AÇÕES COLETIVAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ANA MARIA CAVALCANTI LEFÈVRE

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO DEPARTAMENTO
DE PRÁTICA EM SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO,
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM
SAÚDE PÚBLICA**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PRÁTICA DE SAÚDE
PÚBLICA**

ORIENTADORA: PROF. DRA. ISABEL MARIA TEIXEIRA BICUDO PEREIRA

São Paulo

2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

40786 / 2001 (doc)

Aos grandes homens de minha vida: Theóphilo, Fernando e Alexandre

Às grandes mulheres da minha vida: Elisa, Maria Teresa e Paulinha

São Paulo: decifra-me

ou devoro-te

AGRADECIMENTOS

Meus mais profundos agradecimentos à Professora Isabel Bicudo, por ter me aberto os caminhos da Saúde Pública e por ter sido minha orientadora nestes últimos 20 anos, ajudando-me a percorrer este vasto mundo, em especial durante as teses de mestrado e doutorado;

A meu marido Fernando Lefèvre, luz que ilumina minha vida, pelo apoio pessoal e profissional;

A meus filhos Alexandre e Ana Paula, pelas lições de coragem, que me ajudaram a percorrer os duros e árduos caminhos que fizemos juntos no passado e pelas alegrias que me proporcionam no presente;

À professora Evelyn, por toda a sabedoria de vida que tento inutilmente imitar, por todo o seu respeito e amor pelo ser humano e por tudo que pude aprender em sua companhia, durante este período, que espero se estenda por ainda muitos anos;

À Dra. Berenice, do CVE, ao Dr. José Carlos, da SUCEN e aos técnicos do CCZ, pela ajuda e contribuição técnica que permitiram que este trabalho fosse realizado;

À Dra Stella Pedreira e Dra. Maria Aparecida Miyaoka, pelo acesso aos dados, sem os quais seria impossível a realização deste trabalho;

Ao vereador Dr. Carlos Neder e sua equipe, por permitirem o acesso a importantes documentos relativos à questão da Dengue;

A meus colegas do CEPI, por terem aturado a pesquisadora durante este infindável ano de 2000;

À cidade de São Paulo, eterno desafio.

RESUMO

A presente tese versa sobre ações de saúde coletiva no município de São Paulo, no contexto do PAS - Programa de Atendimento à Saúde - considerando os fenômenos da globalização e da atual crise do Estado bem como da crise por que passa a saúde coletiva nos últimos anos no município de São Paulo.

Para tanto consideraram-se os aspectos legais, resgatando-os nas três esferas de governo que enquadram, formalmente, a saúde coletiva entre nós e os diferentes serviços de saúde coletiva que servem aos habitantes da capital de São Paulo.

Com a finalidade de verificar como estes serviços funcionam efetivamente, optou-se por analisar o tema através de um estudo de caso, referente a um problema de saúde coletiva típico como a Dengue. Para tanto, foi acompanhada a implantação do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*, que constituiu o objeto do capítulo 5 do trabalho, tanto de um ponto de vista estritamente descritivo, utilizando-se análise documental, quanto de um ponto de vista simbólico, este último tendo sido resgatado através de pesquisa qualitativa.

O trabalho concluiu que tanto do ponto de vista legal, quanto institucional, ideológico e técnico-sanitário estão dadas as condições objetivas para que saúde coletiva no Município de São Paulo se concretize e se articule enquanto política pública.

Finalmente, em termos de perspectivas futuras, devem ser levadas em conta duas vertentes para que o campo da saúde coletiva avance no município: a busca de novos caminhos administrativos e gerenciais e a consideração de um novo universo conceitual e de valores, centrado em torno da Promoção de Saúde como novo paradigma.

ABSTRACT

The present thesis deals with the collective health actions taking place in the city of São Paulo, State of São Paulo, Brazil, within the context of PAS – Program for Health Assistance -, taking into account the phenomena of globalization and those concerned with the current crisis the State of São Paulo, as a whole, and the collective health, in particular, have been going through in the last years.

For this end, lawful aspects taken from the three governmental spheres that formally rule over the collective health among us, as well as the different collective health services that attend the inhabitants of the city of São Paulo, State capital, were considered.

With the purpose of verifying how these services effectively operate, the Author opted for analyzing the theme through a case-study concerned with a typical collective health problem, such is the case of dengue. With this in mind, the implantation of the Plan for *Aedes aegypti* Eradication (which constitutes the object of the Chapter 5 of this paper) was followed-up, either from a strictly descriptive point of view, using documental analysis, or from a symbolic point of view, this latter being attained through a qualitative research.

The paper concludes that either from a lawful, institutional, ideological or technical-sanitary points of view there exist objective conditions for rendering the collective health concrete in the city of São Paulo.

Finally, in terms of future perspectives, two ramifications should be taken into account if the collective health field is to move forward in the city: the search for new administrative and managerial ways of working and the realization that a new universe of concepts and values, centered around Health Promotion, has to be accepted as the new paradigm.

SIGLÁRIO

- 1.**AC**- Ancoragem
- 2.**AE**- Ambulatórios de Especialidades
- 3.**AIDS**- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- 4.**APH**- Atendimento Pré- Hospitalar
- 5.**ARS**- Administração Regional de Saúde
- 6.**ASPLAN**- Assessoria de Planejamento
- 7.**CADES**- Conselho Municipal do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Sustentável
- 8.**CARS**- Coordenadoria das Administrações Regionais
- 9.**CAS**- Coordenadoria das Ações de Saúde
- 10.**CATI**- Coordenadoria de Assistência Técnica Integral
- 11.**CCI**- Centro de Controle de Intoxicação
- 12.**CCZ**- Centro de Controle de Zoonoses
- 13.**CEAM**- Coordenadoria de Educação Ambiental
- 14.**CECCO**- Centro de Convivência e Cooperativa
- 15.**CECOM**- Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação
- 16.**CEFOR**- Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde
- 17.**CEPI**- Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação
- 18.**CETESB**- Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental
- 19.**CGA**- Coordenadoria Geral da Administração
- 20.**CGP**- Coordenadoria Geral do PAS
- 21.**CINP**- Coordenadoria de Informações Técnicas, Documentação e Pesquisa Ambiental

- 22.**CIP**- Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa
- 23.**CLT**- Consolidação das Leis do Trabalho
- 24.**COA DST/AIDS**- Centro de Orientação e Apoio Sorológico em DST/AIDS
- 25.**COAS**- Centro para a Organização da Atenção à Saúde
- 26.**CODASP**- Companhia de Desenvolvimento Agrícola de São Paulo
- 27.**COMASP**- Companhia Metropolitana de Água de São Paulo
- 28.**CONASEMS**- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- 29.**CONASS**- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- 30.**CONSEMA**- Conselho Estadual do Meio Ambiente
- 31.**COOPERMED**- Cooperativa de Profissionais de Saúde de Nível Médio e Básico
- 32.**COOPERPAS**- Cooperativa de Profissionais de Saúde de Nível Superior
- 33.**COOPERPLUS**- Cooperativa de Profissionais Externos
- 34.**CORHI**- Comitê Coordenador do Plano de Recursos Hídricos
- 35.**COSEMS**- Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
- 36.**CPLA**- Coordenadoria de Planejamento Ambiental
- 37.**CPOS**- Companhia Paulista de Obras e Serviços
- 38.**CPRN**- Coordenadoria de Licenciamento Ambiental e Proteção de Recursos Naturais
- 39.**CPS**- Coordenadoria de Planejamento de Saúde
- 40.**CRDST/AIDS**- Centro de Referência em DST/AIDS-
- 41.**CRH**- Conselho Estadual de Recursos Hídricos
- 42.**CRH**- Coordenadoria de Recursos Humanos
- 43.**CRHD DST/AIDS** - Centro de Referência/ Hospital Dia em DST/AIDS
- 44.**CRST**- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

- 45.**CSI**- Coordenadoria de Saúde do Interior
- 46.**CSN**- Conselho Nacional de Saúde
- 47.**CSPA**- Conselho Superior de Pesquisa Agropecuária
- 48.**CSRMGSP**- Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo
- 49.**CVE**- Centro de Vigilância Epidemiológica
- 50.**CVS**- Centro de Vigilância Sanitária
- 51.**DA** -Distrito Administrativo
- 52.**DAE**- Departamento de Águas e Esgotos
- 53.**DAEE**- Departamento de Águas e Energia Elétrica
- 54.**DAIA**- Departamento de Avaliação de Impacto Ambiental
- 55.**DEAPLA**- Departamento de Educação Ambiental e Planejamento
- 56.**DECONT**- Departamento de Controle da Qualidade Ambiental
- 57.**DEN1- DEN2- DEN3- DEN4**- Sorotipos do Vírus da Dengue
- 58.**DEPAVE**- Departamento de Parques e Áreas Verdes
- 59.**DEPRN**- Departamento Estadual de Proteção de Recursos Naturais
- 60.**DIEPA**- Divisão de Epidemiologia e Estatística e Cadastro de Estabelecimentos
- 61.**DIMSP**- Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos
- 62.**DIR**- Diretoria Regional de Saúde
- 63.**DNC**- Doenças de Notificação Compulsória
- 64.**DO**- Declaração de Óbito
- 65.**DOM**- Diário Oficial do Município de São Paulo
- 66.**DOE**- Diário Oficial do Estado de São Paulo
- 67.**DREM**-Delegacia Regional de Educação
- 68.**DSC**- Discurso do Sujeito Coletivo

- 69.**DST**- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- 70.**DUSM**- Departamento de Uso de Solo Metropolitano
- 71.**ECH**- Expressão- Chave
- 72.**EUA**- Estados Unidos da América
- 73.**FABES**- Secretaria da Família e Bem Estar Social¹
- 74.**FESB**- Fomento Estadual de Saneamento Básico
- 75.**FESIMA**- Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis
- 76.**FGV**- Fundação Getúlio Vargas
- 77.**FHD**- Febre Hemorrágica da Dengue
- 78.**FSP/USP**- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- 79.**FUMDES**- Fundo Municipal de Saúde
- 80.**FUNASA**- Fundação Nacional de Saúde
- 81.**FURP**- Fundação para o Remédio Popular
- 82.**GCM**- Guarda Civil Metropolitana
- 83.**GTVE**- Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica
- 84.**GVS**- Grupo de Voluntários da Saúde
- 85.**HM**- Hospitais Municipais
- 86.**IAC**- Instituto Agrônomo de Campinas
- 87.**IAL**- Instituto Adolfo Lutz
- 88.**IAMSPE**- Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual
- 89.**IB**- Índice de Bretau
- 90.**IB**- Instituto Biológico

---

¹ A partir de 12/99 Secretaria do Bem Estar Social- FABES passa a ser designada Secretaria da Assistência Social- SAS

- 91.**IB**- Instituto Butantan
- 92.**IBAMA**- Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
- 93.**IC**- Idéia Central
- 94.**IEA**- Instituto de Economia Agrícola
- 95.**IEC**- Informação, Educação e Comunicação
- 96.**IHER**- Instituto de Infectologia Emílio Ribas
- 97.**ILSL**- Instituto Lauro de Souza Lima
- 98.**INAMPS**- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- 99.**IP**- Índice Predial
- 100.**IP**- Instituto de Pesca
- 101.**IP**- Instituto Pasteur
- 102.**IR**- Índice de Recipientes
- 103.**IS**- Instituto de Saúde
- 104.**ITAL**- Instituto de Tecnologia de Alimentos
- 105.**IZ**- Instituto de Zootecnia
- 106.**LIMPURB**- Departamento de Limpeza Urbana
- 107.**MARE**- Ministério da Administração Federal e Reforma de Estado
- 108.**NEPI**- Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação
- 109.**NOAS**- Núcleo de Organização e Atenção à Saúde
- 110.**NOB**- Norma Operacional Básica
- 111.**NRZ**- Núcleo Regional de Zoonoses
- 112.**OMS**- Organização Mundial de Saúde
- 113.**ONGS**- Organizações Não Governamentais
- 114.**OPAS**- Organização Panamericana de Saúde

- 115.**PA**- Pronto Atendimento
- 116.**PAS**- Plano de Atendimento à Saúde
- 117.**PCFAD**- Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue
- 118.**PE**- Pontos Estratégicos
- 119.**PEAa**- Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*
- 120.**PEC**- Proposta de Emenda Constitucional
- 121.**PERH**- Plano Estadual de Recursos Hídricos
- 122.**PMSP**- Prefeitura do Município de São Paulo
- 123.**PRAE**- Plano de Reforma do Aparelho de Estado
- 124.**PRO-AIM**- Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo
- 125.**PRODAM**- Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo
- 126.**PSIU**- Programa de Silêncio Urbano
- 127.**PSM**- Pronto Socorros Municipais
- 128.**RAE**- Repartição de Águas e Esgotos
- 130.**RAP**- Relatório Ambiental Preliminar
- 131.**RH**- Recursos Humanos
- 132.**RIMA**- Relatório de Impacto Ambiental
- 133.**RIV**- Relatório de Impacto de Vizinhança
- 134.**RSS**- Resíduos de Serviços de Saúde
- 135.**SABESP**- Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
- 136.**SANESP**- Companhia Metropolitana de Saneamento de São Paulo
- 137.**SAR**- Secretaria Municipal das Administrações Regionais
- 138.**SAS**- Secretaria Municipal de Assistência Social

- 139.**SEADE**- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
- 140.**SEHAB**- Secretaria Municipal da Habitação e Desenvolvimento Urbano
- 141.**SEMAB**- Secretaria Municipal do Abastecimento
- 142.**SES**- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- 143.**SF**- Serviço Funerário
- 144.**SFMSP**- Serviço Funerário do Município de São Paulo
- 145.**SGVISA**- Subgrupo de Vigilância Sanitária
- 146.**SIGRH**- Sistema Integrado de Gerenciamento dos Recursos Hídricos
- 147.**SIMS**- Sistema Integrado Municipal de Saúde
- 148.**SISAED**- Sistema AEDES
- 149.**SISNAMA**- Sistema Nacional do Meio Ambiente
- 150.**SMA**- Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo
- 151.**SME**- Secretaria Municipal da Educação
- 152.**SMS G**- Secretaria Municipal da Saúde- Gabinete
- 153.**SMS**- Secretaria Municipal da Saúde
- 154.**SMT**- Secretaria Municipal dos Transportes
- 155.**SSO**- Secretaria Municipal de Serviços e Obras
- 156.**SUCEN**- Superintendência de Controle de Endemias
- 157.**SUDICA**- Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento
- 158.**SURBES**- Supervisão Regional de Bem Estar Social²
- 159.**SUS**- Sistema Único de Saúde
- 160.**SVE**- Sistema de Vigilância Epidemiológica
- 161.**SVMA**- Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente

---

² A partir de 12/99 SURBES passa a ter a designação de SAS Regional

162.**UBS**- Unidade Básica de Saúde

163.**UBV**- Ultra Baixo Volume

ERRATA

Índice: 2.1. Acrescentar "Pg 38"

6.2. Onde se lê "Perspectiva futuras" leia-se "Perspectivas futuras"

Página 18 - 3º parágrafo: suprimir a frase "definidas no decreto Nº 35736 de 6 de dezembro de 1995"

Página 21 - 3º parágrafo: onde se lê "prática teóricas" leia-se "práticas teóricas"

Página 23 - 3º parágrafo: onde se lê "para que a saúde coletiva" leia-se "para a saúde coletiva"

Página 25 - 3º parágrafo: onde se lê "procupação" leia-se "preocupação"

Página 25 - 3º parágrafo: onde se lê "áres de políticas" leia-se "áreas de políticas"

Página 33 - 2º parágrafo: onde se lê "nestes casos optou-se" leia-se "nestes casos optar-se-á"

Página 33 - 3º parágrafo: onde se lê "utilizou-se" leia-se "serão utilizados"

Página 34 - 2º parágrafo" onde se lê "foram realizadas" leia-se "serão realizadas"

Página 34 - 3º parágrafo" onde se lê " foram conseguidos" leia-se "serão conseguidos"

Página 41- 4º parágrafo" onde se lê " ⁽⁴²⁾ " leia-se " ⁽⁶⁾ "

Página 114 -2º parágrafo" onde se lê " comunicação " leia-se "comunicação "

Página 117 -4º parágrafo" onde se lê "Município de são Paulo " leia-se "Município de São Paulo "

Página 121 - 1º parágrafo" onde se lê " Núcleo de Desenvolvimento de Sistemas" acrescente-se "nota de rodapé": Núcleo de Desenvolvimento de Sistemas - Subordinado à Assessoria de Planejamento - ASPLAN - Responsável pelo desenvolvimento de sistemas de informações gerenciais

Página 148 - 1º parágrafo" onde se lê "outroa " leia-se " outros"

Página 155 - Quadro 4 onde se lê "NÚMERO DE CASOS DE DENGUE " leia-se "NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE "

Página 158 - 2º parágrafo " onde se lê " 550 caos " leia-se 550 casos "

Página 160 - 2º parágrafo" onde se lê "número de caso " leia-se "número de casos "

Página 183 - 6º parágrafo " onde se lê "periodicidade quadrimetral " leia-se "periodicidade quadrimestral "

Página 195 - 2º parágrafo onde se lê "que esta meta" leia-se "que a meta de cadastramento de novos pontos estratégicos"

Página 195 - 2º parágrafo" a partir de "O gráfico a seguir ..."deve ser feito parágrafo

Página 202 - Nota de rodapé: onde se lê "consideram-se gerentes " acrescente-se "com exceção do vereador "

Página 204 - 2º parágrafo" onde se lê "tercerização " leia-se "terceirização "

Página 220 - Quadro: onde se lê "primeira questão " leia-se "segunda questão "

ÍNDICE

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	Pg. 1
1.1- Contexto no qual se insere o projeto de trabalho	Pg. 2
1.2- O Problema	Pg. 5
1.3- Marcos referenciais	Pg. 6
1.4- Marcos conceituais	Pg. 19
1.5- Objetivos	Pg. 31
1.6- Metodologia	Pg. 32
CAPÍTULO 2- SAÚDE COLETIVA	pg. 37
2.1- Saúde Coletiva na Pós Modernidade	
2.2- Saúde Coletiva no Brasil e em São Paulo: Aspectos Legais	Pg. 41
CAPÍTULO 3- A SAÚDE COLETIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ESTRUTURA DE SERVIÇOS	Pg. 48
3.1- Caracterização do Município de São Paulo	Pg. 49
3.2- Condições de Saneamento Básico	Pg. 53
3.3- Condições de Abastecimento Urbano	Pg. 60
3.4- O Meio Ambiente	Pg. 66
3.5- Saúde	Pg. 81
CAPÍTULO 4- A SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	Pg. 104
4.1 As concepções de saúde do Município de São Paulo	Pg. 105
4.2 A estrutura da Secretaria Municipal da Saúde em outubro de 1999	Pg. 116
4.3 Conclusões preliminares quanto aos capítulos 3 e 4	Pg.131

CAPÍTULO 5- UM CASO DE AÇÃO COLETIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*- PEAA

PARTE I Pg.134

5.1- A Dengue Pg.134

5.2- Biologia do vetor Pg.135

5.3- Aspectos clínicos e epidemiológicos da dengue Pg.138

5.4- A epidemiologia da dengue Pg.143

5.5- O Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*- PEAA Pg.166

5.6- O PEAA no Município de São Paulo Pg.181

PARTE II

5.7- O que pensam os gerentes sobre a implantação do PEAA no Município de São Paulo Pg.202

CAPÍTULO 6- CONCLUSÕES Pg..227

6.1- Conclusões gerais Pg.228

6.2- Perspectiva futuras Pg.234

REFERÊNCIAS Pg.238

- Bibliográficas
- Legislativas

ANEXOS

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 Contexto no qual se insere o projeto de trabalho

Profundas alterações estão em curso, atualmente, afetando, em escala planetária, os modos humanos de viver, comunicar, trabalhar e produzir, com significativas repercussões sobre a definição, papéis e funções da esfera pública e privada da vida humana, em suas múltiplas articulações, e sobre as realidades institucionais correspondentes, notadamente sobre o Estado.

O impacto decorrente dos processos de globalização da economia, do avanço tecnológico e o déficit fiscal crescente a partir dos anos 70, levaram os países da América Latina a adotar sucessivas políticas de ajustes estruturais para a recuperação de suas finanças públicas.

Parece claro que as alterações não afetaram do mesmo modo os diferentes continentes, sub-continentes, países e, dentro deles, as diferentes regiões. Pode-se supor também que elas condicionaram, desde o início da década de 80, a emergência do neo-liberalismo como estratégia para o seu enfrentamento, envolvendo “... um projeto global de organização da sociedade e, portanto, de redefinição da relação entre classes sociais...” (39).

O que se pretendia, naquele momento, isto é, a receita das instituições multilaterais de crédito comandadas pelos Estados Unidos, “era a de adotar as políticas de ajuste estrutural de cunho neoliberal conducentes à redução do gasto público (...). Tratava-se, (...) a partir de então de sanear as finanças públicas latino americanas através de ajustes estruturais de abrangência e de duração muito maiores do que os planos de estabilização econômica em voga até esta época (...); era necessário associar a estabilização ao crescimento através de reformas estruturais que respektassem o receituário neoliberal, compreendendo a desregulação e privatização dos mercados e a redução do tamanho e do papel do Estado”. (88)

Como os resultados práticos destas políticas neo-liberais de ajuste não foram os esperados, a partir da década de 90 “vem ganhando legitimidade (...) uma nova concepção de ajuste que consiste basicamente na reforma do Estado e reestruturação da relação público/privado (..) Por outro lado (...) começa-se – embora timidamente, ainda

- a levar em conta questões como a viabilidade política e a governabilidade do Estado até então ausentes nas formulações técnico-burocráticas dos organismos internacionais”
(88)

“A reforma do Estado, que se tornou tema central nos anos 90 em todo o mundo, é uma resposta ao processo de globalização em curso, que reduziu a autonomia dos Estados em formular e implementar políticas e principalmente à crise do Estado, que começa a se delinear em quase todo mundo nos anos 70, mas que só assume plena definição nos anos 80. No Brasil, a reforma do Estado começou neste momento no meio de uma grande crise econômica, que chega ao auge em 1990 com um episódio hiperinflacionário. A partir de então a reforma do Estado se torna imperiosa...A reforma administrativa, entretanto só se tornou tema central no Brasil em 1995...Nesse ano ficou claro...que esta reforma tornara-se condição, de um lado, da consolidação do ajuste fiscal do Estado brasileiro e, de outro, da existência de um serviço público moderno, profissional e eficiente, voltado para o atendimento das necessidades do cidadão”.⁽⁵⁷⁾

É no contexto mais imediato desta discussão sobre o “público” e o “privado” e sobre o novo papel a ser desempenhado pelo Estado que pretendemos situar nosso objeto de estudo, a saúde coletiva no município de São Paulo.

