o que inclui não só a potabilidade, mas também o risco ambiental de escassez da água.

Quadro 3 - Metas e indicadores – ODS 3

<b>ODS 3 - Saude e Bem Estar</b> Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.		
Meta		
3.1	Nações Unidas - Redução da Taxa de Mortalidade materna global	Brasil: Redução da mortalidade materna
	Indicador 3.1.1 Razão de mortalidade materna 3.1.2 - Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado.	
3.2	Nações Unidas: Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos.	<b>Brasil:</b> Enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, reduzir a mortalidade neonatal para 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos.
	Indicador 3.2.1 -Taxa de mortalidade em menores de 5 anos 3.2.2-Taxa de mortalidade neonatal	
3.3	Nações Unidas: Acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.	Brasil: Acabar com problema de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo <i>aedes aegypti</i> e outras doenças transmissíveis.
	Indicador 3.3.1 Número de novas infecções por HIV por 1.000 habitante por sexo, idade e populações específicas. 3.3.2 incidência de tuberculose por 100.00 habitantes. 3.3.3 Taxa de incidência da malária por 1.000 habitantes. 3.3.4 Taxa de incidência de hepatite B por 100.00 habitantes. 3.3.5 Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 3 - Metas e indicadores – ODS 3

<b>ODS 3 – Saúde e Bem Estar</b> Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.		
Meta		
3.4	Nações Unidas: Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção, e promover a saúde e o bem-estar.	Brasil: Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento.
	Indicador 3.4.1 – Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas e respiratórias. 3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio	
3.5	Nações Unidas: forçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas, entorpecentes e uso do álcool.	Brasil: Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas, entorpecentes e uso nocivo do álcool.
	Indicador 3.5.1 Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias. 3.5.2 Consumo nocivo de álcool, tendo por referência o limiar nacional definido para o consumo de litros de álcool puro per capita (pessoas com 15 ou mais anos) por ano.	
3.6	Nações Unidas: Reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas	Brasil: Reduzir pela metade as mortes e lesões por acidentes no trânsito.
	Indicador 3.6.1 Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 3 - Metas e indicadores – ODS 3

<b>ODS 3 – Saude e Bem Estar</b> Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.	
3.7	<p>Nações Unidas: Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.</p> <p>Brasil: Assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.</p>
	<p>Indicador</p> <p>3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos de planejamento familiar.</p> <p>3.7.2 Número de nascidos vivos de adolescentes de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1.000 mulheres destes grupos etários.</p>
3.8	<p>Nações Unidas: Attingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p> <p>Brasil: Assegurar por meio do Sistema Único de Saúde, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis.</p>
	<p>Indicador</p> <p>3.8.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos a saúde reprodutiva materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas.</p> <p>3.8.2 Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares.</p>
3.9	<p>Nações Unidas e Brasil: Reduzir substancialmente o número de mortos e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo</p>
	<p>3.9.1 Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica do ar)</p> <p>3.9.2 – Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e a falta de higiene.</p> <p>3.9.3 – Taxa de mortalidade a intoxicação não intencional.</p>

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 3 - Metas e indicadores – ODS 3

<p>ODS 3 - Saude e Bem Estar Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.</p>		
<p>Meta</p>		
3.a	<p>Nações Unidas: Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.</p>	<p>Brasil: Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil</p>
	<p>Indicador - 3.a.1 Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos.</p>	
3.b	<p>Nações Unidas: Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidade para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.</p>	<p>Brasil: Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas aos SUS, incluindo medicamentos e vacinas a toda a população.</p>
	<p>Indicador 3.b.1 Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação 3.b.2 Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde. 3.b.3 Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável.</p>	
3.c	<p>Nações Unidas: Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.</p>	<p>Brasil: Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis.</p>
	<p>Indicador 3.c.1 – Número de profissionais de saúde por habitante.</p>	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 4 - Metas e indicadores – ODS 6

<p><b>ODS 6 – Água Potável e Saneamento</b>            Água Potável e Saneamento: Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.</p>		
Meta		
6.1	Nações Unidas: Alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos.	Brasil Alcançar o acesso universal e equitativo à água para consumo humano, segura e acessível para todos.
	<p>Indicador            6.1.1 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura</p>	
6.2	<p>Nações Unidas e Brasil (sem alterações)            Alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade.</p>	
	<p>Indicador            6.2.1 - Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão.</p>	
6.3	Nações Unidas: Melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente.	Brasil: Melhorar a qualidade da água nos corpos hídricos, reduzindo a poluição, eliminando despejos e minimizando o lançamento de materiais e substâncias perigosas, reduzindo pela metade a proporção do lançamento de efluentes não tratados e aumentando substancialmente o reciclo e reuso seguro localmente.
	<p>Indicador            6.3.1 - Proporção de águas residuais tratadas de forma segura            6.3.2 - Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental</p>	
6.4	Nações Unidas: Aumentar substancialmente a eficiência do uso da água em todos os setores e assegurar retiradas sustentáveis e o abastecimento de água doce para enfrentar a escassez de água, e reduzir substancialmente o número de pessoas que sofrem com a escassez de água.	Brasil: Aumentar substancialmente a eficiência do uso da água em todos os setores, assegurando retiradas sustentáveis e o abastecimento de água doce para reduzir substancialmente o número de pessoas que sofrem com a escassez.
	<p>Indicador            6.4.1 - Alteração da eficiência no uso da água ao longo do tempo            6.4.2 - Nível de stress hídrico: proporção das retiradas de água doce em relação ao total dos recursos de água doce disponíveis.</p>	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 4 - Metas e indicadores – ODS 6

<p><b>ODS 6 – Água Potável e Saneamento</b>            Água Potável e Saneamento: Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.</p>		
Metas		
6.5	<p>Nações Unidas: Implementar a gestão integrada dos recursos hídricos em todos os níveis, inclusive via cooperação transfronteiriça, conforme apropriado.</p>	<p>Brasil: Implementar a gestão integrada dos recursos hídricos em todos os níveis de governo, inclusive via cooperação transfronteiriça.</p>
	<p>Indicador            6.6.1 - Alteração na extensão dos ecossistemas relacionados a água ao longo do tempo</p>	
6.a	<p>Nações Unidas: Ampliar a cooperação internacional e o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados à água e saneamento, incluindo a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso.</p>	<p>Brasil: Ampliar a cooperação internacional e o apoio ao desenvolvimento de capacidades para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados à água e ao saneamento, incluindo, entre outros, a gestão de recursos hídricos, a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso.</p>
	<p>Indicador            6.a.1 - Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa.</p>	
6.b	<p>Nações Unidas: Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento.</p>	<p>Brasil: Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, priorizando o controle social para melhorar a gestão da água e do saneamento.</p>
	<p>Indicador            6.b.1 - Proporção das unidades administrativas locais com políticas e procedimentos estabelecidos e operacionais para a participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento.</p>	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 5 - Metas e indicadores – ODS 11

<b>ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis</b> Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.		
Meta		
11.1	Nações Unidas: Até 2030, garantir o acesso de todos à habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos e urbanizar as favelas.	Brasil: Garantir o acesso de todos a moradia digna, adequada e a preço acessível; aos serviços básicos e urbanizar os assentamentos precários de acordo com as metas assumidas no Plano Nacional de Habitação, com especial atenção para grupos em situação de vulnerabilidade.
	Indicador 11.1.1 - Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados.	
11.2	Nações Unidas: Proporcionar o acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preço acessível para todos, melhorando a segurança rodoviária por meio da expansão dos transportes públicos, com especial atenção para as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, mulheres, crianças, pessoas com deficiência e idosos.	Brasil: Melhorar a segurança viária e o acesso à cidade por meio de sistemas de mobilidade urbana mais sustentáveis, inclusivos, eficientes e justos, priorizando o transporte público de massa e o transporte ativo, com especial atenção para as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, como aquelas com deficiência e com mobilidade reduzida, mulheres, crianças e pessoas idosas.
	Indicador 11.2.1 - Proporção de população que tem acesso adequado a transporte público, por sexo, idade e pessoas com deficiência.	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>



Quadro 5 - Metas e indicadores – ODS 11

<b>ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis</b> Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.		
Meta		
11.3	Nações Unidas: Aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, e as capacidades para o planejamento e gestão de assentamentos humanos participativos, integrados e sustentáveis, em todos os países.	Brasil: Aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, aprimorar as capacidades para o planejamento, para o controle social e para a gestão participativa, integrada e sustentável dos assentamentos humanos, em todas as unidades da federação.
	Indicador 11.3.1 - Razão da taxa de consumo do solo pela taxa de crescimento da população. 11.3.2 - Proporção de cidades com uma estrutura de participação direta da sociedade civil no planejamento e gestão urbana que opera de forma regular e democrática.	
11.4	Nações Unidas: Fortalecer esforços para proteger e salvaguardar o patrimônio cultural e natural do mundo.	Brasil: Fortalecer as iniciativas para proteger e salvaguardar o patrimônio natural e cultural do Brasil, incluindo seu patrimônio material e imaterial.
	Indicador 11.4.1 - Total da despesa (pública e privada) per capita gasta na preservação, proteção e conservação de todo o patrimônio cultural e natural, por tipo de patrimônio (cultural, natural, misto e por designação do Centro do Patrimônio Mundial), nível de governo (nacional, regional e local), tipo de despesa (despesas correntes/de investimento) e tipo de financiamento privado (doações em espécie, setor privado sem fins lucrativos e patrocínios).	
11.5	Nações Unidas: Reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e substancialmente diminuir as perdas econômicas diretas causadas por elas em relação ao produto interno bruto global, incluindo os desastres relacionados à água, com o foco em proteger os pobres e as pessoas em situação de vulnerabilidade.	Brasil: Reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por desastres naturais de origem hidrometeorológica e climatológica, bem como diminuir substancialmente o número de pessoas residentes em áreas de risco e as perdas econômicas diretas causadas por esses desastres em relação ao produto interno bruto, com especial atenção na proteção de pessoas de baixa renda e em situação de vulnerabilidade.
	Indicador 11.5.1 - Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas, atribuído a desastres, por 100 mil habitantes. 11.5.2 - Perdas econômicas diretas em relação ao PIB, incluindo danos causados por desastres em infraestruturas críticas e na interrupção de serviços básicos.	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 5 - Metas e indicadores – ODS 11 (continuação)

<b>ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis</b> Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.		
Meta		
11.6	Nações Unidas: Reduzir o impacto ambiental negativo <i>per capita</i> das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros.	Brasil: Reduzir o impacto ambiental negativo <i>per capita</i> das cidades, melhorando os índices de qualidade do ar e a gestão de resíduos sólidos; e garantir que todas as cidades com acima de 500 mil habitantes tenham implementado sistemas de monitoramento de qualidade do ar e planos de gerenciamento de resíduos sólidos.
	Indicador 11.6.1 - Proporção de resíduos sólidos urbanos regularmente coletados e com destino final adequado no total de resíduos sólidos urbanos gerados, por cidades. 11.6.2 - Nível médio anual de partículas inaláveis (ex: com diâmetro inferior a 2,5µm e 10µm) nas cidades (população ponderada).	
11.7	Nações Unidas: Proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.	Brasil: Proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, em particular para as mulheres, crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência, e demais grupos em situação de vulnerabilidade.
	Indicador 11.7.1 - Proporção da área construída em cidades que é espaço público aberto para uso de todos, por sexo, idade e pessoas com deficiência. 11.7.2 - Proporção da população vítima de assédio físico ou sexual, por sexo, grupo etário, pessoas com deficiência e local da ocorrência, nos últimos 12 meses.	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Quadro 5 - Metas e indicadores – ODS 11 (continuação)

<b>ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis</b> Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.		
<b>Meta</b>		
11.b	<p>Nações Unidas: Aumentar substancialmente o número de cidades e assentamentos humanos adotando e implementando políticas e planos integrados para a inclusão, a eficiência dos recursos, mitigação e adaptação às mudanças climáticas, a resiliência a desastres; e desenvolver e implementar, de acordo com o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030, o gerenciamento holístico do risco de desastres em todos os níveis.</p>	<p>Brasil: Aumentar significativamente o número de cidades que possuem políticas e planos desenvolvidos e implementados para mitigação, adaptação e resiliência a mudanças climáticas e gestão integrada de riscos de desastres de acordo com o Marco de SENDAI.</p>
	<p>Indicador</p> <p>11.b.1 - Número de países que adotam estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Marco de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030.</p> <p>11.b.2 - Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres.</p>	
11.c	<p>Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e robustas, priorizando recursos locais.</p>	
	<p>Número de projetos de construção e modernização de edifícios sustentáveis em países em desenvolvimento que receberam assistência técnica ou financeira do governo federal brasileiro.</p>	
11.6	<p>Nações Unidas: Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e resilientes, utilizando materiais locais.</p>	<p>Brasil: Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e robustas, priorizando recursos locais.</p>
	<p>Indicador</p> <p>11.c.1 - Proporção do apoio financeiro aos países menos desenvolvidos, destinado à construção e modernização de edifícios sustentáveis, resistentes e eficientes em termos de recursos, utilizando materiais locais.</p>	

Elaboração própria

Fonte: <https://www.ipea.gov/ods>

Das 169 metas globais da Organização das Nações Unidas (ONU), 167 foram consideradas pertinentes ao país (IPEA 2018),

Tanto os ODM como os ODS tratam da necessidade de governança ambiental e conseqüentemente da disparidade da distribuição de renda que ocasiona riqueza para alguns países e extrema pobreza para outros, e observados ainda os processos históricos de colonização e exploração que causaram e ainda promovem o agravamento da degradação dos recursos naturais.

Nesse sentido, a ONU, por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que busca promover o desenvolvimento sustentável promovendo políticas públicas, considerando a busca do alcance das metas, de modo a efetivar o cumprimento dos ODS.

#### **1.4 - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a pandemia COVID 19.**

A presente pesquisa foi realizada a partir de 2019, período pré-pandêmico e foi expansiva a 2021. Segundo a Folha Informativa de 09/10/2020 - COVID 19 da OPAS, em 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada sobre um surto de pneumonia com grande capacidade de disseminação na República Popular da China, província de Hubei, cidade de Wuhan (OMS-Novel Coronavirus- 2019-nCoV), considerada desde então sua ampla capacidade de disseminação e em 30 de janeiro de 2020 identificou-se a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-COV-2), denominado em fevereiro do mesmo ano por COVID 19 e Coronavírus - Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) em alusão ao tipo, à data de identificação e semelhança a uma coroa.

Por meio do Decreto 10.211 de 30 de janeiro de 2020, o Brasil reativou o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) coordenado pelo Ministério da Saúde, composto por representantes da Casa Civil; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Defesa; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério do Desenvolvimento; Gabinete de Segurança Institucional; e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Se no passado a disseminação de doenças era favorecida pelo meio do transporte náutico, na atualidade os aeroportos assumiram esse papel, daí a importância de que o PMS de municípios que os sediam contemplem medidas referentes ao controle de entrada de doenças, em interface com os planos dos aeroportos.

