

**PROPOSTA DE CRIAR UMA CÂMARA METROPOLITANA NA BAIXADA  
SANTISTA PARA TRATAR DAS QUESTÕES QUE ENVOLVEM DEMANDAS NA  
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como parte dos requisitos para obtenção do  
grau de Especialista em Gestão Pública com  
ênfase em governo Local. Área de concentração  
Gestão Metropolitana

Aluno: Michele Darque Pinheiro

Orientador: Prof. Dr. João Mendes da Rocha  
Neto

Brasília – DF

Outubro/2018

# **PROPOSTA DE CRIAR UMA CÂMARA METROPOLITANA NA BAIXADA SANTISTA PARA TRATAR DAS QUESTÕES QUE ENVOLVEM DEMANDAS NA SAÚDE**

Autor: Michele Darque Pinheiro

Instituição do autor: Prefeitura Municipal de Santos, Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete

## Palavras chave

Arranjos de cooperação; Políticas públicas; Ativismo judicial

## Resumo analítico em português

A temática a ser abordada vem de encontro a realidade vivenciada no município de Santos. Este por ser município polo, concentra os hospitais de baixa e média complexidade da região metropolitana da Baixada Santista, além de serviços referenciados mantidos pelo município e pelo estado. A estrutura de atendimento conta com uma UPA – Unidade de Pronto Atendimento inaugurada em janeiro de 2016 e o Complexo Hospitalar dos Estivadores inaugurado em janeiro de 2017 onde há grande número de pacientes advindos de municípios vizinhos. Estes buscam no município de Santos, o que os municípios dos mesmos não fornecem e/ou o mesmo é deficitário.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, baseada em levantamento de dados.

## SUMÁRIO

1.	Diagnóstico .....	4
1.1.	Definição do problema .....	4
1.2.	Contexto/justificativa do problema .....	5
1.3.	Metodologia de coleta de dados.....	10
1.4.	Localização do Plano de Intervenção .....	11
1.5.	Publico Alvo .....	112
1.6.	Valor previsto.....	13
1.7.	Duração.....	13
1.8.	Instituição/unidade funcional gestora e idealizadora .....	13
2.	Objetivos.....	15
2.1	Objetivo geral.....	15
	Propor a criação de uma Câmara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde. à reduzir a incidência de judicialização de demandas de Saúde.....	15
2.2.	Objetivos Específicos .....	15
	Realizar diagnóstico das demandas da saúde .....	15
	Papel dos entes.....	15
3.	MARCO TÉCNICO E TEÓRICO.....	16
3.1	Sistema Único de Saúde.....	16
3.2	Políticas publicas.....	17
3.3	Região Metropolitana.....	18
3.4	Plano Metropolitan de Desenvolvimento Estratégico da Baixada Santista - PMDE-BS.....	200
3.5	Dificuldades de financiamento .....	21
3.6	Arranjo Metropolitan. ....	232
3.7	Judicialização.....	24
3.8	Cooperação federativa.....	25
4.	Escopo .....	26
4.1.	Estrutura Analítica .....	26
4.2.	Não escopo.....	26
4.3.	Levantamento de restrições .....	27
4.3.1.	O projeto só poderá ser iniciado após os gestores e órgãos envolvidos consentirem e autorizarem a sua realização, visando garantir, assim, as condições básicas para a sua criação. 27	

4.3.2. Profissionais dos quadros deverão ser disponibilizados para compor a equipe de trabalho para o desenvolvimento do mesmo. ....	27
4.3.3. A não aceitação do projeto e/ou a não disponibilização de profissionais, poderão impactar na sua consecução.....	27
4.4. Premissas .....	27
4.5. Riscos .....	27
4.6. Estrutura de gestão e principais atores envolvidos .....	278
4.7. Quadro de Trabalho/equipe .....	288
5. Cronograma .....	311
6. Considerações finais.....	322
7. Referências bibliográficas .....	34
8. Anexo I - Roteiro de entrevista.....	36

# 1. DIAGNÓSTICO

## 1.1. Definição do problema

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)<sup>1</sup> situada no estado de São Paulo conta com aproximadamente 1,8 milhão de habitantes, composta por nove municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente. De acordo com dados da Agencia Metropolitana da Baixada Santista – AGEM, a região abrange 2.419.930 km<sup>2</sup> com população predominantemente urbana (99,79%, segundo dados de 2010). Esta extensão territorial é linear com divisões entre os municípios que são feitas de pequenas serras, mar, rios que dificultam a locomoção entre eles exigindo tempo prolongado para percorrer toda sua área.

A RMBS apresenta problemas comuns às regiões metropolitanas e aos aglomerados urbanos, como os relacionados com a questão ambiental, carência de infraestrutura, saneamento ambiental, transporte e habitação.

No que se refere aos indicadores sociais e de saúde, a RMBS apresenta resultados insatisfatórios, em especial quanto aos indicadores de mortalidade materna e infantil conforme apresentado a seguir:



Fonte: DATASUS  
a partir 2011 SE/SISP/CCO-SINASC/SIM 09/03/2016

<sup>1</sup> Criada mediante Lei Complementar Estadual nº 815, em 30 de julho de 1996, tornando-se a primeira região metropolitana brasileira sem status de capital estadual e integra o Complexo Metropolitano Expandido, uma megalópole que compreende 12% da população brasileira, ou cerca de 30 milhões de habitantes.

### Coeficiente de Mortalidade Infantil Evolução Temporal: 2010 a 2016 (dados preliminares) Brasil- Estado de São Paulo - RMBS



Fonte: SIM SINASC 9/03/2017

Datasus 29/11/2016

#### 1.2. Contexto/justificativa do problema

Nos anos de 2016 e 2017 percebe-se que o impacto dos atendimentos de usuários residentes em outros municípios da Baixada Santista na rede de Saúde de Santos tem ocasionado reflexos no orçamento da área de Saúde no município.

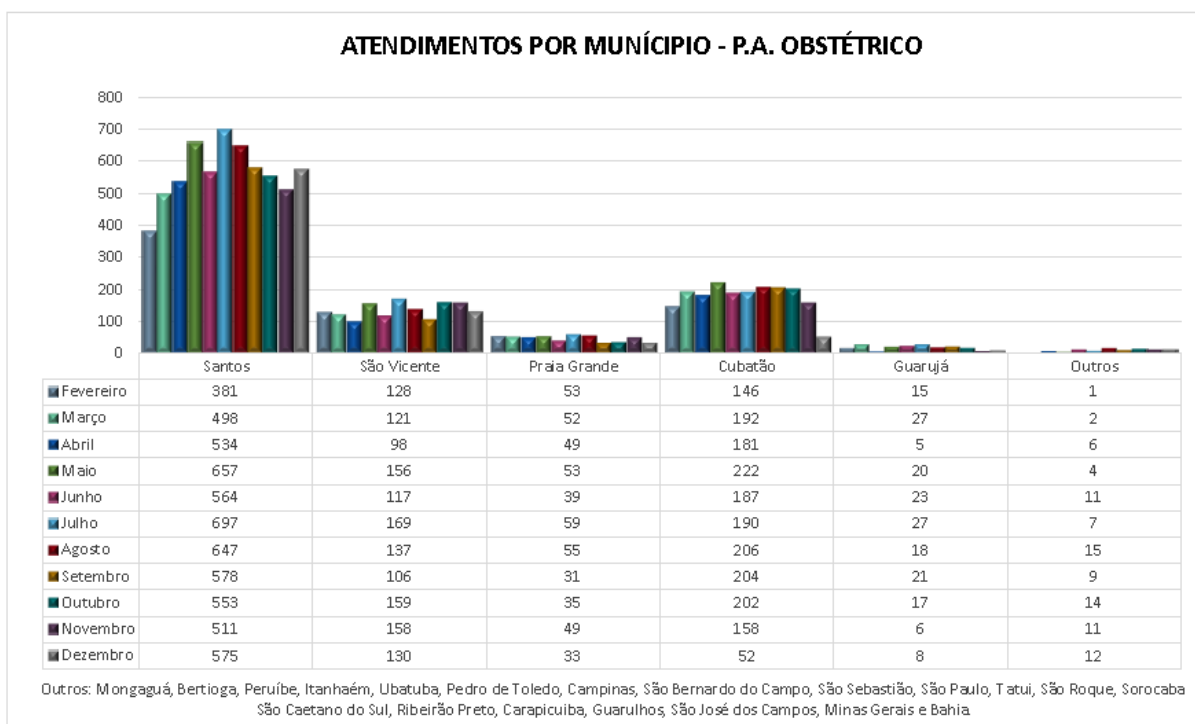
O orçamento previsto no PPA – Plano Plurianual e da LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2016, serve como exemplo e é composto pelas seguintes fontes/recursos: municipal, municipal de exercício anterior/ superávit, estadual, estadual de exercício anterior/superávit, federal, federal de exercício anterior/superávit.