É também neste contexto que se deu a implantação do **PAS - Plano de Atendimento à Saúde** - no Município de São Paulo, nos anos de 1995 e 1996.

No que toca ao PAS, é inegável que a implantação do que se acreditava ser um novo modelo assistencial e, principalmente, uma nova forma de gerenciamento para o setor saúde, em uma cidade com as dimensões populacionais de S. Paulo, causou forte impacto tanto na prestação de serviços como na opinião pública, provocando igualmente forte reação nas categorias profissionais envolvidas neste processo.

Outro ponto importante a ser considerado é que a velocidade em que se processou a legalização e implantação do PAS no município de São Paulo foi precedida de determinadas condições estruturais e ideológicas que em outros momentos, não permitiriam à administração Paulo Maluf, ou a qualquer outra, sua viabilização.

Uma das condições ideológicas que podemos apontar diz respeito à predisposição em nossa sociedade atual para considerar como atrasado e ineficiente tudo o que vem do “Estado” e como moderno e eficiente tudo o que vem do “Privado”.

A título de exemplo, pode-se verificar, segundo estudo realizado ⁽⁸⁶⁾, que a representação dos gerentes da administração pública do setor saúde é fortemente fantasiosa a respeito das possibilidades de melhoria em relação ao desenvolvimento de seu trabalho, se fossem usados os “pressupostos da administração privada” no setor público. Os gerentes revelaram uma forte simpatia e credibilidade em relação à retirada dos entraves burocráticos da sua atividade gerencial e sua substituição por mecanismos próprios do setor privado.

Por certo, as representações dos atores sociais são sempre relativas a um determinado momento e contexto político-social. Elas não surgem do nada nem individualmente; por isto diz-se que elas são pertinentes aos atores sociais, num dado contexto. O PAS surge após intenso ataque através da mídia aos serviços públicos e aos servidores públicos, com início no governo Collor, perdurando neste final de século e permeando o ideário nacional. Os gerentes compartilham desse ideário, como qualquer outro ator social, pois encontram-se imersos no tecido social onde essas representações são produzidas.

Raciocínio análogo pode ser feito em relação à população. O PAS, no ideário coletivo, surge como uma possibilidade de que os serviços públicos sejam como se imagina ser o setor privado: sem fila de espera, com “carteirinha”, atendimento rápido e eficiente, bons médicos, ambiente limpo e bonito, disponibilidade de helicóptero, e acesso a qualquer tipo de exame laboratorial e a quaisquer medicamentos. Enfim, imagina-se “um plano de saúde público equivalente ao do setor privado”. Foi esta a representação que a população fez e acreditou que o PAS fosse oferecer na prestação de serviços.

Ao mesmo tempo, em âmbito nacional, a crise fiscal acelerando a proposta de mudança de modelo de Estado, passando este de executor para regulador, promove, junto com a mídia, a soldadura ideal para que este modelo se configure e tome forma adulta. Isto acontece, na prática, através de uma ação direta dos três poderes da república, respaldada em longos anos de persistente sucateamento dos serviços públicos.

O contexto da globalização, a reforma de Estado e a situação da saúde no plano municipal, marcada decisivamente pela presença do PAS, implantado a partir de dezembro de 1995 como expressão de um novo modelo gerencial adotado pelo Município de São Paulo são, como hipótese, as condições conjunturais, estruturais e ideológicas que circunstanciam este trabalho.

1.2 O Problema

A questão a ser examinada neste trabalho diz respeito a **como vem sendo e como poderiam ser encaminhados e equacionados os problemas de saúde do Município de São Paulo que devem ser enfrentados por meio de ações coletivas de saúde.**

A preocupação com o desenvolvimento das ações de saúde de natureza coletiva, no contexto dos problemas gerados pela implantação do novo modelo de gestão adotado no município de São Paulo, já havia se manifestado em trabalho desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP ⁽⁶⁴⁾ no qual eram feitos os seguintes questionamentos:

- ♦ A compatibilização de ações coletivas e de aderência aos programas de saúde ao pronto- atendimento massivo característico do PAS;
- ♦ O exercício de funções próprias e privativas do setor público.

Em trabalho anterior apresentado por este mesmo grupo de estudo⁽⁶³⁾ apontava-se que “uma questão de fundo do PAS é a sua dificuldade intrínseca de absorver demandas de saúde coletiva, uma vez que o objetivo das cooperativas, definido por Lei, restringe-se à prestação de atendimento médico,(...) Por fim, a lógica deste modelo parece comprometer os rumos da municipalização da Saúde e a efetiva implantação do SUS no Município de São Paulo”.

A preocupação em como estão sendo desenvolvidas estas ações, bem como o acompanhamento de programas cujo enfoque é de natureza coletiva, hoje após alguns

anos de implantação deste modelo, poderão trazer elementos que contribuirão para a implantação de novas formas de gerenciamento da rede de saúde.

Assim podemos enunciar nosso problema reiterando que ele diz respeito a **como devem ser encaminhados e equacionados os problemas de saúde que afetam o conjunto da população do município**, em especial aqueles de natureza complexa, como a dengue por exemplo, que envolvem para o seu desenvolvimento várias estruturas de atendimento ao cidadão, bem como várias secretarias.

1.3 Marcos Referenciais

O presente trabalho enfoca a questão da Saúde Coletiva no município de São Paulo, considerando como pano de fundo, em escala nacional, o Plano de Reforma do Aparelho de Estado- PRAE, em escala local, o Plano de Atendimento à Saúde – PAS e a própria questão da Saúde Coletiva.

Neste capítulo busca-se apresentar, detalhadamente, “panos de fundo” (e suas terminologias próprias) para que se possa perceber, com toda a clareza, seus efeitos sobre o estado atual das ações coletivas de saúde no município de São Paulo.

1.3.1 A Proposta de Reforma de Estado e de Aparelho de Estado⁽⁴³⁾

A implantação do PAS no município de São Paulo, nos anos de 1995 e 1996, ocorreu no contexto da proposta de Reforma Administrativa do Estado e do Aparelho de Estado brasileiro, ainda que não diretamente a ela relacionada ou em exata consonância com seus princípios.

Assim, busca-se explicar o momento da administração pública onde foi possível a discussão e implantação de um novo modelo gerencial para os serviços de saúde do município de São Paulo, apresentando um resumo dos principais pontos das Propostas de Emendas Constitucionais - PEC nº 173 e 174/95 ⁽⁶⁵⁾ bem como do documento denominado “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”. ⁽⁴³⁾

As PEC (173 e 174) foram elaboradas pelo Ministério da Administração Federal e Reforma de Estado - MARE tendo da discussão destas emendas, resultado o documento “Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado”, aprovado pela Câmara de Reforma de Estado, em setembro de 1995.

Um ponto a ser ressaltado neste contexto diz respeito ao principal objetivo da proposta de mudança constitucional que seria o de aumentar o poder de governabilidade do Estado. Segundo seus proponentes, “a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador deste desenvolvimento”⁽⁴³⁾.

A proposta de Reforma parte de duas premissas básicas:

- a constituição de 1988, devido ao engessamento burocrático que propiciou, contribuiu para a falência da administração pública no Brasil.

- a Administração Pública Brasileira acha-se, atualmente, preparada para ingressar na fase da administração do tipo gerencial tendo já ultrapassado as fases patrimonialista e burocrática, pressupondo a mudança de controles *a priori*, característicos da administração burocrática, por controles *a posteriori*, característicos da administração gerencial.

A proposta de reforma aponta para a necessidade urgente de modificação da Constituição de 1988, de mudança de forma de gerenciamento do aparelho de Estado e para a mudança do papel a ser desempenhado por este Estado que deverá ser forte, flexível e enxuto, assumindo como principais funções a regulação e o controle.

Conceitos básicos

O Plano Diretor de Reforma do Estado adota alguns conceitos básicos.

I- Estado- “...é o resultado político-social de um contrato social através do qual os homens cedem-lhe uma parte da liberdade para que o mesmo possa manter a ordem ou garantir os direitos de propriedade e a execução dos contratos” ⁽⁵⁷⁾.

II- Aparelho de Estado- conceito menos amplo do que o de Estado, o Aparelho de Estado é regido pelo direito administrativo e constitucional, enquanto o Estado é fonte, sancionador e garantidor desses e de todos os demais direitos.

O Aparelho de Estado é composto pelos Ministérios, com todas as suas unidades administrativas; pela Câmara e Senado e seus respectivos órgãos internos; pelo Tribunal de Contas; pelos tribunais, além de toda a administração indireta (fundações, autarquias, e empresas estatais). A composição do Aparelho de Estado ficará completa se acrescentarmos os quadros políticos dirigentes e os quadros da burocracia (tecnoburocratas, policiais e força militar) .

III- Setores de Estado - O Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado divide a administração pública em quatro núcleos:

- **Núcleo Estratégico**

Responsável pelas funções indelegáveis do Estado. Setor que planejaria e formularia as leis e as políticas públicas.

O núcleo estratégico seria constituído pelo presidente da República, pelos ministros de Estado, pela cúpula dos ministérios, pelos tribunais federais e pelo Ministério Público. Neste núcleo deveria ser mantida a administração do tipo burocrático, pois a efetividade tem mais relevância do que a eficiência.

- **Núcleo de atividades exclusivas**

Serviços em que o Estado exerceria o poder extroverso, isto é, “a capacidade de impor normas de conduta, o que se exemplifica na capacidade de legislar e tributar” ⁽⁶⁵⁾.

O núcleo de atividades exclusivas seria o responsável pela prestação de serviços públicos típicos e indelegáveis, genericamente classificados como de fiscalização e regulamentação. É onde o poder de legislar e tributar seria exercido. Estariam aí incluídos os serviços de previdência social básica, seguro desemprego, subsídios à educação básica e à saúde, a polícia, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, o serviço de emissão de passaportes, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente etc. É onde seria exercido o poder de regulamentação, fiscalização e fomento.

Esse núcleo realizaria as atividades que lhe corresponderiam de forma descentralizada, por meio de entidades denominadas **agências executivas**.

- **Serviços não exclusivos**

Corresponderiam ao setor onde o Estado atuaria simultaneamente com as outras instituições públicas não estatais ou privadas. Estariam incluídos a prestação de serviços na área de saúde, educação, pesquisa científica. São serviços que embora não envolvam o poder do Estado, este os realizaria ou subsidiaria devido à sua relevância para os direitos humanos.

Nesse núcleo a atividade deveria ser descentralizada através da criação das **organizações sociais**. O plano prevê a descentralização destas atividades, pois as organizações sociais seriam entidades de direito privado, de caráter público não estatal.

- **Produção de bens e serviços para o mercado**

Corresponderia à área de atuação das empresas que produzem serviços de infraestrutura, onde o Estado atuaria substitutivamente ao capital privado. Diz respeito às empresas que operam serviços públicos e/ou setores considerados estratégicos.

IV- Formas de propriedade.

Como formas de propriedade o plano define a propriedade estatal, a propriedade privada e uma terceira forma, denominada de propriedade pública não estatal.

A forma de propriedade do núcleo estratégico seria a estatal. Para atingir ao que se propõe, o núcleo estratégico usará para o desenvolvimento de suas atividades: instrumentos tradicionais - aprovação de leis, emissão de sentenças e acórdãos- e um novo instrumento que é o **contrato de gestão**. Através deste instrumento serão definidos: objetivos, metas e indicadores de desempenho a serem cumpridos pelas **agências executivas** (pertencentes ao núcleo de atividades exclusivas) e pelas **organizações sociais** (pertencentes ao núcleo de atividades não exclusivas do Estado).

As atividades exclusivas deverão ser desenvolvidas pelas **agências executivas** ou **autônomas**. Neste caso, apesar da forma de propriedade ser estatal, a forma de gerencia não é necessariamente a burocrática, pois o princípio básico é o da eficiência. Os dirigentes destas **agências** deverão ser nomeados pelo ministro, com o qual será

negociado o contrato de gestão. Serão definidos os objetivos e os indicadores de desempenho. O dirigente terá ampla autonomia gerencial (para gerir os recursos humanos - RH, pagamentos e deverá seguir somente princípios gerais de licitação).

Para o setor de atividades não exclusivas, a serem desenvolvidas pelas organizações sociais, a forma de propriedade é a pública não estatal, pois aí não é exercido o poder de Estado; mas também não pode ser considerada a propriedade privada, pois há necessidade, devido a relevância pública que estas atividades são revestidas, de coordenação ou de controle social. Deve ser controlada pelo Estado e pelo mercado.

No setor de bens e serviços para o mercado a forma de propriedade deverá ser a realizada pelo setor privado. A propriedade não é estatal porque aí não se exerce o poder de Estado e a forma de gerência deve ter como princípio básico a busca de eficiência.

Projetos especiais

O Plano Diretor da Reforma de Estado aborda também, a necessidade de implantação de alguns projetos básicos, que permitirão a implantação da administração pública do tipo gerencial. Os projetos definidos são:

I. Projeto de Avaliação Estrutural - examinará de forma global as estruturas públicas existentes.

Através do desenvolvimento deste projeto serão analisadas as estruturas públicas, avaliando as missões, as superposições estruturais, a inadequação de funções e as possibilidades de descentralização das estruturas. O objetivo é torná-las mais ágeis, modernas, eficientes e permeáveis à participação popular, possibilitando um melhor atendimento às suas reivindicações.

II. Projeto das Agências Autônomas - projeto destinado a transformação das autarquias e fundações, que exerçam atividades exclusivas do Estado, em agências autônomas.

No setor das atividades exclusivas, a forma de gerenciamento adotada deverá ser a gerencial, pois o importante é a qualidade e o custo dos serviços prestados e o princípio da eficiência (a busca da relação ótima entre a qualidade e custo dos serviços

colocados à disposição do público) passa a ser mais importante do que o princípio da efetividade. Neste caso, a administração deveria ser do tipo gerencial.

A reforma prevê que para a execução destes serviços as atividades seriam descentralizadas através criação de entidades, agências executivas ou agências autônomas. As agências executivas seriam constituídas a partir das autarquias e fundações existentes, onde seria caracterizado o poder extroverso do Estado. A administração deveriam ser do tipo gerencial, onde os gerentes deveriam ter ampliada a autonomia administrativa, financeira e orçamentária através dos contratos de gestão firmados com os núcleos estratégicos da administração. Os controles prévios seriam suprimidos, passando a entidade a submeter-se exclusivamente ao controle *a posteriori*.

III. Projeto das Organizações Sociais e Programa de Publicização

O programa de publicização é destinado aos serviços que devem ser subsidiados pelo Estado, mas que necessariamente não devem ser concebidos como de sua responsabilidade exclusiva. São serviços que não envolvem poder de Estado, mas devem ser subsidiados por ele. Estão incluídos neste programa os serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. O processo de publicização prevê a descentralização da execução destes serviços, para o setor público não estatal.

O programa pressupõe mecanismos de controle, através do poder público e do mercado. O poder público deve constituir controle social direto através de conselhos e o mercado deve exercer controle através da cobrança de serviços.

O Jornal do conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS⁽⁵⁴⁾, de agosto de 1997, comentando este processo coloca: “As organizações sociais aparecem como estratégia central na transição das atividades estatais para o terceiro setor- a sociedade. Trata-se de uma forma de propriedade pública, não estatal, constituída pela associações civis, sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e que estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. Qualificadas como organização social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros para administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida se obriga a celebrar um Contrato de Gestão por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público.”

A forma de gerenciamento adotada deve ter como princípio básico a busca da eficiência permitindo a administração dos RH e materiais que necessita trabalhar. Portanto, o pessoal à sua disposição deve ser contratado pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e as compras deverão estar subordinadas aos princípios da licitação pública.

Fazem parte deste setor: as universidades, os hospitais, os museus, os centros de pesquisa e as escolas técnicas .

1.3.2 O PAS : Novo Modelo de Gerenciamento do Setor Saúde

Diagnóstico da situação no momento da implantação

Os documentos analisados a respeito do contexto que motivou a implantação do PAS no Município de São Paulo fazem referência aos seguintes pontos, que dão base ao diagnóstico da situação ^(80, 81).

- a Constituição de 1988, ao criar o SUS, contemplou a universalidade do atendimento à saúde e a unificação dos serviços. Porém, a implantação do SUS no Município de São Paulo enfrentava problemas e a rede de serviços, nesta ocasião, funcionava de forma precária, apesar do aumento de verbas para o setor, melhoria nos sistemas de carreira e remuneração de pessoal, e de algumas experiências de gestão novas que haviam sido adotadas, como as parcerias com a Santa Casa, Escola Paulista de Medicina, etc. ¹
- havia uma nítida dissociação entre os objetivos do sistema e o dos que o operam.
- o poder público não mantinha controle e nem informação de como a operação do sistema estava sendo conduzida.
- os serviços públicos de saúde estavam dispostos em uma estrutura hierárquica muito rígida.
- de forma geral o sistema operava com muito desperdício e ineficiência.

---

¹ O primeiro documento do PAS propunha a criação de um "seguro-saúde". ⁽¹¹⁾

- os estudos feitos apontavam que os hospitais privados gastavam uma menor proporção de recursos com pessoal e se mantinham mais cuidadosos com suas finanças do que os hospitais públicos.

- o sistema público de saúde era reconhecido por manter uma ociosidade remunerada para os seus profissionais e por esta remuneração ser independente do desempenho individual, disto resultando uma degradação geral do nível de salário dos seus servidores .

O diagnóstico apontado leva a conclusão de que os paradigmas vigentes naquele momento conduziam a deterioração do sistema de saúde, o que levou a busca de um novo modelo de gestão .

O PAS surge, segundo seus autores, de estudos que apontavam para a necessidade de um modelo de gestão que favorecesse a busca da qualidade e da eficiência através da criação de um sistema de captação e distribuição de recursos de acordo com o desempenho, algo que até o momento inexistia nos serviços públicos.

O PAS: Modelo de Gestão Compartilhada

Entre as inúmeras opções de forma de gestão existentes para resolver as crises pelas quais passava o sistema de saúde municipal, a prefeitura adotou o Modelo de Gestão Compartilhada.

Segundo este modelo ⁽⁸⁰⁾, os serviços são executados mediante um convênio entre a Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP com as cooperativas de trabalho, em torno de um módulo regional. Mantém-se a propriedade e a gestão pública dos serviços, embora a execução seja terceirizada. "O patrimônio público significa que os ativos públicos não são vendidos, não são transferidos para a iniciativa privada, não há privatização, forma-se uma **parceria** entre o poder público estatal e o trabalho sob a forma de cooperativas." ⁽³⁷⁾ Diferencia-se, segundo seus autores, da **terceirização** porque o objetivo não é o lucro e da **privatização** porque os serviços continuam com as características de gestão pública.

O "Modelo de Gestão Compartilhada" é uma forma de associação entre o poder público e particulares, para a prestação de serviços públicos de natureza social." ⁽³⁷⁾. Este modelo, segundo seus proponentes, ^(80, 81) surge como uma forma alternativa aos

modelos tradicionais e introduz no setor público os princípios gerenciais típicos da iniciativa privada.²

A gestão de serviços será feita de forma compartilhada entre representantes da administração, cooperados e usuários (representantes da comunidade). Esta forma de gerenciamento estabelece uma nova relação do capital com o trabalho, na qual o patrimônio permanece estatal, permitindo que a parceria seja estabelecida através do trabalho dos cooperados. Os cooperados ficam “livres” da obrigatoriedade da contrapartida do capital, pois a responsabilidade do financiamento de serviços e a propriedade patrimonial permanecem a encargo do poder público.^(11,37)

Através de um convênio de cooperação entre o poder público e entidades privadas, o poder público entra com os **ativos**, isto é - com os imóveis, os equipamentos e materiais necessários- bem como com os recursos para **investimento e custeio** e as entidades privadas entram com os profissionais organizados em **cooperativas**.

O patrimônio público não pode ser vendido ou transferido para a iniciativa privada. Deve ser firmado um convênio entre o Estado e a entidade privada, que mantenha a gestão pública ficando estabelecida a concessão de uso do patrimônio discriminado para tal fim.

Segundo os autores, esta forma de gestão concilia objetivos próprios do setor público com a introdução de princípios característicos da administração privada: os objetivos do setor público seriam a gratuidade e a universalidade dos serviços prestados à população e os do setor privado seriam o surgimento de comportamentos mais ativos por parte dos prestadores de serviços, os quais seriam reforçados através de mecanismos de autogestão e de remuneração associada ao desempenho. Ficam estabelecidos como princípios gerenciais o compromisso com as atividades-fim (e não com a burocracia, como é o compromisso atual), economia administrativa (objetivando o equilíbrio econômico e não o lucro) e remuneração por mérito (baseada em resultados e produção efetiva).

A estrutura de monitoramento e controle para este modelo de gestão baseia-se na autogestão e substitui os chamados “controles burocráticos”. Os mecanismos previstos

---

² Não fica claro no documentos como será exercida a gestão compartilhada, pois os documentos sugerem a contratação de entidades especializadas para realizarem este gerenciamento. ⁽¹¹⁾

no convênio baseiam-se na adoção da **satisfação do usuário**, que deve ser avaliada através de pesquisa realizada por instituição credenciada. Também devem ser estabelecidos **parâmetros e indicadores** com a finalidade de avaliar e acompanhar os serviços prestados, medidas estas que devem fazer parte da assinatura do convênio. O acompanhamento do desempenho dos serviços também deverá ser feito por instituição credenciada.

Outra forma de monitoramento e controle previsto para estes serviços é a fiscalização continuada por parte do poder **público e da comunidade**. A comunidade deve controlar os serviços através de órgãos gestores, constituídos por representantes de usuários oriundos da comunidade.

O PAS : sua implantação na Prefeitura Municipal de S. Paulo

O PAS foi autorizado por lei a prestar atendimento à saúde a partir da promulgação da Lei nº 11866 de 13/9/95^(legislação 92).