Com base no Decreto nº 7.616 de 17/11/2011 a Portaria Ministerial nº 188 de 03 de fevereiro/2020 declara estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) devido ao Coronavírus (2019-nCoV) e em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo foi identificado o primeiro caso oficial de um cidadão brasileiro em regresso de viagem à Itália, portador do corona vírus.

Pouco depois, foram notificados casos suspeitos, ao que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) estabeleceu e acionou Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da OMS (PFN-RSI/OMS) e o Centro de Operações de Emergência (COE) do Ministério da Saúde, coordenado pela SVS/ MS.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS 2020) divulgou que a transmissão ocorre pelo contato direto e indireto, superfícies contaminadas com faixa de distância de um metro e por meio de secreções respiratórias e saliva a menos de 1 metro de distância. Estudos sobre o vírus e sua propagação permanecem em andamento.

O enfrentamento ao vírus extrapolou a singularidade do processo saúde doença e exigiu medidas de prevenção como cuidados de higiene pessoal e isolamento social; para as quais há necessidade de condições adequadas de habitabilidade e de acesso à água potável.

A ONU considera o SUS exemplar enquanto sistema de saúde gratuito no mundo, cujo princípio de universalidade da prestação de serviço de saúde com qualidade atende a meta 3.8 do ODS 3 porém, a pandemia evidenciou que é preciso garantir e melhorar sua infraestrutura para garantir a capacidade do atendimento.

A gestão política da pandemia ratificou o despreparo das autoridades nas diversas esferas para o gerenciamento da crise sanitária instalada, ao mesmo tempo em que corroborou para o entendimento de que o SUS pode atender a população desde que sejam realizados investimentos estruturais não só em saúde, mas também nas demais áreas afins.

É preciso romper o processo histórico iniciado na época da descoberta do país, persistindo problemas de saúde pública agravados pelas desigualdades sociais, econômicas e habitacionais. Para Saldiva (2020) o conhecimento sobre a influência dos problemas ambientais nas taxas de infecção e mortalidade embasa a formulação de políticas e práticas que possam diminuir a disseminação de doenças e potencializar formas opcionais para o tratamento da doença.

Segundo o Relatório ODS 2020 do Departamento Social e Econômico da ONU, a pandemia COVID 19 impactou o cumprimento dos ODS, fazendo retroceder alguns avanços alcançados como a diminuição da expectativa de vida e aumento das taxas de mortalidade, diminuição ou atraso nos programas de vacinação contra outras doenças, já que a prioridade é a vacinação contra a COVID 19.

A crise financeira decorrente da paralisação obrigatória das atividades comerciais e produtivas nas cidades causa consequente aumento dos índices de desemprego, de pobreza e fome (ODS 1, ODS 2, ODS 8, ODS 9, ODS 13), enquanto que o fechamento das escolas fez evidenciar a desigualdade do acesso ao ensino, para o qual se fez necessário o uso de recursos tecnológicos não disponíveis para parte da população. Trata-se da geração da desigualdade digital que poderá acarretar déficits na educação (ODS 4).

Para Vieira, Garcia e Maciel (2020) há indicadores de elevação de situações de violência contra a mulher, observados nos períodos de isolamento durante a pandemia, o que impactará o cumprimento das metas do ODS 5.

A crise sanitária ressaltou a necessidade de maior resolutividade dos problemas urbanos como a ordenação da ocupação do solo, os meios de transporte público e o comércio.

A pandemia mudanças comportamentais, o modo de trabalho mais centralizado nos domicílios e a oferta de serviços. Passou-se a utilizar muito mais a rede de comunicação e a tecnologia de informação, ou seja, um desafio frente ao novo modo de vida e de pensar as cidades (ODS 11).

Cumprir destacar a relevância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no que diz respeito regulação, prevenção de risco, produção e aquisição de materiais para a gestão da saúde. (Gleriano et. al 2020).

A situação de crise instalada reforçou a necessidade da busca de soluções de problemas estruturais, de ordem econômica, social e política para o cumprimento da Agenda 2030.

Apesar de ajustadas às metas globais, as metas nacionais se restringem ao cumprimento do atendimento de aspectos relacionados à saúde, enquanto que os ODS que são integrados entre si e; só serão atingidas em sua integralidade a partir de mudanças nas bases estruturais do processo de formulação das políticas públicas, utilizando inclusive a potencialidade transformadora da realidade do PMS, a qual deve expressar e direcionar ações para melhoria da saúde e da qualidade de vida da população; alicerçando a formulação dos planos dessas esferas.

## **Capítulo 2 – A Contextualização da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)**

Historicamente a discussão sobre a participação popular ocorre desde 1930, quando da intenção do Estado em estabelecer condições de melhor identificar e atender às demandas da crescente população, evoluindo para a formação de instâncias deliberativas, os conselhos.

O controle social sobre a ação do poder público ocorre por meio da participação social organizada, de modo representativo.

Segundo Stédille (2014) as conferências são espaços de encontro da sociedade, onde os participantes são gestores, governo, população, trabalhadores, especialistas, enfim a sociedade nos seus mais diversos níveis de representatividade.

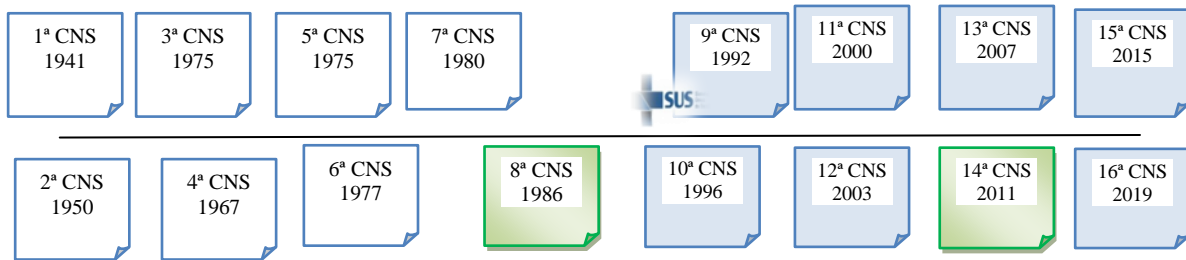
As conferências são abertas para a participação popular; assim como os Conselhos, são instrumentos de controle social sobre a gestão pública. Objetivam avaliar a situação de saúde, e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor.

São convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde, devem ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990).

As discussões nos âmbitos municipais e estaduais são sistematizadas e subsidiam a etapa nacional, que tem como principal produto, além da mobilização, o Relatório Final, o qual traz as deliberações, no formato de diretrizes, propostas e moções, buscando subsidiar a gestão e favorecer o monitoramento por parte da população (Guizardi et. al 2004).

## 2.1 Conferências e Conselhos de Saúde

A primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada em 1941 e a última em agosto de 2019, cabendo notar as diferenças na periodicidade do intervalo em que ocorreram, sendo o SUS um marco divisório (Figura 3).



**Figura 3** - Conferências Nacionais de Saúde

Elaboração própria –

Fonte – Portal Fiohttps://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1996) destacou-se ao estabelecer o reconhecimento de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, propor o financiamento setorial e o conceito ampliado de saúde. Stédile, Guimarães, Ferla e Freire 2014 concluíram pelo protagonismo das propostas ali apresentadas.

A XIV CNS se constituiu inovadora ao fomentar: a inclusão das questões ambientais nos PMS; a intersetorialidade das ações em saúde e a implantação da gestão participativa, conforme as seguintes diretrizes:

**Diretriz 4** - garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de Redes integrais e regionais de saúde:

**Item 4** – Criar nas três esferas de governo, políticas de ações intersetoriais integradas, interligando e articulando ações de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e saneamento.

**Diretriz 7** - Assegurar o acesso e a atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços.

**Item 27** – Garantir investimento tripartite para a ampliação da cobertura dos serviços em saneamento básico, baseado no perfil socioeconômico e epidemiológico dos municípios, garantindo água potável para o consumo humano e destino adequado de dejetos e águas servidas, e soluções alternativas para a zona rural, além de articular com os diversos órgãos de interface



com a saúde, a construção de aterros sanitários controlados, em consórcios intermunicipais, estabelecendo com os órgãos ambientais parceria para auxiliar os municípios no estudo de áreas viáveis para a implantação dos mesmos, atendendo as legislações ambientais vigentes.

**Diretriz 9** - Ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde.

**Item 6** - Estabelecer metas de universalização da Política de Saneamento Ambiental e de implantação de Planos de Resíduos de acordo com a Lei nº 12.305/2010 e Decreto nº 7.040/2010, como parte da política de investimento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) e financiamento tripartite com contrato de gestão firmado através de Consórcios Intermunicipais e fiscalização feita pelos Conselhos Municipais ou Regionais de Saúde dos municípios beneficiados, garantindo a sustentabilidade ambiental e a erradicação dos lixões com ênfase à coleta e destino adequado do lixo hospitalar.

**Item 8** - Estabelecer política de incentivo financeiro, em articulação com diversos órgãos, para a implantação de usinas municipais de triagem e compostagem de resíduos, bem como, centrais de coleta seletiva de forma regionalizada, estabelecendo fluxo de escoamento para industrialização do material armazenado, fomentando a implantação de fábricas de recicláveis, de plástico, vidro e papel.

**Item 10** - Garantir que em todos os assentamentos oriundos da reforma agrária, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) arque com o impacto ambiental, financiando a estruturação, por período determinado, de serviços de atenção à saúde para o assentado, além de pesquisas e monitoramento das doenças zoonóticas e educação em saúde para a prevenção de acidentes e doenças, em comum acordo com o município sede.

**Diretriz 9** - Ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde.

**Item 18** - Aumentar os recursos provenientes do MS para efetivação da VISA nos municípios, organização e estruturação de redes (Centros de Controle de Zoonoses, canis, municipais, laboratórios de entomologia, entre outros) e para as áreas de planejamento, controle e avaliação.

**Item 19** - Garantir investimento para a ampliação da cobertura dos serviços de saneamento básico, baseado no perfil socioeconômico e epidemiológico dos municípios, garantindo água com qualidade para o consumo humano e destino adequado de dejetos e águas servidas, inclusive, com soluções alternativas para a zona rural, além de articular com os diversos órgãos de interface com a saúde, a construção de aterros sanitários controlados, em consórcios intermunicipais, estabelecendo com os órgãos ambientais parceria para auxiliar os municípios no estudo de áreas viáveis para implantação dos mesmos, atendendo as legislações ambientais vigentes.

**Diretriz 14** - Integrar e ampliar políticas estratégicas para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador.

**Item 2** – Implantar programa de prevenção ao uso do agrotóxico e acompanhar os trabalhadores que manuseiam os produtos, com atenção especial à população afetada por exposição a tais elementos químicos; fim do financiamento público à aquisição de tais produtos e que as licenças ambientais passem pelo controle social, conselho de saúde e ambiental, nas três esferas de governo.

O Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde realizada em 2012, em sua

**Diretriz 2** - Gestão participativa e controle social sobre o Estado, propõe ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS, considerando a importância do fortalecimento do controle social por meio da legitimação dos conselhos de saúde enquanto instâncias de gestão participativa, local e regional de pactuação e compromisso envolvendo os diversos atores sociais.

**Item 2 (Diretriz 2)** - Implementar conselhos regionais e fortalecer os conselhos estaduais de saúde, realizando eleição direta e livre para seus presidentes, garantindo-lhes infraestrutura e logística e impedindo que os Colegiados de Gestão Regional (CGR) os substituam nas competências deliberativas, a fim de preservar a efetividade do controle social.

Os municípios devem instituir os conselhos oficializando-os por meio da legislação municipal. Sua composição deve contemplar representantes de diversos segmentos sociais como trabalhadores do setor, da sociedade civil e do governo.

## **2.2 - A organização da saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)**

O Artigo 25 em seu Parágrafo 3º da CF de 1988 estabeleceu que, os Estados podem mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

Assim sendo a Lei Nº 13.089 de 12 de janeiro de 2015 instituiu o Estatuto da Metrópole para regulamentação e normatização do planejamento e da gestão das regiões metropolitanas e em aglomerações urbanas então instituídas pelos Estados, foi estabelecida

A RMGSP foi instituída pela Lei Complementar Federal nº 14 de 8 de junho de 1973, disciplinada pela Lei Complementar Estadual nº 94 de 29 de maio de 1974, passou a ser denominada Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), faz parte da Macrometrópole Paulista, terceira maior mancha urbana do mundo.

Compreende  rea de 7.946 Km<sup>2</sup>, maior parte inserida na bacia hidrográfica do Alto Tietê. A popula o   estimada em 23 milhões de habitantes, composta por 39 municípios e 06 Regiões de Assistência a Saúde (RAS), criadas pela Portaria GM/MS 4279/2010; (Figura 4), organizada por Regiões de Aten o   Saúde (RAS):

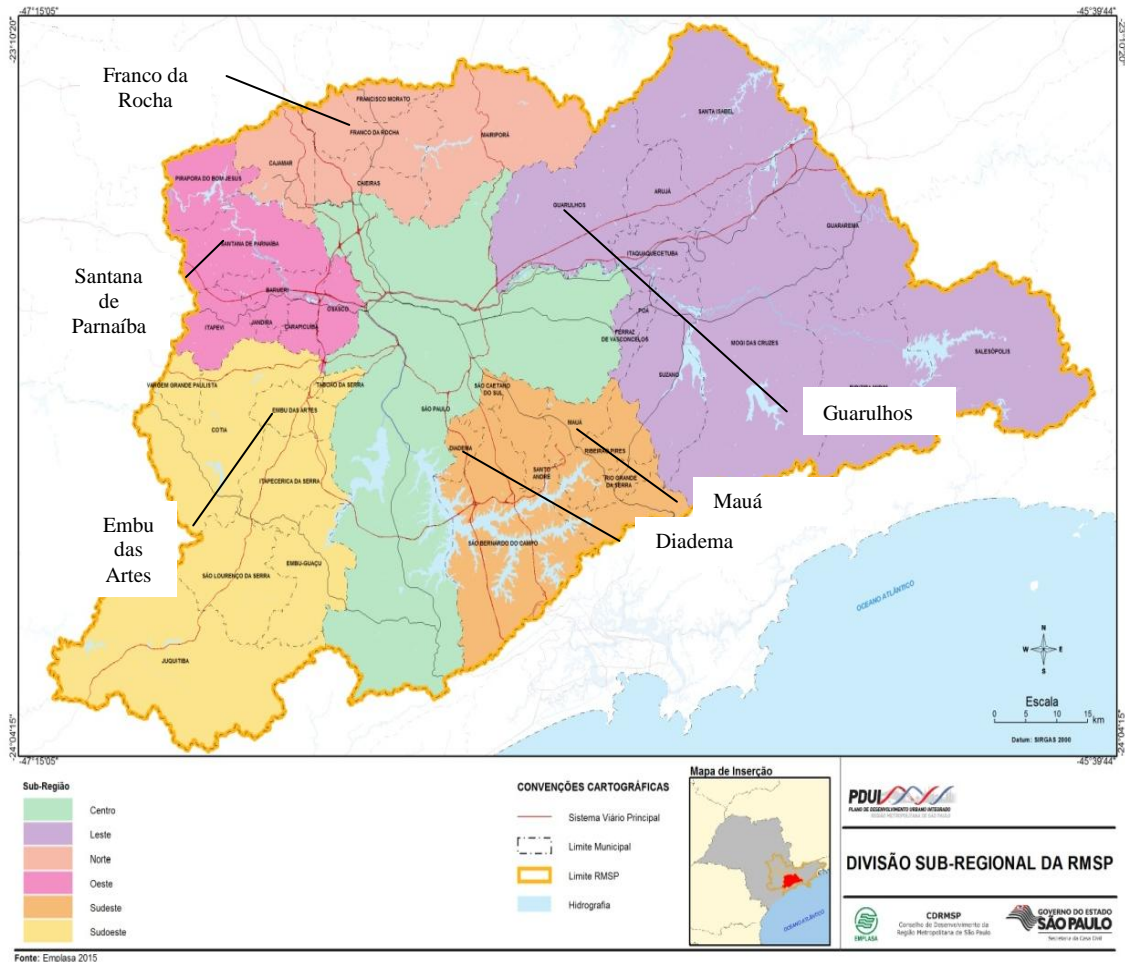
RAS 01: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. Sudoeste – RAS 04: Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapecerica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

RAS 02: Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano.