Os atendimentos à municipais de outras cidades têm ultrapassado a quantidade estimada de atendimentos, tendo como exemplo a Unidade de Pronto Atendimento – UPA Central (anos de 2016 e 2017 – sendo 2016 sua implantação) e Complexo Hospitalar dos Estivadores – CHE (sendo 2017 sua implantação).

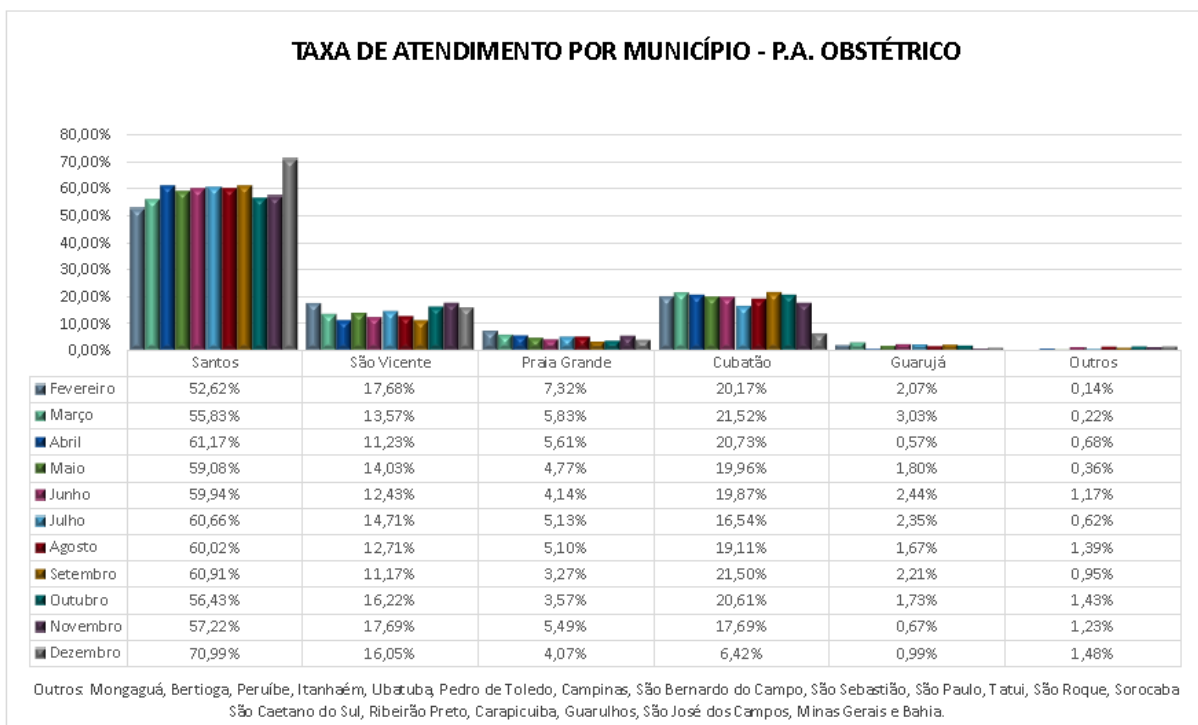
Soma-se a estes atendimentos pessoas oriundas dos outros municípios da Baixada Santista, sendo a UPA e o CHE serviços municipais. Sabendo-se que o SUS é universal, vimos lembrar que este se dá mediante políticas públicas assegurando assim atendimento integral e equânime

Os gráficos a seguir demonstram a procura por atendimentos obstétricos oriundos de outros municípios no Hospital dos Estivadores para o ano de 2017 em números absolutos e proporcionalmente, o que denota a intensa demanda vinda de outras cidades. Da mesma forma, os quadros da sequência revelam a procura pela UPA Central pelos municípios de outras localidades da RMBS.



Fonte: ISHAOC – Complexo Hospitalar dos Estivadores



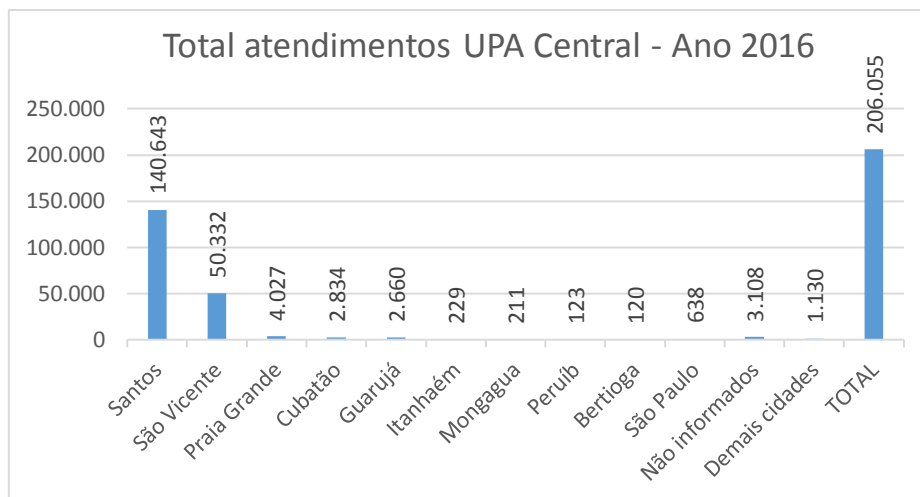


Fonte: ISHAOC – Complexo Hospitalar dos Estivadores

### Quantidade e taxas de atendimentos por município – UPA Central – Ano 2016

Cidade	Total atendimentos	% atendimentos
Santos	140.643	68,26%
São Vicente	50.332	24,43%
Praia Grande	4.027	1,95%
Cubatão	2.834	1,38%
Guarujá	2.660	1,29%
Itanhaém	229	0,11%
Mongagua	211	0,10%
Peruíbe	123	0,06%
Bertioga	120	0,06%
São Paulo	638	0,31%
Não informados	3.108	1,51%
Demais cidades	1.130	0,54%
<b>TOTAL</b>	<b>206.055</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Integra Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santos

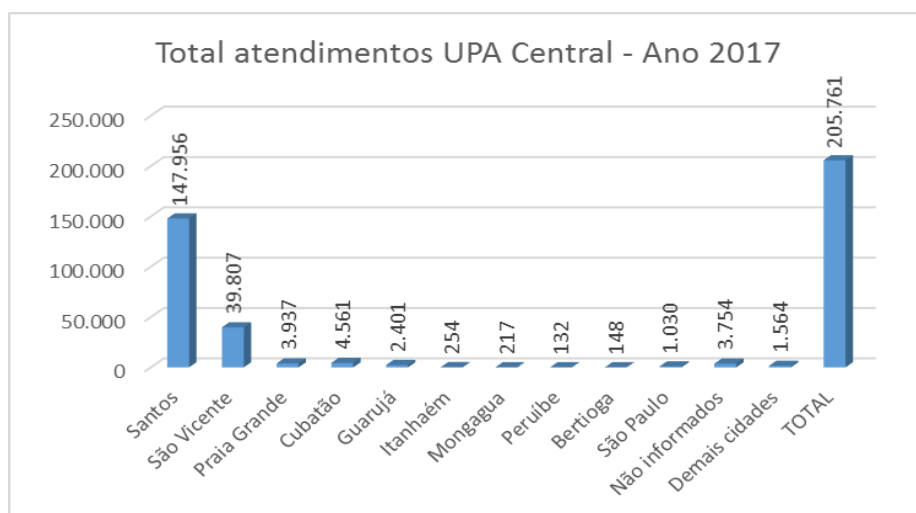


Fonte: Integra Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santos

**Quantidade e taxa de atendimentos por município – UPA Central – Ano 2017**

<b>Cidade</b>	<b>Total atendimentos</b>	<b>% atendimentos</b>
Santos	147.956	71,91%
São Vicente	39.807	19,35%
Praia Grande	3.937	1,91%
Cubatão	4.561	1,82%
Guarujá	2.401	2,22%
Itanhaém	254	1,17%
Mongagua	217	0,50%
Peruíbe	132	0,12%
Bertioga	148	0,11%
São Paulo	1.030	0,06%
Não informados	3.754	0,07%
Demais cidades	1.564	0,76%
<b>TOTAL</b>	<b>205.761</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Integra Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santos



Fonte: Integra Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Tal situação pode ser justificada pela existência de uma rede mais capilarizada no território, com diversidade de especializações e melhor estruturada para o atendimento de enfermidades diversas.