“A partir da promulgação da lei e das primeiras providências para a implantação do PAS, medidas e notícias tornam clara a disposição de continuidade do programa”.⁽⁶³⁾ Nota-se a implantação sucessiva dos Módulos de Saúde no período de dezembro de 1995 a julho de 1996. Em 16/12/95 é implantado o Módulo 8 de Atendimento à Saúde, na região de Pirituba- Perús^(legislação 57), em 16/1/96 o Módulo 1, na região Centro de S. Paulo^(legislação 66). Sucessivamente, a partir desta data foram implantados os Módulos 10 - Campo Limpo^(legislação 67) - e Módulo 5^(legislação 78) em 17/4/96, os Módulos 3^(legislação 68), 4^(legislação 69) e 6^(legislação 70), respectivamente- Ipiranga/Sapopemba, Móoca/V. Matilde, São Miguel Paulista/Itaim Paulista em 3/5/96, o Módulo 7^(legislação 71) e 2^(legislação 72) - Santana e Butantã/Lapa, em 24/5/96 e os Módulos 14^(legislação 73), 15^(legislação 74), 12^(legislação 75), 11^(legislação 76) e 9^(legislação 77) respectivamente- Ermelino Matarazo/ Tatuapé, Penha/ Jabaquara/, Brasilândia, Cachoeirinha/ e Santo Amaro, em 14/6/96.

A organização da atenção à saúde da Secretaria Municipal que até então era estruturada em rede, através de Administrações Regionais de Saúde - ARS, passa a assumir a organização estrutural de Módulos de Saúde. A partir deste momento a forma de gerenciamento e a própria divisão territorial são modificadas. As ARS tem suas funções restringidas.

A figura 1 mostra a organização territorial da ARS.

FIGURA 1- MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DIVISÃO POR ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE - ARS - 1999

fonte CEPI- SMS/SP

A figura 2 mostra a organização territorial dos Módulos:

FIGURA 2- MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DIVISÃO POR MÓDULOS- 1999

fonte CEPI- SMS/SP

A figura jurídica utilizada para a organização dos Módulos Regionais foi o

convênio. ^(legislação 65) Foi assinado para cada região um convênio entre a prefeitura e os profissionais reunidos nas cooperativas- COOPERMED e COOPERPAS.

O convênio estabelece na cláusula 2^o as obrigações da Prefeitura e dos Cooperados. Através deste convênio a Prefeitura fica obrigada a fornecer instalações, equipamentos, a transferir recursos financeiros bem como fiscalizar e controlar a prestação de serviços. Os Cooperados têm como obrigação prestar serviços de natureza preventiva, assistência médica ambulatorial e hospitalar à população. Obrigam-se também a guardar e manter os bens cedidos através de permissão de uso pela Prefeitura.

Os termos de convênio entre a Prefeitura e as cooperativas estabelecem em sua cláusula 3^o os seguintes conceitos básicos³ ^(legislação 65) .

Módulo de atendimento - conjunto constituído pelas unidades da Secretaria Municipal de Saúde, definidas nos Decreto n^o 35.736 de 6 de dezembro de 1995 e pelos Cooperados associados e integrados pelos representantes das partes.

COOPERPAS - cooperativa formada por profissionais da saúde de nível superior, à qual caberá desenvolver atividades de apoio aos cooperados responsáveis pela execução das atividades de atendimento à saúde no Módulo de Atendimento e pela movimentação dos recursos financeiros e recursos materiais alocados no Módulo de Atendimento.

COOPERMED - cooperativa formada por profissionais da saúde de nível médio e básico, à qual caberá realizar atividades de apoio a seus cooperados;

Em sua clausula 6^o o convênio estabelece as fontes de recursos necessários a operacionalização do PAS: os recursos serão provenientes do orçamento e do Fundo Municipal de Saúde - FUMDES. Estes recursos serão repassados aos Módulos de Atendimento afim de serem movimentados pela COOPERPAS, em parcelas mensais, seguindo o plano de metas anteriormente aprovado. A COOPERPAS deve prestar contas à Prefeitura no mês seguinte a aplicação dos recursos.

Para a operacionalização do convênio, foi firmado e assinado pelas partes (Prefeitura e Cooperativas) um regulamento onde são discriminadas as seguintes dimensões: área territorial (área de abrangência do Módulo); área de gestão (define os

---

³ ressalte-se que as definições abaixo constam dos documentos oficiais ⁽⁵⁷⁾

representantes do Conselho de Gestão, escolha do Presidente do Conselho e estabelece regras para o seu funcionamento); área operacional (estabelece regras para prestação dos serviços na região); área física (define a incorporação aos Módulos das Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios Especializados, Pronto Socorros, Hospitais e Centros de Convivência e área financeira (define a destinação de todos os recursos orçamentários e receitas previstas no convênio).

À medida que os Módulos de Saúde foram sendo implantados, com a delimitação de áreas geográficas de sua responsabilidade, e estabelecido o convênio entre as partes, os serviços passaram a ser geridos pelas cooperativas. A cooperativa composta por profissionais de nível superior contratou uma segunda cooperativa, constituída por profissionais de nível médio. Preferencialmente, os postos de trabalho foram oferecidos aos servidores públicos; após a pouca adesão por parte das diferentes categorias, estes postos foram oferecidos a outros profissionais oriundos do mercado, que passaram a constituir uma nova cooperativa, a COOPERPLUS.

Para aderir à cooperativa os servidores precisaram obter, junto à Prefeitura do Município de S. Paulo, licença, de seus respectivos cargos públicos, com prejuízo de seus vencimentos e sem prejuízo das demais vantagens (tempo de aposentadoria, disponibilidade, acesso, evolução funcional, promoção) enquanto perdurasse o referido convênio. No caso da rescisão ou do término do convênio, o servidor poderia, a qualquer momento, retornar ao vínculo original, como servidor público. Os cooperados passaram a ser remunerados com base na prestação de serviços e a ter participação nas eventuais sobras na operação das cooperativas.

1.4 Marcos conceituais

1.4.1 A Saúde Coletiva

A década de 80 pode ser caracterizada por uma nova ordem mundial inspirada no neoliberalismo e por um expressivo avanço da tecnologia, o que, na área da saúde, provoca, entre outras consequências, uma intensa fragilização no que diz respeito ao enfrentamento dos problemas de saúde de caráter coletivo. Em especial, países de

economia dependente, que optaram por um modelo de **estado mínimo** e que tem feito cortes sucessivos de gastos públicos em nome do chamado ajuste fiscal, acabam comprometendo, seriamente, o âmbito institucional conhecido como **saúde pública**.

Presencia-se uma inegável crise da saúde pública, sendo necessária, para sua superação, a mobilização de novos paradigmas bem como a construção de novos marcos teóricos e conceituais que reconfigurem o campo social da saúde, incorporando novos corpos doutrinários estruturadores de um campo científico e de um âmbito de práticas.

É importante destacarmos, neste contexto, que as expressões **medicina social, saúde pública e saúde coletiva**, apesar de portadoras de significados específicos, coexistem, sendo utilizadas indiscriminadamente. “Em geral, a conotação veiculada pela instância “Saúde Pública” costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas “necessidade sociais de saúde”.⁽⁷⁾

"Saúde Coletiva implica em levar em conta a diversidade e especificidades dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo. E, que, não necessariamente, passam pelas instâncias governamentais ditas responsáveis diretas pela saúde pública." ⁽⁷⁾

“Medicina Social/Preventiva/Comunitária” tende a indicar uma área disciplinar/acadêmica que estudaria o adoecer para além de sua dimensão biológica. Na verdade, em linhas gerais, está voltada para abordá-la ao nível de determinantes sócio/político/econômico/ideológicos.” ⁽⁷⁾

Porém, “particularmente no Brasil, e de forma crescente em outros países da região, vem se utilizando o termo Saúde Coletiva. Este tenta superar a medicalização e o contraste público-privado, ressaltando a temática da saúde em seu caráter coletivo. Não sendo redutível o social ao coletivo, tampouco esta expressão tem podido resolver totalmente a insuficiência das denominações em questão (...) intuitivamente, as três expressões referem-se a uma mesma realidade de reunião (coletivo), de “associação (social), de “coisa comum” (público).” ⁽⁵²⁾

A América Latina, há 20 anos, tem tentado sistematizar a construção desse

marco conceitual de saúde coletiva “situando mais particularmente as suas potencialidades de constituição de um conhecimento transdisciplinar”.⁽⁵⁵⁾

No Brasil, o campo da saúde coletiva começa a se estruturar a partir da década de 80 e surge após a fase denominada de pré-saúde coletiva que se estendeu dos anos 50 aos anos 80 onde se desenvolveram o projeto preventivista e a medicina social.

Segundo Nunes, mais do que conformada pelo somatório dos diversos programas das instituições formadoras que carregavam seus referenciais preventivistas, de medicina social e de saúde pública, a saúde coletiva passa a se estruturar como um campo de saber e de prática. O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa idéia que vai se fortalecendo na medida em que encontra nas prática teóricas o solo que a fundamenta⁽⁵¹⁾. Assim, para o autor, a saúde coletiva pode ser vista como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica.

A saúde coletiva fundamenta-se na interdisciplinaridade como uma forma que possibilita a construção de um conhecimento ampliado na área de saúde e também na multiprofissionalidade, para o enfrentamento da diversidade interna ao saber /fazer das práticas sanitárias. “A saúde coletiva, no plano concreto dos conteúdos a serem transmitidos necessita atualmente pensar no geral e no específico. Ou seja, sem perder o núcleo central que a legitima e a distingue como área de saber, de reflexão e crítica do social/coletivo- estar atenta para a formação de determinadas áreas de concentração.

Não fugindo da sua vocação, a saúde coletiva - constituída nos limites do biológico e do social - ainda continua a ter pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico como sincrônico da história”.⁽⁵¹⁾

A emergência de um campo que se designou como saúde coletiva permite a “identificação de pontos de encontro com movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja como campo científico, seja como âmbito de práticas e mesmo como atividade profissional. As propostas de consolidação do campo da saúde como forma de superação da chamada crise da saúde pública podem (desta forma) significar uma oportunidade para incorporar o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado” em uma nova perspectiva paradigmática aumentando assim as metas de Saúde para Todos

mediante políticas públicas saudáveis, através de maior participação da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e morte.”⁽⁵⁵⁾

Sob esta perspectiva pode-se entender a saúde coletiva como campo científico (no sentido adotado por Bordieu), “onde se produzem saberes e conhecimento acerca do objeto “saúde” e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde”.⁽⁵⁵⁾

Segundo Almeida Filho e Paim⁽⁵⁵⁾ propor a saúde coletiva como campo científico implica em estabelecer alguns pontos de reflexão. Torna-se assim necessário distinguir se se trata de um **novo campo** ou de um **novo paradigma** dentro do campo da saúde pública. É preciso discriminar ainda que saberes dão suporte a este campo e quais as práticas dos atores sociais derivadas destes saberes. É também necessário distinguir os obstáculos ao desenvolvimento científico deste campo, sejam eles de natureza epistemológica ou relativos às práxis do atores sociais envolvidos (deve-se levar em conta fatores como a reorganização dos processos produtivos, a sociedade de informação, a Reforma do Estado, bem como a sua nova forma de se relacionar com a sociedade).

Segundo Almeida Filho e Paim⁽⁵⁵⁾, os trabalhos atuais apontam a saúde coletiva como um campo interdisciplinar (cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde e como disciplinas complementares a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, e as ciências biomédicas básicas) e não propriamente como uma disciplina científica, muito menos como uma ciência ou especialidade médica.

A delimitação do campo da saúde coletiva, que deve ainda ser provisória, decorre dos diálogos anteriores com a saúde pública e com a medicina social. “Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde /doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição de doenças na sociedade como processos de produção e de reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade

identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. (...) Enquanto campo de práticas, a saúde coletiva abrange um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde.”⁽⁵⁵⁾

A saúde coletiva pode ainda ser entendida como “ um conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência”. ⁽⁵⁵⁾

Atualmente a saúde coletiva se consolida como campo científico e âmbito de práticas e não deve ser considerada como um novo paradigma científico. As crises da saúde (científica, econômica, social e política) devem ser consideradas como um desafio para que a saúde coletiva se articular aos novos paradigmas da saúde para o século XXI.

Sendo a saúde o objeto privilegiado, segundo Almeida Filho & Paim⁽⁵⁵⁾ sua reconfiguração deverá alimentar uma nova práxis, que supere a mera produção e incorporação de tecnologia. Deve-se, assim, ir além da prática preventiva preditiva, de pobres efeitos, em busca de uma saúde coletiva capaz de propor visões, formas, figuras e cenários. O objeto saúde coletiva passa assim a ser concebido como um objeto totalizado e complexo: **integrais de saúde- enfermidade- cuidado**, segundo o autor.

1.4.2 A Promoção de Saúde ^(16,90,3)

A percepção de esgotamento do modelo de atenção à saúde centrado nos processos de assistência individual e curativa, privilegiando o atendimento hospitalar, passa a ser frequente entre as autoridades do setor saúde. Por outro lado, torna-se senso comum de que "a saúde é resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos."⁽¹⁶⁾

A necessidade de buscar um novo paradigma mais abrangente, superando a concepção clínico assistencial para o processo saúde - doença nas sociedades, tornou-

se um consenso entre os que militam ou de alguma forma se relacionam com o setor saúde.

Nesse sentido, a Promoção da Saúde surge como um paradigma alternativo e que tem sido concebido como uma das estratégias capazes de enfrentar os inúmeros problemas de saúde que têm afetado as coletividades neste final de século.

Adotando um conceito amplo do processo de saúde-doença, bem como de seus determinantes, propõe a "articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para (o) enfrentamento e resolução"⁽³⁾ dos principais problemas de saúde de uma comunidade ou sociedade.

O termo Promoção de Saúde foi inicialmente usado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell & Clark, 1965). Atualmente passa a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. Trabalha com a ideia de **responsabilização múltipla**, tanto de problemas como de soluções propostas. O termo está associado a um conjunto de **valores** (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria) e **combinação de estratégias** (ações do Estado, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias entre setores). A Promoção de Saúde caracteriza-se pela **integralidade** no entendimento dos problemas e na resposta adotada para os mesmos.

Esta nova proposta sustenta-se no pressuposto de que a "saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo em padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades ou "*empowerment*".⁽³⁾

Resultado da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, a Carta de Ottawa conceitua Promoção da Saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da

qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".⁽¹⁶⁾ A carta lista, entre outras, como condição fundamental para a saúde, a **equidade**. Estende a responsabilidade pela promoção à ação coordenada do governo, setor saúde, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias, Organizações Não Governamentais - ONGs, autoridades locais, indústria e mídia.

A Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

A formulação e implementação de políticas públicas saudáveis foi o tema da conferência de Adelaide, Austrália, em 1988. Ficou definido nesta conferência que "as políticas públicas caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas de políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população."⁽³⁾

O conceito de Promoção da Saúde imprime à expressão políticas públicas saudáveis o sentido de que estas políticas públicas deveriam ser julgadas e legitimadas segundo seus efeitos sobre as populações. Parte-se, portanto, de uma postura proativa que pretende induzir que as políticas públicas produzam saúde. Busca-se desta forma ultrapassar os conceitos de ações ambientais de saúde pública tradicionais para atingir uma abordagem mais complexa, compreendendo uma formulação inovadora do conceito de saúde e de Estado, modificando seu papel diante da sociedade e assim estabelecendo uma nova política pública.

Esta nova concepção de saúde a identifica com bem estar e qualidade de vida. A saúde não é mais concebida de forma estática, passando a ser compreendida como socialmente produzida. Não se procura somente diminuir o risco de doenças mas também e acima de tudo aumentar as chances de vida e para tanto há necessidade de

intervenções multi e intersetoriais sobre os determinantes do processo saúde/enfermidade.

Pretende-se que o Estado, nesta nova concepção, estabeleça seu compromisso com o interesse público e com o bem comum, o que implica um esforço em **definir** e **fazer** o precisa ser feito. Neste contexto é necessário superar a idéia de que as políticas públicas devam ser de iniciativa exclusiva do aparelho estatal. Ao contrário devem ser elaboradas em fóruns que contem com a participação da sociedade civil. Desta forma representam uma adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre Estado e sociedade.

"As políticas públicas são formuladas pelo poder público e executadas pelos serviços públicos ou, por delegação do Estado, por organizações privadas, sob regulação e controle público. (...) Entretanto, as políticas de saúde são o resultado de diferentes projetos que, por sua vez emergem de diferentes atores sociais, grupos, classes ou frações de classes. Assim, cada projeto ou proposta política não representa (...)um projeto terminado, senão sujeito a negociações e a luta política em diversas arenas e cenários. "(3)

As políticas públicas saudáveis têm seu fundamento na interdisciplinariedade e usam como ferramenta operacional a intersetorialidade. Para tanto necessita produzir pactos com parceiros de outros setores tanto governamentais como de outras comunidades.

A intersetorialidade procura superar a visão fragmentada na formulação das políticas públicas, pois adota a perspectiva global para a análise da questão saúde e não somente do setor saúde. Para tanto é necessário que se adote um postura de análise para a questão de saúde que incorpore o maior número possível de conhecimentos integrados de várias áreas com a área da saúde (educação, meio ambiente, transporte, energia, agricultura e também contexto socio-econômico, político, geográfico e cultural). Pretende-se com isto obter conhecimentos sobre antecedentes, valores que levaram a formulação de determinada política e também, sobre o impacto que cada política setorial tem sobre a saúde de dada população.

A intersetorialidade pode ser vista sob várias perspectivas. A perspectiva **desde fora** reconhece a importância das diferentes políticas públicas de saúde e impactos

sobre a saúde da população em termos globais. A perspectiva **desde dentro** reconhece as indagações sobre o envolvimento de políticas extra-setoriais sobre cada problema de saúde em dado território. No primeiro caso procura-se uma visão das políticas públicas em geral e seus efeitos sobre a situação global ou sobre algum aspecto em particular. No segundo caso, analisa-se um problema e verifica-se o papel que têm os diferentes setores na sua determinação e solução, aferindo-se políticas, medidas e intervenções.

Faz também parte da Promoção de Saúde a criação de ambientes favoráveis à saúde. Notamos, conforme os diferentes processos de desenvolvimento econômico adotados, diferentes impactos no meio ambiente. Os países mais desenvolvidos têm modelos baseados em economia de escala e que dependem da produção de produtos, bens e serviços. Nos países menos desenvolvidos, a economia de base agrária depende, em grande parte, da exploração de recursos naturais. As consequências sobre o meio ambiente dependem da adoção de um ou outro modelo. Assim, os desequilíbrios do meio ambiente estão diretamente vinculados aos modelos de desenvolvimento tanto econômico quanto social adotado.

No primeiro caso, a dos países mais desenvolvidos, devido aos elevados padrões de consumo, as grandes quantidades de energia requerida comprometem os recursos atmosféricos, e, no segundo caso, levam à contaminação dos recursos hídricos e ao esgotamento dos solos.

"A promoção de saúde propõe-se a estabelecer laços entre a questão da saúde e as questões do desenvolvimento humano sustentável e, mais amplamente, do ambiente, através da estratégia da criação de ambientes favoráveis a saúde." ⁽³⁾ O termo ambiente é concebido não só no seu aspecto físico, mas também na sua dimensão social, econômica e cultural e é nesta dimensão ampliada de ambiente que a promoção prevê a criação de ambientes favoráveis.

A proteção ao meio ambiente e a conservação dos recursos naturais são aspectos importantes e devem fazer parte das estratégias de promoção de saúde.

O tema reforço da ação comunitária tem tido destaque em vários encontros internacionais sobre promoção da saúde. Desde a carta de Ottawa é preconizada a capacitação da comunidade para a participação. A promoção da saúde deve trabalhar "através de ações comunitárias efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada

de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria da saúde."⁽¹⁶⁾

Tanto a declaração de Adelaide como a carta de Ottawa falam que "a ação comunitária é um ponto central na promoção de políticas públicas saudáveis, pelas quais as comunidades buscam a posse e o controle dos seus próprios esforços e destinos. " ⁽³⁾ Para tanto é necessário que as comunidades tenham um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizagem para os assuntos de saúde , bem como o apoio financeiro necessário.

A promoção da saúde também recoloca um papel importante para o campo da educação em saúde, quando aborda o tema desenvolvimento de habilidades pessoais, com o objetivo de aumentar as potencialidades dos indivíduos.

Este processo deve ser feito através da divulgação de informações, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Pretende-se desta forma, que as comunidades ampliem sua capacidade de exercer controle sobre a sua própria saúde e sobre o meio ambiente, sendo capazes de realizar escolhas que as beneficiem. Sob este ponto de vista a promoção de saúde pode ser reconceitualizada, como na carta de Ottawa, como o processo de facilitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo a luta para o controle deste processo.

Sempre que se fala sobre este tema utiliza-se o conceito de **resiliência**. Este termo pode ser definido como "a capacidade de indivíduos e sistemas (grupos e comunidades) enfrentar com sucesso adversidades ou riscos significativos. Esta capacidade muda no tempo, é reforçada por fatores de proteção disponíveis para os indivíduos, sistemas e ambiente, e contribui para a manutenção da saúde"⁽³⁾. Desta forma é de grande importância a identificação de características resilientes de indivíduos e famílias ou comunidades, que possam contribuir para programas e práticas de promoção de saúde.

Outro ponto a ser considerado é que, para o desenvolvimento de habilidades para a saúde, é essencial a elaboração de processos de capacitação de pessoas e de grupos comunitários para o enfrentamento das diversas fases da existência e também para as doenças que as possam afligir.

Em relação ao tema da reorientação dos serviços de saúde a promoção da saúde tem como objetivo afirmar-se como espaço da saúde e não exclusivamente da atenção à doença. Isto implica na construção de uma nova concepção do processo saúde-doença, e também em uma mudança de paradigma e prática sanitária.

Este novo paradigma e as novas práticas sanitárias atingem os campos políticos, ideológicos e cognitivo-tecnológico. **Político**, na medida em que os diferentes atores sociais produzem diferentes projetos que para tornarem-se hegemônicos necessitam acumular capital político; **ideológico**, porque para a estruturação dos serviços de saúde será feita uma opção por uma nova concepção do processo saúde-doença e por um novo paradigma sanitário que levará a mudança cultural; **cognitivo-tecnológica** pois exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas que tem como base o novo projeto social da saúde.

Para a construção deste novo sistema de saúde conta-se com três categorias fundamentais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária.