RAS 03: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã.

RAS 04: Cotia, Embu das Artes, Embu Guaçu, Itapecerica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

RAS 05: Barueri, Carapic ba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba e RAS 06: município de São Paulo



**Figura 4** – Mapa da Região Metropolitana de São Paulo

Fonte: [https://www.pdui.sp.gov.br/rmsp/?page\\_id=56](https://www.pdui.sp.gov.br/rmsp/?page_id=56)

A RMSP destaca-se pela concentração de serviços e comércio, sediando importantes instituições de pesquisa ensino superior apresenta sérios problemas devido a déficits habitacionais, de mobilidade e infraestrutura urbana, o que requer o envolvimento dos entes federativos para seu enfrentamento.

O Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana de São Paulo (PDUI-RMSP), criado conforme o estabelecido pela Lei Federal nº 13.089 de 2015 - Estatuto da

Metrópole norteia o planejamento para o desenvolvimento urbano e regional da RMSP por meio de três eixos principais: a coesão territorial e urbanização inclusiva, conectividade territorial e competitividade econômica e a governança metropolitana.

A complexidade da metropolização do território impõe a governança dos problemas urbanos, mediante solução articulada e integrada de diferentes setores dos serviços urbanos e de infraestrutura, e também pelo fato de que as políticas metropolitanas têm caráter transversal, exigindo a integração das políticas públicas setoriais (Relatório IPEA, 2015).

### **2.2.1 – Municípios selecionados da RMSP**

#### Município de Guarulhos

Segundo dados do Portal IBGE 2020 Guarulhos é o segundo maior município do Estado de São Paulo considerando os dados populacionais, sedia o maior aeroporto do país, o Aeroporto Internacional de Guarulhos e localiza-se privilegiadamente entre duas importantes rodovias nacionais, a Via Dutra e a Rodovia Fernão Dias, o que favorece atividades produtivas de bens e serviços.

Giatti (2015) exemplifica os impactos socioambientais existentes no município de Guarulhos citando o desmatamento, degradação de recursos hídricos, formação de ilhas de calor, poluição do ar e abastecimento/desabastecimento de água, apesar de que parte do Parque Estadual da Cantareira e área remanescente da Mata Atlântica estejam no município, bem como as bacias hidrográficas de Alto Tietê, Paraíba do Sul e 31% do território constitui-se área de proteção de mananciais.

#### Município de Diadema

A estimativa (IBGE de 1.º de julho de 2020), informou que população do município de Diadema era de 426 757 habitantes, o que o tornou o 14.º município mais populoso do Estado e o 57.º do país. Possui 97.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 76.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 42.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

De acordo com a divulgação do Consórcio Intermunicipal do ABC de 09/11/2019, o município de Diadema voltou a incorporá-lo após seu desligamento em 2017, sob alegação de

que não tinha recursos financeiros na época para manter os custos do consórcio e, nesse período teve dificuldade para a obtenção de linhas de créditos no país e no exterior, o que reforça a potencialidade da governança regional por meio dos consórcios na gestão pública.

#### Município de Mauá

O município de Mauá possui população de 425.169 habitantes e 61,886 km<sup>2</sup> de extensão territorial, situa-se em região de Mata Atlântica com nascentes de rios como a do Rio Tamanduateí, porém apresenta perfil industrial. É o 11º maior município do Estado, e o 10º mais pobre em orçamento per capita. Na composição do PIB do Município de Mauá, o setor de serviços responde por 50,77%, a indústria por 35,72% e os impostos por 13,50%. (Portal IBGE 2021)

Sedia parte do Polo Petroquímico de Capuava, (PPC) abrangendo a Refinaria da Petrobras de Capuava e um conjunto de 14 indústrias. Apresenta intenso comércio local, setor de serviços e importantes empresas das áreas de logística, materiais elétricos, metalurgia, mecânica, química e petroquímica em duas Zonas de Desenvolvimento Econômico (ZDEs) com 17,5 milhões de m<sup>2</sup>, que mais contribuem para a arrecadação municipal.

Conforme Data SUS/Tabnet (2020) cerca de 60% da população é SUS dependente, e o município apresenta problemas sociais, ocupação desordenada, problemas de planejamento urbano e de investimentos em infraestrutura.

Zuccarelli-Marino (2012) apontava para a peculiaridade do Polo Petroquímico de Capuava em relação a periculosidade da ocorrência de densidade habitacional em seu entorno, o que requer ação intersetorial da gestão pública quanto a prevenção de riscos eminentes à saúde, pela possibilidade de acidentes operacionais do empreendimento, como também pela contaminação ambiental pela emissão de gases poluentes, contaminação do solo e da água, em caráter permanente.

Segundo pesquisa realizada por 15 anos (1989 a 2004), a endocrinologista Maria Angela Zuccarelli Marino da Faculdade de Medicina do ABC, concluiu que há preponderância de doenças relacionadas à tireoide multiplicada para moradores nas proximidades do polo petroquímico, inclusive munícipes de Santo André e São Paulo.

O estudo de 2014 -Análise do impacto das emissões aéreas do Polo Petroquímico de Capuava realizado por Zuccarelli-Marino e Saldiva, em atendimento a solicitação do Ministério

Público do Estado de São Paulo estimou que 2,5 milhões de pessoas foram expostas às emissões poluentes, considerando o Censo 2010, a exposição atingiu aproximadamente 90% da população do município de Santo André e 92% da população de Mauá, somando-se os índices dos demais municípios atingidos da região e São Paulo, afetou-se a 1,1 milhão de paulistanos.

O Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil descreve a produção de impactos socioambientais, resultantes das atividades geradoras de conflito, especificamente no PPC a poluição atmosférica e de recursos hídricos, contaminação do solo, danos à saúde, causando doenças não transmissíveis, porém crônicas como as pulmonares, de tireoide, de pele e mesmo e outras, sujeitando a população inclusive trabalhadores a acidentes ambientais; o que pode ser abrangente para municípios vizinhos, para a região e estado. Além dos exemplos dos estudos apontados, podem também ser consultados dados oficiais como o Centro de Vigilância Epidemiologia (CVE) – Secretaria Estadual de Saúde.

#### Município de Embu das Artes

Conforme o IBGE (2020), calculou-se que 50% de sua área territorial em Área de Proteção aos Mananciais, contendo o rio Embu-Mirim importante contribuinte para a Represa Guarapiranga, que abastece cerca de 3 milhões de habitantes da RMSP e 59% de seu território encontra-se em Área de Proteção aos Mananciais, compondo a Reserva da Biosfera do Cinturão Verde do município de São Paulo e inserido no bioma Mata Atlântica.

Com a aprovação da Lei Estadual 9.866, de 28 de novembro de 1997, que dispõe sobre diretrizes e normas para a proteção e recuperação de bacias hidrográficas dos mananciais de interesse regional do Estado de São Paulo, o comitê da Bacia Hidrográfica do Alto Tietê dividiu-a em 5 sub-regiões, classificando o Município de Embu situado na sub-região Cotia-Guarapiranga. Estas sub-regiões terão lei específica que regulamentará projetos emergenciais de recuperação das áreas degradadas em decorrência de ocupações predatórias, bem como ações indutoras de usos e atividades compatíveis com a preservação dos mananciais.

O clima é subtropical ou mesotérmico de latitudes médias com chuvas abundantes no verão e altitude média, juntamente com ilhas de vegetação de Mata Atlântica amenizam a temperatura com temperatura média anual é de 17,5° C.

França, Faccio et.al (2015) apontaram a existência de 42 as áreas de risco de desabamento na cidade de Embu das Artes, auxiliando a caracterização face as ocupações urbanas em áreas de morros e baixadas, bem como a precariedade das edificações nesses locais, indicando alternativas para o enfrentamento de eventos como enchentes, à exemplo da drenagem do solo, necessária para evitar que a lama produzida fique assoreada nos rios e melhorias quanto a coleta de águas pluviais e servidas.

#### Município de Franco da Rocha

O município tem papel marcante na história da saúde pública, sediando por muitos anos o Complexo Hospitalar de Franco da Rocha, Juqueri.

O portal do IBGE 2020 informa sobre a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14.24 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes.

Apresenta 74% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 73.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 30.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Sedia cinco unidades prisionais, sendo quatro penitenciárias e um Centro de Detenção Provisório (CDP) Feminino, que têm uma população de 9600 pessoas, conforme dados levantados pela Secretaria da Saúde, em novembro de 2017, concentração essa que o diferencia de outros municípios.

#### Município de Santana de Parnaíba

Santana de Parnaíba apresenta 71.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 58.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 37.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada como a presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio. (Portal IBGE 2020).

Houve dificuldade para localização do PMS na web, foi necessário solicitar apoio institucional, o PMS foi enviado via e-mail.

O município estabeleceu política de preservação ambiental, com vistas a criação e a manutenção de áreas de valor ecológico, ambiental e de defesa e preservação da fauna e da flora.

Santana de Parnaíba é a primeira cidade do Brasil e a quinta no mundo a estabelecer compromisso com a ONU. Em 2019, entregou o Relatório Local Voluntário compromissando-se



com o desenvolvimento de políticas públicas dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) em atendimento a Agenda 2030.

### **2.2.2 - Regionalização e governança na RMSP**

A concretização dos programas está relacionada ao sentido da corresponsabilidade municipal com outros atores, num dado distrito sanitário, sendo necessária a definição de níveis de competência entre as diferentes esferas de governo, bem como a necessidade de avanços na cooperação dentro das próprias RAS, por meio dos consórcios municipais.

A regionalização é uma questão de descentralização de governança, com o intuito de que as políticas públicas de fato atendam às necessidades da população, por meio da gestão local nas regiões e nos municípios.

A complexidade da metropolização do território impõe a governança dos problemas urbanos mediante solução articulada e integrada de diferentes setores dos serviços urbanos e de infraestrutura, e, também pelo fato de que as políticas metropolitanas têm caráter transversal exigindo a integração das políticas públicas setoriais (Ipea, 2015).

De acordo com Souza (2006), o âmbito de atuação em saúde é sempre local, nos territórios, é importante o entendimento sobre a saúde ambiental nos Planos Municipais de Saúde, com vistas ao embasamento de melhorias e a formulação de estratégias, monitoramento e avaliação para setores técnicos e de gestão na operacionalização do atendimento em saúde pública.

Ressalta-se que a governança interfederativa privilegia o interesse comum sobre o local, com compartilhamento de responsabilidade, observando a autonomia dos entes da federação, compenetrada em uma gestão democrática, considerando peculiaridades regionais e locais na busca de um desenvolvimento sustentável (Araújo et.al.2014).

Araújo e Fernandes (2014) definem governança interfederativa no que se refere à incorporação, ao desmembramento e fusão de municípios, à formalização de regiões metropolitanas, microrregiões e aglomerações urbanas por seus Municípios limítrofes, integrando a organização.

Na RMSP somente a região do ABC - RAS 1 conseguiu implantar o Consórcio Público Intermunicipal, previsto pela Lei 11.107 de 06/04/2005, cujo modelo faculta a abertura de processos licitatórios em benefício das sete cidades que o compõe (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra) e é subsidiado por recursos dos municípios.

O consórcio se tornou espaço democrático em que a boa estrutura física permite discussões, eventos e outros, todos de interesse regional para a identificação e atendimento das demandas locais. Seu estabelecimento representou avanços para região, por meio do qual foi possível a implementação de programas de interesse regional como os referentes a drenagem, mobilidade urbana, resíduos sólidos, riscos urbanos e ambientais, habitação, turismo, saúde, educação, cultura, esporte e lazer e políticas sociais, a implantação de redes regionais de atenção para idosos, pessoas em situação de rua, adolescentes, mulheres vítimas de violência doméstica.

A estrutura de funcionamento ocorre por meio da organização de núcleos e Grupos de Trabalho (GT) com finalidades específicas, voltadas para o desenvolvimento regional e dá visibilidade às suas próprias ações, como a disponibilização via web do Plano Plurianual (PPA) da região. O Consórcio possui autonomia financeira que permite a contratação de pesquisas de interesse da região, subsidiando o planejamento e gestão local e tem em sua composição o Núcleo de Desenvolvimento Urbano e Gestão Ambiental, cujas diretrizes são:

- Promover o desenvolvimento urbano e habitacional;
- Desenvolver ações de requalificação urbana com inclusão social;
- Desenvolver atividades de planejamento e gestão ambiental;
- Atuar pela implantação de um sistema integrado de gestão e destinação final de resíduos sólidos industrial, residencial, da construção civil e hospitalar;
- Promover a articulação regional dos planos diretores e legislação urbanística;
- Desenvolver atividades de controle e fiscalização integrada das ocupações de áreas de mananciais com a participação da sociedade civil no processo de monitoramento;
- Desenvolver atividades de educação ambiental;
- Executar ações regionais na área de recursos hídricos e saneamento;
- Criar instrumentos econômicos e mecanismos de compensação para a gestão ambiental;
- Estabelecer programas integrados de coleta seletiva do lixo, reutilização e reciclagem.