### **1.3. Metodologia de coleta de dados**

Neste trabalho, propomos uma análise das demandas por saúde dos municípios que integram a RMBS em relação ao núcleo da área metropolitana, a cidade de Santos e como isso se reflete na operacionalização das políticas de saúde local, incluindo-se aí as finanças e a gestão de pessoas, com vistas a aprimorar a gestão integrada e em rede.

A metodologia deste trabalho estará centrada nas técnicas de pesquisa descritiva e qualitativa, onde serão utilizados os seguintes procedimentos:

- Levantamento bibliográfico sobre as seguintes categorias analíticas: políticas públicas, cooperação federativa, arranjo metropolitano, judicialização, bem como questões relativas ao SUS e a dificuldade de gestão de serviços de interesse comum em RM's;

- Para o presente trabalho serão utilizadas as bases de dados dos serviços Unidade de Pronto Atendimento Central – UPA Central e do Complexo Hospitalar dos Estivadores – CHE, bem como a base de dados informatizada da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, de maneira a subsidiar a análise das questões surgidas, bem como de possíveis sugestões/proposições para solução. Neste caso os dados disponibilizados através do Integra Saúde, sistema que contém prontuários, dados (informatização) se dá através de contrato entre a Prefeitura de Santos e a Empresa MV desde 2016 após licitação.

- Análise documental: Planos Municipais de Saúde, dentre outros relatórios/estudos julgados relevantes ao entendimento do problema e sua solução;

- Entrevistas semiestruturadas com o público-alvo do Plano de Intervenção (anexo I).

Concomitantemente com a análise teórica e conceitual das categorias de análise e da leitura exploratória dos documentos/planos acima mencionados, serão realizadas análises, a partir da aplicação de questionários semiestruturados, junto ao público alvo, que terá mostras definidas posteriormente. O objetivo é compreender como os atores identificam este processo e quais suas percepções sobre o fenômeno da excessiva demanda em relação as unidades de saúde do município de Santos, bem como se existe trabalho articulado, integrado e intersetorial.

Dessa forma, a partir do conjunto de evidências buscar-se-á demonstrar a atual situação da região comprovando assim a propositura do objeto deste plano de intervenção.

#### 1.4. Localização do Plano de Intervenção

O Plano ocorrerá no município de Santos, que possui uma estrutura de saúde ampla, contando com mais de 80 unidades em sua rede própria, além de serviços conveniados ao SUS municipal, prestando serviços em todos os níveis de complexidade. Além dos estabelecimentos serão integrados no Plano a Ouvidoria do SUS (Nível I), o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde nas unidades.

Santos é considerado o município polo de assistência do SUS da RMBS, abrigando as maiores e mais complexas estruturas hospitalares de internação da região, executando nos últimos 16 anos 38,23% de internações de pacientes residentes em outras cidades da região<sup>2</sup>. O Município de Santos atua como sede de retaguarda de saúde com oferta de serviços em baixa e média complexidade, prestados por hospitais conveniados como a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, Hospital Beneficência Portuguesa e o Hospital Guilherme Álvaro, este sob gestão direta do Estado de São Paulo. Há ainda uma rede de serviços com mais de 100 estabelecimentos dentre os quais: Unidades Básicas de Saúde, ambulatório de especialidades, centros especializados em odontologia, saúde auditiva, recuperação e fisioterapia, Instituto da Mulher e Gestante<sup>3</sup>. Os dados apresentados por esse Projeto de Intervenção são aqueles relacionados à UPA Central e Complexo Hospitalar dos Estivadores. Em Santos, a Unidade de Pronto Atendimento, denominada UPA Central foi inaugurada em 15 de janeiro de 2016, substituindo o Pronto Socorro Central, tendo a capacidade de atendimentos inicial de 450 pacientes/dia, sendo gerido pela Organização Social Fundação ABC.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA ou UPA 24h), é o novo programa que substituiu o conhecido Pronto Socorro<sup>4</sup>. De acordo com o Portal do Ministério da Saúde a implantação

---

<sup>2</sup> Segundo dados extraídos do TABWIN, em 2015

<sup>3</sup> Para ofertar uma atenção em saúde mais específica e adequada à saúde, esta é descentralizada para melhor triar os casos e desafogar centros especializados de alta complexidade de casos de menor urgência ou de fácil resolução. Sendo seus serviços ofertados em níveis: primário, secundário, terciário e, com alguns hospitais se enquadrando como nível quaternário.

Primário: as Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Nesse nível de atenção são marcados exames e consultas além da realização de procedimentos básicos como troca de curativos. Secundário: Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como Hospitais Escolas. Nesses são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças.

Terciários: Hospitais de Grande Porte, sejam mantidos pelo estado seja pela rede privada, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como são realizadas condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida.

Quaternários: Hospitais dos níveis anteriores onde pode funcionar serviços de transplante de tecidos, como Pulmão, Coração, Fígado, Rins, dentre outros.

<sup>4</sup> Este novo modelo é uma espécie de posto de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde e são responsáveis por concentrar os atendimentos de saúde de média complexidade, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar.

deste Programa é uma das do Governo Federal para reorganizar, qualificar e fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no país. Instituído em 2008 criando incentivo financeiro para melhorar a infraestrutura dos estabelecimentos de saúde que ofertam este tipo de serviço, em que os resultados esperados são: prover condições adequadas para o funcionamento das unidades, melhorando a qualidade da atenção prestada e a ampliação do acesso.

O Complexo Hospitalar dos Estivadores, conhecido como CHE ou apenas Hospital dos Estivadores foi inaugurado em 22 de dezembro de 2016 e teve o início de suas atividades em fevereiro de 2017. É uma instituição pública, parte do Sistema Único de Saúde e gerida pela organização social, Instituto Social Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

O serviço inicial, primeira fase da implantação, foi a Maternidade com 18 leitos de alojamento conjunto, 10 leitos de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais, três suítes PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e uma sala de centro obstétrico além de atendimento emergencial obstétrico, sendo leitos clínicos e demais serviços abertos de acordo com convênios de custeio entre o Município e o Estado.

Na segunda fase, 85 novos leitos, entre clínica geral, maternidade e UTI adulto e neonatal, começarão a funcionar, concomitantemente ao início da realização de cirurgias eletivas. Esta encontra-se em andamento e na terceira e última fase, serão ativados todos os demais 50 leitos restantes. Quando estiver funcionando em sua capacidade plena, a unidade contará com 223 leitos e poderá realizar, mensalmente, 300 partos, 60 internações em UTI neonatal, 1,2 mil pronto-atendimentos obstétricos, 850 internações em leitos de internação e de terapia intensiva, 360 cirurgias eletivas de média complexidade e 720 consultas ambulatoriais. (SÃO PAULO, 2016).

### **1.5. Público-Alvo**

Contará com a participação dos municípios que compõem a RMBS:

- ✓ Prefeitos e/ou representantes;
- ✓ Secretários municipais de saúde e/ou representantes;

Esferas governamentais:

- ✓ Secretaria Estadual de Saúde / Diretoria Regional de Saúde;
- ✓ Promotoria, Ministério Público Estadual, Defensoria Pública

Demais envolvidos:

- ✓ Pesquisadores;
- ✓ Municípios que se utilizam do Sistema Único de Saúde (através de atendimentos, consultas, medicamentos, vacinas e, demais serviços em geral), sendo este o público principal de maior beneficiado da propositura deste trabalho.

### 1.6. Valor previsto

Os gastos relativos à tais dados e eventuais consultas já se encontram nas rotinas da Secretaria Municipal de Saúde, e dados disponibilizados através do Integra Saúde, sendo assim, não haverá nenhum custo relativo a disponibilização e obtenção destes.