A **concepção do processo saúde doença** diz respeito a mudanças no conjunto de crenças vigente. Modelos explicativos mais contemporâneos do processo saúde-doença articulam quatro dimensões: biologia humana, estilo de vida, meio ambiente e serviços de saúde. As concepções de saúde são desta forma mais globalizantes e articulam condições de vida à de saúde. A saúde passa a ser vista como resultado de um processo de produção social que significa a condição de existência das pessoas, tanto do ponto de vista individual como coletivo, pressupondo também o acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

A **mudança paradigmática** pressupõe a passagem do paradigma flexneriano para o paradigma da produção social da saúde. O modelo flexneriano tem por conceito de saúde a ausência de doenças e a resposta social é organizada sob a forma de prática de atenção médica. Pretende-se portanto oferecer a maior quantidade possível de serviços de saúde à população. Porém esta lógica termina por não ter respaldo empírico pois, mais serviços médicos não têm, necessariamente, uma correlação direta com mais saúde e também, equidade de atenção médica não garante equidade em saúde. Como coloca Chiesa ⁽¹⁰⁾: "tal perspectiva (a equidade a partir do acesso aos serviços de saúde)

restringe o âmbito de atuação do setor saúde, sendo necessário a ampliação do conceito para a ação intersetorial, fundamental para atuar sobre os determinantes das condições de vida que geram os problema de saúde (...) (Assim sendo), o foco central de uma política de ação em equidade e saúde deveria ser a redução ou eliminação dos problemas cujas causas são consideradas evitáveis e que se referem à injustiça social . Neste sentido, a perspectiva norteadora é a de ampliar as condições para tornar iguais as oportunidades, reduzindo ao máximo as influências da desigualdade decorrentes da inserção social"

O paradigma flexneriano tem como conceito de saúde a ausência de doenças e fundamenta-se no biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. O paradigma da produção social da saúde fundamenta-se na crença de que, salvo a natureza intocada, tudo que existe é produto da ação humana na sociedade. Assim a produção social da saúde "permite a ruptura com a idéia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. O que significa necessariamente inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinariedade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade." ⁽³⁾

A **prática sanitária** pode ser definida como a forma que uma sociedade estrutura as respostas sociais diante dos problemas de saúde encontrados, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário que for hegemônico.

Nesse sentido, o novo modelo de prática sanitária pressupõe o conceito de vigilância à saúde, na medida em que esta vigilância "não é uma mera articulação entre as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, pois envolve operações não médicas sobre os determinantes dos problemas de saúde. É uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde ... (A vigilância à saúde) organiza os processos de trabalho em saúde através de operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa (...) para sua construção, necessita estar fincada em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade." ⁽³⁾

1.5 Objetivos

Objetivo Geral:

Investigar o impacto da globalização, do interesse público versus individual, da implantação do PAS no município de São Paulo, sobre as ações de saúde de interesse coletivo, no plano municipal.

Objetivos específicos:

- analisar o arcabouço legal brasileiro referente à saúde como objeto de interesse coletivo;
- descrever os principais serviços de saúde coletiva existentes no Município de São Paulo;
- descrever e analisar os papéis específicos e as interrelações entre os diferentes setores e os diferentes atores institucionais envolvidos na prestação de serviços de saúde de natureza individual e coletiva à população do município, com base em um estudo de caso, o do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* - PEAA, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo;
- contribuir para a redefinição do papel e das funções do Estado no campo da saúde, enquanto garantidor do interesse coletivo.

1.6 Metodologia

A complexidade do estudo e o alcance dos objetivos requerem o uso de várias estratégias e instrumentos metodológicos, a seguir descritos.

1.6.1 Pesquisa bibliográfica e documental

A pesquisa bibliográfica é utilizada para que se possa embasar as afirmações, teorias, históricos, dados e fatos explicitados. A pesquisa em fontes oficiais identificará a base legal das ações de saúde coletiva e dos serviços de saúde coletiva existentes no Município de São Paulo. A pesquisa em fontes documentais ⁴ será também amplamente utilizada no estudo de caso do Plano de Erradicação do vetor *Aedes aegypti*. Serão levantados arquivos e relatórios das diversas estruturas municipais da área da saúde envolvidas neste estudo de caso, como o Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação - CEPI e o Centro de Controle de Zoonoses - CCZ. Serão investigados também os relatórios oriundos das estruturas estaduais da área da saúde, como o Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE e a Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN. Para o estudo do Plano de Erradicação do Vetor *Aedes aegypti* no Brasil será necessária a consulta aos documentos federais (apostilas, memorandos, relatórios e outros documentos oficiais) da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e outras publicações referentes ao assunto do Ministério da Saúde - MS.

A descrição dos serviços, a ser desenvolvida no capítulo 3, será feita por meio de consulta nos Diários Oficiais da União, do Estado e Município, para os textos legais (decretos, leis, portarias). Também será utilizada a busca em outros documentos oficiais como publicações, textos mimeografados e trabalhos internos das Secretarias onde é possível encontrar a informação desejada.

Este caráter oficial das fontes é importante, para indicar que pesquisa não será feita através da observação direta do funcionamento deste serviços. Isto implica em que a

---

⁴ segundo Gil A. C. ⁽¹⁷⁾ "...a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico...como documentos de arquivos de órgãos públicos, memorandos, ofícios...relatórios, tabelas... etc"

efetiva estrutura de funcionamento dos serviços pode diferir da descrita. Com efeito, é sabido que algumas atividades são desenvolvidas, de fato, antes que a estrutura oficial descreva ou, ao contrário um serviço passa a ser extinto na prática antes que a estrutura oficial seja atualizada. Outras vezes uma estrutura aparece legalmente descrita com atribuições diferentes que se verifica na realidade.

1.6.2 Pesquisa na Internet

A pesquisa em *sites* de órgãos oficiais da Internet permitem identificar a estrutura e funcionamento de serviços de saúde coletiva existentes no Município de São Paulo. Em alguns casos, observou-se discrepância entre as informações nos *sites* da internet e a estrutura legal em textos oficiais. Nestes casos optou-se pela estrutura apresentada na internet, pois acredita-se ser a forma real de funcionamento de uma dada instituição ou serviço.

Utilizou-se também os *sites* do Ministério da Saúde, da FUNASA, da Organização Mundial da Saúde - OMS e outros, para apoio técnico e teórico às questões relativas ao PEAA e para o estudo do comportamento do vetor e da doença dengue.

1.6.3 Estudo de caso

Tendo em vista a dimensão do trabalho proposto, foi feito um recorte da realidade, através de um estudo de caso⁵ que denominamos " Um caso de ação coletiva no município de São Paulo: a implantação do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* - PEAA, através do qual se buscará relacionar as questões maiores do trabalho.

A escolha deste estudo de caso baseou-se no fato deste problema ser considerado exemplar para o campo da saúde coletiva, por sua natureza multissetorial, extravasando o campo estrito do setor saúde, envolvendo setores diversos como as áreas de vigilância ambiental e epidemiológica, além de outros setores como educação, saneamento, assistência social, guarda civil metropolitana, áreas administrativas, e a

---

⁵ Gil. A.C. ⁽¹⁷⁾, Estudo de caso- "...caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento..."

sociedade civil como um todo. A análise deste estudo de caso possibilita examinar como a Prefeitura do Município de São Paulo tem equacionado e operado o campo da saúde coletiva no período de março de 1998 a abril de 1999.

1.6.4 Análise qualitativa

Para a efetivação do estudo de caso, foram realizadas pesquisa bibliográfica, análise de documentos técnicos referentes a este agravo, análise dos bancos de dados de notificação compulsória, e entrevistas com gerentes municipais e outros atores envolvidos na temática em tela.

Os resultados da análise dos depoimentos foram conseguidos através da utilização do **DSC- Discurso do Sujeito Coletivo**^{(40) (41)}, metodologia que foi escolhida por permitir o resgate do estoque de representações que se tem, sobre um dado tema em um dado universo.

É uma técnica desenvolvida, de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa. Como a técnica é recente e portanto ainda desconhecida para maioria dos pesquisadores, será apresentado um breve resumo do artigo DSC Passo a Passo⁽⁴¹⁾, que traz uma descrição dos instrumentos metodológicos e dos passos utilizados para a construção do “Discurso do Sujeito Coletivo - DSC”.

O método de construção do sujeito coletivo - DSC

A matéria prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar de um dado conjunto de sujeitos sobre um dado tema, pensar este que deve ter a dimensão de um discurso, que pode ser composto seja da fala de cidadãos comuns ou de especialistas, seja de matéria jornalística. Quando o DSC é obtido sob a forma de entrevistas, estas são preferencialmente baseadas em roteiros semi - estruturados.

Após a transcrição das entrevistas, passa-se a análise do conteúdo das “falas dos sujeitos entrevistados”. Esta análise é feita com o auxílio das seguintes figuras metodológicas: expressão chave, idéia central, ancoragem e discurso do sujeito coletivo.

- **Expressão Chave (ECH)**

São pedaços, trechos ou segmentos contínuos ou descontínuos do discurso e que revelam a essência do discurso ou da teoria subjacente.

- **Idéia central (IC)**

É um nome ou uma expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética possível, o sentido e o tema de cada um dos discursos analisados. É a síntese do discurso proferido ou a síntese de um grupo de discursos homogêneos produzidos por vários sujeitos.

- **Ancoragem (AC)**

É a expressão de de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

- **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**

É a reunião em um só discurso-síntese homogêneo as expressões chave que tem as mesma idéias centrais ou as mesmas ancoragens.

- **Tabulação de dados**

Para a tabulação dos dados deve-se, na proposta do DSC, seguir, na ordem, os seguintes passos:

a. ler algumas vezes o conjunto das respostas a uma questão ou artigo de jornal, ou a matéria da revista etc;

b. ler cada resposta em particular sublinhando as ECH;

c. identificar a ou as IC de cada resposta, artigo etc.

d. analisar todas as IC/ECH buscando agrupar as semelhantes em conjuntos homogêneos. Em alguns casos pode haver um só grande conjunto;

e. identificar e nomear a IC ou AC do conjunto homogêneo (que é uma síntese das IC ou AC de cada discurso);

f. construir o ou os DSCs de cada quadro obtido na etapa <e>;

g. atribuir um nome ou identificação a cada um dos DSCs;

h. para construir um DSC é preciso "discursivar" ou sequenciar as ECH obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular.

A ligação entre as partes do discurso ou parágrafos deve ser feita através da introdução de conectivos como: assim, então, logo, enfim etc. Deve-se também

eliminar os particularismos de sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas, etc., processo que chamamos desparticularização.

Deve-se igualmente eliminar as repetições de idéias, mas não da mesma idéia quando expressa de modos ou com palavras ou expressões distintas ainda que semelhantes.

Neste trabalho não serão analisadas as ancoragens proferidas pelos nossos sujeitos, portanto os DSC apresentados referem-se a síntese discursiva das expressões chave das idéias centrais dos depoimentos dos vários sujeitos entrevistados.

CAPÍTULO 2

SAÚDE COLETIVA

2.1 Saúde e Cidadania na Pós Modernidade ⁽⁶⁾

A preocupação em controlar as doenças transmissíveis, prover a coletividade com água e alimentos de boa qualidade e controlar o ambiente físico, através do saneamento do meio, podem ser verificados ao longo de boa parte da história da humanidade.

De acordo com Rosen (1994)⁽⁶²⁾ não é recente a necessidade que o ser humano tem de resolver problemas de saúde de uma dada coletividade, assim como pensar em soluções que possam servir ao conjunto das pessoas que habitam um determinado território.

Situando o problema no momento contemporâneo, tempo em que se situa o presente trabalho, pode-se colocar que o mundo, nas últimas três décadas do século XX, foi objeto de transformações de tal envergadura que podemos dizer que estamos em uma nova etapa da história. No campo da economia e da política, este processo de transformações tem sido designado genericamente de *globalização* e no campo das ciências e da cultura, de *pós-modernidade*.

A crise da modernidade, que deu lugar à pos-modernidade, segundo Carvalho ⁽⁶⁾, tem sido atribuída ao esgotamento do iluminismo como matriz da cultura moderna. Outros autores como Beck ⁽⁵³⁾ falam de duas modernidades, tendo a primeira delas entrado em crise para dar lugar a uma segunda modernidade, a pós- modernidade. A crise da primeira modernidade se referiria, segundo este autor, à colocação em xeque dos quatro pilares que a sustentariam enquanto sociedades do *wellfare state*: a predominância dos estados nacionais, a identidade coletiva de classes ou grupos étnicos a partir de uma cultura homogênea e religiosa, a idéia do pleno emprego e “a idéia de uma natureza incessantemente explorável como pressuposto do crescimento econômico contínuo”⁽⁵³⁾.

As transformações do mundo contemporâneo podem ser identificadas através de processos como a fragmentação geográfica e social do processo de trabalho, a terceirização, o isolamento da classe da trabalhadora, a precarização das relações de trabalho dentre outros fatores.

O campo da saúde tem sido altamente impactado em decorrência destas transformações, tanto em relação ao seu objeto, que é o processo de saúde- doença dos indivíduos e das coletividades, como em relação ao seu instrumental teórico metodológico. O discurso sanitário, hoje, encontra-se em crise, bem como as práticas dele resultantes, por não estarem ambos sendo capazes de compreender e atender às complexidade do quadro epidemiológico e sanitário deste final de século.

Trabalhos como os de Alan Denver, na Geórgia, EUA, em 1976, indicaram a necessidade de se estabelecer novas bases conceituais com vistas a guiar a intervenção no processo de saúde-doença,⁽⁶⁾ explicitando os nexos causais com os fatores e processos da modernidade. Utilizando em seus estudos a noção de **campo de saúde** como alternativa à explicação microbiológica/ ecológica, mostrou Denver que a saúde é determinada por fatores que se agrupam em quatro categorias: biologia humana, ambiente, estilos de vida e serviços de saúde. A seguir, relacionou as principais causas de morte com estas quatro categorias, estabelecendo a contribuição de cada componente para a mortalidade geral da população. Os resultados mostraram que o fatores que mais contribuíam para a mortalidade eram em primeiro lugar o estilo de vida (43%), a seguir, a biologia humana (27%), ambiente (19%) e em último lugar os serviços de saúde com (11%). Apesar disso seus estudos revelam que os recursos utilizados para os mesmos componentes encontravam-se distribuídos em razão inversa: eram gastos para o estilo de vida (1.2%), biologia (7%), ambiente (1.5%) e serviços (91%).

Os avanços da tecno-ciência na modernidade têm preservado e prolongado a vida humana. Como consequência deste processo, emerge uma nova realidade sanitária. Se por um lado aumenta o número de eventos mórbidos de natureza crônico-degenerativa decorrentes do processo natural de envelhecimento a que um numero cada vez maior de pessoas está submetida, por outro, há um “aumento da exposição aos fatores e situações patogênicas típicos das vertiginosas transformações sociais e culturais ocorridas na sociedade humana na modernidade, fortemente marcadas pela (oni)presença da tecno-ciência, industrialização, urbanização.”⁽⁵³⁾, violência, droga, distúrbios mentais, contato ou consumo de produtos químicos e físicos, enfim, pelos produtos da civilização moderna.

As categorias apontadas por Denver como estilo de vida e ambiente agrupam o que se chama de efeitos mórbidos da civilização, que hoje não podem mais ser reduzidos a simples agentes causais, por terem se tornado um “complexo mórbido” onde causas e efeitos se entrelaçam. Como coloca Carvalho, “alimentação, stress, poluição, esgarçamento social (sociopatias), violência, sedentarismo apresentam-se como ingredientes indissociáveis dos marcos culturais e sociais onde se inscrevem. Mais do que fatores de risco trata-se de situações complexas onde o risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões- biológica, social e cultural. Nem esse complexo é externo ao indivíduo, de modo que ele possa se proteger dos fatores de risco nele contido, nem o indivíduo é mero portador de uma normatividade vital ou biológica a protegê-lo contra agressões externas”⁽⁶⁾.

Continua o autor, afirmando que, “na verdade, o quadro epidemiológico atual exige um modelo explicativo e terapêutico que pense os indivíduos diante da doença e da morte como o que de fato são: sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e de sua intervenção, fruto de sua competência reformadora da vida natural, à qual deverão recorrer para enfrentar os desafios ora postos. Tais desafios não se situam mais somente no enfrentamento dos riscos de adoecer e morrer, mas sim em (con) viver com o mal-estar e as limitações cotidianas impostas pelos novos agravos. Em outros termos, importa cada vez mais não apenas a duração ou a quantidade de vida, mas a maneira como ela é vivida, ou seja sua qualidade”.⁽⁶⁾

Um dos marcos de renovação conceitual e metodológica no campo da saúde pública foi a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em 1986, no Canadá, que originou a Carta de Ottawa. O conceito de Promoção de Saúde passa a ser adotado como a espinha dorsal da Nova Saúde Pública e a ser definido em termos de políticas e estratégias.

A Carta de Ottawa considera as limitações do modelo de base médica e mostra como nova direção um modelo mais amplo e complexo que considera como fatores determinantes de saúde, os ambientais, sociais, políticos, econômicos, comportamentais, biológicos e médicos”⁽⁶⁾. A Carta de Ottawa marca a contribuição dos outros setores para a área da saúde, a importância dos ambientes físicos e sociais, o papel que a

comunidade pode desempenhar nas ações sanitárias, bem como, a necessidade de reorientação dos serviços de saúde. O paradigma de Promoção da Saúde surge como uma forma de superação do modelo clínico de organização das práticas de saúde.

Em 1988, na Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foi conceituado o tema Políticas Públicas Favoráveis à Saúde.

Nos últimos dez anos o movimento de Promoção de Saúde vem ganhando força, com a realização de mais conferências internacionais, inclusive na América Latina, reforçando suas bases conceituais e renovando suas propostas práticas.

Apesar de todas as incertezas e conflitos que caracterizam o presente da saúde e da saúde coletiva, permanecem os ideais que sempre as caracterizaram. Nesse sentido, a proposta de **Políticas Públicas Saudáveis** pode contribuir para fixar um campo de reflexões e práticas que aponte para a renovação da saúde pública, não como (mais) um modelo operacional de política, “ mas como um campo de referências conceituais e empíricas, ainda em construção para preservar aquilo que foi seu significativo histórico, embora nem sempre explícito: a idéia da saúde como um bem público” ⁽⁴²⁾.

Problemas como o controle da Dengue, por exemplo, que envolvem ações coletivas de saúde, podem, em princípio, ser melhor equacionados se forem pensados sob a ótica da Promoção de Saúde, que aponta para uma uma visão mais integradora que sempre leva em conta os entornos saudáveis, as instituições promotoras de saúde envolvidas, a participação da cidadania e a intersetorialidade.

2.2 Saúde Coletiva no Brasil e em São Paulo: Aspectos Legais

No que diz respeito à saúde coletiva, são examinados neste capítulo os documentos legais brasileiros mais importantes, como a Constituição Federal ⁽²⁸⁾, a Lei Orgânica 8080 ⁽⁴⁵⁾, a Constituição do Estado de São Paulo ⁽²⁸⁾, e o Código de Saúde do Estado de São Paulo ⁽²⁷⁾, buscando-se destacar os pontos que mais diretamente poderiam ser considerados manifestações de um pensamento de saúde coletiva.

Como preliminar, salienta-se, conforme coloca Dallari,⁽¹³⁾ que o Estado contemporâneo transcende seu papel tradicional de controlador da sociedade, que desempenhava por meio da legislação e da atividade de polícia e acrescenta a esta função a de implementação de políticas públicas. Destaca-se ainda que, segundo a autora, “a Constituição é um documento político que transforma em lei os objetivos da sociedade, inclusive organizando-a, para alcançá-los ” ⁽¹³⁾, o que faz com que a primeira coisa a ser levada em conta seja a busca da compreensão dos valores sociais que foram definidos na Lei Maior.

A Constituição de 1988 reflete acima de tudo, em sua seção saúde, senão a realidade, pelo menos a representação de uma sociedade civil organizada, reivindicando por um sistema de saúde universal, descentralizado e participativo, que transcenda as suas funções tradicionais de prestador de assistência médica, transformando-se em um sistema capaz de dar conta da questão da saúde em sua dimensão ampliada.

O mesmo pode-se afirmar em relação à Lei nº 8080 de 19/9/1990 que, “...tem por escopo o endereçamento de medidas indispensáveis à reformulação do sistema de saúde no País, além de ir ao encontro dos reclamos da população brasileira quanto à melhoria de suas condições de saúde... (sendo) elaborada não apenas para cumprir o comando institucional mas, ... principalmente, para indicar os caminhos e viabilizar os mecanismos para a consecução do grande objetivo, historicamente perseguido, de uma transformação profunda no perfil de saúde exibido pela União ” ⁽⁴⁵⁾.

No Código de Saúde do Estado de São Paulo, instituído através da Lei complementar nº 791 de 9 de março de 1995, "o direito à saúde é concebido como afirmação da cidadania, como processo humanizador, de libertação e de construção da democracia, processo este condicionado ao desenvolvimento social e ao bem estar coletivo... Trata-se da primeira lei a reconhecer, no âmbito da saúde, o princípio da responsabilidade objetiva, consagrado de forma ampla na Constituição Federal"⁽¹⁹⁾.

A visão de saúde como um direito do cidadão surge de maneira explícita com a Constituição de 1988. ⁽²⁾ "Assim, a saúde é reconhecida como direito social (C. F. art.6) de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País (C.F. art.196 c.c.art.5) e, para sua garantia, imposta literalmente como "dever do Estado" ... ⁽¹²⁾

Ressalte-se que em seu artigo 196 Seção II, Da Saúde ⁽²⁸⁾, a Constituição de 1988 determina que o direito à saúde seja garantido mediante a realização de políticas sociais e econômicas e ao acesso universal às ações e serviços destinados à sua recuperação, promoção e proteção. O conceito de saúde adotado é, pois, amplo, já que o texto legal não considera somente a ausência de doenças mas, também, o bem estar, derivado de políticas públicas.

Assim, no que tange à saúde coletiva, a Carta Magna em seu no artigo 196, ao estabelecer a saúde como um direito de todos e um dever fundamental do Estado; ao definir que este direito será garantido mediante políticas sociais e econômicas que tenham como propósito a redução do risco de doença e de outros agravos e ao garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde da população brasileira, deixa claro seu compromisso com o caráter coletivo que deve nortear as ações e serviços de saúde.

O mesmo pode-se dizer da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que, no artigo 2, parágrafo primeiro, determina como dever do Estado garantir a saúde através de políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças, bem como de outros agravos. Obedecendo à mesma lógica, no artigo 3, este documento legal define os fatores determinantes e condicionantes da saúde de forma ampla, levando em conta o meio ambiente, a moradia, o saneamento básico, a renda, a educação, o lazer, o transporte. O legislador deixa assim claro a importância dos fatores de natureza coletiva que influenciam diretamente a saúde da população, não sendo esta, em momento algum, confundida com atenção e assistência médica de caráter individual. No parágrafo único do mesmo artigo, a lei amplia estas condições acrescentando "as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social" ⁽²⁸⁾.