Um exemplo de ação que corrobora para o desenvolvimento da região é o Diagnóstico Habitacional Regional do Grande ABC (2016), relatório resultante do Termo Técnico de Cooperação Técnico-Científica entre o Consórcio Intermunicipal do Grande ABC e a Universidade Federal do ABC (UFABC), que dimensionou e caracterizou a situação habitacional da região e embasou a elaboração do Plano Plurianual Regional (2014-2017), e foi também utilizado para a elaboração do PMS (2018-2021).

A implantação de consórcios fortaleceu a gestão pública, pois, possibilita que os focos de demandas sejam identificados, quantificados e qualificados, facilitando a viabilização de recursos para seu atendimento.

Os maiores desafios da governança do espaço urbano são a integração intergovernamental, o aperfeiçoamento da gestão municipal, que demanda gestores qualificados apoiados por uma administração que desenvolva planejamento estratégico dos municípios, para que eles possam ter uma visão de longo prazo e uma gestão baseada mais na prevenção do que na ação emergencial e curativa. Jacobi (2013)

Dentre os instrumentos de planejamento do SUS o PMS é o instrumento central do planejamento, e o gestor municipal de saúde deve seguir a agenda deste ciclo, utilizando ferramentas e instrumentos definidos legalmente (Brasil, 2013, Brasil, 2016).

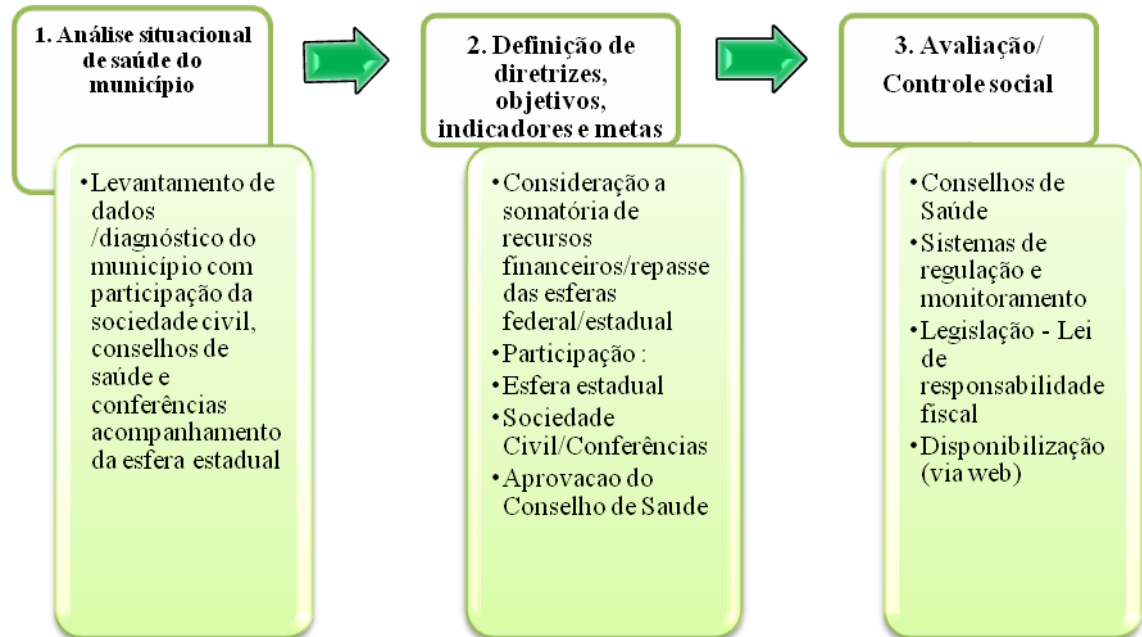
No sentido do cumprimento da legislação e em corroboração para a formulação do PMS, os Conselhos Municipais de Secretários de Saúde (COSEMS) realizam oficinas preparatórias repassando instruções normativas e recomendações para sua elaboração.

A formulação do plano pode ser sequenciada em 3 fases: a) análise situacional do município; b) definição de diretrizes, objetivos, indicadores e metas e c) avaliação/controle social (Figura 5).

Na análise situacional, o diagnóstico deve caracterizar o município, sendo possível a identificação de fatores determinantes de danos ambientais para saúde como áreas sujeitas a deslizamentos, condições de saneamento básico e de potabilidade da água, poluição do ar e sonora, contaminação do solo e outros fatores.

Após procede-se a definição das diretrizes, metas e objetivos baseados no diagnóstico realizado para formulação das propostas, para as quais caberá análise e submissão ao conselho municipal de saúde. Parte-se então para a elaboração do Relatório Final.

Em plenárias são discutidas as prioridades e as propostas do relatório para formulação do PMS.



**Figura 5** - Fases de elaboração do PMS

Elaboração própria – Fonte COSEMS/SP-2019

### 2.2.3 - O Plano Municipal de Saúde e seu conteúdo

Os planos são contratos sociais, instrumentos para a viabilização da gestão e de legitimação à cidadania, e segundo Campos (2010) estão associados ao envolvimento e a participação de diversos atores em seu processo de efetivação.

As três esferas de governo estabelecem entre si o Pacto pela Saúde, pactuação de reformas institucionais em promoção dos instrumentos de gestão, objetivando elevar a qualidade de respostas do SUS que possibilita a redefinição das responsabilidades dos níveis de gestão mediante as necessidades da população.

É implementado por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que suprimiu os processos de habilitação obrigatória. Define também as prioridades em saúde como a redução da mortalidade infantil e materna, por câncer e outras.

O TCG promoveu alterações no repasse dos recursos entre as esferas federativas, que passou a ser realizado por meio de cinco setores de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Esse pacto federativo se desdobra em: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS. Esses três pilares ou dimensões de ação estão de acordo com as Portarias MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 e nº 699 de 30 de março de 2006 e direcionam o que o deve ser contemplado no conteúdo do PMS.

O Pacto pela Vida determina que os gestores priorizem o atendimento do impacto de determinadas situações na saúde da população, mediante a propositura de agendas de compromissos sanitários e de ações prioritárias envolvendo a atenção à saúde do idoso, de pessoas com deficiência, saúde do homem, pessoas em situação de risco e violência, controle do câncer do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças endêmicas emergentes com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS, promoção da saúde, fortalecimento da Atenção Básica (AB), saúde do trabalhador e saúde mental.

A partir de tais compromissos são organizadas as Redes de Atenção para a garantia dos direitos de acessibilidade ao SUS e participação na tramitação para o repasse de recursos para viabilizar o atendimento, monitoramento e avaliação, ao que se considerou citar as redes: Rede Cegonha (pré-natal), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e o atendimento as doenças crônicas por meio de Linhas de Cuidado de Oncologia, Doença Renal Crônica e Obesidade e outras.

Cabe ressaltar a importância da Atenção Básica (AB) e das redes de atenção à saúde, na identificação de agravantes de saúde e no estabelecimento de referências regionais para prestação de atendimento de assistência especializada.

Por meio da AB ocorre a atuação de profissionais que viabilizam a ação da gestão, captando usuários à margem do sistema, auxiliando o controle e disseminação de doenças. É importante instrumento enquanto agente para a promoção da integração com outras áreas, atua diretamente na identificação de problemas de acesso a serviços, como os de infraestrutura e saneamento básico, detendo informações que podem corroborar para a elaboração do PMS.

Em termos organizacionais a AB tem papel fundamental, por meio da qual se pode adentrar na localidade ou território (Matias, Morais, Pupo, Boaretti et.al. 2018).

Os Grupos Técnicos compostos são por trabalhadores do setor das diversas esferas federativas, com os quais ocorrem processos de trabalho organizativo de gestão, gerência, financiamento, acesso, regionalização, integralidade e intersectorialidade de áreas técnico-assistenciais.

As discussões objetivam a prática das ações para viabilizar a implantação, regulação, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde em conformidade com as normativas legais.

Nesses espaços são tratadas as demandas trazidas pelas redes de atenção e as pactuações deliberadas são executadas mediante aprovação dos gestores locais em reuniões de comissões de gestores.

Cada Região de Assistência à Saúde (RAS) possui cronograma de reuniões sistemáticas, nas quais são discutidos temas afins como propostas e pactuações concernentes a ordenação regional dos serviços de saúde, em que a Vigilância Ambiental deveria estar inserida.

O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos de ações entre gestores para a consolidação da Reforma Sanitária, buscando qualificar e assegurar o SUS enquanto política pública, priorizando a mobilização social, direitos dos usuários e garantia para o diálogo com a sociedade, por meio da articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania e saúde como direito; estabelecimento, ampliação e fortalecimento de diálogo com a sociedade; publicação da Carta dos Direitos dos usuários do SUS e aprovação do Orçamento do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS prioriza as responsabilidades sanitárias e as diretrizes para a gestão do SUS no que se refere à descentralização; regionalização, financiamento, planejamento, programação; regulação, participação e controle social.

No que tange à Vigilância em Saúde, o PMS deve considerar a estrutura e processos de trabalho existentes de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Quanto ao financiamento deve haver a criação por lei do Fundo Municipal de Saúde, explicitando a procedência dos recursos, receitas do exercício financeiro do ano anterior ao da vigência do plano, incluindo os repasses recebidos da União e do Estado, utilizando as informações contidas no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS).

## 5. ANÁLISE GERAL E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise possibilitou o reconhecimento de déficits na elaboração dos PMS, sintetizados no Quadro 6.

Identificou-se que há necessidade de que o PMS explicita a participação da sociedade civil, contemplando o histórico da realização das conferências com informações mais precisas sobre os participantes, o que constitui importante indicador da incorporação da visão, diagnóstico e reivindicações da vontade popular sobre saúde no contexto do planejamento da gestão pública.

Apenas dois municípios informaram no PMS o relatório final das conferências municipais, o que denota retrocesso nos avanços obtidos nas VIII e XIV conferências nacionais, cujas diretrizes destacadas apontavam para a importância da participação popular e da inserção da questão ambiental no contexto da saúde pública.

Quanto aos conselhos municipais de saúde observou-se a necessidade de informações sobre sua composição, paridade e meio formal de instituição por lei municipal.

É determinado por lei que ocorra paridade na representação dos usuários em relação aos demais segmentos do conselho, à ser constituído conforme segue: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços, destacando que todos os membros do conselho devem ser indicados por seus pares (BRASIL, 2003).

O período de mandato dos conselheiros em alguns casos é de apenas dois anos, em descompasso ao período de vigência do PMS, dificultando o monitoramento e avaliação do PMS, causando ruptura no processo de planejamento.

Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida (Minayo et. al. 2000).

O diagnóstico oportuniza que as demandas sejam identificadas a partir de suas causas. As circunstâncias ambientais nas quais ocorre o cotidiano do cidadão influenciam a saúde e a qualidade de vida.

Analisando as informações apresentadas no diagnóstico sobre as condições de saúde da população nos planos, todas se restringiram a apresentação de taxas e índices de adoecimento, morbidade e comorbidade, sem estabelecer ou correlacioná-las às suas próprias causas.

A correlação saúde e meio ambiente expressa a aplicação do conceito ampliado de saúde, não restrito somente à doença em si, mas que considera sua origem no território. Essa visão restrita limita a propositura de ações concretas e eficazes para o enfrentamento de problemas não só de saúde como também de outras áreas.

A caracterização do território em observância ao Estatuto da Cidade pode auxiliar a composição do diagnóstico pois esse classifica os municípios conforme determinados aspectos à exemplo das estâncias turísticas e aqueles que sediam determinados empreendimentos de interesse regional estadual e federal.

Do mesmo modo as informações quantitativas e qualitativas sobre comunidades situadas em regiões de maior vulnerabilidade social, econômica e habitacional, como áreas de invasão e com contaminação do solo e da água, exposição a gases poluentes, ribeirinhas e com risco de deslizamento, bem como a própria precariedade do tipo de habitação (barracos, palafitas e outros) requerem atenção e formulação de ações intersetoriais, principalmente no que se refere a incorporação da vigilância ambiental nas ações de saúde pública.

A precariedade dessas condições eleva os riscos à saúde humana e também do ambiente. Assim sendo, a apresentação do diagnóstico requer detalhamento, mapeamento e abrangência aos aspectos, sociais, econômicos, geológicos, geográficos, climáticos e históricos da composição territorial, havendo que considerar as diversas fontes de dados hoje existentes para o embasamento da formulação do PMS. Para Camara e Tambelini (2003), aspectos sociais, físicos, topográficos, meteorológicos, hidrográficos e geológicos são fundamentais ao se tratar de ambiente.

Os planos apresentaram série histórica sobre o adoecimento da população e nem todos com fontes atualizadas, reportando-se a dados levantados há mais de uma década.

Apesar de seguirem as instruções do Manual COSEMS-SP e apresentarem conformidade às disposições gerais da PNaS e aos princípios do SUS, todos apresentaram eixos e diretrizes norteadores da atenção à saúde, havendo diversidade nos modos de organização e apresentação dos planos, alguns estruturados textualmente, outros compostos somente por tabelas, cabendo notar que o PMS do município de Mauá não informou indicadores das ações propostas.

Não há determinação de padronização da apresentação dos planos, mas sim a necessidade de que sejam expressas, minimamente, a estrutura de funcionamento da SMS e informação de



como as demandas foram identificadas, utilizando-se de fontes oficiais de pesquisa e quais ações são propostas para seu atendimento.

Quanto a definição das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e de Saúde Ambiental, a própria estrutura organizacional da SMS pode denotar o modo de atenção ou importância dada às questões ambientais, apresentando como estas se organizam e se posicionam hierarquicamente por meio de departamentos, núcleos ou outros setores afins, devido sua abrangência às demandas locais setoriais; conforme entendimento de Medeiros et.al (2011), essa estrutura reflete a articulação e o desenvolvimento das atividades, sendo flexível conforme o contexto em que se insere.

Somente um município apresentou a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde por meio de organograma, o que auxiliou a identificação sobre o papel da vigilância ambiental no município.

Em relação a intersetorialidade com outras políticas públicas, identificou-se apenas citações, entre as quais uma única referente à necessidade de aprofundar a verificação da situação de vulnerabilidade socioeconômica por meio da identificação de dependentes de programas de transferência de renda como o Bolsa Família, o que pode promover ações conjuntas com a assistência social.

Os planos apresentaram-se deficitários em relação às informações e propostas de intersetorialidade com a saúde ambiental.

O estabelecimento de processos de Educação Permanente para gestores, conselheiros e trabalhadores do setor, proposta nos planos é item de suma importância abrange outras áreas e é ferramenta que pode elevar a qualidade dos processos de construção do plano, incluindo nessa a temática da saúde ambiental.