Por conseguinte, a RMBS possui a AGEM – Agência de Desenvolvimento da Baixada Santista e o CONDESB – Conselho de Desenvolvimento da Baixada Santista, podendo ser sugerido em sua estrutura organizativa a responsabilidade pela unificação dos dados e encaminhamento de relatórios aos órgãos envolvidos e que estes sejam públicos.

### 1.7. Duração

Com base no cronograma, de março de 2019 a agosto de 2021.

Ano	2019													
	Jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev
Articulação junto aos municípios e entes	X	X	X											
Reuniões com gestores			X	X	X									
Composição do grupo técnico						X	X	X						
Identificação e planejamento das atividades									X	X				
Análise das propostas											X	X		
Publicação / divulgação das ações													X	X

### 1.8. Instituição/unidade funcional gestora e idealizadora

O referido plano de intervenção ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, cidade de atuação da autora do trabalho e idealizadora. A gestão e acompanhamento do mesmo se dará através da Câmara Metropolitana junto à AGEM / CONDESB na RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista.

### **SMS - Secretaria Municipal de Saúde:**

A Lei Complementar nº 542, de 27 de setembro de 2005 estabelece a estrutura organizacional de Santos, a composição das unidades administrativas, cargos em comissão e funções gratificadas que menciona e dá outras providências. No seu artigo 244 a lei estabelece as atribuições da Secretaria Municipal de Saúde:

I - auxiliar o Prefeito:

a) no cumprimento do programa de metas estabelecido no Plano Plurianual de governo para o setor de Saúde;

b) na formulação democrática e implantação da Política Municipal de Saúde;

II - dirigir o processo de elaboração, aprimoramento e implantação de planos, programas, projetos e legislação voltados à Saúde, priorizando a elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde;

III - participar de câmaras e projetos intersetoriais, e da consolidação da rede de colaboração governo-sociedade, com interface na Saúde;

IV - gerir o Fundo Municipal de Saúde;

V - desenvolver outras tarefas correlatas, a critério do Prefeito Municipal.

### **AGEM - Agência Metropolitana de Desenvolvimento**

A Lei Complementar Estadual nº 853, de 23 de dezembro de 1998 cria a AGEM que tem por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução das funções públicas de interesse comum na Região Metropolitana da Baixada Santista, desenvolvendo, para tanto, as atribuições referidas na respectiva lei.

### **CONDESB - Conselho de Desenvolvimento da Baixada Santista**

Quanto aos meios de controle social da organização, do planejamento e da execução de funções públicas de interesse comum, o artigo 3º institui na RMBS um Conselho de Desenvolvimento, de caráter normativo e deliberativo, composto por um representante de cada Município que a integra, e por representantes do Estado nos campos funcionais de interesse comum e os parágrafos 1º ao 5º. E o Decreto nº 41.361, de 27 de novembro de 1996 cria na região o CONDESB – Conselho de Desenvolvimento da Baixada Santista.

Composto pelos representantes do Poder Executivo dos entes federativos integrantes das unidades territoriais urbanas (cidades pertencentes a RMBS). Possui um presidente, um vice-presidente e uma secretaria executiva com funções definidas pelo regimento interno.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Propor a criação de uma Câmara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde, com a finalidade de reduzir a incidência de judicialização de demandas no setor.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Realizar diagnóstico das demandas da saúde nos municípios que integram a RMBS;
- ✓ Analisar o papel dos atores envolvidos nas demandas e seu posicionamento frente;
- ✓ Discutir com os atores envolvidos estratégias de sensibilização para implementação da Câmara e dos papéis que cada um deve desempenhar; e
- ✓ Propor a formalização para implantar a Câmara Metropolitana da Baixada Santista com vista a diminuir a judicialização das demandas.



### **3. MARCO TÉCNICO E TEÓRICO**

#### **3.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

No entanto, direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido em serviços médicos, exames e hospitais, este implica na garantia ampla à qualidade de vida associada a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que: “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Assim, o Sistema é composto pelos estabelecimentos do Governo Federal, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal, tendo como princípios a universalização, equidade e integralidade.

O SUS em Santos é formado por uma rede de serviços de diferentes níveis de complexidade tecnológica, de natureza público municipal e estadual, e privado contratado e conveniado além da estrutura municipal que conta com os departamentos e suas respectivas unidades/serviços tais como: atenção básica; atenção especializada; vigilância em saúde; regulação; atenção hospitalar e pré-hospitalar e, administrativo, financeiro e infraestrutura.

O município possui uma estrutura de saúde grande e complexa, contando com mais de 80 unidades em sua rede própria além de serviços conveniados ao SUS municipal, prestando serviços em todos os níveis de complexidade, além de Ouvidoria do SUS (Nível I), do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais na maioria das unidades.

Santos é considerado o município polo de assistência SUS da RMBS, abrigando as maiores e mais complexas estruturas hospitalares de internação da região, executando nos últimos 16 anos 38,23% de internações de pacientes residentes em outras cidades da região (BARBOZA et al, 2008).

O fato é que nem todos os municípios da RMBS dispõem de recursos próprios para

expandir suas instalações de saúde, notadamente quando se trata de unidades hospitalares que exigem elevadas somas de investimentos e também disponibilidade de quadro de pessoal para prestar serviços de média e alta complexidade. Por isso, dependem em larga escala dos serviços hospitalares de unidades públicas municipais, estaduais e filantrópicas localizadas no município de Santos.

### **3.2. POLITICAS PUBLICAS**

Rosa et al (2012, p. 37) destaca que: “as políticas públicas possuem o objetivo de direcionar a atenção para as maiores necessidades, e focar ações e serviços para tais”. Sendo assim os órgãos públicos são responsáveis pela execução de ações que promovam aos cidadãos o atendimento de tais necessidades sendo estas pactuadas e atribuídas as esferas de governo federal, estadual e municipal. A prestação dos serviços de saúde e de atendimento médico é dividida entre todas as esferas de governo: federal, estadual e municipal mesmo estando na Constituição Federal de 1988 a responsabilidade atribuída ao Estado quanto ao direito à saúde.

Tais políticas também “podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (LUCCHESI, 2002, p. 03).

A participação social é importante na gestão, atuação e fiscalização das políticas, assim como os gestores para a sua subsistência. Esta assegura a alocação adequada de recursos para atendimentos diversos às necessidades dos cidadãos (RIBEIRO; BEZERRA, 2013), alguns deles com um certo protagonismo. A cidade de Santos, por exemplo, é protagonista em assuntos relacionados à saúde como a adoção do conceito de Policlínica em suas unidades básicas de saúde e tendo a Luta Antimanicomial fatos exitosos e históricos no município.

Em relação aos atendimentos relacionados aos municípios de origem dos cidadãos, a separação de alguns destes municípios na Região Metropolitana da Baixada Santista muitas vezes se dá por uma rua, o que torna mais complexa a implementação de uma regionalização da saúde. O gestor do SUS municipal não teve, e dificilmente terá, governabilidade para coordenar a regionalização dos serviços de saúde, um processo complexo que demanda articulação e pactuação políticas entre distintos atores institucionais e sociais com interesses, por vezes, conflitantes. (SPEDO, PINTO, TANAKA 2010)

Dentro das políticas públicas e mesmo na ausência desta, esse processo pode gerar: “superposição de ações; desigualdades territoriais na provisão de serviços; e mínimos

denominadores comuns nas políticas nacionais” (ARRETCHE, 2004, p. 22). Estes efeitos, por sua vez, são derivados dos limites à coordenação nacional das políticas.

A articulação dos municípios no papel de seus gestores é de suma importância quando nos referimos à “[...] determinação social do processo saúde-doença, quer-se instaurar os processos de trabalho que respondam por ela no âmbito das raízes dos problemas de saúde, do determinante, e também, no dos resultados, da saúde propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito à saúde do cidadão”. (SILVA, GOMES 2014).

Cabe ressaltar que, atrelada às políticas públicas de saúde, mais que garantir a saúde propriamente dita, se faz necessário promover saúde. Segundo Carvalho (2013, p.10) “todas as vezes em que falamos dos objetivos da saúde pensamos em Tratar das Pessoas Doentes. Isso no público e no privado. Esquecemos que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoçam” para tal, ações envoltas a outras áreas tais como assistência social, habitacional, educação, são importantes.