Na Constituição do Estado de São Paulo de 1989 verifica-se a mesma intenção de privilegiar as ações de saúde de caráter coletivo em seu artigo 219, na seção saúde, parágrafo único, quando se explicita que o Poder Público Estadual e Municipal garantirão a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Na alínea 1, fala-se que o direito a saúde será garantido mediante "políticas sociais, econômicas e ambientais que visem o bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade

e à redução do risco de doenças e outros agravos"⁽²⁸⁾. Nas alíneas 2 e 3 é garantido o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde bem como, o de obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde tanto individual quanto coletiva. Na alínea 4 o legislador refere-se ao direito do atendimento integral que deve ser dado aos cidadãos, abrangendo a promoção, prevenção e recuperação da saúde. O mesmo pode ser observado na Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigo 213, incisos I e III.

Seguindo a mesma linha, no Código de Saúde do Estado de São Paulo em seu Título I, da Saúde como Direito Social, artigo 2, a saúde é entendida como condição essencial da liberdade individual e da igualdade de todos perante a lei. É reconhecido o direito à saúde como inerente à pessoa humana. O Código também pressupõe, em seu artigo 3, que o estado de saúde é expresso na qualidade de vida com condições dignas de trabalho, alimentação, educação, moradia, saneamento, transporte e lazer.

A noção de integralidade da assistência, definida pela Lei nº 8080 em seu artigo 7 como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, deixando clara a amplitude de atenção à saúde pretendida, não se restringindo a assistência médica individualizada, aparece como um importante indicador do caráter coletivo das ações de saúde. A mesma noção é incorporada pela Constituição Estadual no artigo 222, que trata das diretrizes e bases para a organização das ações e serviços de saúde.

Marcas desta visão coletiva das ações de saúde aparecem, por outro lado, na Constituição Federal - e também na legislação estadual, na Lei nº 8080 e no Código de Saúde - dela decorrentes, ao explicitar as atribuições do Sistema Único de Saúde. Assim, a Constituição Federal, no seu artigo 200, incisos II, IV, VI, VII e VIII, discrimina, entre outras atribuições do SUS, as atividades de execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica; de saúde do trabalhador; a participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; a fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e água para o consumo humano; o controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicotrópicos e radioativos e a colaboração na proteção do meio ambiente.⁽⁴⁵⁾

Na Lei nº 8080 esta idéia fica perfeitamente clara observando-se o conceito de vigilância sanitária que o legislador adotou - " um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde" ⁽²⁸⁾. O mesmo pode-se dizer em relação ao conceito de vigilância epidemiológica adotado pelo legislador: " um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos", e em relação a definição de saúde do trabalhador: " conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como ... à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições do trabalho". ⁽²⁸⁾

Em relação à saúde do trabalhador a Constituição no artigo 200, inciso VIII estabelece como atribuição do SUS colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. No artigo 6 da Lei nº 8080, parágrafo terceiro, o legislador tem a preocupação de definir a abrangência das ações de vigilância, promoção e proteção à saúde dos trabalhadores. Assim fazem parte deste conjunto, a avaliação do impacto que as tecnologias causam à saúde; as avaliações ambientais e exames de saúde, respeitados os preceitos da ética profissional. É também considerada a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a participação das entidades sindicais e a garantia dos sindicatos dos trabalhadores, de requerer ao órgão competente a interdição das condições que geram o risco à saúde dos trabalhadores (seja uma máquina, um setor ou todo o ambiente de trabalho).

O artigo 229 da Constituição Estadual, indo ao encontro destas preocupações de caráter coletivo da saúde do trabalhador, determina a competência da autoridade estadual para proceder à avaliação das fontes de risco no ambiente ao trabalho e determinar a adoção das devidas providências para que cessem os motivos que lhe deram causa. O parágrafo primeiro garante ao sindicato de trabalhadores ou ao representante por ele designado, requerer a interdição de máquina, setor de serviço ou mesmo de todo ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente para a

vida ou a saúde dos empregados. O parágrafo segundo dá garantias ao empregado de interromper suas atividades, sem prejuízo de qualquer de seus direitos, até que o risco seja eliminado. O parágrafo quarto assegura a participação dos sindicatos de trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas no local de trabalho.

O Código de Saúde do Estado de São Paulo "possui uma seção que trata especificamente dos trabalhadores de saúde prevendo a formação e o aperfeiçoamento da equipe multiprofissional. A política salarial e o plano de carreiras, de cargos e salários dos servidores(...); a complexidade de atribuições; o local e as condições de trabalho; os riscos inerentes às atividades e o incentivo à qualidade dos serviços prestados, ao aprimoramento contínuo e à permanência do servidor no SUS..."⁽¹⁹⁾.

A Lei nº 8080 artigo 12, novamente deixa clara o caráter amplo e coletivo da definição de saúde adotada, quando menciona as Comissões Intersetoriais, que são integradas pelos Ministérios e órgãos competentes, bem como, por entidades representativas da sociedade civil e que têm a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja área de execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS. O artigo 13 refere-se à articulação das políticas e programas que deverão estar a encargo destas Comissões, que abrangerão as atividades, entre outras, de alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiológica, bem como de ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.

Da mesma maneira que as legislações examinadas anteriormente, o Código de Saúde do Estado de São Paulo ⁽²⁷⁾, adota um conceito de saúde amplo, envolvendo além da assistência médica, outras ações de caráter coletivo e preventivo. Esta concepção já está explícita no artigo 1, quando o legislador determina que o Código estabelece normas de ordem pública e social para a promoção, defesa e recuperação da saúde. O parágrafo primeiro, do mesmo artigo, define isto com maior clareza ao dizer que “as ações e os serviços de saúde compreendem, isoladamente e no seu conjunto, as iniciativas do Poder Público que tenham por objetivo a promoção, defesa e recuperação da saúde, individual ou coletiva, e serão desenvolvidos pelo Poder Público com o apoio e a vigilância da sociedade, a quem cabe também propor qualquer medida sanitária de interesse coletivo”. ⁽²⁷⁾

O legislador define saúde de forma ampla, envolvendo um conjunto de ações que não se restringem à mera assistência à saúde e envolve para isto diversos setores e seguimentos que compõe a sociedade.

2.2.1 O arcabouço jurídico-político das ações coletivas do Brasil

Nas legislações analisadas pode-se concluir que a dimensão coletiva da saúde é largamente contemplada. Reconhece-se, porém, que a questão é complexa e que, sem alguma cautela, tudo pode ser considerado coletivo. Por exemplo, quando um indivíduo estiver sendo atendido em um consultório por um clínico geral, estará recebendo uma atenção de caráter meramente individual e, no entanto, para que essa atenção fosse efetivada, houve a necessidade de um processo de reflexão coletiva por parte dos gerentes que, anteriormente a esta consulta, fizeram um planejamento com base epidemiológica e consideraram a população como um todo, nos riscos a que estavam expostas e outros aspectos que se fizeram necessários ao desenvolvimento deste processo.

Pode-se considerar que na prática do SUS, as ações de natureza coletiva e individual sejam mescladas. O conceito de integralidade, por exemplo, torna o universo conceitual difícil de ser separado em ações claramente individuais ou coletivas.

Tendo em vista a amplitude da dimensão coletiva no plano legal e levando em conta, ademais, a indefinição e mesmo uma certa liberalidade da parte dos estudiosos e especialistas na conceituação de saúde coletiva, é crucial a necessidade de recortarmos nosso objeto, com a finalidade de podermos estudá-lo de modo mais pertinente.

Assim sendo, considera-se como especificamente coletivas aquelas ações que atingem várias pessoas ou populações ao mesmo tempo. Estariam aí incluídas ações de saneamento como o tratamento da água, esgoto, lixo, bem como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, de controle de vetores e de roedores.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE COLETIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ESTRUTURA DE SERVIÇOS

3.1- Caracterização do Município de São Paulo

O Município de São Paulo ocupa uma área total de 1.509 km² e apresenta população de 9.917.842 habitantes.⁶

A Capital de São Paulo faz limite com os seguintes municípios: Caieiras, Cotia, Diadema, Embú, Embu – Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapeceira da Serra, Itaquaquecetuba, Mairiporã, Mauá, Osasco, Poá, Santana do Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Taboão da Serra.

FIGURA 3- O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E A REGIÃO METROPOLITANA

FONTE: SEMPLA/PRODAM 1999

⁶ Fonte de dados: Assessoria de Planejamento/SMS/ ASPLAN-1998

O município de São Paulo é dividido em 96 Distritos Administrativos- DA, onde se inserem parques, bairros e vilas.

FIGURA 4 - DISTRITOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO

FONTE: SEMPLA/PRODAM- 1999

O município de São Paulo conta com serviços no seu território, que estão agrupados por tipos de ações coletivas de Saneamento, Abastecimento, Meio Ambiente e Saúde, efetuadas por vários órgãos e unidades do próprio município e de outros níveis de governo.

Considerando que para este trabalho ações coletivas de saúde são as que atingem várias pessoas ou populações ao mesmo tempo, é preciso que se acrescente uma descrição detalhada das organizações correspondente dos serviços de saúde de natureza coletiva existentes no território da capital de São Paulo.

Os serviços, ações e órgãos que serão descritos neste capítulo podem ser observados no quadro apresentado a seguir:

**QUADRO 1- AÇÕES COLETIVAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:
ESTRUTURA DE SERVIÇOS- 1999**

AÇÕES COLETIVAS	SECRETARIA	SERVIÇOS
1-Saneamento	• Secretaria Estadual de Recursos Hídricos • Secretaria Municipal de Serviços e Obras	• DAEE -Departamento de Águas e Energia Elétrica • SABESP- Companhia de Saneamento Básico • LIMPURB- Departamento de Limpeza Urbana
2- Abastecimento	• Secretaria Municipal de Abastecimento	• DIMSP- Departamento de Inspeção de Alimentos 1. Serviço de Fiscalização Sanitária-Súdica 2. Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento 3. Divisão Técnica de Laboratório de Controle de Alimentos 4. Divisão de Epidemiologia e Estatística 5. Seção Técnica de Controle das Doenças Transmitidas por Alimentos • Psiu - Programa de Silêncio Urbano

3- Meio Ambiente	• Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis- IBAMA- (Federal) • Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo • Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental- CETESB- (Estadual) • Instituto Biológico(Estadual) • Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente- SVMA	• Coordenadoria de Proteção dos Recursos Naturais- CPRN • Coordenadoria de Planejamento Ambiental-CPLA • Coordenadoria de Educação Ambiental-CEAM • Coordenadoria de Informações Técnicas, Documentação e Pesquisa Ambiental -CINP • Conselho Estadual do Meio Ambiente - CONSEMA • Departamento de Parques e Áreas Verdes - DEPAVE • Departamento de Controle da Qualidade Ambiental - DECONT • Departamento de Educação Ambiental e Planejamento- DEAPLA Conselho Municipal de Meio Ambiente- CADES
4- Saúde	• Secretaria Estadual da Saúde- SES	• Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo 1. DIR 1 a 5. • Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa 1. Instituto Adolfo Lutz, 2. Centro de Vigilância Epidemiológica, 3. Centro de Vigilância Sanitária 4. Instituto Butantan 5. Instituto Emílio Ribas 6. FESIMA 7. SUCEN - Superintendência do Controle de Endemias

	Secretaria Municipal da Saúde	• Coordenadoria Geral do PAS • Coordenadoria das Administrações Regionais 1. ARS 1 a 10 • Coordenadoria das Ações de Saúde 1. COAS - Centro para a Organização da Atenção à Saúde 2. CEPI - Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação 3. CCZ - Centro de Controlle de Zoonoses 4. PRO - AIM

3.2- Condições de Saneamento Básico ⁽³⁵⁾

Até o final do século XIX os serviços de água e esgoto de São Paulo foram administrados por empresas privadas. Em 1893 o governo toma a seu encargo a Companhia Cantareira e cria a Repartição de Águas e Esgotos - RAE. A partir desta data os serviços passam a ser administrados pelos municípios.

Em 1954 foi criado o Departamento de Águas e Esgotos - DAE, autarquia estadual que administrava os serviços dos municípios de São Paulo, Guarulhos, São Caetano, Santo André e São Bernardo do Campo. Em 1968 foi criada a Companhia Metropolitana de Água de São Paulo - COMASP, também do Governo do Estado.

A Companhia Metropolitana de Saneamento de São Paulo - SANESP e o Fomento Estadual de Saneamento Básico - FESB foram criadas em 1970. Em 1973 fundiram-se as empresas e autarquias existentes, que cuidavam do abastecimento de água e coleta de esgotos, em uma única empresa, a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP.

A SABESP a partir desta data passa a ser a concessionária de água e esgoto de 364 municípios paulistas.

3.2.1 Secretaria de Recursos Hídricos, Saneamento e Obras do Estado de São Paulo ⁽²⁰⁾

A Secretaria de Recursos Hídricos é responsável pelo planejamento e execução das políticas estaduais de recursos hídricos e de saneamento básico em todo o Estado de São Paulo.

Esta secretaria surge da necessidade de se ter um gerenciamento integrado de recursos hídricos, principalmente devido ao processo de deterioração destes recursos, bem como do aprofundamento dos conflitos existentes entre os setores de usuários das águas, o que levou à necessidade de se estabelecer discussões sobre o futuro e o gerenciamento das mesmas. Assim, o Decreto estadual nº 27.576 de 1987 cria o Conselho Estadual de Recursos Hídricos - CRH, ^(legislação 79) com a finalidade de propor a Política de Governo para os Recursos Hídricos do Estado de São Paulo e também de elaborar o Plano Estadual de Recursos Hídricos – PERH.

O CRH e os Comitês de Bacia Hidrográfica devem ter participação paritária do Estado, Municípios e Sociedade Civil. Os Planos Estaduais devem ser aprovados por lei pela Assembléia Legislativa.

Em 1989 a Constituição Estadual estabelece a instituição do Sistema Integrado de Gerenciamento dos Recursos Hídricos - SIGRH, que congrega órgãos estaduais, municipais e sociedade civil. A Lei nº 7663 de 1991 ^(legislação 80), que regulamentou a Constituição Estadual estabelece diretrizes para a atualização periódica, instrumentos e princípios da Política Estadual de Recursos Hídricos.

Como princípios da Política Estadual de Recursos Hídricos a Lei nº 7663 ^(legislação 80) estabelece:

- O gerenciamento integrado, descentralizado e participativo;
- A adoção da bacia hidrográfica como unidade físico territorial de planejamento;
- Reconhecimento do recurso hídrico como um bem público de valor econômico, cuja utilização deve ser cobrada;

- Compatibilização do gerenciamento de recursos hídricos com o desenvolvimento regional e com a proteção do meio ambiente.

A Secretaria de Recursos Hídricos possui vários órgãos vinculados. Estão nesta situação, o Departamento de Águas e Energia Elétrica - DAEE, a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP e a Companhia Paulista de Obras e Serviços - CPOS.

A CPOS é também uma empresa de economia mista. Presta, como empresa de consultoria, serviços técnicos de engenharia e de desenvolvimento patrimonial a órgãos da Administração Pública (estadual e municipal).

Departamento de Águas e Energia Elétrica-DAEE

O DAEE é uma autarquia vinculada à Secretaria de Recursos Hídricos, Saneamento e Obras do Estado de São Paulo.

Compete ao DAEE a responsabilidade de estabelecer a política de utilização e gerenciamento dos recursos hídricos no território paulista, visando ao desenvolvimento integral das bacias hidrográficas. No âmbito do Sistema Integrado de Gerenciamento dos Recursos Hídricos - SIGRH, cabe ao DAEE apoiar o Conselho Estadual de Recursos Hídricos - CRH e participar do Comitê Coordenador do Plano Estadual de Recursos hídricos - CORHI. Além dessas atribuições o DAEE é um dos órgãos responsáveis pela outorga dos recursos hídricos do Estado de São Paulo.

Esta competência é derivada da Constituição Federal, em seu artigo 26⁽¹⁾, que inclui entre os bens do Estado, as águas superficiais, subterrâneas, fluentes, emergentes e em depósitos. A Constituição Estadual, nos artigos 205 a 213, capítulo IV, dispõe sobre o estabelecimento de medidas para a utilização racional dos recursos hídricos, objetivando seu aproveitamento, defesa e proteção. Os artigos 9º e 10º da Lei Estadual nº 7663,^(legislação 80) de 30/12/91 estabelecem que qualquer empreendimento que demande da utilização ou interferência nos recursos hídricos, a execução de obras ou serviços que alterem o seu regime, qualidade ou quantidade, derivação e uso dos mesmos, assim como o lançamento de afluentes dependerá de outorga. Finalmente o artigo 7º das disposições transitórias da referida lei, estabelece que a outorga é de competência do

DAEE.⁽²⁰⁾

As obras de maior porte realizadas pelo DAEE concentram-se na região Metropolitana de São Paulo, na bacia do Alto do Tietê com a finalidade de combate às enchentes e ampliação do abastecimento de água para a região.

Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP

A SABESP é uma empresa de economia mista e concessionária de serviços sanitários municipais. Tem como atividade fim planejar, executar e operar sistemas de água potável, esgotos e efluentes industriais. Tem também como atribuição a prestação de consultoria sobre empreendimentos de saneamento a vários estados brasileiros e a outros países da América Latina.

O ^{anexo 1} nos mostra a população para o Estado de São Paulo em milhões de habitantes atendida pela SABESP. De 1994 a 1998 a população de 16,2 milhões de habitantes passou para 18,7 milhões a ser servida de água potável. A rede de esgotos passou de 11,9 milhões a 15 milhões de habitantes atendidos. Também para o Estado o número de ligações de água passou de 4 milhões em 1994 para 4,9 milhões em 1998. Em relação a rede de esgotos, em 1994 com 2,7 milhões de ligações, passou para 3,5 milhões em 1998. (^{anexo 2})

A SABESP opera, no sistema integrado da Região Metropolitana de São Paulo, oito sistemas produtores de água. O Sistema Cantareira é o maior, com uma produção de 33 mil litros de água por segundo. Nos limites da Serra do Mar encontramos outro sistema, o Guarapiranga com uma capacidade de 9,6 mil litros por segundo, acrescidos de 700 litros por segundo, provenientes da reversão das cabeceiras do Rio Capivari. Nesta mesma área está o Sistema Rio Grande, com uma produção de 4,2 mil litros por segundo. A leste encontram-se as nascentes que compõe o Sistema Alto Tietê. A disponibilidade total deste sistema é de 5,2 mil litros por segundo. A oeste encontramos o Sistema produtor de Cotia.

Para eliminar o rodízio no abastecimento de água foi criado o Programa Metropolitano de Água (obras de produção, adução, reservação e distribuição de água).

O abastecimento de água do município de São Paulo é realizado pela SABESP. A rede de abastecimento municipal atinge, em 1997, 16.641,04 km com 2.059.576 ligações e 3.205.430 economias (unidades habitacionais atendidas por uma mesma ligação). Este dado eleva-se em 1999 para respectivamente 2.110.911 ligações e 2.873.365 economias. A extensão da rede em 1997 era de 12.933,50 km.^(anexo 3)

Rede Coletora de Esgoto e Tratamento

A SABESP é também a entidade responsável pela coleta e tratamento de esgoto no município de São Paulo.

A rede de esgotos do município de São Paulo, contava em 1997 com 1.591.796 ligações e 2.568.940 “economias”. Este dado eleva-se em 1999 para respectivamente 1.701.694 ligações e 2.364.396 economias. A extensão da rede em 1997 era de 12.933,50 km.^(anexo 3)

A estimativa é de que 30% do esgoto coletado receba tratamento adequado, estando previsto um acréscimo deste percentual a partir de 1998 devido as obras do Projeto Tietê, que já estão em andamento.

O Projeto Tietê tem como objetivo, segundo seus idealizadores, romper o círculo vicioso das doenças transmitidas pela água. Além disso, também segundo seus idealizadores, o tratamento de esgotos permite a recuperação ambiental.

Para a Grande São Paulo houve ampliação da rede coletora, do número de ligações domiciliares e da capacidade de tratamento no período de 1994 a 1998. A grande São Paulo passa a ter a capacidade de tratamento de 18 mil litros de esgoto por segundo. Isto permite a melhoria significativa nas condições ambientais dos cursos de água em São Paulo. O Projeto Tietê permitiu a retirada de 4 mil litros de esgoto por segundo do rio Pinheiros.

3.2.2 - Coleta e Destino Final do Lixo

Atualmente os habitantes de São Paulo produzem, em média, 13.000 toneladas de lixo domiciliar e 5.000 toneladas de entulho diariamente ⁽⁶⁹⁾, que devem ser

coletados, tratados e destinados em locais adequados, que são cada vez mais escassos.

Dados de 1996 do Departamento de Limpeza Urbana - LIMPURB, ^(anexo 4), mostram a produção anual de resíduos, em toneladas, provenientes de :

- **lixo domiciliar**- 3.245.428,310 ton., com uma média mensal de 270.452,359 ton.
- **varrição**- 404.546,425 ton., com uma média mensal de 33.712,202 ton.
- **unidades de saúde**- 54.793,370 ton.com uma média mensal de 4.566,114 ton.
- **unidades industriais**-315.888,790 ton., com uma média mensal de 26.324,066 ton.
- **entulho**- 2.310.995,203ton., com uma média mensal de 192.582,934 ton.
- **diversos**- 390.201,630 ton., com uma média mensal de 32.516,803 ton.
- **total geral de resíduos sólidos produzidos em 1996**- 6.721.853,728 ton., com uma média mensal de 560.154,477 ton.

A administração municipal é responsável pela coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos, segundo a Lei nº 10.315- artigo 3 ^(legislação 58): domiciliares; gerados em estabelecimentos comerciais (até 100 litros/ dia); gerados em serviços de saúde, tanto os públicos como privados; do tipo entulho, terra e sobras de materiais de construção (até 50kg/por domicílio/dia); depositados clandestinamente nas vias e terrenos públicos; como restos de móveis, de colchões, de utensílios, de mudanças e outros similares, em pedaços, (que fiquem contidos em recipientes de até 100 litros); e animais mortos de pequeno porte.

Os serviços de Limpeza Urbana desenvolvem as seguintes atividades: coleta e transporte dos resíduos domiciliares; limpeza dos logradouros públicos, coleta e transporte dos resíduos; transbordos dos resíduos dos veículos coletores para carretas; triagem, compostagem e reciclagem da parcela orgânica; incineração de resíduos de serviços de saúde; destino final em aterros sanitários.

Para a limpeza de logradouros públicos são realizadas uma série de atividades determinados pela Lei nº 10.315/87-artigo 4 ^(legislação 58): varrição das ruas e praças;

pintura de meios-fios; capinação e roçagem; lavagem de ruas e calçadas; limpeza de túneis, escadarias, passagens, vielas, abrigos, monumentos, cabines de telefones públicos e sanitários públicos; limpeza de feiras livres; limpeza de praias; limpeza de bocas-de-lobo ou caixas de ralo; desobstrução de valas e canais de drenagem pluvial; raspagem e remoção de terra, areia e material carregado pela águas pluviais para as vias e logradouros públicos pavimentados.