Quadro 6 – Síntese de análise - PMS

1. Participação da sociedade civil
<p>1.1 Conferência municipal          Todos os planos analisados informaram que realizaram conferências municipais, porém as informações não permitem que se avalie como de fato o processo da realização das conferências ocorreu. Somente os municípios de Guarulhos e Embu das Artes apresentaram as propostas do Relatório Final da conferência.</p>
<p>1.2 Conselho municipal de saúde          Todos informaram haver constituído o Conselho municipal de saúde e a respectiva aprovação das propostas do Relatório Final das conferências, carecendo de informações sobre a composição e a instituição desses por meio de legislação municipal.</p>
2. Diagnóstico do município
<p>Todos apresentaram informações restritas à saúde enquanto doença, de modo não associado às questões ambientais.          Apenas 3 municípios informaram sobre as condições de saneamento básico e moradia, o que poderia estar correlacionado às condições geográficas, também determinantes de ocorrências de eventos climáticos adversos como deslizamentos de terra e enchentes, poluição ambiental como o caso do polo petroquímico em Mauá e populações ribeirinhas. Referiram-se também ao estabelecimento de pactuações regionais para a destinação de resíduos sólidos.</p>
3. Definição das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental
<p>Apesar de se estruturarem de modo diferente organizacionalmente informaram a existência de setor, departamento, coordenadoria, diretoria ou núcleo referente às vigilâncias, sendo apropriada a apresentação de organograma e descrição das funções atribuídas às vigilâncias.</p>
4. Propostas de ações intersetoriais
<p>As propostas não estão claramente explicitadas, algumas ações indicam intersetorialidade com as áreas de educação e assistência social, como o acompanhamento das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda como o Bolsa Família (BF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).          Os planos apresentaram-se deficitários em relação às informações e propostas de intersetorialidade com a saúde ambiental.</p>

Elaboração própria

## 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos contribuíram para a identificação de aspectos na formulação do PMS que apresentam potencial de melhoria, de modo a qualificar esse importante instrumento de gestão, de modo a que reflita a realidade, incorporando-a na composição de soluções aos problemas existentes.

Todo PMS deve apresentar o registro da participação da sociedade pois essas informações poderão embasar a formulação de estratégias de fomento para a participação do cidadão, oportunizando-lhe protagonismo sobre o sistema de saúde do qual é usuário, de modo a tornar seu envolvimento abrangente à identificação das demandas, estabelecimento das prioridades de investimento do recurso público e ao exercício do controle social no planejamento da ação pública.

É recomendado que o relatório final das conferências municipais componha o PMS, sendo no mínimo anexado, favorecendo o monitoramento sobre a incorporação e cumprimento das metas referentes às propostas em seu conteúdo.

É preciso melhor utilização das ferramentas tecnológicas atualmente existentes para a elaboração do diagnóstico do território, tratando-se de atualização de dados e da abrangência das informações amplifica-se à outros setores na composição do perfil do município.

A tecnologia da informação não pode se tornar fator excludente para a participação popular, pois pode proporcionar maior aproximação de seu conteúdo aos demandatários da gestão pública. A divulgação e a disponibilização do PMS devem ser de fácil acessibilidade nos portais municipais.

A formulação dos diagnósticos em saúde pública é fundamental para a ordenação do planejamento, o que complementado por Martinho e Camara (2011), por meio dele são priorizados os programas e projetos na gestão pública. É importante que o perfil sócio econômico do município contemple os problemas ambientais causados pela ação humana, de modo a compor um diagnóstico que oportunize a busca de soluções. A noção de sustentabilidade implica uma necessária inter-relação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e necessidade de desenvolvimento. Jacobi (2013).

Sua elaboração transcende o mero cumprimento de formalidades legais num contexto de obrigatoriedade para o repasse de recurso financeiro, devendo contemplar propostas factíveis de atendimento das demandas populacionais de saúde e em correlação às questões ambientais. É necessário que a degradação ambiental componha o planejamento territorial. (Jacobi, 2015).

São decorridos 35 anos desde que as conferências municipais e estaduais culminaram na VIII CNS que já apontava para o entendimento de que o conceito de saúde é ampliado, faz parte do ecossistema em que a vida se insere; ou seja, é preciso identificar e considerar diversos fatores determinantes do processo do adoecimento humano.

Por meio do PMS é possível aproximar setores afins para o enfrentamento e superação de problemas locais que se não sanados podem comprometer a qualidade de vida das populações, à exemplo da pandemia ocorrida (2019).

Determinadas doenças são classificadas como sazonais, de maior incidência e agravadas em determinados períodos do ano conforme as condições climáticas, ou seja, admite-se que o clima (ambiente) interfere no agravamento da saúde humana, no entanto não se considera essa correlação no planejamento.

É preciso mais do que identificar e avaliar os impactos da degradação dos recursos naturais sobre a saúde humana nas áreas urbanas e sim associá-los no planejamento, na prática e no território, o que constitui um desafio para a efetivação de um modelo assistencial que envolve a intersecção entre as políticas públicas setoriais, incluindo o potencial transformador da política de desenvolvimento urbano para a práxis do desenvolvimento sustentável.

A identificação de riscos e divulgação de informações sobre aspectos ambientais pode condicionar e/ou determinar doenças e agravos à saúde; bem como a promoção de ações de controle, mitigação e recuperação do meio ambiente.

Apesar dos avanços das discussões e propostas relativas ao atendimento de saúde correlacionando-o às questões ambientais, ainda carece que as mesmas se configurem em ações efetivas nos planos municipais de saúde.

### 6.1 - Resultados Esperados:

Espera-se que o presente tenha colaborado para a disseminação da informação sobre os instrumentos de gestão em saúde pública; para elaboração dos quais há a viabilidade da participação popular no processo de sua formulação e também monitoramento, por meio da prerrogativa legal da participação da sociedade civil nas plenárias e conferências.

A vigilância em Saúde ambiental carece de fortalecimento, cujo início é a produção de conhecimento sobre seus diversos aspectos, ao que o presente estudo pretendeu também estimular o desenvolvimento das capacidades em saúde ambiental.

Ademais se intencionou o fomento para a promoção de ambientes saudáveis, por meio da sugestão da criação de agendas integradas de Saúde ambiental nos grupos técnicos de discussão e regulação nas regiões de saúde.

### 6.2 - Sugestões de pesquisas futuras.

A incorporação das metas dos ODS nos planos municipais pode se constituir importante pesquisa, e reforçar a necessidade de aprimorar a elaboração do PMS para que esse contemple a formulação de ações integradas a outros setores para a busca da elevação da qualidade vida.

Estudos sobre o impacto da pandemia COVID 19 no planejamento em saúde pública também são oportunos, considerando as mudanças estruturais no cotidiano das cidades e consequentemente nas políticas públicas vigentes.

Urge a necessidade de repensar e incorporar nos instrumentos de gestão o planejamento para o atendimento em saúde, mediante situações de emergência e crise sanitária como a vivida durante a elaboração da presente pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- Augusto, L. G. S., Tambellini, A. T., Miranda, A. C. et.al (2014). “Desafios para a construção da ‘Saúde e Ambiente’ na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4081-4089. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09422014>
- Araújo, S. M. V. G., & Fernandes, A. S. A. (2014). Os desafios da governança interfederativa. *IX Encontro da ABCP*. Brasília, DF
- Campos, F. C. C. D., Faria, H. P. D., Santos, M. A. D., & Silva, R. L. D. S. (2010). Planejamento e avaliação das ações em saúde. *Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*
- Camponogara, S., Kirchof, A. L. C., & Ramos, F. R. S. (2008). Perspectivas para a qualidade de vida e a promoção da saúde no contexto da sociedade de risco. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(4), 551-557.
- Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Constituição da república federativa do Brasil. *Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico*.
- Dantas, M. K., de Oliveira, L. R., & Passador, C. S. (2016). Análise das políticas públicas ambientais e de saúde no Brasil: avanços, desafios e oportunidades. *Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace*, 7(3).
- Fajersztajn, L., Veras, M., & Saldiva, P. H. N. (2016). Como as cidades podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde de seus moradores? *Estudos Avançados*, 30(86), 7-27.
- Finkelman, J. (2002). Caminhos da saúde pública no Brasil. *Editora Fiocruz*.
- Freitas, C. M. D., Tambellini, A. M. T., Schultz, G. E., Bertolini, V. A., & Franco Netto, F. D. A. (2009). Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2071-2082.
- Garcia, P. T., & Reis, R. S. (2016). Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. *Una Sus*.
- Giatti, L. L., Urbinatti, A. M., Carvalho, C. M. D., Bedran-Martins, A. M., Santos, I. P. D. O., Honda, S. O., ... & Jacobi, P. R. (2019). Nexos de exclusão e desafios de sustentabilidade e saúde em uma periferia urbana no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00007918.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de empresas*, 35(3), 20-29.
- Guizardi, F. L., Pinheiro, R., Mattos, R. A. D., Santana, A. D., Matta, G. D., & Gomes, M. C. P. A. (2004). Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 15-39.

Instrução Normativa n. 01 de 07 de março de 2005 (2005). Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*

Fajersztajn, L., Veras, M., & Saldiva, P. H. N. (2016). Como as cidades podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde de seus moradores? *.Estudos Avançados, 30(86)*, 7-27. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/115078>

Jacobi, P.R.; & Sinisgalli, P. A. A.(2012). Governança ambiental e economia verde. *Ciência & Saúde Coletiva, 17(6)*, 1469-1478. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600011>

Jacobi, P. R. (2013) São Paulo metrópole insustentável – como superar esta realidade? *Cadernos Metrópole*, vol. 15, núm. 29, enero-junio, pp. 219-239 Pontifícia Universidade Católica de São Paulo São Paulo, Brasil

Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1.990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Lei n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Lei n. 10.257 de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Minayo, M. C. D. S. (2007). A complexa dinâmica da divulgação científica: o caso da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Minayo, M. C. D. S., & Guerreiro, I. C. Z. (2013). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*, 1103-1112.

Monteiro, A. R., & VERAS, A. T. D. R. (2017). A questão habitacional no Brasil. *Mercator (Fortaleza), 16*.

Muller Neto, J. S., & Artmann, E. (2014). Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 30*, 68-78.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 1/96 NOB-SUS (1996). Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das

relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.

Oliveira, K. C. D. D. (2012). Curandeiros e pajés numa leitura museológica: o Museu do Marajó Pe. *Giovanni Gallo-PA* (Master's thesis).

Oliveira, T. B. D., & Galvão Junior, A. D. C. (2016). Planejamento municipal na gestão dos resíduos sólidos urbanos e na organização da coleta seletiva. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 21(1), 55-64.

Polignano, M. V. (2001). História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG*, 35, 01-35.

Portaria GM/MS n.1020 de 31 de maio de 2002 (2002). Regulamenta a Programação Pactuada e Integrada da NOAS-SUS 01/2002. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.

Portaria GM/MS n. 393 de 29 de março de 2001 (2001). Institui a Agenda de Saúde. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.

Portaria GM/MS n. 548, de 12 de abril de 2001 (2001). Cria os Instrumentos de Gestão. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.

Portaria n. 3252/2009 de 22 de dezembro de 2009 (2009). Define sobre a execução e financiamento de ações de Vigilância em Saúde. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.

Radicchi, A. L. A., Lemos, A. F., Severo, M., Barreto, R., & Ronconi, R. (2009). Saúde ambiental.

Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde de 04 de dezembro de 2011 (2011). A importância da participação popular, formação de conselhos, participação em conferências. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.

Relatório IPEA (2015). Publicações - Textos para discussão. Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Recuperado de: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_alphacontent&section=31&category=344&Itemid=359](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent&section=31&category=344&Itemid=359)

Relatório PNUD 2019. Relatório do PNUD lança luz sobre nova geração de desigualdades. *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. Recuperado de: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2019/condicoes-de-partida-podem-determinar-desigualdades-no-futuro--r.html>

Resolução n. 588 de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2018). Institui a Política Nacional de Saúde (PNVS) que define e norteia a ações de vigilância nas 3 esferas de governo. Brasília: *Ministério da Saúde. Diário Oficial da União*.



Ribeiro, H. (2004). Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. *Saúde e Sociedade*, 13, 70-80.

Ricardi, L. M., Shimizu, H. E., & Santos, L. M. P. (2017). As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*, 41, 155-170.

Rozenfeld, S. (2000). Fundamentos da vigilância sanitária. *SciELO-Editora FIOCRUZ*.

Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Ferreira, N. F., & Custódio, L. B. D. M. (2009). Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*, 43(6), 1369-1378.

Saliba, N. A., Garbin, C. A. S., Gonçalves, P. E., Santos, J. G., de SOUZA, N. P., & Moimaz, S. A. S. (2013). Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. *Bioscience Journal*, 29(1).

Sá-Silva, J. R., de Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista brasileira de história & ciências sociais*, 1(1).

Silva, A. G. F., de Araújo, L., Dornelas, C. S. M., & de Lacerda, A. V. (2007). A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro. *Revista Debates*, 11(1), 25-42.

Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, (16), 20-45.

Souza, C. L. D., & Andrade, C. S. (2014). Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 4113-4122.

Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental (2009). Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios\\_construcao\\_politica\\_saude\\_ambiental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios_construcao_politica_saude_ambiental.pdf)

Tambellini, A. T. (1995). A relação produção/ambiente/saúde vista do ângulo da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UFRJ. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/237607027\\_A\\_tematica\\_saude\\_e\\_ambiente\\_no\\_processo\\_de\\_desenvolvimento\\_do\\_campo\\_da\\_saude\\_coletiva\\_aspectos\\_historicos\\_conceituais\\_e\\_metodologicos\\_The\\_thematic\\_of\\_health\\_and\\_environment\\_in\\_the\\_process\\_of\\_developme](https://www.researchgate.net/publication/237607027_A_tematica_saude_e_ambiente_no_processo_de_desenvolvimento_do_campo_da_saude_coletiva_aspectos_historicos_conceituais_e_metodologicos_The_thematic_of_health_and_environment_in_the_process_of_developme)

Vieira, P.R.G; Posenato, L., & Maciel; Noia, E.L. (2020) . Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23 e200033.Epub Abril 22,2020.<https://doi.org/10.1590/1980-549729200033>

Yazbek, M. C. (2012). Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serviço Social & Sociedade*, (110), 288-322.

## APÊNDICE

Quadro 07 – Síntese - Participação da Sociedade Civil – Conferências Municipais

Participação da sociedade civil – Conferências municipal	
Municípios	Descrição/Conferências
Guarulhos	Plenária realizada em 2017 com 711 participantes organizados em eixos: Eixo Vigilância em Saúde: 43 participantes (6%) – pouca participação Apresentou as propostas e o Relatório Final mas não há nenhuma correlação com meio ambiente ou saúde ambiental.
Diadema	Realizou 29 plenárias – No PMS a XVII Diretriz fala sobre o controle social no sistema municipal de saúde. Não apresentou o Relatório Final da Conferência
Mauá	Não há informações sobre a participação da sociedade civil no processo de construção do plano. Não apresentou o Relatório Final da conferência.
Embu das Artes	Informou que realizou a XI Conferência Não apresentou as propostas aprovadas na conferência.
Franco da Rocha	Informou que realizou a VIII Conferência com 120 participantes. Não foram apresentadas as propostas aprovadas.
Santana de Parnaíba	Informou que foi elaborado Relatório da 7ª Conferência Não explicitou as propostas aprovadas na conferência.