A epidemiologia dentro da saúde identifica as causas das doenças e determinantes atreladas à esta, tais como: comida, meio ambiente, saneamento, lazer, acesso a bens e serviços. A divulgação destes dados se faz importante para comprovar que tais necessidades são de responsabilidade da saúde ou da falta dela sendo necessária a interferência econômica e social (CARVALHO, 2013)

### **3.3. REGIÃO METROPOLITANA**

Segundo o IBGE, a Baixada Santista possui 1.765.277 habitantes. A cidade mais populosa é Santos, com 433.153 mil habitantes e a menos populosa é Mongaguá, com 50.641 mil habitantes, conforme se verifica no quadro a seguir.

Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência de 1º de julho de 2016

Cidade	População
Santos	434.359
São Vicente	357.989
Guarujá	313.421
Praia Grande	304.705
Cubatão	127.887
Itanhaém	97.439
Peruíbe	65.907
Bertioga	57.942
Mongaguá	53.384

Fonte: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2016/estimativa\\_dou\\_2016\\_20160913.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf)

## Divisão Político-Administrativa – Região Metropolitana da Baixada Santista



Fonte: <http://www.agem.sp.gov.br/midia/Relatorio-de-Atividades-AGEM2007.pdf>

A Região Metropolitana da Baixada Santista foi criada mediante Lei Complementar Estadual nº 815, em 30 de julho de 1996, tornando-se a primeira região metropolitana brasileira sem status de capital estadual.

Estende-se sobre municípios pertencentes tanto à Mesorregião de Santos (sobrepota à Microrregião de Santos) quanto à Mesorregião do Litoral Sul Paulista (mais precisamente, à Microrregião de Itanhaém). Todos os municípios da Região Metropolitana integram o litoral de São Paulo.

A RMBS caracteriza-se pela grande diversidade de funções presentes nos municípios que a compõem. Além de contar com o parque industrial de Cubatão e o Complexo Portuário de Santos, ela desempenha outras funções em nível estadual, como as atividades industrial e de turismo, e outras de abrangência regional, como as relativas aos comércios atacadista e varejista, ao atendimento à saúde, educação, transporte e sistema financeiro. Têm presença marcante ainda na região as atividades de suporte ao comércio de exportação, originadas pela proximidade do complexo portuário.

As atividades industriais, localizadas predominantemente em Cubatão, importante polo siderúrgico em escala regional, assim como as portuárias em Santos e as ligadas ao

comércio, serviços e atividades de turismo e veraneio têm reflexos diretos na economia da região e respondem pela geração de um Produto Interno Bruto de R\$ 52,3 bilhões (Seade/2011), o que representa 3,88% do PIB do estado de São Paulo.

O turismo também tem grande participação no PIB da região, quesito que inclui todas as cidades da Região Metropolitana, tendo para vários atrativos naturais e culturais. Com a Camada pré-sal situada na Bacia de Santos o PIB da região tende a aumentar gradativamente de forma robusta.

### Indicadores Região Metropolitana Baixada Santista - RMBS

Região Metropolitana da Baixada Santista  
Dados Selecionados

Municípios	Área (km <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	População 2017 <sup>1</sup>	Densidade Demográfica 2017 (hab/km <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	TGCA 2010/2017 (%) <sup>2</sup>	PIB 2015 (mil reais) <sup>1</sup>	Distância até São Paulo (km) <sup>3</sup>
Bertioga	490,15	61.736	125,95	3,29	1.515.129	103
Cubatão	142,88	129.760	908,18	1,12	15.680.010	56
Guarujá	143,58	318.107	2.215,58	1,13	8.197.088	86
Itanhaém	601,85	100.496	166,98	1,81	1.505.196	106
Mongaguá	141,87	55.731	392,85	2,35	864.737	89
Peruíbe	324,55	67.548	207,07	1,54	1.284.889	135
Praia Grande	147,07	319.146	2.170,10	2,49	6.374.523	71
Santos	280,67	432.957	1.542,56	0,40	19.965.592	72
São Vicente	147,89	363.173	2.455,65	1,11	5.020.187	65
<b>RMBS</b>	<b>2.422,16</b>	<b>1.848.654</b>	<b>763,22</b>	<b>1,32</b>	<b>60.407.350</b>	
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>248.219,63</b>	<b>45.538.936</b>	<b>183,46</b>	<b>1,24</b>	<b>1.939.890.056</b>	

<sup>1</sup>Fonte: IBGE.

<sup>2</sup>Fonte: Emplasa.

<sup>3</sup>Fonte: DER - Departamento de Estradas de Rodagem.

Elaboração: Emplasa, GIP/CDI, 2018.

Fonte: <https://www.emplasa.sp.gov.br/RMBS>

### **3.4. PLANO METROPOLITANO DE DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DA BAIXADA SANTISTA - PMDE-BS**

De acordo com a AGEM, (SÃO PAULO, 2014) o Plano Metropolitano De Desenvolvimento Estratégico Da Baixada Santista, (PMDE-BS) configura-se como um

instrumento de planejamento regional no Estado de São Paulo e no país, e seu caráter se relaciona a aspectos destacados da Baixada Santista. O plano está organizado em 26 objetivos setoriais e 179 ações. Nesta publicação será apresentada a síntese do planejamento estratégico.

Este plano foi desenvolvido pela Agência Metropolitana da Baixada Santista em parceria com uma consultoria especializada e estabelece um planejamento integrado para a Região Metropolitana até 2030, em quatro áreas estratégicas: Habitação, Mobilidade, Saneamento e Desenvolvimento Econômico.

Trata das motivações que originaram o desenvolvimento do plano estratégico e faz uma abordagem sobre todas as etapas que envolveram o processo de elaboração do PMDE-BS, incluindo o benchmarking em experiências internacionais. Lista de proposições, metas, indicadores, estratégias de desenvolvimento com objetivos claros, orientações de planejamento e carteira de investimentos nos eixos trabalhados.

Propõe a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação dos objetivos propostos por este estudo como continuidade a este trabalho pioneiro em regiões metropolitanas brasileiras. Orienta ainda o alinhamento do trabalho com as Câmaras Temáticas do CONDESB.

Destaca a participação dos diversos técnicos, gestores públicos, instituições e organizações envolvidas na construção do trabalho no período de janeiro de 2013 a abril de 2014. A entrega do documento representa um novo ciclo de gestão na história da RMBS.

Neste Plano metropolitano, o tema da Saúde não é abordado; neste plano de desenvolvimento deixa-se claro que: “Foram desconsiderados, para fins metodológicos, determinados subsetores do comércio e dos serviços pessoais, destacadamente saúde, educação e a estes relacionados, que em última instância receberão os reflexos do desenvolvimento gerado nos seis Eixos Indutores, que são:

- Petróleo e gás;
- Logística Portuária;
- Construção Civil;
- Turismo;
- Obras Públicas;
- Polo Industrial da Baixada Santista

### **3.5. DIFICULDADES DE FINANCIAMENTO**

Atualmente o SUS, possui um sistema de atenção primária a saúde, que é o Programa

de Saúde da Família (PSF), e um conjunto de procedimentos executados em hospital pagos por um único financiador. Na questão da saúde mental, até 2009, o SUS dispunha de mais de 1.326 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que realizam acompanhamento de pessoas portadoras de transtornos mentais. No que se refere à vigilância epidemiológica de doenças imunopreveníveis, é o responsável pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um dos melhores programas deste tipo no mundo. Embora este programa seja anterior a criação do SUS, desde a criação do Sistema Único de Saúde ele tem sido melhorado e ampliado. Outros projetos/programas do SUS que merecem destaque são: Bancos de sangue, sistema de Informações Hospitalares, assistência farmacêutica, estes são só alguns exemplos das centenas de ações/serviços/programas que o SUS possui. Por conseguinte, o financiamento do SUS é um dos problemas que o sistema enfrenta, além da gestão e consequentemente qualidade no atendimento também são aspectos que denigrem a imagem do Sistema.

Com o fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), em 2011, o setor da saúde perdeu muitos recursos. Desde sua criação em 1996 a CPMF arrecadou o montante de R\$ 201,2 bilhões, entretanto parte deste recurso, mais de R\$ 33 bilhões, foi desviado da função da saúde. A União tentou recriar a CPMF no ano de 2010, entretanto a oposição no Congresso Nacional conseguiu que ela não fosse aprovada. Apesar disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 que assegurou os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A Gestão do SUS, dentro do conceito administrativo, ainda apresenta muitas deficiências. As falhas vão desde a forma de contratação de pessoal até falta de planos de cargos e salários. Vale citar também a corrupção, o desperdício, a ineficácia e ineficiência na gestão do Sistema. (SOUSA & BATISTA, 2012).