Os resíduos resultantes desta atividade são coletados pelos veículos coletores. O lixo domiciliar é enviado para os Aterros Sanitários Bandeirantes e São João (zona norte) , Usinas de Compostagem de São Mateus (zona leste) e Vila Leopoldina (zona oeste) e para os Incineradores de Ponte Pequena e Vergueiro (zona centro). A periodicidade de coleta está condicionada à densidade populacional da área, podendo ser diária ou alternada, diurna ou noturna.

Dados da LIMPURB de 1996 mostram que foram destinados aos aterros sanitários, conforme a origem dos resíduos ^(anexo 5) :

- **domiciliares-** 756.862,490 ton.
- **varrição-** 83.333,490 ton.
- **entulho-** 347.851,030 ton.
- **feira, poda-** 59.622,778ton
- **diversos-** 52.702,630 ton.
- **industrial-** 311.465,190 ton.
- **total/ano/96-** 1.611.837,608ton.

A coleta de lixo domiciliar é gerenciada no município pela LIMPURB- Departamento de Limpeza Urbana, da Secretaria de Serviços e Obras. As empresas contratadas, em 1999, pela LIMPURB para executar a coleta de lixo são: Vega Sopave S.A, Enterpa Engenharia Ltda, Companhia Auxiliar de Viação e Obras - CAVO, Companhia Brasileira de Projetos e Obras – CBPO.

“A contratação dos serviços significou um novo desafio para a cidade: se por um lado ganhou agilidade por outro, tem hoje como obrigação estar preparada para regular, fiscalizar e controlar a limpeza urbana, que é um serviço público e de caráter coletivo”

⁽⁶⁹⁾ Hoje, existem na Capital de São Paulo, mais de 1000 veículos que são responsáveis pelo transporte dos resíduos para diferentes áreas da cidade. Ao mesmo, há necessidade de controle do plano de varrição, que é executado por mais de 5.000 varredores espalhados por toda a cidade. Para realizar estes controles foi implantado o Sistema Integrado de Limpeza Pública - SIGIL.

Embora a contratação de serviços de limpeza seja feita pela LIMPURB, que é um departamento da Secretaria de Serviços e Obras - SSO, é a Secretaria da Administrações Regionais - SAR, a responsável por fiscalizar a execução dos contratos através das Supervisões de Serviços da Administrações Regionais - AR.

A coleta e transporte de resíduos de serviço de saúde - RSS, também é gerenciada e fiscalizada pelo Departamento de Limpeza Urbana da Secretaria de Serviços e Obras. O serviço de coleta e transporte de RSS é terceirizado pela prefeitura a empresas particulares. O serviço é gratuito e atende aos estabelecimentos cadastrados na LIMPURB.

Os RSS podem ser classificados em grandes e pequenos geradores. Grandes geradores são os hospitais e grandes laboratórios de análises. Pequenos geradores são os centros de saúde, postos de assistência médica e farmácias.

3.3 Condições do abastecimento urbano

A organização, orientação e execução das atividades relativas ao abastecimento de gêneros alimentícios está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal do Abastecimento - SEMAB. Esta secretaria fixa normas, preceitos de funcionamentos e padrões sanitários para estabelecimentos atacadistas, varejistas, consumo público de alimentos e sua fiscalização.

A Secretaria do Abastecimento surgiu de um desdobramento da Secretaria de Higiene e Saúde em 1961 através da Lei nº 5.869 de 27/11/61.^(legislação 85) Em 1977 o Decreto nº 14.316 de 4 /02/1977^(legislação 9) transfere o Departamento de Controle Sanitário para a Secretaria de Higiene e Saúde, a Supervisão de Feiras e Ambulantes para a Secretaria das Administrações Regionais e a Divisão de Mercados e Entrepósitos

para a Secretaria de Serviços e Obras. Em 1980 o Decreto nº 16 530 de 13/ 03/1980 (legislação 8) cria a Coordenadoria Municipal de Abastecimento com a responsabilidade de coordenar todas as atividades relativas ao abastecimento de gêneros alimentícios e outras atividades correlatas, subordinada à Secretaria das Administrações Regionais. Após um período de desativação, em 1986 foi reativada pelo Decreto nº 21.845 (legislação 6) pelo Prefeito Jânio da Silva Quadros.

A SEMAB passou por várias reestruturações. A principal delas ocorreu em 1987 – Lei nº 10311 de 22/4/87 (legislação 5), que reestruturou a Secretaria Municipal de Abastecimento, embora as suas atividades permanecessem ligadas às atribuições da época de sua criação.

3.3.1 Organização de SEMAB

- 1- Gabinete do secretário
- 2- Assessoria de Imprensa
- 3- Assessoria Jurídica
- 4- Assessoria de Compras e Licitações
- 5- Assessoria Econômica Financeira
- 6- Assessoria de Informática
- 7- Chefia de Gabinete com setor de frota e divisão administrativa
- 8- PSIU
- 9- Artesanato
- 10- Departamento de Apoio e Desenvolvimento
- 11- Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos.
- 12- Supervisão Geral de Operações
- 13- Supervisão Geral de Abastecimento
- 14- Coordenadoria de Alimentação e Suprimento

3.3.2 Ações coletivas de saúde sob a responsabilidade da Secretaria do Abastecimento

“Além das atribuições que dizem respeito à organização, execução e orientação das atividades relativas ao abastecimento de gêneros alimentícios no Município de São Paulo, cabe legalmente à SEMAB a fixação de normas, preceitos de funcionamento e padrões sanitários para estabelecimentos atacadistas, varejistas e de consumo público de alimentos, matadouros e frigoríficos, mercados municipais e feiras livres, além de organizar e controlar os sistemas alternativos de abastecimento no Município, voltados sobretudo para a comercialização de gêneros perecíveis”.⁽⁵⁸⁾ É também competência da SEMAB contribuir para a melhoria da alimentação do povo, através de programas de educação alimentar, divulgando o valor nutritivo dos alimentos e as condições de higiene dos produtos para consumo. (Decreto nº 21.845 de 3/01/1986)^(legislação 6)

Tendo em vista a amplitude de ações desenvolvidas pela SEMAB, vamos nos deter em algumas atividades que possam merecer maior atenção para este trabalho, como as desenvolvidas pelo Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos - DIMSP e pelo Programa de Silêncio Urbano: PSIU .

3.3.3 Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos - DIMSP

O Departamento de Inspeção Municipal de São Paulo desenvolve atividades que visam ao controle da qualidade dos serviços relacionados a alimentos, com o objetivo de promover e preservar a saúde no Município de São Paulo. É o DIMSP quem planeja e executa as ações de vigilância e fiscalização sanitária dos estabelecimentos de comércio de gêneros alimentícios . É composto por :

- Serviço de Fiscalização Sanitária
- Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento
- Divisão Técnica de Laboratório de Controle de Alimentos
- Divisão de Epidemiologia e Estatística

- Seção Técnica de Controle das Doenças Transmitidas por Alimentos
- Plantão de Controle de Alimentos.

O serviço de fiscalização sanitária é executado pela Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento - SUDICA. A finalidade da SUDICA é a fiscalização dos estabelecimentos do comércio varejista de alimentos no Município.

A vistoria sanitária é feita por equipes (médicos veterinários e agentes vistoristas). As áreas de atuação destas equipes são previamente determinadas através de planejamento feito pelo Setor de Epidemiologia e Estatística ou por demandas dos consumidores. Estas demandas referem-se a condições higiênico-sanitárias ou doenças transmitidas por alimentos.

A Supervisão das Divisões de Controle e Abastecimento também é responsável pela avaliação inicial dos estabelecimentos do comércio varejista e por aspectos higiênico-sanitários necessários para a liberação de Alvará para Licença e Localização de Funcionamento emitido pelas Administrações Regionais.

Para esta vistoria, a base legal utilizada com o critério de avaliação é o Código Municipal de Alimentos, Decreto Municipal nº 25.544 de 14/03/88 ^(legislação 86), outras legislações podem ser citadas como a Lei nº 10.085 de 17/06/86 (Termo de Convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Município de São Paulo, objetivando a delimitação das atribuições do controle sanitário da venda de gêneros alimentícios ao consumidor) ^(legislação 87) e a Lei nº 10.153 de 07/10/86 (Dispõe sobre a fiscalização de gêneros alimentícios do município de São Paulo). ^(legislação 88)

O Departamento de Inspeção de Alimentos é também responsável pela avaliação laboratorial da qualidade de alimentos. A Divisão Técnica de Laboratório de Controle de Alimentos foi credenciada pelo Ministério da Saúde em 1972, através da Portaria nº 18 de 5/08/72, a qual conferiu competência a este departamento para realizar tanto análises fiscais quanto prévias e de controle de água e de alimentos.

A Divisão Técnica de Laboratório dá suporte técnico e laboratorial aos serviços que a fiscalização realiza, analisando e emitindo pareceres sobre os produtos colhidos nas inspeções e nas atividades de vigilância sanitária. Monitora, através de projetos diversos, produtos comercializados no varejo.

Além destas, a Divisão de Laboratórios também executa projetos que acompanham e avaliam a qualidade dos alimentos e água consumidos na cidade de São Paulo. Emite laudos técnicos com base na legislação vigente. Esta divisão executa as análises de produtos distribuídos no Programa de Merenda Escolar e nos demais programas da Secretaria de Abastecimento, bem como para outras Secretarias da Administração Municipal. Em relação à Secretaria da Saúde, subsidia o Programa de Monitoramento do Flúor nas Águas de Abastecimento. Em relação à Secretaria do Meio Ambiente, subsidia o Programa conjunto de Monitoramento de qualidade das águas de Parques Municipais.

O Departamento de Inspeção de Alimentos tem também a Divisão de Epidemiologia e Estatística e a Divisão de Controle Sanitário de alimentos.

A Divisão de Epidemiologia e Estatística e Cadastro de Estabelecimentos que os comercializam - DIEPA é responsável pelo processamento e análise de dados obtidos pelo processo de fiscalização com o objetivo de direcionar as ações de vigilância sanitária, bem como as de fiscalização. Além disso a DIEPA possui um arquivo da legislação municipal no que tange a alimentos e o cadastro de estabelecimentos que os comercializam.

A Divisão de Controle Sanitário de Alimentos organiza, promove e ministra cursos sobre Normas Técnicas de Manipulação de Alimentos (Decreto nº 37.063 de 15/09/97)^(legislação 91). Realiza atividades de atendimento ao público, para esclarecer dúvidas relacionadas à qualidade do alimento e sua manipulação e orienta quanto ao controle sanitário de alimentos. É responsabilidade também da Divisão de Controle Sanitário acompanhar os casos notificados por Doenças Transmitidas por Alimentos e avaliar técnica e laboratorialmente a qualidade dos alimentos distribuídos pela Merenda Escolar.

O Plantão de Controle de alimentos oferece apoio às ações de fiscalização e aos projetos de laboratório, presta orientações e informações técnicas aos consumidores quanto aos assuntos referentes ao comércio e à qualidade de alimentos. Trabalha em regime ininterrupto.

A Seção Técnica de Doenças Transmitidas por Alimentos, em conjunto com o Plantão de controle de Alimentos, atende a reclamações dos quadros de intoxicações

alimentares buscando determinar o agente etiológico e possíveis falhas de manipulação. Orienta os estabelecimentos para a correção dos atuais erros prevenindo os futuros.

3.3.4 Programa de Silêncio Urbano - PSIU

O Programa de Silêncio Urbano teve sua origem motivada pela multiplicidade de estabelecimentos geradores de poluição sonora existentes no Município de São Paulo.

Este fato levou a administração municipal a buscar medidas que objetivassem tanto controlar como, ao mesmo tempo, disciplinar essas atividades para garantir a qualidade de vida através da proteção do meio ambiente.

O PSIU iniciou suas atividades sob a Coordenação da Secretaria do Verde e Meio Ambiente (artigo 4º do Decreto nº 34.569 de 06/10/94)^(legislação 10), sendo esta coordenação transferida posteriormente para Secretaria Municipal do Abastecimento, através do Decreto nº 35.928 de 06/03/1996.^(legislação 7)

A finalidade principal do PSIU é coibir a emissão excessiva de ruídos produzidos em qualquer atividade comercial que possa causar incômodo e interferir na saúde e bem estar dos munícipes.

O Programa de Silêncio Urbano tem os seguintes objetivos:

- Desenvolver ações intersecretariais para coibir a emissão excessiva de ruídos;
- Estabelecer canais entre a população e a Prefeitura para recebimento de denúncias relativas a estes eventos;
- Divulgar, junto à população, matéria educativa e conscientizadora dos efeitos prejudiciais causados pelos ruídos excessivos;
- Desenvolver estudos e formular propostas para dotar a Prefeitura dos meios necessários ao efetivo controle quanto a emissão excessiva de ruídos.

O Programa é coordenado pela Secretaria do Abastecimento - SEMAB mas conta com a participação das Secretarias das Administrações Regionais - SAR,

Secretaria da Habitação e Desenvolvimento Urbano - SEHAB, Secretaria dos Transportes - SMT e Guarda Civil Metropolitana - GCM. As demais secretarias participam do programa quando solicitadas.

“O PSIU recebe cerca de 1200 reclamações por mês. Os responsáveis pelos estabelecimentos denunciados são oficiados e posteriormente intimados a comparecer a SEMAB para serem orientados a sanar as irregularidades constatadas. Persistindo as reclamações, o estabelecimento será vistoriado e, confirmado o problema, sofrerá as penalidades previstas pela lei.

Assim, se no ato da vistoria for constatada a emissão excessiva de ruídos e a falta de licença de funcionamento, o estabelecimento será multado em 300 UFMs. Em caso de reincidência a multa será de 400 UFMs com a interdição do local. A persistência da irregularidade ocasionará nova multa e o fechamento administrativo.

O PSIU exerce controle e fiscalização em lugares confinados, cobertos ou não, que possam emitir ruídos excessivos, de maneira constante e permanente. Desse modo, pode-se receber denúncias de estabelecimentos como: bares, restaurantes, pizzarias, padarias, boates, salões de festa, casas de espetáculos, salas de reuniões, templos religiosos, oficinas, indústrias e de todo local sujeito a licença de funcionamento, que possa produzir barulho.” ⁽⁵⁸⁾

3.4 O Meio Ambiente

Várias instituições públicas estão envolvidas na questão do meio ambiente. Encontramos no Município de São Paulo as seguintes instituições: Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA, a Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo - SMA, a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB e a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente - SVMA.

3.4.1. Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA ⁽³⁶⁾

O IBAMA, entidade autárquica de regime especial, é vinculado ao Ministério de Meio Ambiente. Tem como missão institucional executar políticas nacionais de meio ambiente, por meio da gestão ambiental compartilhada, com vistas à preservação da qualidade ambiental para as gerações presentes e para as futuras.

São consideradas como parte federal das políticas ambientais e dos recursos hídricos:

- Os bens da União: áreas protegidas, águas federais, zonas costeiras, zona econômica exclusiva, mar territorial e terras devolutas.
- As intervenções geradoras de impactos ambientais transfronteiriços no âmbito nacional e internacional.

Para garantir a gestão ambiental o IBAMA pode atuar de quatro formas:

- **Exclusivamente:** quando executa funções determinadas como atribuições federais permanentes;
- **Supletivamente:** quando executa ações de caráter transitório, devidas a omissão ou incapacidade para agir dos órgãos estaduais ou municipais;
- **Concorrentemente:** quando atua nas ações de interesse mútuo, que advém do processo de cooperação.
- **Apoio à implementação das políticas ambientais e de recursos hídricos.**

A estrutura do IBAMA é a seguinte :

- Presidência
- Diretoria de Controle e Fiscalização
- Diretoria de Recursos Naturais Renováveis
- Diretoria de Ecossistemas
- Diretoria de Incentivo à Pesquisa e Divulgação
- Diretoria de Administração e Finanças

- Coordenação geral de Planejamento
- Procuradoria Geral
- Ouvidoria
- Auditoria
- Assessoria de Comunicação Social

O IBAMA também tem, subordinado à Presidência, as Superintendências Estaduais e o Centro Nacional de Desenvolvimento das Populações Tradicionais. Conta com três órgãos consultivos:

- Conselho Nacional de Proteção à Fauna
- Conselho Nacional de Unidades de Conservação
- Comitê Técnico-Científico

São objetivos do IBAMA para o cumprimento de sua missão institucional:

- “Reduzir os efeitos prejudiciais e prevenir acidentes decorrentes da utilização de agentes e produtos agrotóxicos, seus componentes e afins, bem como seus resíduos;
- Promover a adoção de medidas de controle de produção, utilização, comercialização, movimentação e destinação de substâncias químicas e resíduos potencialmente perigosos;
- Executar o controle e fiscalização ambiental nos âmbitos regional e nacional;
- Intervir nos processos de desenvolvimento de geradores de significativo impacto ambiental, nos âmbitos regional e nacional;
- Monitorar as transformações do meio ambiente e dos recursos naturais;
- Executar ações de gestão, proteção e controle da qualidade dos recursos hídricos;
- Manter a integridade das áreas de preservação permanentes e das reservas legais;
- Ordenar o uso dos recursos pesqueiros em águas sob o domínio da União;

- Ordenar o uso dos recursos florestais nacionais;
- Monitorar o status da conservação dos ecossistemas, das espécies e do patrimônio genético natural, visando à ampliação da representação ecológica;
- Executar ações de proteção e manejo de espécies da fauna e da flora brasileiras;
- Promover a pesquisa, a difusão e o desenvolvimento tecno-científico voltados para a gestão ambiental;
- Promover o acesso e o uso sustentado dos recursos naturais;
- Desenvolver estudos analíticos, prospectivos e situacionais verificando tendências e cenários, com vistas ao planejamento ambiental^{1”(36)}.

Para garantir que as ações que interfiram na qualidade dos recursos ambientais, quer sejam elas públicas ou privadas, sejam acompanhadas e mantidas num padrão que permita o equilíbrio ambiental o IBAMA atua em diversas áreas. São elas:

- Conservação da Biodiversidade
- Unidades de Conservação do Brasil
- Educação Ambiental;
- Fiscalização;
- Controle e qualidade Ambiental;
- Tecnologia Ambiental

3.4.2. Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo-SMA ⁽⁵⁹⁾

Esta Secretaria, segundo seus idealizadores, está diretamente ligada à vida porque cuida do ar, da água, do solo, das plantas, dos animais silvestres, para que os seres humanos possam estar inseridos adequadamente e se beneficiar da realidade que os cerca.

Para que esta secretaria atue adequadamente, também segundo seus idealizadores, há necessidade que seja concretizada a parceria com os municípios.

A Secretaria do Meio Ambiente é constituída por quatro coordenadorias:

- Proteção de Recursos Naturais- CPRN
- Planejamento Ambiental- CPLA
- Educação Ambiental- CEAM
- Informações Técnicas, Documentação e Pesquisa Ambiental- CINP- a qual coordena três institutos de pesquisa: Instituto de Botânica, Instituto Florestal e o Instituto Geológico.

Vinculados à SMA encontramos a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB, o Conselho Estadual do Meio Ambiente - CONSEMA e a Fundação para a Conservação e Produção Florestal do Estado de São Paulo.

Coordenadoria de Proteção de Recursos Naturais - CPRN

É a CPRN quem realiza o licenciamento ambiental e a fiscalização das atividades potencialmente degradadoras do meio ambiente: ar, água, solo, fauna e flora. Para o desenvolvimento destas funções, conta com três departamentos.

- **Departamento Estadual de Proteção de Recursos Naturais - DEPRN.**

Este departamento fiscaliza e licencia atividades ou empreendimentos relativos à exploração da vegetação nativa ou de áreas consideradas como reservas ecológicas. Cabe, também, a este departamento a emissão de laudos técnicos e a normatização dos procedimentos relativos a reposição florestal .

- **Departamento de Uso do Solo Metropolitano - DUSM**

Atua no sistema de licenciamento e fiscalização de atividades e empreendimentos situados em área de proteção de mananciais da região metropolitana de São Paulo.

- **Departamento de Avaliação de Impacto ambiental - DAIA**

Analisa os empreendimentos que são sujeitos ao licenciamento ambiental através da avaliação do impacto ambiental. Para solicitar o licenciamento o empreendedor

deverá entregar o RAP- Relatório Ambiental Preliminar.

Para o desenvolvimento de suas funções a CPRN atua em conjunto com a Polícia Florestal e a Polícia de Mananciais.

Coordenadoria de Planejamento Ambiental - CPLA

Esta coordenadoria realiza o planejamento ambiental e compatibiliza o desenvolvimento regional com a proteção dos recursos naturais. É responsável pela implantação e regulamentação das Áreas de Proteção Ambiental, bem como promove as ações de proteção e recuperação das bacias hidrográficas. Participa da elaboração do Plano Estadual de Recursos Hídricos e dá apoio técnico, administrativo e jurídico aos Comitês dos Recursos Hídricos.

Coordenadoria de Educação Ambiental - CEAM

Esta coordenadoria é responsável pela promoção educação ambiental no Estado. Estabelece diretrizes de ação no âmbito do Sistema Estadual do Meio Ambiente e suas atividades envolvem escolas e campanhas de mobilização comunitária.

Coordenadoria de Informações Técnicas, Documentação e Pesquisa Ambiental - CINP

Tem como atribuições planejar, coordenar, orientar e executar atividades técnico-científicas voltadas à proteção de recursos naturais. “Deve garantir o desenvolvimento de tecnologia e conhecimento que permitam a utilização dos recursos naturais dentro dos princípios do desenvolvimento sustentado”⁽⁵⁹⁾.

Pertence a esta coordenadoria o Instituto de Botânica cujo objeto de estudo e pesquisa é dirigido à conservação da biodiversidade. Também é subordinado à esta coordenadoria o Instituto Florestal. Este administra as Unidades de Conservação do Estado de São Paulo. Cabe a ele o gerenciamento de 900.000 ha remanescentes da cobertura vegetal do Estado. O Instituto Florestal tem atividades em parcerias com organismos governamentais e da sociedade civil. Tem criado núcleos de recreação, lazer, educação ambiental, implantação de viveiros municipais, bem como tem desenvolvido projetos de ecoturismo e de recuperação de microbacias hidrográficas com vistas ao abastecimento urbano.

Conselho Estadual do Meio Ambiente - CONSEMA

O Conselho Estadual do Meio Ambiente é um fórum de discussão dos problemas ambientais, constituindo uma instância de encontro do governo com segmentos organizados da sociedade.