Elaboração própria

Quadro 8 – Síntese - Participação da sociedade civil – Conselhos municipais

Participação da sociedade civil – Conselhos municipais	
Municípios	Descrição – Conselhos
Guarulhos	Conselho criado por lei, não cita os segmentos que o compõe e vigência de mandato.
Diadema	Criado por lei municipal nº 1.531 de 30/12/1996, com mandato para o biênio de 2016-2017. Diretriz – Controle social no sistema municipal de saúde. Requer atualização de nova eleição com prorrogação da vigência do mandato dos conselheiros e sua composição.
Mauá	Informou relação de 25 componentes do conselho com segmentos formativos de representatividade: entidades, gestor, sindicato, do trabalhador e usuários. Mandato de 2016 a 2018 – Não menciona sua instituição por meio de lei municipal.
Embu das Artes	Informou a criação do CMS por meio de legislação municipal própria, descrevendo sua composição. Eleições bienais que poderiam ser extensivas à vigência do PMS.
Franco da Rocha	Informou a composição do conselho, mas não cita como foi criado (legislação municipal)
Santana de Parnaíba	Informou o envio do plano municipal de saúde para o conselho, mas não informou sobre a legislação, o perfil e composição de membros que o compõe.

Elaboração própria

Quadro 9 – Síntese - Diagnóstico dos municípios

Diagnóstico dos municípios	
Municípios	Descrição
Guarulhos	Apresentou dados demográficos do crescimento populacional; índices de saúde, mapeamento por território de saúde municipal, indicando a existência de APAS, comunidades e áreas de risco.
Diadema	Informou sobre relevo, cobertura vegetal do território. Relatou precariedade das condições de moradia, de trabalho e emprego. Informou sobre o IDH de vulnerabilidade social, informações e doenças associadas à mortalidade (CA). Concluiu que a organização familiar explica o surgimento dos agravos à saúde, sem sugestão de implementação de programas para melhorias como CDHU, Brasil Verde e Amarelo. Cita necessidade de melhorias na cobertura de vacinação (baixa).
Mauá	Informou índices de envelhecimento, escolaridade, taxas de natalidade, mortalidade infantil e materna, densidade demográfica e população indígena. Sobre doenças impactantes na mortalidade sendo: aparelho respiratório, digestivo, geniturinário, neoplasias, acidentes e situações de violência, infecciosas e parasitárias do sistema osteomuscular. Há necessidade dados sobre os aspectos territoriais (topografia e outros) devido a importância do PPC na área urbana de seu território.
Embu das Artes	Informou a série histórica d do períodos censitários de 1991 a 2017 (IBGE/DATASUS/CNE/SEADE), índices e cita a existência de comunidades.
Franco da Rocha	Apresenta informações sobre censo 2010, perfil epidemiológico, mortalidade infantil e alta incidência de tuberculose, esta última com série histórica de 2010 a 2017 com meta de erradicação até 2035.. Possui população indígena.
Santana de Parnaíba	Informou indicadores, taxas de mortalidade prematura. As metas são progressivas de 2018 a 2021. Não apresentou dados sobre as condições de moradia e saneamento básico.

Elaboração própria

Quadro 10 – Síntese – Definições para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e de Saúde Ambiental

Definições das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e de Saúde Ambiental.	
Municípios	Descrição
Guarulhos	Apresentou organograma da estrutura organizacional da SMS. A Vigilância em saúde é um departamento subdividido em Divisões Técnicas.
Diadema	Não apresentou organograma da SMS. Há uma Coordenação da Vigilância sanitária. A discussão sobre riscos ambientais é restrita a grupos como saneamento básico. Moradia, educação e emprego, apontando para que se atente às vulnerabilidades e ofertas de serviços de saúde.
Mauá	A estrutura organizacional da SMS não foi apresentada de modo estruturado. Foram elencadas as Coordenadorias de AB, atenção especializada, hospitalar, de urgência e emergência, de proteção à saúde e vigilâncias e apoio á gestão.
Embu das Artes	Informou ações, sem organograma: Reforçar as ações estratégicas para a prevenção de doenças e proteção da saúde nas áreas de Vigilâncias sanitária, da saúde do trabalhador, ambiental, de controle de vetores e zoonoses.
Franco da Rocha	Apresenta a estrutura dos serviços da SMS descrevendo diretorias de AB, de atenção especializada, urgência e emergência, gestão em saúde, planejamento, vigilância em saúde. Há núcleos de vigilância sanitária, epidemiológica, de zoonoses, vetores e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)
Santana de Parnaíba	Não apresentou informações ou dados sobre a estrutura da SMS.

Elaboração própria

Quadro 11– Síntese - Definições das ações intersetoriais

Definições das ações intersetoriais	
Municípios	Descrição
Guarulhos	Propõe realizar o monitoramento das famílias do PBF, identificando a localização de suas moradias e realizar o diagnóstico desses locais, o que pode vir a ser ação intersetorial com a assistência social.
Diadema	Propõe ações para a promoção da alimentação saudável por meio de áreas técnicas da própria SMS e a implantação de ações intersetoriais com as secretarias municipais de educação, de segurança alimentar, assistência social e cidadania.
Mauá	Estabelece a proposta de consolidar a rede de AB promovendo a articulação intersetorial e o cuidado em rede; formação de profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares e efetivar o Programa Saúde na Escola (PSE), parceria com a Secretaria Municipal de Educação. Não detalha como ocorrerá essa ação intersetorial.
Embu das Artes	Colocou sobre a integração ao planejamento no âmbito regional, estadual e federal, sem detalhamento sobre as ações para essa finalidade. Nos objetivos específicos propõe fortalecer o controle e a participação social, sem especificar as ações.
Franco da Rocha	Propôs articulação intersetorial entre as políticas sociais que copõe a sustentação da saúde como condição de direito, por meio do CEREST, sediado em Franco da Rocha mas que atende trabalhadores dos demais municípios da região (Caieiras, Cajamar, Francisco Morato e Mairiporã); havendo equipe multiprofissional para ações integradas com a VISA Estadual. Estabelece também promover a capacitação da rede escolar e prestar orientação para empresas.
Santana de Parnaíba	Propõe: fortalecer a adesão das escolas segundo as diretrizes do MS; implantar Redes Temáticas por eixos com a AB, a atenção especializada, de regulação de contra referência no município, de diagnóstico e encaminhamento do PSF, de função e atividades dos agentes de saúde, integrados a outras secretarias.

Elaboração própria

Os quadros de 11 a referem-se ao detalhamento de cada plano municipal analisado .

Quadro 12 – Síntese – Análise PMS – Município de Guarulhos

Conferência municipal – Guarulhos
<p>Realizada plenária em 2017 – 711 participantes organizada em 04 eixos temáticos:  Eixo I – Gestão - 156 partipantes (22%) - Eixo II - Atenção Básica - 391 participantes (55%)  Eixo III - Média e Alta Complexidade - 121 participantes (17%) - Eixo IV - Vigilância em Saúde – 43 partipantes (6%)</p>
<p>Informa o número de participantes em eixos temáticos, não há informação sobre os particiapntes (cidadãos, profissionais de saúde, segmento de representação e outros).  Resultados: Menor npumero de participantes no eixo Vigilância em Saúde, indicando necessidade de mobilização para que de fato a sociedade civil participe e maior ênfase para a vigilância em saúde. Não há projeção de ações para promover maior participação popular nesse processo.</p>
Conselho municipal - Guarulhos
<p>Informou sobre a criação pela Lei Orgânica do município – art. 239, principais funções: Implementar mobilização e articulação contínua da sociedade; estabelecer, controlar, acompanhare avaliar a política de saúde no município; avaliar e deliberar sobre propostas; participar e apoiar na organização da conferência municipal de saúde, fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros repassados à SMS e sua devida aplicação.</p>
<p>O CMS foi criado por lei, não cita quais segmentos o compõe e qual a vigência do mandato. Menciona que o PMS foi tratado junto a Comissão Mista de Controle Social e Políticas Públicas e Comissão Extraordinária para avaliação sem maiores informações sobre a representatividade aspectos legais e formativos sobre de tais comissões.</p>
Diagnóstico do município - Guarulhos
<p>Apresentou dados demográficos do crescimento populacional, índices de envelhecimento e classificação da população por faixa etária. Mapeou a organização do território em regiões de saúde em seus respectivos distritos, com destaque para as APAS Cabuçu-Tanque Grande, com algumas ilhas de ocupação e na Região de Saúde III – São João/Bonsucesso. A coleta de esgoto atinge 82% da população do município.</p> <p>Apresentou indicadores de habitação, IDHm de longevidade, educação, vulnerabilidade e série histórica do período de 2014 a 2017 referente a cobertura de AB, do PBF, da vacinação, de notificação de doenças, hanseníase, tuberculose, sífilis e HIV. Demais dados: proporção de gravidez na adolescência, exames citopatológicos do colo do útero, mamografias, proporção de óbitos infantis, fetais, maternos, identificados por locais de residência.</p>

Elaboração própria

Quadro 12 – Síntese – Análise PMS – Município de Guarulhos (continuação).

Diagnóstico do município - Guarulhos
<p>O diagnóstico poderia apresentar melhores informações sobre as questões ambientais que envolvem o município, considerando sua importância para a economia do país e suas características geográficas, em virtude de sua localização, tais como a emissão de gases poluentes devido as rodovias nacionais que adentram o município e às aeronaves; carecedo de maior destaque a atenção para a vigilância ambiental.</p> <p>Apenas informou sobre a existência de APAS, algumas já com ocupações, sobre as quais não presta maiores informações.</p> <p>Quanto aos locais de difícil acesso informados constituiriam áreas de vulnerabilidade econômica e social e provavelmente de risco, devido a problemas ambientais, poderiam ser melhor identificados e apresentadas propostas para melhorias. Apenas citou a relação saneamento básico e meio ambiente, não apresentando propostas efetivas de ações intersetoriais para a solução dos problemas, o que poderia compor o diagnóstico com a informação sobre as áreas em que incidem as doenças transmissíveis, correlacionado-se urbanização desordenada à carência de saneamento urbano, ambientes e moradias insalubres.</p> <p>Fez referência ao ambiente de desigualdade econômica existente nas regiões, enquanto fator que dificulta a defesa contra riscos ambientais, laborais, de consumo e de tecnologias. Referiu-se às doenças transmissíveis, vacinação, pactuação regional e estadual acerca dos sistemas de notificação de doenças.</p> <p>Ao tratar da vigilância em saúde referiu-se às doenças transmissíveis, vacinação, pactuação regional e estadual e sistemas de notificação de tais doenças. Poderia apresentar quais pactuações poderiam ser realizadas, fomentando desde então maior coesão regional.</p>
Definição das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental
<p>Ao informar sobre a estrutura organizacional da SMS, elencou a setorialização das vigilâncias em Divisões Técnicas de Vigilância Sanitária do centro, de controle de zoonoses, do Laboratório de Saúde Pública, de Epidemiologia e Controle de Doenças, de Verificação de Óbitos e Nascidos Vivos, da Referência de Saúde do Trabalhador e Seção Técnica de Planejamento e Educação em Vigilância em Saúde, para as quais define: a) supervisionar e elaborar estudos, planejar e executar atividades destinadas a prevenção de doenças; b) vigilância, licenciamento e fiscalização sanitária; c) vigilância epidemiológica; d) eventos vitais, incluído a verificação de óbitos e nascidos vivos, e) atividades do laboratório de saúde pública; d) controle de zoonoses; e) ocorrência de virais, incluído a verificação de óbitos e nascidos vivos; f) atividades de laboratório de saúde pública.</p> <p>Supervisionar e promover estudos para o desenvolvimento de campanhas de vacinação; supervisionar e desenvolver programas permanentes de prevenção e educação para a saúde junto à população; elaborar estudos e campanhas segundo as diretrizes da secretaria de saúde.</p>

Elaboração própria



Quadro 12 – Síntese – Análise PMS – Município de Guarulhos (continuação).

Diagnóstico do município - Guarulhos
Definição das ações das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental
<p>No organograma apresentado há detalhamento da estrutura organizacional da SMS sendo que a Vigilância em Saúde é um departamento subdividido em Divisões Técnicas, não havendo nenhuma menção à departamentos ou divisões que tratem de saúde ambiental.</p> <p>As ações da VISA estão correlacionadas à redução dos riscos e agravos à saúde, por meio de visitas a imóveis, cadastro e inspeção de estabelecimentos, atividades educativas para a população e setor regulado, recebimento e atendimento de denúncias, instauração de processo administrativo aos riscos à saúde em relação a medicamentos, alimentos e saneamento e regulação, ao que caberia detalhamento sobre riscos e inclusão daqueles relativos a saúde ambiental.</p> <p>Apenas citou que é preciso articulação e integração dos órgãos municipais e ao tratar da vigilância em saúde referiu-se a doenças transmissíveis, vacinação, pactuação regional e estadual para instaurar sistemas de notificação mais eficazes. Poderia apresentar quais pactuações poderiam ser realizadas.</p>
Propostas de ações intersetoriais
Propõe monitoramento do perfil das famílias do PBF
<p>Ao propor o monitoramento e verificação do perfil de saúde das famílias beneficiárias do PBF, identificou-se a possibilidade de estabelecer ações intersetoriais com políticas de assistência social, por meio de programas de transferência de renda e ações conjuntas com a colaboração dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), efetivando as ações e pactuações de caráter intersetorial no território.</p> <p>Os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) também poderiam ser contemplados nessas ações, tratando-se de pessoas idosas e com deficiência.</p> <p>Gestão em saúde: Refere rotatividade de RH, distribuição inadequada de profissionais, carência de trabalhadores em locais de difícil acesso, insuficiência de oportunidades de capacitação e desenvolvimento de oportunidades de capacitação e desenvolvimento funcional para trabalhadores, mas não apresentou propostas de solução. Mediante a possibilidade de promover ações para a educação permanente.</p>