É complexo tratarmos de financiamento principalmente quando este está atrelado às políticas de saúde. São inúmeras as dificuldades, tais como: “A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde” (PAIM, 2018, p. 1725).

Mas Paim (2018), em se tratado do SUS, há uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as

secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa. Neste contexto além das ações de saúde tais como: promoção e prevenção, faz-se necessária a articulação de órgãos e serviços que atuem conjuntamente para este fim.

### **3.6. ARRANJO METROPOLITANO**

A área da saúde necessita de arranjos de cooperação e/ou colaboração, assim como ocorre por exemplo, a existência de arranjos colaborativos em setores como o transporte coletivo (por meio de convênios entre os municípios e o Estado), os recursos hídricos (via comitês de bacia) e o desenvolvimento econômico local e regional (por meio de agências regionais). Em várias regiões surgiram, também, arranjos com certo grau de formalização – câmaras, fóruns e conselhos de desenvolvimento – para avançar no planejamento estratégico territorial, articulando setores como meio ambiente, a infraestrutura urbana e o desenvolvimento econômico, contando com participação ativa de atores não governamentais.

O arranjo que norteia a gestão, a organização e o financiamento das áreas metropolitanas brasileiras é frágil, e não há um modelo ótimo e único de governança metropolitana e que os próprios arranjos institucionais mudam em função da dinâmica mais ampla da sociedade como um todo. Os convênios, contratos de gestão, comitês de bacias, agências e câmaras de desenvolvimento interfederativas, entre outros exemplos, são arranjos alternativos (e imperfeitos), cujo funcionamento, limites e potencialidades são raramente explorados nas pesquisas sobre governança regional e metropolitana (KLINK, 2009).

A articulação interinstitucional e intersetorial representa, contudo, um grande desafio, em virtude da diversidade de órgãos envolvidos, multiescalaridade dos espaços de gestão e decisão e, também, da multiplicidade de políticas e programas setoriais que precisam ser concebidos e trabalhados, idealmente, de maneira integrada e transversal. Quando consideramos apenas a dimensão ambiental, já reconhecemos uma enorme dificuldade de atuação conjunta e coordenada entre as diferentes instâncias de gestão. Quando inserimos neste debate outros temas e realidades percebemos uma dificuldade ainda maior de integração e transversalidade de ações (SANCHO; DEUS, 2015)

A responsabilidade pública pela saúde nos move a agir e também a refletir que uma sociedade, que se funda em valores de justiça, equidade e solidariedade entre os seres humanos,



não deve aceitar as injustiças, evitáveis e mutáveis das desigualdades sociais, principalmente no âmbito da saúde. É mais do que hora de garantir a todos os brasileiros 'o acesso universal, integral e equânime' aos cuidados necessários de saúde.

### **3.7. JUDICIALIZAÇÃO**

O sistema de financiamento do SUS mudou, sendo este regulamentado formalizado através do Termo de Compromisso de Gestão, tendo ainda os recursos federais direcionados a estados e municípios por intermédio de portarias e divididos em blocos, sendo eles: atenção básica/primária; atenção de média e alta complexidade; vigilância em Saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. Esta formalização trouxe componentes novos como o processo de pactuação entre gestores, extinguindo o processo de habilitação para estados e municípios. Apesar de parecer complexo, é imperioso que seja rapidamente socializado para que estes instrumentos venham fortalecer a gestão. (CONASS, 2006).

Chieffi e Barata (2009) nos apresenta que em 2006 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) gastou, com o cumprimento das decisões judiciais da comarca da capital, R\$ 65 milhões para atender cerca de 3.600 pessoas, ou seja, o fornecimento de medicamentos por ação judicial tornou-se uma prática rotineira nos últimos anos. Segundo Medici (2010, p.81) “o setor saúde necessita de permanente regulação para resolver imperfeições de mercado, o poder judiciário passa a ser, por excelência, o campo de aplicação para a solução de conflitos entre as necessidades e direitos instituídos e as instituições públicas e privadas de saúde”.

O crescimento das demandas judiciais em saúde com base no artigo 196 da Constituição de 1988, que garante a integralidade das ações de saúde, é fenômeno conhecido como “judicialização” da saúde no jargão do Direito Sanitário. A assimetria na informação e acesso aos meios jurídicos para impetrar ações contra o Estado para a cobertura ou ressarcimento de ações de saúde, negadas pelos gestores públicos do SUS, acaba favorecendo aqueles que podem pagar por advogados ou que conhecem os meandros jurídicos para levar adiante ações contra o Estado. Com isso, recursos públicos ou de gestão coletiva privada passam a ser drenados para o financiamento de ações de saúde questionáveis sob a base de preceitos técnicos e de ética coletiva em sua utilização. As inúmeras ações que tramitam no Judiciário restringem a liberdade do Governo Federal, dos estados e dos municípios de alocar recursos públicos em saúde segundo prioridades pactuadas, devido aos bloqueios judiciais realizados no orçamento (MEDICI, 2010).

Desse modo a população reivindica seus direitos à uma saúde digna e satisfatória é a

judicialização, ou seja, a população está recorrendo à Justiça Comum para pleitear direitos estabelecidos por Lei, mas ainda existem poucos estudos que abordam profundamente este fenômeno: “judicialização em torno da saúde pública”, requerendo-se assim, estudos mais específicos sobre o assunto. Lembrando que, o direito à saúde da população deve prevalecer sobre quaisquer direitos individuais. Acredita-se que aumentando os recursos de financiamento à saúde, é possível efetuar um atendimento mais significativo à população. Por conseguinte, o aumento do financiamento à saúde abre uma série de benefícios, tais como: compra de equipamentos novos, melhora no fornecimento de medicamentos, melhor remuneração dos profissionais que gera qualidade de atendimento e realização de procedimentos, infraestrutura adequada de estabelecimentos de saúde pública, incentivo a instituições com o objetivo de fornecer mais subsídios técnicos, entre outros. (ICHIKAWA; ATHANÁZIO, 2011)

### **3.8. COOPERAÇÃO FEDERATIVA**

No caso do Brasil, não se deve desconsiderar sua estrutura federativa, com elementos de cooperação e competição presentes nas políticas públicas, os quais interferem no seu desempenho e mesmo nas possibilidades de avaliá-lo e, conseqüentemente, na accountability do setor público. Quanto à atuação dos entes federativos, esta ocorreria por relações entre esferas de governo, com cada um possuindo uma função concorrente ao outro, mas com um fluxo contínuo do governo federal em sentido aos municípios, perpassando pelos estados e Distrito Federal (VARELA; PACHECO, 2012).