Cabe ao Conselho propor, acompanhar e avaliar a política ambiental do Estado. É função, também, do CONSEMA o estabelecimento de normas, critérios e padrões ambientais para o licenciamento de atividades potencial ou efetivamente poluidoras e de controle e manutenção da qualidade ambiental. Além destas atividades o Conselho aprecia os Estudos e Relatórios de Impacto Ambiental.

3.4.3 Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental – CETESB

“É a agência paulista responsável pelo desenvolvimento de ações de controle, licenciamento, fiscalização, prevenção à poluição e monitoramento das atividades potencialmente poluidoras, ações essas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da qualidade do ar, das águas e do solo. Está incluída no rol dos 16 Centros de Referência da Organização das Nações Unidas - ONU, para questões ambientais e, enquanto Centro Colaborador da ONU, coopera com os 184 países que nela têm assento” ⁽⁵⁹⁾.

A CETESB é constituída organizacionalmente por:

- Presidência
- Diretoria Administrativa
- Diretoria Financeira
- Diretoria Técnica de Controle e Poluição Ambiental
- Diretoria Técnica de Desenvolvimento e Transferência de Tecnologia
- Diretoria Técnica de Recursos Hídricos e Engenharia Ambiental.

Diretoria Técnica de Controle e Poluição Ambiental

Cabe a esta diretoria o controle da poluição ambiental do Estado de São Paulo através do desenvolvimento de ações preventivas e corretivas. É quem estabelece para as fontes de poluição ambiental as medidas de controle que tenham como resultado a redução da emissão de poluentes e a melhoria da qualidade do meio ambiente.

Diretoria Técnica de Desenvolvimento e Transferência de Tecnologia

Esta diretoria tem como responsabilidades básicas: propor e avaliar instrumentos de gestão pública do meio ambiente que promovam a prevenção da poluição; implantar e coordenar programas de prevenção à poluição das indústrias do Estado de São Paulo; realizar cursos e treinamentos para instituições privadas e governamentais; coletar amostras ambientais, executar análises em campo e nos laboratórios para avaliar a integridade de ecossistemas aquáticos e fornecer subsídios para os estudos de qualidade ambiental.

Diretoria Técnica de Recursos Hídricos e Engenharia Ambiental

Cabe a esta diretoria as seguintes atividades: dar apoio à implementação da Lei nº 7.663/91 (legislação 80), que trata da implantação do Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos no Estado de São Paulo, no que refere à qualidade das águas; gerar e disponibilizar informações sobre a qualidade do ar, solo, vegetação e águas (subsidiando ações de controle da CETESB); dar apoio às atividades de controle da poluição; avaliar riscos; atender a acidentes ambientais; desenvolver ações que tenham como objetivo a prevenção de acidentes ambientais de origem tecnológica; desenvolver pesquisas e implantar programas que visem a redução, controle e fiscalização de emissão e ruídos veiculares.

Além dessas atribuições, esta diretoria deve dar assistência técnica aos municípios, auxiliando e elaborando estudos que visem a melhoria dos sistemas públicos de abastecimento de água, a coleta e tratamento de esgoto, bem como propor soluções para a coleta e disposição adequada do lixo.

Programas prioritários definidos pela Secretaria Estadual do Meio Ambiente

Os órgãos subordinados a SMA desenvolvem suas atribuições através de programas e projetos. Os programas são definidos politicamente como as prioridades a serem adotadas por SMA e os projetos derivam das exigências legais resultantes das atividades dos órgãos ou instituições que operam o sistema.

SMA definiu os seguintes programas como prioritários para esta administração:

- Programa de Recursos Hídricos;
- Programa de Resíduos Sólidos
- Programa de Mudanças Climáticas Globais;
- Programa de Prevenção à Destruição da Camada de Ozônio;
- Programa de Educação Ambiental;
- Programa para a Conservação da Biodiversidade;
- Programa de Apoio às Organizações Não Governamentais - ONGS.

Para o desenvolvimento de projetos a Secretaria do Meio Ambiente, através da CETESB, está implantando Câmaras Ambientais, que reúnem profissionais dos sistemas de meio ambiente do Estado, representantes das diferentes atividades produtivas da sociedade civil e entidades envolvidas com as questões ambientais.

Os produtos das discussões ocorridas nas Câmaras Ambientais, os temas levantados, servem de indutores à transformação da gestão ambiental e balizadores das ações da Secretaria de Meio Ambiente.

Já foram instaladas 17 Câmaras:

- Comércio de derivados de petróleo;
- Indústria de produtos minerais não metálicos
- Indústria metalúrgica;
- Indústrias químicas e petroquímicas;

- Indústria têxtil, do vestiário e artefatos de tecidos e de viagem;
- Indústria de material de transporte;
- Madeira, mobiliário e de papel, papelão e celulose;
- Couro, peles e calçados;
- Extração de minerais;
- Produtos farmacêuticos, veterinários e de higiene pessoal;
- Material elétrico e eletrônico;
- Borracha e plástico;
- Construção;
- Indústria gráfica;
- Indústria de alimentos;
- Mecânica;
- Bebidas e Fumo.

3.4.4 Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente

A Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente foi criada pela Lei nº 11.426 publicada pelo DOM de 23/10/93 ^(legislação 90). Tem como principais atribuições ⁽⁶⁰⁾ :

- Planejamento e desenvolvimento de ações destinadas à conservação e defesa do meio ambiente no município de São Paulo;
- Promoção da educação ambiental junto à população do município de São Paulo;
- Análise de Estudos e de Relatórios de Impacto Ambiental - RIMAS-relativos a empreendimentos que possam causar interferências no meio ambiente;
- Manutenção dos parques e áreas verdes municipais

- Controle da poluição em todas as suas formas.

Para desenvolver estas atribuições a Secretaria do Verde e Meio Ambiente é constituída por três departamentos:

- Parques e Áreas Verdes - DEPAVE
- Controle da Qualidade Ambiental - DECONT
- Educação Ambiental e Planejamento - DEAPLA

A Secretaria conta também com o Conselho Municipal de Meio Ambiente - CADES que é um órgão vinculado à SVMA e que compõe o Sistema Municipal de Meio Ambiente.

Vamos discutir os principais serviços desenvolvidos pela Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente focalizando somente os serviços e ações que interessam à questão da saúde coletiva no Município de São Paulo.

Departamento de Educação Ambiental e Planejamento - DEAPLA

O DEAPLA é constituído por três divisões: Divisão Técnica de Políticas Públicas, Divisão Técnica de Planejamento Ambiental e Divisão Técnica Centro de Educação Ambiental.

Entre outros serviços, o DEAPLA oferece, gratuitamente, cursos e serviços na área de saúde ambiental à população do município de São Paulo, bem como para associações, instituições, escolas e ONGS. São desenvolvidos cursos, oficinas e treinamentos em: desenvolvimento sustentável, manejo de parques, poluição, observação de aves, preservação ambiental, cultivo de hortas e jardins; saúde e meio ambiente; cultivo de orquídeas, papel reciclado; plantas medicinais, jardinagem; apicultura; animais peçonhentos; outros.

É competência, entre outras, de DEAPLA a sistematização de informações da Prefeitura do Município de São Paulo, na área de Planejamento Ambiental, propondo alterações e estabelecendo normas quanto aos Estudos de Impacto Ambiental - RIMA e estudos de Impacto de Vizinhança - RIV, bem como a elaboração de normas e padrões ambientais a serem adotados nas demais secretarias municipais.

O DEAPLA também apoia e assessora programas de Educação Ambiental em escolas de primeiro e segundo graus e outras instituições que necessitem. Atualmente, estão sendo desenvolvido os Projetos “Frutificar” e “Um Milhão de Árvores” junto à rede municipal de ensino.

Departamento de Controle da Qualidade Ambiental - DECONT

O DECONT é constituído por três divisões: Divisão Técnica de Controle de Ambiental, Divisão Técnica de Registro, Cadastro e Licenciamento e Divisão Técnica de Projetos Especiais.

O DECONT é o órgão local do Sistema Nacional do Meio Ambiente - SISNAMA e, como tal, orienta, planeja e coordena as atividades de controle, monitoramento e gestão da qualidade ambiental, produzindo anualmente o Relatório de Qualidade do Meio Ambiente do Município de São Paulo.

Sendo órgão do SISNAMA, cabe a este departamento propor, avaliar e fazer cumprir normas e padrões relativos à qualidade do ar, água, solo, ruídos e vibrações. É quem supervisiona e orienta os órgãos do município em relação às questões ambientais. Participa do gerenciamento do sistema integrado de recursos hídricos e do sistema de saneamento. Em conjunto com o Estado, DECONT participa do controle da produção, armazenamento, transporte, comercialização, utilização e destino final das substâncias que podem trazer risco tanto efetivo como potencial para a qualidade de vida e do meio ambiente, em especial dos produtos químicos perigosos.

Cabe também ao DECONT o desenvolvimento de normas e padrões de controle da poluição, bem como a avaliação e controle da qualidade das águas, do solo, do ar e dos resíduos em todas as suas formas.

Conselho Municipal do Meio Ambiente - CADES

O CADES é um órgão consultivo. Responde às questões relativas à preservação, defesa, recuperação e melhoria do meio ambiente natural, do meio ambiente construído e do trabalho em todo território do Município de São Paulo.

O presidente do CADES é o Secretário Municipal do Verde e Meio Ambiente. Participam da composição do Conselho representantes do executivo municipal, do legislativo municipal, do governo estadual, do governo federal e da sociedade civil. As

propostas de resolução são apreciadas através das câmaras técnicas. Estas podem ser: permanentes ou temporárias.

As câmaras permanentes são:

- Desenvolvimento industrial;
- Obras viárias, transporte, habitação e complexos urbanos;
- Parcelamento, uso e ocupação do solo;
- Saneamento ambiental;
- Julgamento de recursos- Programa PSIU;
- Análise de estudos e Relatórios de Impacto Ambiental (EIA-RIMA) e Relatórios de Impacto de vizinhança

O CADES é um órgão que colabora para a formulação da política de proteção do Meio Ambiente, recomendando e propondo planos, programas e projetos que levem em conta o conceito de desenvolvimento sustentável. É também competência deste órgão propor diretrizes que visem a recuperação e a conservação dos recursos ambientais do município, bem como, propor normas, padrões e procedimentos que visem a proteção ambiental e o desenvolvimento do município.

O CADES opina sobre e propõe projetos de lei e decretos relativos à proteção ambiental do município de São Paulo, especialmente no que toca ao zoneamento e planejamento ambientais. Também propõe e colabora nas atividades de educação ambiental.

Entre as programações desenvolvidas pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente destaca-se o Programa Agenda 21 Local. Esta programação teve origem na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, promovida no Rio de Janeiro em 1992, na qual foi assinada a Agenda 21, que estabelece uma pauta de ações com vistas a promoção do desenvolvimento sustentável.

A Secretaria do Meio Ambiente estimulou a criação de uma Agenda Local, com a finalidade de instituir um conjunto de diretrizes para atingir soluções de médio e longo prazo em relação aos problemas da cidade.

A Agenda Local foi publicada em setembro de 1996; “para que pudesse constituir um instrumento vivo de intervenção na realidade espacial do Município, este plano de ação deveria conter propostas de planejamento que levassem em consideração os aspectos sócio-econômicos, aliados à preservação ambiental e à qualidade de vida como um todo estabelecido não só através da participação do setor governamental formal, mas de toda a comunidade”.⁽⁶⁰⁾

3.4.5 - Instituto Biológico - IB ⁽²⁵⁾ (legislação 13)

O Instituto Biológico é um órgão da Secretaria da Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, ao lado do Instituto Agrônomo de Campinas - IAC, Instituto de Economia Agrícola - IEA, Instituto de Pesca - IP, Instituto de Tecnologia de Alimentos - ITAL, Instituto de Zootecnia - IZ, Coordenadoria de Assistência Técnica Integral - CATI, Conselho Superior de Pesquisa Agropecuária - CSPA e Companhia de Desenvolvimento Agrícola de São Paulo - CODASP.

O Instituto Biológico é o que interessa mais de perto a este trabalho, por ter vinculações mais próxima às áreas da saúde e que passaremos a descrever.

Histórico

O Instituto Biológico foi criado em 1927 para substituir a Comissão de Estudo e Debelação da Praga Cafeeira.

Em 1924 aos cafezais paulistas foram atingidos pela praga, conhecida como broca. O Secretário da Agricultura constituiu então uma comissão que conseguiu identificar a praga. Esta comissão prosseguiu com seus estudos e identificou a origem da praga, os métodos de combate e desenvolveu grande trabalho educativo junto à população, especialmente a rural.

A atividade desta comissão no controle da praga mostrou ao governo paulista a necessidade de uma organização fitossanitária, que desenvolvesse pesquisa que comportasse a diferenciação técnica de funções que a defesa da agricultura necessita. Após a apresentação do projeto de criação de um Instituto de Biologia e Defesa Agrícola, em 1926, o governo Júlio Prestes propõe a criação de um órgão com funções

mais amplas que se dedicasse não só a esfera vegetal, mas também se dedicasse a objetivos semelhantes na esfera animal. Assim nasceu o Instituto Biológico de Defesa Agrícola e Animal.

Missão e Finalidades

Atualmente o Instituto Biológico tem como missão: “Desenvolver e transferir conhecimento científico e tecnológico para o negócio agrícola nas áreas de sanidade animal e vegetal e suas relações com o meio ambiente, visando a melhoria da qualidade de vida da população”.⁽²⁵⁾

O Instituto Biológico define para si as seguintes finalidades:

- Efetuar pesquisa em sanidade animal e vegetal;
- Desenvolver e transferir conhecimentos científicos e tecnológicos para o negócio agrícola, nas áreas de sanidade animal e vegetal, visando a melhoria de vida da população e a preservação do meio ambiente;
- Reduzir o impacto ambiental no controle de doenças e pragas;
- Desenvolver tecnologia para o aumento de produtividade e controle de qualidade de insumos e produtos agrícolas;
- Atuar na defesa sanitária animal e vegetal.

Estrutura

A estrutura do Instituto Biológico conta com:

- Conselho Superior do Instituto Biológico
- Assistência Técnica
- Nove Centros: Centro de Coordenação de Pesquisas, Centro de Proteção Ambiental, Centro de Sanidade Animal, Centro de Sanidade Vegetal, Centro de Biotecnologia, Centro Experimental do Instituto Biológico, Centro de Ação Regional, Centro de Comunicação e Treinamento, Centro Administrativo.

Os Centros tem como finalidade gerar conhecimentos técnicos e científicos, com

ênfase na sustentabilidade da produção, na qualidade dos produtos, na preservação ambiental e na avaliação dos impactos sócio econômicos; captar recursos, tanto no setor público como no privado, para o desenvolvimento de suas atividades; difundir conhecimentos através de estágios, cursos, palestras, eventos, consultorias e artigos; promover treinamentos e capacitação de recursos humanos.

3.5- Saúde

Como serviços coletivos públicos de saúde existentes do Município de São Paulo contamos com os desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.5.1 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo⁽²¹⁾

A Secretaria de Estado da Saúde é o gestor estadual do SUS, tendo como principais papéis:

- Promover a equidade entre os municípios e regiões de saúde;
- Articular e gerenciar políticas e ações de saúde no âmbito do Estado;
- Apoiar tecnicamente os gestores municipais.

Em 1995 ocorreu uma reestruturação administrativa nesta Secretaria, conforme Decreto nº 40.082 de 15 de maio de 1995 ^(legislação 81) e Decreto nº 40.083 de 15 de maio de 1995, ^(legislação 64) que passou a ser organizada em seis Coordenadorias:

1-Coordenadoria Geral da Administração- CGA

Esta coordenadoria tem como atribuição coordenar, orientar, supervisionar e elaborar normas no que tange à administração geral da Secretaria da Saúde.

2-Coordenadoria de Recursos Humanos- CRH

A CRH tem como atribuição o planejamento da execução das políticas, diretrizes e normas relativas aos Recursos Humanos da Secretaria da Saúde.

3-Coordenadoria de Planejamento de Saúde- CPS

A CPS é a instância que orienta a operacionalização das diretrizes e prioridades definidas pela Secretaria da Saúde. É o local onde são articuladas as informações aos projetos de intervenção, são definidos os recursos necessários, bem como são realizados o monitoramento e a avaliação dos serviços.

4-Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa- CIP

Cabe à CIP o planejamento, coordenação, supervisão e execução das atividades de pesquisa de interesse para a saúde pública bem como a produção de insumos, atividades laboratoriais e de vigilâncias (epidemiológica e sanitária).

5 e 6- Coordenadorias de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo- CSRMGSP e Coordenadoria de Saúde do Interior- CSI

Estas coordenadorias têm como atribuição coordenar e articular o planejamento e as ações de saúde em função das políticas e diretrizes da Secretaria da Saúde.

Estão vinculadas a estas Coordenadorias, as Diretorias Regionais de Saúde - DIR, em número de 24. A região Metropolitana da Grande São Paulo tem cinco DIR's , sendo que as demais ficam no interior do Estado.

A DIR 1 abrange a região do Município de São Paulo. Em relação ao tipo de gestão, conforme a NOB 96, ^(legislação 55) o município de São Paulo está até o momento, sem habilitação, isto é, não foi feita a municipalização da Capital.⁷ A DIR 1 é composta por 5 núcleos: Núcleo I, Núcleo II, Núcleo III, Núcleo IV e Núcleo V ^(Anexo 6). Os distritos que compõem cada um destes núcleos encontram-se discriminados no anexo 7.

Ainda integram a Secretaria da Saúde, autarquias, fundações, conselhos e assessorias. Situamos neste grupo: a Fundação Oncocentro, a Fundação para o Remédio Popular-FURP, a Fundação Pró-Sangue e Hemocentro de São Paulo, a Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP e o de Ribeirão Preto e o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público

---

⁷ O município de São Paulo apesar do Protocolo de intenções assinado em junho de 1999^(legislação 26,27 e 28) permanece sem ser municipalizado. Os motivos são de ordem política.

Estadual - IAMSPE.

Conforme proposta deste trabalho passa-se a descrever somente os serviços que abrangem a dimensão de saúde coletiva.

Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa- CIP ⁽²⁹⁾

A CIP é um órgão de gestão política, técnica e orçamentária dos Institutos de Pesquisa e dos Centros de Vigilância da Secretaria de Estado da Saúde.

Cabe a esta Coordenadoria: estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar atividades de pesquisas científicas de interesse de saúde pública, bem como a produção de insumos, atividades laboratoriais, atividades de vigilância epidemiológica e sanitária.

Estão vinculados à CIP: Instituto Adolfo Lutz - IAL, Instituto Pasteur - IP, Instituto de Saúde - IS, Instituto Butantan - IB, Instituto de Infectologia Emílio Ribas - IIER, Instituto Lauro de Souza Lima - ILSL, o Centro de DST/AIDS, os Centros de Vigilância Epidemiológica - CVE e Sanitária - CVS, o Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa Contra Doenças Transmissíveis - FESIMA e a Hemorrede - HR.

• Instituto Adolfo Lutz - IAL ⁽³¹⁾

O IAL é um laboratório de Saúde Pública vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. Conforme colocamos acima, o IAL é um órgão da Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa - CIP. É composto por um laboratório Central (localizado na Capital de São Paulo) e 11 laboratórios regionais (todos fora da Capital de São Paulo). A rede de laboratórios do IAL é parte integrante dos sistemas de vigilância.

Atribuições

O IAL é parte integrante do sistema de vigilância epidemiológica e sanitária. Suas atribuições são:

- Controlar a qualidade da produção dos laboratórios da rede estadual: promovendo a introdução de tecnologia, reciclando pessoal, avaliando

resultados e orientando a organização dos serviços;

- Atuar como referência para outros laboratórios do sistema de saúde;
- Realizar atividades laboratoriais;
- Realizar pesquisas pertinentes a seu papel no sistema de saúde e divulgar os resultados;
- Informar o Conselho das Vigilâncias sobre resultados de pesquisas consideradas de relevância para o controle ou eliminação de agravos e riscos à saúde da população;
- Participar da elaboração das diretrizes e definições das políticas em Saúde e em Ciência e Tecnologia.

Serviços prestados

O IAL é credenciado pelo Ministério da Saúde como um Laboratório Nacional em Saúde Pública e como Laboratório de Referência Macro-Regional. Atua nas áreas de Bromatologia e Química, Biologia Médica e Patologia, realizando análises laboratoriais, desenvolvendo pesquisas aplicadas, promovendo e divulgando trabalhos científicos, colaborando na produção de normas técnicas, padronizando métodos diagnósticos e analíticos e organizando cursos de formação técnica, aperfeiçoamento e estágios, em nível nacional e internacional.

Entre os serviços prestados pelo IAL vamos descrever a área de Bromatologia e Química, a divisão de Biologia Médica e a Anatomia Patológica.

Bromatologia e Química

Esta área presta serviços especializados e diferenciados no controle de qualidade de alimentos, bebidas, águas, medicamentos, cosméticos, domissanitários, produtos de higiene, embalagens, materiais odonto-médico-hospitalares. Além destas, desenvolve ações de laboratório em relação a preservação da saúde do trabalhador e à pesquisa técnico- científica.

Esta área é um relevante segmento de saúde coletiva, pois presta serviços de: análises de produtos; treinamentos; assessorias e consultorias e desenvolve projetos.

- **Laboratório de análise sensorial**

Tem como atribuição analisar, medir e interpretar reações relativas às características sensoriais. Avalia a aceitação e preferência dos alimentos quanto a atributos como aparência, textura, aroma e sabor, podendo ser muito útil na elucidação de problemas relacionados à saúde pública.

Executa as seguintes análises de alimentos:

- características sensoriais: aparência, odor, textura e sabor;
- testes discriminativos: triangular, duo-trio, comparação pareada e múltipla, ordenação;
- testes descritivos: perfil de sabor, textura, análise descritiva quantitativa;
- testes afetivos: aceitação e preferência.

O área de Bromatologia e Química, além das atividades descritas, também desenvolve metodologia analítica e monitoramento para a avaliação da qualidade de :

- alimentos, águas, bebidas, aditivos e coadjuvante de tecnologia para alimentos.
- medicamentos, insumos farmacopéicos, drogas vegetais farmacopéicas e água para hemodiálise.
- cosméticos, produtos de higiene, domossanitários e desinfetantes em geral.

Divisão de Biologia Médica

Presta serviços na área de diagnóstico das doenças de notificação compulsória e outros agravos inusitados à saúde de interesse a Saúde Pública, em parceria com a Vigilância Epidemiológica. Também são desenvolvidas pesquisas de caráter técnico, científico e epidemiológico para as diferentes áreas de atuação.