Elaboração própria

### Quadro 13 - Síntese – Análise – PMS Município de Diadema

Conferência Municipal
<p>Informa na apresentação que foram realizadas 29 oficinas/plenárias sob coordenação da diretoria de gestão estratégica e coordenação de projetos da SMS, diretorias das unidades de saúde, coordenações das áreas temáticas, conselhos municipal e popular de saúde e gabinete do secretário.</p> <p>XVII Diretriz é denominada – Controle Social no Sistema Municipal de Saúde</p>
<p>Não há informação sobre como ocorreram as plenárias, temas discutidos, organização dos grupos e outros. Sabendo-se que as diretrizes apresentadas tiveram por base as discussões das plenárias.</p> <p>Não foi apresentado o Relatório Final explicitando as propostas que deveriam incorporar o PMS; o que dificultou a análise sobre a identificação das demandas elencadas como prioritárias, bem como conclusões dos diagnósticos e as ações previstas para o atendimento das mesmas.</p> <p>Na página 199 apenas cita sobre a legislação que determina a participação popular no processo por meio das conferências.</p>
Conselho Municipal
<p>Foi instituído pela Lei Municipal 1.531 de 30/12/1996 – Biênio 2016-2017, estabelece como Diretriz o controle social do sistema municipal de saúde.</p>
<p>Embora citada a instituição do CMS, a informação sobre a duração do mandato requer atualização se houve nova eleição ou prorrogação da vigência, e ainda informações sobre a composição deste.</p> <p>Tal como descrito nas conferências, menciona a legislação federal (Lei 8142/90 e a Resolução 333 de 04/11/2003), destacando seu caráter deliberativo e a obrigatoriedade de sua composição paritária em 25% de representantes de governo, 25% de profissionais da saúde e 50% de usuários.</p>

Elaboração própria

Quadro 13 - Síntese – Análise – PMS Município de Diadema (continuação)

Diagnóstico do município
<p>O diagnóstico enfatiza a localização geográfica e o histórico do município, apresentando detalhamento sobre seu relevo, cobertura vegetal.</p> <p>Apresenta também informações sobre as condições de moradia, de trabalho e emprego, índices de desenvolvimento humano, vulnerabilidade social, de acesso à saúde suplementar, evolução demográfica, natalidade, envelhecimento, mortalidade e doenças associadas à mortalidade como neoplasias, dos aparelhos circulatório e respiratório, causas externas, mortalidade infantil e materna, do trabalho, de acidentes por animais peçonhentos e potencialmente transmissores da raiva, dengue, zika, Chikungunya, coqueluche, doença meningocócica, febre maculosa, hanseníase, hepatites, HIV/AIDS, H1N1, leptospirose, toxoplasmose, tuberculose, e mesmo de outras doenças as quais não há registro de incidência. Em relação ao saneamento básico e condições de moradia foram apresentados dados conforme o Relatório do Diagnóstico Habitacional da Região do Grande ABC na cidade.</p> <p>Informou sobre as dificuldades para executar a cobertura vacinal.</p> <p>Propõe ações em rede. Colocou ainda sobre:</p> <p>VIGISOLO, constando informação sobre o aumento do número de áreas contaminadas identificadas pela Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB);</p> <p>(VIGIÁGUA: Informou sobre a adoção de ações - Soluções Coletivas de Abastecimento, em que utilizou informações do Departamento de águas e Energia do Estado de São Paulo (DAEE) – 2013), havendo, porém, somente 25 estabelecimentos cadastrados no sistema de informação</p> <p>Do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária (SIVISA);</p> <p>SABESP no apoio às verificações do uso de água por meio não cadastrado (bombas/poços).</p> <p>SABESP no apoio às verificações do uso de água por meio não cadastrado (bombas/poços).</p> <p>A partir da XV Diretriz – propôs realizar ações de vigilância de modo articulado e intra e intersetorial, visando à redução de riscos e danos, promoção e proteção à saúde, tratou-se de 05 objetivos, 05 metas, 05 indicadores e 44 ações, dos quais se destacam:</p> <p>Objetivo 3: identificar riscos ambientais (água, agrotóxicos, desastres, poluição atmosférica, etc.) e desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, propondo ações de intervenção:</p> <p>Ampliar coletas de água e análises preconizadas:</p> <p>Garantir insumos para realização de testes; inspecionar as áreas contaminadas do município; desenvolver ações/estratégias de comunicação de risco.</p> <p>Objetivo 4: implementar ações de saúde ambiental para a promoção e proteção à saúde por meio do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS):</p> <p>Implantar Grupo de Trabalho com representação de todos os serviços</p> <p>Implantar roteiro para elaboração do plano em cada serviço</p> <p>Capacitar os profissionais dos serviços</p> <p>Diretriz XVI: Integrar as práticas e os processos de trabalho das Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, Saúde do Trabalhador e Ambiental cujo objetivo é a implantação de práticas na Vigilância à Saúde que viabilizem a modernização dos processos de trabalho, por meio das ações:</p> <p>Revisar os fluxos de trabalho visando a modernização dos processos de trabalho da Vigilância à Saúde e o atendimento das denúncias de maneira ágil e oportuna</p> <p>Reestruturar as áreas de atendimento ao município visando o célere atendimento às demandas</p> <p>Realizar vigilância de eventos relacionados à saúde e o mapeamento do risco sanitário e ambiental.</p>

Elaboração própria

Quadro 13 - Síntese – Análise – PMS Município de Diadema (continuação)

Diagnóstico do município
<p>Foram apresentados os problemas econômicos do município como renda per capita, índices de IDHm (PNUD 1990), PIB, vulnerabilidade social, associando-os as taxas de mortalidade infantil e materna e em geral às situações de extrema vulnerabilidade e pobreza e de dificuldade de acesso à saúde. Apresenta o coeficiente de atendimentos SUS, o perfil demográfico, natalidade, partos normais, cesáreas e de envelhecimento.</p> <p>Apresentou detalhes sobre a saúde setorialmente; exceto em relação aos índices de contaminação por poluentes, identificação de áreas de risco e desabamento por causas ambientais (chuva, enchentes, etc.).</p> <p>Quanto a cobertura de vacinação, esta necessita de foco de atenção, uma vez que relatou sobre os impedimentos para proceder a imunização da população, com índices</p> <p>A cobertura de vacinação necessita atenção, tendo relatado impedimentos para proceder imunização da população, com índices de queda da cobertura vacinal devido a dificuldades para deslocamentos de salas devido a reformas, impossibilidade de rerealizar vacinação aos sábados, falta de monitoramento de coberturas e de sistema de convocação de ausentes, dificuldade para solicitações de doses, redução de recursos humanos.</p> <p>Apontou o impacto da renda familiar sobre as condições de moradia embora à época da elaboração do PMS, 2,2% dos domicílios apresentavam inadequação de esgotamento sanitário, não havendo problemas de destinação de resíduos sólidos e fornecimento de energia. Na região, Diadema apresenta o maior déficit quantitativo de moradias.</p> <p>Propôs ações em rede sem elencá-las, para o enfrentamento de vulnerabilidades, associando-as às questões de raça, etnia, orientação sexual, território e investigação de possíveis exposições ambientais e riscos ocupacionais na anamnese da criança, do adolescentes, do homem, da população LGBT, para reduzir a morbimortalidade por violência.</p> <p>A proposta de discussão sobre riscos ambientais é restrita a grupos educativos no período gestacional, o que poderia ser abrangente para a população.</p> <p>A investigação de causas de adoecimento deveria ser abrangente para toda a população, cabendo lembrar a violência doméstica e o feminicídio que, segundo a secretaria Estadual de Segurança Pública (SSP), em abril/2019 a região do ABC tem apresentado aumento dos [índices, exceto no município de São Caetano do Sul.</p> <p>Ao final do diagnóstico concluiu que o modo de organização familiar explica o surgimento dos agravos à saúde, devido as condições gerais de vida, acesso ao saneamento básico, moradia, educação e emprego, apontando para que deve atentar para as vulnerabilidades e as ofertas dos serviços de saúde.</p> <p>Cabe destacar a necessidade de recursos para a desenvolver a formação permanente para os funcionários com vistas ao cumprimento das metas estabelecidas.</p>

Elaboração própria

Quadro 13 - Síntese – Análise – PMS Município de Diadema (continuação)

Definição das ações das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental
<p>Informou sobre a estrutura organizacional da SMS refere-se ao Coletivo de Gestão da SMS, composto por 11 Coordenadorias :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secretário Municipal de Saúde</li> <li>2. Coordenação da Gestão Estratégica (Secretaria Adjunta);</li> <li>3. Coordenação Especial de Projetos;</li> <li>4. Coordenação da Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle;</li> <li>5. Coordenação da Assistência Farmacêutica;</li> <li>6. Coordenação Jurídica;</li> <li>7. . Coordenação da Atenção Básica;</li> <li>8. Coordenação da Atenção Especializada;</li> <li>9. Coordenação da Vigilância à Saúde;</li> <li>10. Coordenação da Saúde Mental;</li> <li>11. Coordenação da Rede de Urgência e Emergência;</li> <li>12. Coordenação Hospitalar.</li> </ol> <p>Na apresentação fez menção aos coordenadores da AB, da Atenção Especializada, do Quarteirão da Saúde, Saúde Mental, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, SAMU, OS Central, DRAAC, Gestão Estratégica, Assistência Farmacêutica, Vigilância à Saúde (Epidemiologia e Controle de Doenças, Vigilância Sanitária, Centro de Controle de Zoonoses e CEREST.</p>
<p>Necessário nomeá-los para melhor identificação. assim sendo identificou-se a necessidade de que a SMS seja apresentada de modo explicitar sua estrutura, na apresentação tanto há unidades de saúde, como setores, departamentos e responsáveis pelos mesmos.</p>
Propostas de ações intersetoriais
<p>Propõe potencializar trabalho conjunto com outras áreas do Governo Municipal, segundo definições do Plano de Governo e posteriormente cita a PNaPS em relação à alimentação saudável; corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; e redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito</p>
<p>Embora pontue como diretriz do SUS no município, no início da apresentação, somente na pag. 74 propõe ações para a promoção da alimentação saudável por meio de áreas técnicas da própria SMS e implantação de ações intersetoriais com as secretarias municipais de educação, Segurança Alimentar, Assistência Social e Cidadania. O que requer atenção e observação aos ODS.</p>

Quadro 14 - Síntese de análise – PMS município de Mauá

Conferência municipal
Conferência municipal de saúde: Não há informações
É preciso informar como ocorreu a participação da sociedade civil no processo de construção do plano, informando se houve plenárias, conferências e quais as propostas foram incorporadas ao PMS.
Conselho municipal de saúde
Informou relação de 25 componentes do CMS apontando inclusive os segmentos formativos/de representatividade: entidades, gestor, sindicato, trabalhador e usuário, com mandato de 2016 a 2018.
Embora informe a composição do Conselho, não houve menção sobre sua instituição de modo legal, por meio de lei municipal.
Diagnóstico do município
<p>Apresentou análise situacional explanando sobre os avanços do município, comparando os dados municipais aos do estado e no país (índices de envelhecimento, escolaridade, taxas de natalidade, mortalidade infantil e materna, densidade demográfica), citou inclusive dados da população indígena existente no município.</p> <p>Citou as doenças cuja incidência são mais preocupantes e impactantes de modo negativo para os índices de mortalidade, sendo as referentes ao aparelho respiratório, neoplasias, devido a acidentes e situações de violências, doenças do aparelho digestivo, endócrinas e nutricionais, infecciosas e parasitárias, do aparelho geniturinário, do sistema osteomuscular, de pele e tecido conjuntivo,, do sangue e órgãos hematológicos, da gravidez e puerpério, do ouvido, do olho e anexos, classificadas ainda por CID no período de 2012 a 2015.</p> <p>Cita a presença de população indígena em seu território. Não informou se o PSF atende tais comunidades, ou mesmo quantas são. Identificou-se necessidade de maiores dados sobre os aspectos territoriais que caracterizam o município, considerando sua topografia, sua significância na região, no estado e no país por conter o polo petroquímico no seu território, em área urbana.</p>
<p>Não fez referências às condições de saneamento básico e de moradia., embora cite o IPVS com situação de vulnerabilidade muito alta. Notou-se preocupação de estabelecer paralelo entre as doenças e as raças, o que representa um avanço nos estudos em saúde, considerando que tais informações poderão embasar futuros ações de prevenção e tratamento para a população.</p> <p>Apesar de detalhada em relação às doenças prevalentes, suas causas e classificação, associando-as às condições de pobreza e vulnerabilidade, não apresentou como se apresentam as condições de saneamento básico no município, sua divisão administrativa, identificação de focos de exclusão e vulnerabilidade, questões ambientais.</p> <p>Análise situacional se referiu aos problemas de saúde propriamente ditos e a questões sociais como preconceito racial, violência contra a mulher, latrocínios, detalhamento das principais doenças e óbitos, vulnerabilidade social mas com insuficiência de dados para o seu enfrentamento, referindo-se às causas externas de morbidade e mortalidade.</p> <p>Referiu-se às desigualdades socioeconômicas associando-as às mortes causadas por câncer, devido a dificuldade de acesso aos serviços.</p> <p>Em relação a mortalidade neonatal, infantil e materna (ODS 3 – Meta ) colocou que apresentou avanços e queda nesses índices.</p> <p>Apesar de ter apresentado dados sobre a população indígena, não houve maiores informações sobre seus problemas, exceto de que são contabilizados no levantamento da taxa de percentuais de trabalho infantil, e respectivas propostas, ou mesmo localização das aldeias no município, o que fez com que a informação se tornasse mera curiosidade.</p>

Elaboração própria

Quadro 14 - Síntese de análise – PMS município de Mauá (continuação)

Definição das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental
<p>A apresentação do PMS foi estruturada em eixos, objetivos, ação estratégica e meta. Os eixos norteadores são: Ampliação e qualificação da Atenção Básica; Atenção Especializada; Qualificação de Atenção Hospitalar; Reorganização e qualificação da Atenção em Urgência e Emergência; Qualificação e Fortalecimento dos Processos de Gestão e Garantia do Acesso; Qualificar a gestão do cuidado em rede e territorializada; Qualificação da Proteção à Saúde e Vigilâncias. Neste eixo estabelece objetivos para o fortalecimento do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil (ODS 3), do matriciamento das unidades de saúde.</p> <p>A estrutura organizacional da SMS não foi apresentada de modo estruturado (informação direta ou organograma), mas sim elencadas as Coordenadorias de: Atenção Básica, atenção Especializada, de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência. Citou também Atenção Hospitalar, Proteção à Saúde e Vigilâncias e Apoio a Gestão</p>
<p>Não foram apresentados indicadores para mensuração de resultados, sendo as próprias metas apresentadas como tal, algumas com percentuais de alcance.</p> <p>Os eixos abrangem questões específicas de saúde no que se refere principalmente ao acesso aos serviços de saúde, elaboração e revisão de protocolos, formação e capacitação de profissionais, qualificação das ofertas de serviços, As ações propostas de compartilhamento necessitam de maior detalhamento, apresentando-se vagas, principalmente quando informa compartilhar responsabilidades.</p> <p>Este eixo tem sua importância pautada na busca de meios de controle e monitoramento dos objetivos e ações propostas, incluindo ações intersetoriais.</p> <p>Ao apenas citar Proteção à Saúde e Vigilâncias não se pode identificar qual seu status na estrutura da SMS, sendo as Vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde ambiental classificadas como equipamentos de saúde, o mesmo ocorrendo com o controle de zoonoses.</p>
Propostas de ações intersetoriais
<p>No eixo ampliação e qualificação da Atenção Básica – Diretriz: Consolidar a rede de AB para que cuide dos cidadãos de forma qualificada, integral, humanizada promovendo a articulação intersetorial e o cuidado em rede com resolutividade e acessibilidade propõe a formação de profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares e efetivar o Programa Saúde na Escola (PSE) em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.</p>
<p>Faz-se necessário explicitar a qual articulação intersetorial se refere a proposta de ampliação e qualificação da AB, e quais práticas integrativas serão realizadas.</p> <p>O município poderia utilizar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para formação de parcerias e trabalho intersetorial</p> <p>Mencionou as propostas abaixo, para as quais caberia continuidade de discussão e inserção para o próximo PMS: Implantação do Código Sanitário; Integração das ações da Vigilância Ambiental à rede de atenção à saúde; Monitoramento anual do Plano de Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos equipamentos municipais de modo a que 100% estejam monitorados.</p>