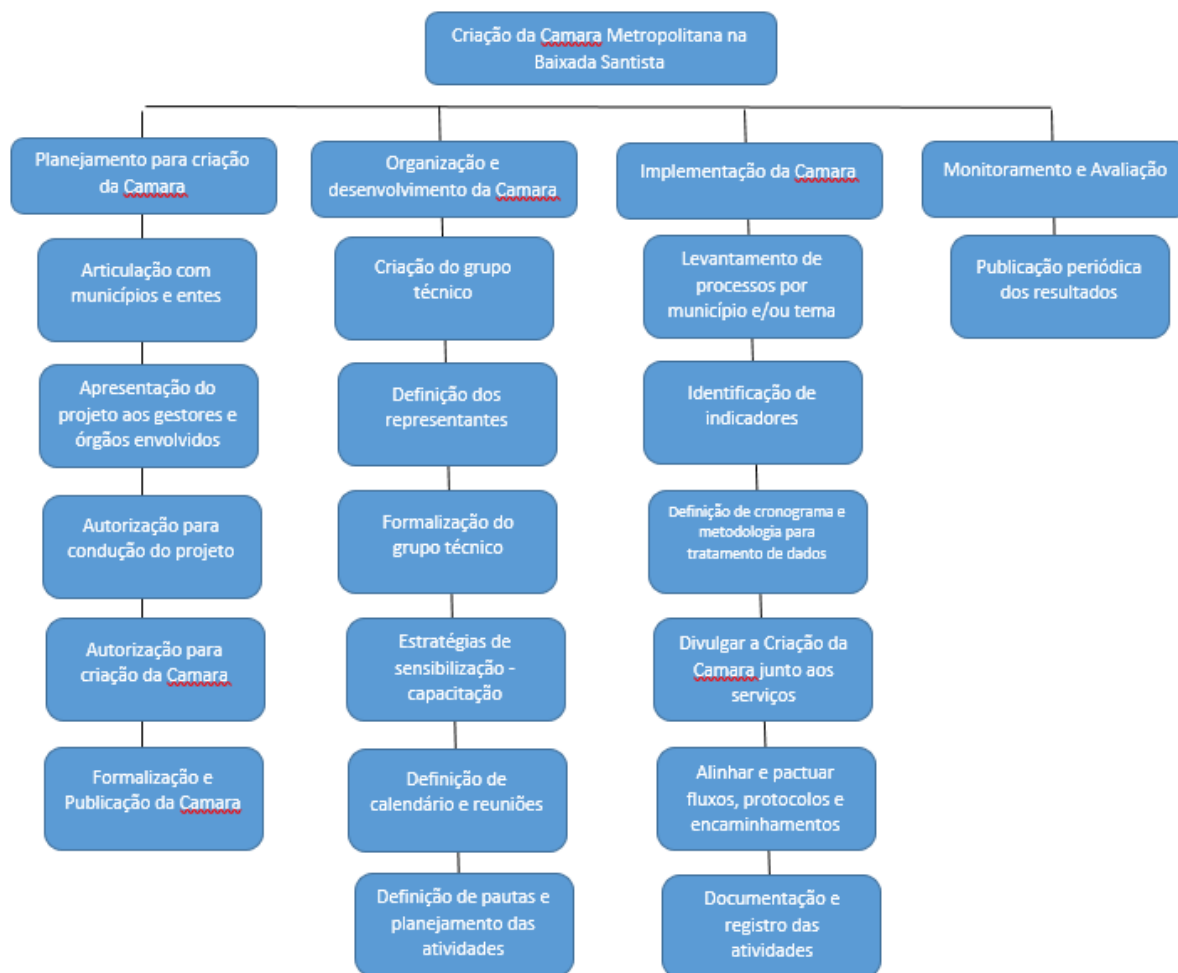
Quanto aos limites da Gestão Metropolitana e Impasses à Governança Cooperada Intermunicipal no Brasil segundo Lacerda e Ribeiro (2014), essa questão não se resolve por meio de leis estaduais ou federais, que estabeleçam sistemas de planejamento metropolitanos verticalizados. As soluções delineadas oscilam entre: a defesa de um novo modelo federativo - que estabeleça mecanismos de cooperação vertical entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) e articulações horizontais entre os municípios metropolitanos; e a defesa de arranjos baseados nas iniciativas voluntárias intermunicipais, à conta do receio da perda da autonomia adquirida pelos municípios metropolitanos.

Não há um modelo pronto, as relações federativas, como o caso da saúde mostra, são construídas tendo uma referência nacional, mas, ao mesmo tempo, dependem das características dos estados e dos municípios. Envolvem, portanto, relações governamentais, com aspectos cooperativos e competitivos, vertical e horizontalmente. Há situação em que a cooperação depende tanto da ação autônoma de atores no plano dos municípios como do papel dos governos

estaduais (ROCHA, 2016).

## 4. ESCOPO

### 4.1. Estrutura Analítica



### 4.2. Não escopo

- 4.2.1. A criação da Câmara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde não interferirá nos programas existentes nos municípios da região metropolitana e órgãos envolvidos.
- 4.2.2. Não haverá necessidade de investimentos financeiros para a criação e gestão da Câmara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde por parte da Secretaria

Municipal de Saúde de Santos, das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da RMBS, do CONDESB e dos demais órgãos envolvidos.

#### **4.3. Levantamento de restrições**

- 4.3.1. O projeto só poderá ser iniciado após os gestores e órgãos envolvidos consentirem e autorizarem a sua realização, visando garantir, assim, as condições básicas para a sua criação.
- 4.3.2. Profissionais dos quadros deverão ser disponibilizados para compor a equipe de trabalho para o desenvolvimento do mesmo.
- 4.3.3. A não aceitação do projeto e/ou a não disponibilização de profissionais, poderão impactar na sua consecução.

#### **4.4. Premissas**

- 4.4.1. A Camara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde através da SMS estabelecendo temas prioritários, direcionando estratégias afim de reduzir a incidência de judicialização de demandas de Saúde.
- 4.4.2. Elaborará calendário anual com programação de reuniões aos órgãos que estarão envolvidos no Plano de Intervenção. Este se dará através de convocação por email.
- 4.4.3. Nas reuniões programadas serão definidos temáticas e respectivos cronogramas de ações e o papel de cada órgão e seus respectivos participantes.
- 4.4.4. Todos os dados resultantes das referidas reuniões serão disponibilizados através do Portal da Transparência e outros meios de comunicação para acesso dos órgãos envolvidos, da população.
- 4.4.5. Os resultados destas servirão de base para trabalhos acadêmicos e demais utilidades de acordo com sugestão dos participantes da Camara.

#### **4.5. Riscos**

- 4.5.1. Não implantação da referida Camara por falta de interesse;
- 4.5.2. Não adesão dos municípios e/ou órgãos;

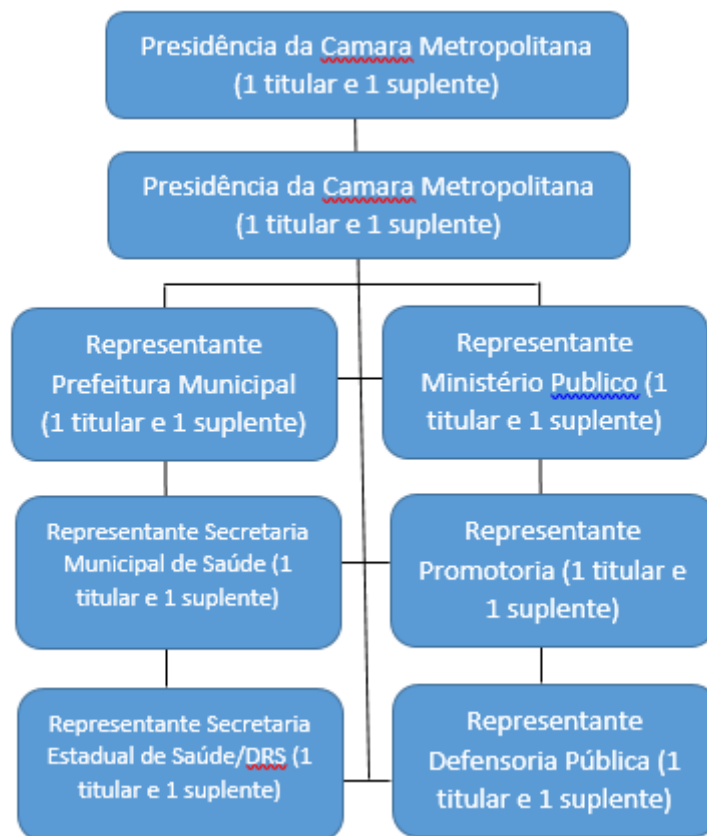
- 4.5.3. Indisponibilidade de profissionais para atuar na Câmara e suas demandas
- 4.5.4. Ausência das secretarias municipais de saúde e/ou órgãos envolvidos;
- 4.5.5. Alteração de gestores / gestão podendo causar descontinuidade das ações;

**4.6. Estrutura de gestão e principais atores envolvidos**

- ✓ Prefeituras e/ou representantes;
- ✓ Secretarias municipais de saúde e/ou representantes;

Esferas governamentais:

- ✓ Secretaria Estadual de Saúde / Diretoria Regional de Saúde;
- ✓ Promotoria, Ministério Público Estadual, Defensoria Pública



**4.7. Quadro de Trabalho/equipe**

<b>Produto: Criação da Câmara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde</b>		
<b>Pacote de Trabalho: Planejamento para criação da Câmara</b>		
<b>Atividade:</b>	Estimativa de duração	Responsável:

<b>Articulação com municípios e entes</b>	90 dias	Autora do PI
<b>Atividade:</b> <b>Apresentação do projeto aos gestores e órgãos envolvidos</b>	Estimativa de duração 90 dias	Responsável: Autora do PI
<b>Atividade:</b> <b>Autorização para condução do projeto</b>	Estimativa de duração 30 dias	Responsável: Autora do PI
<b>Atividade:</b> <b>Autorização para criação da Câmara</b>	Estimativa de duração 60 dias	Responsável: Autora do PI
<b>Atividade:</b> <b>Formalização e Publicação da criação da Câmara</b>	Estimativa de duração 30 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Pacote de Trabalho: Organização da Câmara</b>		
<b>Atividade:</b> <b>Criação do grupo técnico</b>	Estimativa de duração 60 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Definição dos representantes</b>	Estimativa de duração 60 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Formalização do grupo técnico</b>	Estimativa de duração 30 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Estratégias de sensibilização - capacitação</b>	Estimativa de duração 90 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Definição de calendário e reuniões</b>	Estimativa de duração 30 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Definição de pautas e planejamento de atividades</b>	Estimativa de duração 30 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Pacote de Trabalho: Implementação da Câmara</b>		
<b>Atividade:</b> <b>Levantamento de processos por município e/ou tema</b>	Estimativa de duração 120 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Identificação de indicadores</b>	Estimativa de duração 90 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos

<b>Atividade:</b> <b>Definição de cronograma e metodologia para tratamento de dados</b>	Estimativa de duração 60 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Divulgar a Criação da Câmara junto aos serviços</b>	Estimativa de duração 60 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Alinhar e pactuar fluxos, protocolos e encaminhamentos que se façam necessários</b>	Estimativa de duração 120 dias	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Atividade:</b> <b>Documentação e registro das atividades</b>	Estimativa de duração permanente	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos
<b>Pacote de Trabalho: Monitoramento e avaliação</b>		
<b>Atividade:</b> <b>Publicação periódica dos resultados</b>	Estimativa de duração permanente	Responsável: Prefeituras e órgãos envolvidos





## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente Plano de Intervenção foi desenvolvido a partir de demandas rotineiras da saúde que necessitam de discussões e direcionamento.

Ao pesquisar sobre câmara metropolitana, a literatura é bem incipiente tendo achados apenas de legislação de câmaras metropolitanas, porém, poucas e voltadas para documentos do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Apresentamos o SUS com seus conceitos atrelado às políticas públicas de modo a garantir a integralidade do cuidado ao cidadão. Este sistema mais que uma política pública necessita de organização, estrutura e financiamento e cooperação de demais entes e órgãos. A criação de uma câmara metropolitana vai desde a articulação com os respectivos gestores, representantes das secretarias municipais, prefeituras, órgãos do judiciário, bem como a realização do diagnóstico municipal da região metropolitana da Baixada Santista relacionada a dados, processos e maiores demandas, definição de prioridades, formulação de grupo técnico, formulação de agenda, implementação e monitoramento e avaliação de modo que, essa possa impactar positivamente na elaboração de ações e conseqüentemente refletir na população que é a maior beneficiária de tal criação.

Os municípios desta região são os entes federativos que estão mais próximos da população refletindo assim seus anseios como sociedade. Para tal, se faz necessária a articulação e as pactuações intra e inter governamentais, visando a construção e divulgação de informações, e possíveis resultados que podem vir em forma de programas, ações, pesquisas, fluxos de atendimentos, que estes consigam traduzir a efetivação de melhorias de informações, acesso aos serviços públicos entre outros.

Sabemos que os municípios da RMBS, assim como em outras regiões metropolitanas apresentam características heterogêneas quanto aos aspectos populacionais, sociais, econômicos, e indicadores de um modo geral, gerando dificuldades em relacionar e solucionar demandas de forma isolada que são comuns entre eles. Em contrapartida temos a população que anseia por saúde e necessidades diversas, por conseguinte a criação da Câmara Metropolitana vem de encontro a viabilidade da resolução destas demandas.

Embora tenhamos regulamentações quanto aos financiamentos e repasses, a estrutura atual não consegue suprir todas as necessidades frente às demandas complexas e diversas porém se faz necessário articular estratégias, sensibilizar os envolvidos, construir e pactuar ações, integrando assim os dados e informações existentes, respondendo as demandas populacionais

com maior resolutividade e integração evitando em alguns casos que ela venha a se tornar judicial, sendo a Camara Metropolitana a estratégia mais viável a produzir tais dados e resultados.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. Rev. Psicol. Saúde[online]. 2013, vol.5, n.1.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004
- BARBOZA, R.; IANNI, A. M. Z.; MORAIS, M. L. S. e; ALVES, O. S. F.; MONTEIRO, P. H. N.; FERRARI, Fernanda; CAPORRINO, B. W.. Acesso e Estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista: uma análise dos gestores. In: ESCUDER MML; MONTEIRO PHN; PUPO LR. (Org.). Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, v, p. 29-50.
- BRASIL, 2009. O SUS de A a Z: garantindo saúde aos municípios/Ministério da Saúde/Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 Organizacion Panamericana de Salud. (2002). La salud publica en las Américas. Washington. Acessado de <http://www.opas.org.br>.
- CARVALHO, Gilson. A saúde publica no Brasil. Estudos avançados vol. 27 (78), 2013
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica. In: Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25(8): 1839-1849, ago., 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica nº 13/06. Para entender o pacto pela saúde 2006. Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV. Brasília: CONASS; 2006
- ICHIKAWA, Carolina; ATHANÁZIO, Gabriela Uchida. Financiamento no sistema único de saúde e as consequências da judicialização.
- KLINK, Jeroen. Novas governanças para as áreas metropolitanas. O panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro. Cadernos Metrópole, São Paulo, v. 11, nº 22, p. 415-433, jul/dez 2009
- LACERDA, Norma; RIBEIRO, Suely. Limites da Gestão Metropolitana e Impasses à Governança Cooperada Intermunicipal no Brasil. EURE, vol. 40, núm. 121
- LUCCHESI, Patrícia T. R. (coord.). Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: IBIREME/OPAS/OMS, 2002.
- MEDICI, A.C. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. Diagn Tratamento. 2010;15(2):81-7.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* 2018, vol.23, n.6, pp.1723-1728.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.22, n.4, p.1014-1023, 2013.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cad. Metrop.* [online]. 2016, vol.18.

ROSA, T. C. S., Saes, S. G., & Abuleac, F. L. (2012). A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 1(1), 35-49

SANCHO, A.; DEUS, J. A. S. Áreas protegidas e ambientes urbanos: novos significados e transformações associados ao fenômeno da urbanização extensiva. *Revista Sociedade e Natureza*, Uberlândia, v. 27, n. 2, p. 223-238.

SÃO PAULO, 2014. AGEM Agencia Metropolitana da Baixada Santista - Plano Metropolitano de Desenvolvimento Estratégico da Baixada Santista. Disponível em: <http://www.agem.sp.gov.br/pmdebs/>. Acesso em novembro/2018

SÃO PAULO, 2016. Portal do Governo de São Paulo - Alckmin inaugura 'Hospital dos Estivadores'. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/sala-de-imprensa/release/alckmin-inaugura-hospital-dos-estivadores/>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização do SUS no Grande ABC: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 3, n. 1, p. 70-81, 2014.

SOUSA, Rafael da Cruz & BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. *Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS*. 2012

SPEDO, S.M; PINTO, N.R da S., TANAKA, O.Y. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Revista Saude e Sociedade*, v19, n.3, p.533-546, 2010

VARELA, P.S; PACHECO, R.S.V.M. Federalismo e Gastos em Saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo. *R. Cont. Fin. – USP*, São Paulo, v. 23, n. 59

## **8. ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **PÚBLICO-ALVO DO PLANO DE INTERVENÇÃO**

1. Município:
2. Órgão de origem / atuação:
3. Quais unidades e/ou serviços são voltados ao atendimentos dos serviços de saúde atualmente em seu município?
4. Quais são as ofertas de serviços em seu órgão / município?
5. Quantos são geridos pelo seu órgão / município? Há algum terceirizado e/ou conveniado?
6. Há a participação de outros entes federativos? Se sim, quais entes e qual seria a participação?
7. Quais usuários que demandam este serviço?
8. A oferta de serviços em seu município / órgão são suficientes? Por quê?
9. Qual a sua opinião sobre os valores dos repasses interfederativos?
10. Como funciona a fiscalização destes repasses?
11. No seu entendimento quais seriam os prós e contras da Implantação da Camara Metropolitana na Baixada Santista para tratar das questões que envolvem demandas na Saúde, com a finalidade de reduzir a incidência de judicialização de demandas no setor.