Elaboração própria

### Quadro 15 - Síntese - Análise PMS município de Embu das Artes

Conferências
<p>Informou as propostas aprovadas e demandadas pela XI conferência municipal, garantia de recursos para ampliação de programas (Mais Médicos), revisão do plano de carreiras, ampliação de leitos, ampliar frota de veículos, aquisição e reposição de materiais terapêuticos para as unidades de saúde, implantar e aumentar equipes (Programa Saúde da Família), discriminar verbas do fundo de saúde nas prestações de contas. Ademais: criar fóruns permanentes de discussão sobre a saúde do trabalhador, ampliar ações do conselho gestor, realizar projetos de educação, garantir a fiscalização dos recursos estaduais e federais transferidos ao município e de condições para maior integração entre as redes (RAPS, RUE, RAS, Rede Cegonha),</p>
<p>As propostas poderiam ter sido apresentadas na inicial do PMS e estão em sua maioria relacionadas a garantia de recursos para ampliação de programas, não há menção sobre ações de saúde ambiental.</p>
Conselho municipal de saúde
<p>Informa a criação do CMS por meio de legislação municipal própria, descrevendo sua composição de 24 membros sendo: 12 conselheiros do segmento usuários, 6 conselheiros do segmento trabalhador, 6 conselheiros do segmento Gestor/Prestador de serviços, todos com suplentes. Eleições bienais</p>
<p>No texto do PMS houve referência de que a participação dos conselheiros de saúde foi relevante nas conferências municipais, estaduais e nacionais. Assim sendo, a propositura de eleições bienais poderia ser ampliada para o período de vigência do PMS, corroborando para o cumprimento de suas funções estabelecidas pela Lei Municipal nº 2.435 de 2009./, principalmente de monitoramento e avaliação do PMS.</p>
Diagnóstico do município
<p>Apresentou informações considerando série histórica de períodos censitários de 1991 a 2017 (IBGE/DATASUS/CNES/SEADE), referindo-se aos índices de envelhecimento, população residente por sexo e faixa etária, taxas de natalidade, mortalidade infantil e materna, óbitos por CID, morbidade hospitalar.</p> <p>O município conta com fornecimento de água e coleta de esgotos sob responsabilidade da Companhia de Saneamento básico do Estado de São Paulo (SABESP) para 98,6% dos domicílios, 05% utilizam de abastecimento próprio, tratando-se de áreas urbanas com características rurais, respeitando-se a legislação referente a proteção de mananciais.</p> <p>Quanto a proposta de referenciar a execução para acompanhamento, monitoramento, avaliação e gestão do sistema de saúde, esta ação poderia ser realizada por meio em acompanhamento de metas sobre as quais se aplica mensuração por meio de métricas como percentuais de alcance do planejamento realizado.</p> <p>Para a informação de que não há tratamento do efluente coletado e lançado em corpos d'água, provocando o uso de fossa séptica pela população e ainda que a altura de lençol impossibilita soluções individuais de despejo e os efluentes, lançados em vias públicas, comprometendo as áreas de proteção aos mananciais, caberia melhor estudo sobre as características das populações locais, verificação das condições de vulnerabilidade sócio-econômica para a tomada de medidas cabíveis em saneamento e de apoio por meio de parceria com outras secretarias, como a de assistência social, o que poderia efetivar a Diretriz nº 1, quanto aos estabelecimento de ações intersetoriais de promoção à saúde junto à população; melhorando a integração dos setores para promover a saúde de forma mais ampla.</p>

Elaboração própria



**Quadro 15 - Síntese - Análise PMS município de Embu das Artes**

Conferências
Diagnóstico do município
<p>Apresentou informações considerando série histórica de períodos censitários de 1991 a 2017</p> <p>O mapeamento da localização das unidades de saúde existentes apresentado poderia contemplar informações sobre a caracterização da comunidades as quais atende e dados sobre as condições ambientais das mesmas.</p> <p>As informações não foram correlacionadas aos problemas ambientais do município, havendo correlação com os ODS's.</p> <p>Foi colocado também sobre a integração ao planejamento no âmbito regional, estadual e federal, não havendo referência a este no decorrer do PMS.</p>
<p>O mapeamento da localização das unidades de saúde existentes apresentado poderia contemplar informações sobre a caracterização das comunidades as quais atende e dados sobre as condições ambientais das mesmas.</p>
Definição das ações para as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental
<p>Na inicial do PMS (pags. 4 e 5) apresenta os objetivos gerais referentes à definição da política de saúde do município com base nas necessidades da população, considerando suas características territoriais, as quais não são citadas em detalhamento, ao que o diagnóstico ou caracterização que foram apresentados poderia abarcar maiores informações sobre as questões ambientais, havendo diversas fontes como o Mapa Geológico de Embu das Artes com áreas de risco – EMPLASA (2009).</p> <p>Descreveu as ações pertinentes às vigilâncias.</p> <p>O mapeamento da localização das unidades de saúde existentes apresentado poderia contemplar informações sobre a caracterização das comunidades as quais atende e dados sobre as condições ambientais das mesmas.</p> <p>No tópico Vigilância em Saúde estabeleceu entre os objetivos estabelecidos ações referentes a vigilância em saúde, sendo:</p> <p>Reforçar as ações estratégicas para prevenção de doenças e proteção da saúde nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental, Controle de Vetores e Zoonoses;</p> <p>Descreveu sobre os objetivos das funções das áreas de vigilância em saúde, à saber:</p> <p>Em relação a Rede de Esgoto, 88,8% da população com rede coletora, sendo 55% do coletado enviado para a Estação de Tratamento de Esgotos (ETE) em Barueri.</p> <p>As justificativas são necessidades de ações, as quais poderiam ser transformadas em metas qualificadas e quantificadas, ao que exemplificamos na Diretriz 3: redução dos riscos e agravos da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, um dos objetivos é consolidar e qualificar as ações de vigilância à saúde do trabalhador e vigilância ambiental, ao que propõe fortalecer a vigilância em saúde ambiental com justificativa de garantir a qualidade da água consumida, utilizando os indicadores de análises das amostras de água.</p>
Propostas de ações intersetoriais
Nos objetivos específicos propõe fortalecer o controle e participação social
É preciso especificar as ações.
Estrutura Organizacional da SMS - Não apresentou.

Elaboração própria

Quadro 16 – Síntese - Análise - PMS – município de Franco da Rocha

Conferência Municipal de Saúde
<p>Informou que realizou a VIII conferência municipal com aproximadamente 120 participantes que avaliaram e propuseram diretrizes na formulação do novo PMS, já com a informação de que a próxima ocorreria em 2019. Realizou também conferências locais de saúde (bianual), com vistas a junção de propostas para a conferência municipal de saúde</p>
<p>Apesar das informações sobre as conferências locais em subsídio às conferências municipais, não foram apresentadas quais propostas foram aprovadas e inseridas no PMS para análise ou comparação.</p>
Conselho municipal de saúde
<p>Composição do Conselho e a sua representatividade por meio dos segmentos de usuários, trabalhadores em saúde e dos gestores e trabalhadores, totalizando 24 participantes:</p> <p>Secretaria Executiva Do Conselho Municipal de Saúde A Secretaria Executiva funciona como suporte técnico-administrativo do CMS, subordinada a Diretoria de Planejamento tem como atribuição das apoio administrativo aos conselhos com vista a organizar os processos de trabalho afeto aos mesmos, bem como fomentar a participação da população no planejamento e implantação das política de saúde, conforme preconiza a Lei 8.142/92 e tem outras atribuições:</p> <p>Executar os atos de gestão administrativa, necessários ao desempenho das atividades do Conselho Municipal de Saúde; Secretariar as reuniões e promovendo medidas destinadas ao cumprimento de suas decisões; Providenciar as publicações das resoluções do CMS e responsabilizando-se pelo expediente de rotina</p>
<p>Poderia informar sobre a instituição do conselho por meio de lei municipal e sobre sua participação no processo de elaboração do PMS e detalhamento para execução das seguintes propostas que foram apresentadas, sendo:</p> <p>Elaborar um plano de formação e ou encontros com os conselheiros; fomentar a realização de encontros entre Conselhos de outros municípios; Incentivar encontros de conselheiros locais com conselheiros municipais.</p> <p>Implantação de agenda anual pactuada entre membros dos conselhos</p>
Diagnóstico do município
<p>Apresenta informações sobre a população com base no Censo 2010, havendo população indígena que representa 0,1% da população total, descrevendo a pirâmide etária por sexo, idade, taxas de alfabetização e analfabetismo, perfil epidemiológico, índices de mortalidade.</p> <p>Apresentou o perfil epidemiológico informando sobre nascimentos e mortalidade infantil, morbidades e registros do Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN), ao que destaca a alta incidência de casos de tuberculose, segundo também série histórica levantada (2010 a 2017), estabelecendo meta de erradicação da doença até 2035.</p> <p>Apesar de intitulado Panorama sócio demográfico, não há informações sobre saneamento básico, restringindo-se as informações às taxas de crescimento populacional, rendimento domiciliar per capita, referindo-se a tratar-se de população em situação de vulnerabilidade.</p> <p>É preciso considerar a importância de informações sobre saneamento básico e condições de moradia para a identificação de demandas em saúde da população. Não estabelece correlação entre os índices de adoecimento e questões ambientais. Não mencionou ações sobre vigilância em saúde ambiental ou correlação entre os demais processos de adoecimento com saúde ambiental.</p>

Elaboração própria

Quadro 16 - Síntese - análise - PMS – município de Franco da Rocha (continuação)

Definição das ações das Vigilâncias
<p>Apresenta a estrutura dos serviços da SMS descrevendo as ações, tratando-se das Diretorias de: Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, de Gestão em Saúde, de Planejamento em Saúde, e de Vigilância em Saúde, contemplando os núcleos de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Zoonoses e Vetores, e o Centro de Referência em saúde do Trabalhador (CEREST).</p> <p>Nas páginas 34, 35 e 36 apresentou a Diretoria de Vigilância em Saúde que contempla as por meio de núcleos, as vigilâncias epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, zoonoses e vetores. Elencou diretorias, núcleos de gestão e unidades de saúde existentes, tratando-se da descrição da estrutura dos serviços existentes e não da SMS propriamente dita.</p>
<p>Apenas descreve aspectos funcionais de cada núcleo e em planilha (pag. 60) na diretriz Fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde, proposta de ações para ampliar e qualificar as ações da Zoonoses.</p> <p>A apresentação de organograma seria adequada para que se possa incorporar a estrutura dos serviços que foi informada.</p>
Propostas de ações intersetoriais
<p>A articulação intersetorial entre as políticas sociais compõe a sustentação da saúde como condição de direito, assumida claramente neste PMS. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) atende a região.</p>
<p>O CEREST é sediado em Franco da Rocha mas atende a trabalhadores dos demais municípios que compõe a região: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Mairiporã, havendo equipe multiprofissional e em suas atividades atua de modo integrado com a VISA Estadual, promove capacitação da rede escolar e orientação para empresas.</p>
Conferência municipal
<p>Informa que foi elaborado Relatório da 7ª Conferência Municipal. Não explicita as propostas aprovadas na conferência municipal e aprovadas pelo CMS</p>
Conselho municipal
<p>Informou que o PMS foi enviado para o CMS para apreciação, discussão, contribuições e posterior aprovação.</p>
<p>Poderia informar sobre a legislação local/municipal que institui o conselho, bem como sobre o perfil e quantidade de membros que o compõe. Não foi possível avaliar como de fato ocorreu a participação da sociedade civil no processo de elaboração do PMS, não havendo informações suficientes.</p> <p>Informa ao final ações relacionadas a participação popular, não sendo possível identificar se trata-se do Relatório Final da conferência municipal, sendo assim elencadas: formação de uma comissão, organizada pelo COMUS para trabalhar a "ambiência", isto é, a aceitação dos Conselhos Gestores pelos gestores e trabalhadores da Saúde (crítica em relação a pouca abertura à interferência externa na saúde).</p> <p>Auxílio de outras secretarias, como a de Assistência Social e da Cultura, para colaborar no acesso às lideranças dos bairros, uma vez que já tem este trabalho realizado, para a composição dos Conselhos gestores.</p> <p>Capacitação dos Conselheiros gestores sobre o SUS e sobre a Saúde, para que possam oferecer contribuições valiosas, ao invés de utilizar o espaço para benefício próprio (pedidos de consultas para parentes, etc.). Estreitar laços entre os Conselhos e a Ouvidoria, para que a solução de problemas e reivindicações sejam discutidas amplamente, com o intuito de atender as necessidades da população.</p> <p>Criação de Políticas Públicas, que contemplem temas importantes que devam ser trabalhados por todas as secretarias e conselhos (por exemplo, o Bebê passo a passo, todos envolvidos na melhora da qualidade de vida das gestantes e bebês).</p> <p>Quanto ao planejamento participativo do Plano Municipal de Saúde, propõe prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho municipal de saúde.</p>

Elaboração própria

Quadro 17 - Síntese de análise -PMS município de Santana de Parnaíba

Diagnóstico do município
<p>Apresentou informações considerando as condições de saúde como indicadores, classificando-os por tipo, tratando-se da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das principais doenças (do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); bem como óbitos de mulheres em idade fértil, proporção de vacinas, doenças notificadas, malária, sífilis congênita, AIDS em menores de 5 anos, proporção de análises em amostras de água, exames de mamografia e rastreamento, partos normais, na adolescência, número de óbitos maternos, cobertura de atendimento na AB, de condicionalidades do BF, de saúde bucal, matrículas no CAPS e imóveis visitados.</p> <p>O mesmo se aplicou ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS e no aprimoramento das redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p>
<p>Apresentou quadro comparativo com metas progressivas de 2018 a 2021 em função dos indicadores de saúde.. Os indicadores estão bem definidos.</p> <p>Apresentou propostas globais para a ampliação da oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas, não apontando eram as necessidades.</p>
<p>Não apresentou informações ou dados sobre:  Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)  Vigilância em Saúde  Saneamento Básico e Condições de Moradia</p>