Esta divisão realiza os seguintes serviços:

- diagnóstico das doenças, através de diversas técnicas: sorologia, isolamento e caracterização dos agentes infecciosos, exames de alta complexidades, etc;
- testes de resistência para diferentes agentes patogênicos;

- teste de carga viral;
- imunofenotipagem para infecção por HIV/AIDS;
- diagnóstico rápido de vírus por microscopia eletrônica;
- testes de citotoxicidade “in vitro”;
- culturas de células e de cepas bacterianas certificadas;
- pós – graduação da área de laboratório em Saúde Pública;
- treinamentos, cursos e estágios;
- assessorias e consultorias;
- desenvolvimento de pesquisas

Divisão de Anatomia Patológica

Tem como atribuição o diagnóstico e pesquisa em doenças infecto-contagiosas e neoplasias.

Participa das ações de vigilância sanitária e epidemiológica realizando: diagnóstico de doenças infecciosas de notificação compulsória; diagnóstico de neoplasias relacionadas com agentes etiológicos infecciosos; diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis.

Para a realizar estas atividades conta com laboratórios de histopatologia, citopatologia, patologia quantitativa e imuno-histoquímica.

Esta divisão também realiza atividades laboratoriais especializadas e diferenciadas, tanto para doenças infecciosas (identifica protozoários, fungos, bactérias e helmintos), como para neoplasias (diagnósticos morfológico de biópsias e amostras citológicas, identificação de produtos específicos de secreções, diferenciação de fibras colágenas, etc), como para lesões neuro-musculares. Serve ainda como suporte laboratorial a programas de saúde (Programa de Prevenção de Câncer de colo uterino, Programa de Hepatites, Programa DST/AIDS, Programa da Terceira Idade).

- **Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac- CVE** ⁽³²⁾

“Conceitua-se Sistema de Vigilância Epidemiológica - SVE como um conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar, oportunamente, as medidas indicadas que levem à prevenção e ao controle das doenças” ⁽³²⁾.

Atribuições do CVE ⁽³⁴⁾

Principais atribuições do CVE :

- Coordenar as ações de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo;
- Conhecer e prever a evolução do comportamento epidemiológico mediante a análise contínua dos dados de mortalidade e de morbidade;
- Divulgar, periodicamente, informe epidemiológico;
- Propor e reformular normas relativas às doenças de vigilância epidemiológica;
- Supervisionar o SVE;
- Assumir, quando necessário, o controle operativo de situações epidêmicas, tanto das doenças de notificação compulsórias, como outros agravos inusitados à saúde.
- Promover a realização de pesquisas epidemiológicas;

Estrutura do CVE

- Diretoria Técnica;
- Assistência Técnica;

O CVE é composto por grupos que são as divisões de:

- Doenças de Transmissão Respiratória;
- Doenças de Transmissão Hídrica;

- Doenças de Transmissão por vetores e zoonoses;
- Hanseníase⁸;
- Tuberculose⁹;
- Doenças Crônico-Degenerativas;
- Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente/ Ocupacionais;
- Infecção Hospitalar.
- Grupo de Imunização
- Grupo de desenvolvimento de Métodos, Pesquisas e Capacitação em Epidemiologia.

Existem ainda no CVE a Central de Vigilância Epidemiológica, que é uma divisão, com atribuição de orientar à rede sobre as questões relativas a esta área. Recentemente foram transferidos para o CVE o Serviço de Oftalmologia Sanitária e o Núcleo de Educação em Saúde.

As atividades de informação e de informática do CVE são desenvolvidas por um núcleo que não tem estrutura formal, denominado Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica - NIVE.

Outra estrutura que atua informalmente é a divisão de Hepatites.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica no nível regional é de responsabilidade das Divisões Regionais de Saúde - DIR's. Em cada DIR existe um Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica - GTVE. Na Capital de São Paulo, como a DIR1 é subdividida em 5 Núcleos, há um Grupo de Vigilância Epidemiológica para cada Núcleo.

No nível local as ações de vigilância são realizadas pelos municípios. Na Capital de São Paulo, como ainda não ocorreu a Municipalização, as unidades de saúde estaduais e as municipais¹⁰ realizam as ações de nível local. Este assunto será discutido

---

⁸ - A Hanseníase e a Tuberculose além dos grupos respectivos de vigilância, têm constituídos os Programas de Hanseníase e de Tuberculose.

⁹ - Idem acima

¹⁰ Parte das ações de Vigilância Epidemiológica, nas unidades municipais, são realizadas pelas unidades regionais, os NEPT's.

com mais detalhe em capítulos posteriores.

- **Centro de Vigilância Sanitária - CVS** ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾

A Vigilância Sanitária é definida como o “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde abrangendo:

- I. controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde,
- II- controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde (Lei nº 8080/90) ” ⁽³³⁾.

O Decreto nº 26.048, de 15 de outubro de 1986 ^(legislação 2), criou na Secretaria Estadual da Saúde, diretamente subordinado ao titular da pasta, o Centro de Vigilância Sanitária - CVS.

Objetivo do CVS

Planejar, coordenar, supervisionar, realizar estudos e propor normas e programas de Vigilância Sanitária, abrangendo quatro subsistemas fundamentais:

- **Controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde**

Envolve matérias primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de produtos como água, bebidas, medicamentos, insumos, produtos de higiene pessoal, saneantes domissanitários, produtos químicos, produtos agrícolas, agrotóxicos, biocidas, drogas veterinárias, correlatos (equipamentos médico-hospitalares, odontológicos) e outros.

- **Controle dirigido à prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde**

Incluem-se neste subsistema a prestação de serviços médico-hospitalares, serviços de apoio diagnóstico, hemoterápicos, de hemodiálise, odontológicos bem como

serviços que utilizam radiação. Também são aqui incluídos: casas de repouso, de idosos, lares abrigados, centros de convivência, creches, banco de órgãos, de leite humano, práticas alternativas, casas de massagem, tatuagem, clínicas de emagrecimento, dentre outros que podem constituir risco à população.

- **Controle dirigido às ações de saneamento do meio**

Este subsistema visa à promoção da saúde pública e à prevenção da ocorrência de condições desfavoráveis decorrentes das ações do homem.

Realiza este objetivo através do controle das ações de saneamento do meio, intervindo nos efeitos advindos do uso e parcelamento do solo, das edificações, do sistema de produção em geral e dos sistemas de saneamento básico, coletivos e individuais.

- **Controle sobre o ambiente e processo de trabalho**

Este subsistema estabelece ações articuladas com as instâncias de representação dos trabalhadores e das outras instâncias da sociedade, com a finalidade de proteção da saúde do trabalhador.

Atribuições do CVS

- Planejar e promover, em conjunto com os demais órgãos e entidades da administração, a definição de diretrizes e estratégias no campo da Vigilância Sanitária, para a Secretaria da Saúde;
- Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de vigilância sanitária executadas pelas DIR's.
- Propor normas e programas de fiscalização, controle, licenciamento, cadastramento, atendimento e outras medidas pertinentes às profissões, estabelecimentos, serviços ou produtos relacionados à saúde individual ou coletiva;
- Manter articulação com órgãos de outras esferas da administração;
- Promover programas de treinamento e reciclagem de pessoal na área de Vigilância Sanitária;

- Emitir pareceres e informes técnicos sobre o campo;
- Esclarecer a opinião pública sobre a atividade do CVS, bem como de fatos referentes à proteção da saúde tanto individual como coletiva;

Além das descritas acima, o CVS poderá exercer:

- Licenciamento e manutenção de cadastros em todo o Estado de: estabelecimentos, entidades, locais de trabalho, habitações, equipamentos, pares e materiais e trabalho;
- Fiscalização

Estrutura da Vigilância Sanitária

O Centro de Vigilância Sanitária é composto por três Divisões Técnicas: Serviços de Saúde, Produtos e Meio Ambiente ⁽³⁴⁾.

- **A Divisão Técnica de Serviços de Saúde**

É composta por: Grupo Técnico Médico Hospitalar, Grupo Técnico Clínico Terapêutico, Grupo Técnico Odontológico, Equipe Técnica de Radiações, Equipe Técnica de Hemoterapia, Seção de Expediente e Cadastro.

- **A Divisão Técnica de Vigilância Sanitária de Produtos relacionados à Saúde**

É composta por: Grupo Técnico de Medicamentos, Grupo Técnico de Alimentos, Grupo Técnico de Cosméticos, Grupo Técnico de Correlatos, Grupo Técnico de Saneantes Domissanitários e Agrotóxicos, Equipe Técnica de Águas Minerais e Fontes, Seção de Expediente e Cadastro.

- **A Divisão Técnica de Vigilância Sanitária de Ações sobre o Meio Ambiente**

É composta por: Grupo Técnico de Edificações e Parcelamento do Solo, Grupo Técnico de Saneamento, Grupo Técnico de Saúde ambiental e Trabalho, Equipe Técnica de Piscinas, Seção de Expediente e Cadastro.

Além destas Divisões Técnicas o CVS conta com um Grupo Técnico de Registro e Informações, uma Seção de Multas e a Divisão de Administração.

O CVS possui estruturas regionais em cada uma das DIR's. Na DIR I, região da Capital de São Paulo, dada a complexidade e extensão da região, em cada Núcleo encontramos um Subgrupo de Vigilância Sanitária - SGVISA. Desta forma encontramos um SGVISA correspondente a cada um dos núcleos, em um total de 5.

- **Instituto de Saúde - I S** ⁽²³⁾

O Instituto de Saúde foi criado pelo Decreto nº 52.182 de 16/07/1969 ^(legislação 83). Surgiu na reforma administrativa da Secretaria da Saúde de 1969 e foi implantado no governo Abreu Sodré, pelo secretário Walter Leser.

Missão

“Produzir conhecimentos científicos e tecnológicos sobre a situação da saúde e doença e avaliar as ações de saúde e o papel do Estado, com vistas a subsidiar a elaboração de políticas públicas da SES” ⁽²³⁾.

Objetivos

- Produzir reflexão e análise sobre as questões gerais da saúde coletiva, em especial as necessidades de saúde da população e seus determinantes.
- Orientar ações que elevem a qualidade dos serviços e possibilitem o desenvolvimento de serviços alternativos na organização da atenção à saúde e na capacitação de recursos humanos.

Atribuições do Instituto de Saúde

- Desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas no campo da saúde coletiva;
- Aplicar, transferir e divulgar conhecimentos científicos e tecnológicos;
- Contribuir com a formação e o aprimoramento de recursos humanos em sua área de atuação;
- Assessorar e participar de atividades científico-tecnológicas;
- Emitir pareceres técnicos especializados;

- Participar de outras atividades científicas relacionadas à sua área de atuação.

Estrutura

A estrutura do Instituto de Saúde é composta de:

- Diretoria
- Núcleo de Informática
- Administração
- Núcleo de Documentação
- Núcleos de Investigação em: Educação em Saúde, Políticas Públicas em Saúde, Gerontologia Social e Doenças Crônicas, Nutrição, Endemias/Epidemias- Aids, Serviços e Sistemas de Saúde, Saúde da Mulher e da Criança
- Núcleos Emergentes: Tendências e Perspectivas em Saúde, Ciências Sociais em Saúde e Saúde Mental.

O Instituto de Saúde conta ainda com as Comissões Científica, Editorial e de Ensino.

• Instituto Pasteur -IP ⁽³⁸⁾ ⁽⁶⁸⁾ (legislação-3)

O Instituto Pasteur foi fundado em 1903, como uma instituição de caráter privado, mantendo, desde a sua criação, objetivos científicos e humanitários.

O Instituto Pasteur é um instituto de pesquisa e de prestação de serviços que atua no controle da raiva, fatal nos seres humanos e nos animais.

Missão no âmbito da CIP

- Formular e coordenar políticas de ciência e tecnologia em saúde nas questões relativas a raiva;
- Coordenar ações de saúde coletiva relativas ao Programa de Controle da Raiva;

- Estimular e desenvolver investigações e pesquisas;
- Incorporar às ações de saúde, produtos e processos decorrentes da pesquisa em benefício da população.

Organização do Instituto

- Diretoria
- Serviço Técnico com:
  - Seção de Diagnóstico: com setor do Biotério e setor do Canil.
  - Seção de Clínica: com setor de Ambulatório, setor do Interior e setor de Expedição e Controle.
- Serviço de Administração
  - Seção de Pessoal
  - Seção de Material e Atividades Auxiliares
  - Seção de Finanças
  - Setor de comunicações

Atividades atuais desenvolvidas pelo Instituto

- **Diagnóstico virológico**

No diagnóstico virológico, o Instituto Pasteur é referência nacional não só para São Paulo; é também Laboratório Consorciado da Organização Panamericana de Saúde. Pesquisa cepas do vírus da raiva. Atualmente desenvolve o diagnóstico da raiva através da prova de imunofluorescência direta e prova biológica em camundongos. O estudo de diferentes amostras isoladas em São Paulo e em outros estados vem sendo realizado através de anticorpos monoclonais.

- **Diagnóstico sorológico**

Dosagem do título de anticorpos anti-rábicos por soroneutralização em placa (cultura de células).

A sorologia para pesquisa de anticorpos anti-rábicos é desenvolvida em culturas

celulares e tem sido extremamente importante para indicação ou não do tratamento humano pós-exposição, para monitorar pessoas em constante exposição ao vírus da raiva, que receberam tratamento pré-exposição.

- **Atendimento médico especializado**

Plantão médico de 24 horas é um atendimento feito de forma ambulatorial, para a valiação da necessidade ou não de tratamento humano. É realizado por equipe médica especializada, que têm além desta atividade a responsabilidade de realizar estudos quanto às reações adversas ao soro e à vacina anti-rábica.

- **Pesquisa em raiva: virológica, imunológica, clínica, epidemiológica, etc.**

A grande maioria dos projetos executados pelo Instituto é desenvolvida através de pesquisas aplicadas, com o objetivo de solucionar problemas atuais ligados à raiva e seu controle na população animal e humana.

- **Coordenação do Programa de Controle da Raiva**

O Instituto Pasteur é sede da Coordenação do Programa da Raiva do Estado de São Paulo. Trabalham junto quatro Comissões Especiais:

- Tratamento Anti-Rábico Humano e Reações Adversas aos Imunobiológicos;
- Controle da Raiva Urbana e Política de Implementação de Centros de Controle de Zoonoses;
- Raiva dos Herbívoros e Quirópteros;
- Diagnóstico Laboratorial e Avaliação Sorológica.

Estas Comissões são constituídas por representantes das Universidades, Institutos de Pesquisa, Secretaria da Agricultura e Abastecimento, Ministério da Saúde e Agricultura, Prefeituras Municipais, Hospitais Públicos e outros.

- **Treinamento, formação e desenvolvimento de Recursos Humanos**

A Instituição desenvolve amplo Programa de Treinamento, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em raiva, promovendo seminários regionais em todo o Estado bem como seminários de atualização e seminários específicos para as

diferentes áreas.

- **Instituto Butantan - IB**⁽⁶⁷⁾ (legislação 11)

O Instituto Butantan se localiza em um parque, onde estão os serpentários, alamedas com árvores raras, laboratórios e dois museus: O Museu do Instituto Butantan e o Museu Histórico.

Várias espécies de cobras são criadas e mantidas em cativeiro. Foram criados serpentários especiais para a sua manutenção. São mantidas mais de 1000 serpentes em caixas plásticas, sob temperatura e umidade controladas. Estes animais tratados são utilizados para extração de venenos.

O Instituto produz soros, específicos contra picadas de cobras, aranhas e escorpiões. Produz também soros específicos para o tratamento de doenças como a difteria, tétano e botulismo.

Além da produção de soros o Butantan produz vacinas contra tétano, coqueluche, difteria, raiva e tuberculose.

O Instituto realiza pesquisas sobre a distribuição geográfica, biologia e sistemática de serpentes, aranhas e escorpiões, bem como sua respectivas toxinas.

Finalidades

O Instituto Butantan tem as seguintes finalidades:

I- Desenvolver estudos e pesquisas, básicos e tecnológicos, em qualquer ramo do conhecimento relacionado direta ou indiretamente à saúde;

II- Fabricar produtos para uso profilático, curativo ou diagnóstico, em medicina humana, com tecnologia desenvolvida no Instituto Butantan ou absorvida de outras entidades;

III- Manter serviço de assistência médico-hospitalar para atendimento às vítimas de acidentes com animais peçonhentos;

IV- Desenvolver atividades de caráter cultural relacionadas com as finalidades do Instituto e divulgar, sob todas as formas, conhecimentos decorrentes do exercício de

suas atribuições;

V- Promover e colocar na formação e aperfeiçoamento de pessoal técnico, de nível básico e médio, bem como na especialização e na pós-graduação de pessoal de nível superior;

VI- Divulgar pesquisas e trabalhos desenvolvidos;

VII- Prestar assistência aos órgãos oficiais do Estado no controle e na padronização de produtos biológicos;

VIII- Colaborar com os órgãos da Secretaria da Saúde no combate a surtos epidêmicos;

IX- Manter intercâmbio, em nível nacional e internacional, com entidades afins e órgãos de apoio a atividades científicas, tecnológicas, culturais e assistenciais;

X- Realizar missões científicas, tanto no País como no exterior;

XI- Propiciar à indústria farmacêutica, considerado o interesse nacional, condições para ser aperfeiçoamento tecnológico;

XII- Participar de outras atividades de interesse para a saúde relacionadas com seu campo de atuação.

Estrutura

A estrutura do Instituto Butantan compreende órgãos da administração superior, órgãos para o desenvolvimento das atividades – fim e órgãos para o desenvolvimento das atividades – meio.

Órgãos da administração superior

- Conselho Diretor
- Diretoria do Instituto com: Assistência Técnica e Seção de Expediente
- Conselho de Pesquisa
- Conselho de Tecnologia e Produção
- Conselho de Cultura

Órgãos para o desenvolvimento das atividades-fim

- Divisão de Desenvolvimento Científico
- Divisão de Desenvolvimento Tecnológico e Produção
- Divisão de Desenvolvimento Cultural
- Laboratórios Especiais

- **Instituto de Infectologia Emílio Ribas - IIER** (legislação 4) (26)

O antigo Hospital de Isolamento de São Paulo foi criado com a finalidade de isolar portadores de doenças infecciosas. São Paulo, ao final do século passado enfrentou uma terrível epidemia de varíola (em torno de 1870) o que fez com que surgisse nesta fase, a necessidade de isolamento destes doentes, colocando-os em local afastado. Foi escolhida a colina da antiga estrada do Araçá para a construção deste lazareto.

Com o passar dos anos e também com a modificação dos antigos conceitos de isolamento, o Hospital de Isolamento transformou-se em um hospital cuja principal característica era o tratamento de doenças infecciosas. Assim, em 1932 o Hospital de Isolamento de São Paulo passa a se chamar Hospital Emílio Ribas, em homenagem ao diretor do Serviço Sanitário.

A partir desta mudança de denominação, o hospital passa a ser visto como um centro de tratamento para doenças infecciosas. O novo edifício, na avenida Dr. Arnaldo foi construído em 1960 e passou a ser um dos maiores centros mundiais de tratamento de doenças infecciosas.

Outra função importante do hospital é a de ser um termômetro para a Secretaria de Estado de Saúde para as grandes epidemias. Para isto, tem como atribuição observar e tratar doenças de notificação compulsória como difteria, febre tifóide, febre amarela, febre maculosa, tifo exantemático, meningites, peste, escarlatina, varíola, cólera, leptospirose, e hepatites entre outras doenças contagiosas. A identificação precoce destas doenças depende da atuação do setor de vigilância epidemiológica.

Em 1991, o Hospital Emílio Ribas passa a se chamar Instituto de Infectologia

Emílio Ribas ^(legislação 4) e a partir desta data passa a ser também local para ensino e pesquisa científica deixando a característica de ser somente hospital para a atenção médica.

Finalidades do Instituto

Prestar assistência médico-hospitalar (ambulatorial, emergência e internação) em moléstias infecto-contagiosas e parasitárias; promover ensino, na área de moléstias infecto-contagiosas e parasitárias, para profissionais da área de saúde bem como para residentes, internos e pós-graduados; contribuir para a educação sanitária da população; promover pesquisa e intercâmbio cultural em nível nacional e internacional; absorver o impacto das epidemias e colaborar com quaisquer instituições na sua detecção e enfrentamento; ser referência estadual e atuar em caráter normativo em sua especialidade.

Estrutura

- Diretoria com: Assistência Técnica; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Prontuários Médicos; Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Conselho Técnico Administrativo
- Divisão Científica
- Divisão Médica
- Divisão de Enfermagem
- Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- Divisão de Apoio Técnico
- Grupo técnico de Gerenciamento Hospitalar
- Serviço Especializado de engenharia e Segurança do Trabalho
- Centro de Convivência Infantil

Para as finalidades que se propõe este trabalho a divisão que merece maior aprofundamento é a Divisão Científica.

Divisão Científica

Compreende:

- Diretoria,
- Setor de Expediente
- Serviço de Epidemiologia com: Seção de Vigilância Hospitalar; Seção de Vigilância Comunitária; Seção de Estudos Epidemiológicos e Planejamento
- Serviço de Ensino e Pesquisa
- Serviço de Informação e Documentação Científica

Finalidades

Esta divisão tem por finalidade: proporcionar e desenvolver o ensino e a pesquisa em especialidade de moléstias infecto-contagiosas e parasitárias; promover atividades científicas e de documentação; desenvolver estudos epidemiológicos acompanhando o comportamento dos agravos coletivos de saúde e detectando as epidemias, com o objetivo de agilizar ações de controle e realizando estudos nas áreas médicas e médico epidemiológicas, bem como coordenando dados dos vários setores.

• Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis - FESIMA ⁽²⁴⁾

O FESIMA é uma unidade de despesa e tem como principal finalidade financiar e implementar o Programa Nacional de Imunização (PNI). Viabiliza as campanhas estaduais de imunização e oferece apoio material, financeiro, imunobiológicos e vacinas para todas as áreas da Secretaria Estadual, da Capital e do Interior.

O FESIMA é responsável pelo repasse financeiro para o Centro de Vigilância Epidemiológica e administra os convênios entre suas divisões e o Ministério da Saúde. É também a estrutura que fornece insumos para outras Unidades Administrativas pertencentes ao Gabinete da Coordenação dos Institutos de Saúde.

Saúde, a SUCEN, autarquia de direito público, que passaremos a descrever.

• **Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo- SUCEN** ⁽²²⁾ (legislação 12)

A SUCEN foi criada pelo Decreto-lei nº 232, de 17 de abril de 1970 como uma entidade autárquica, com personalidade jurídica e patrimônio próprios, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde. ^(legislação 12)

A SUCEN é o órgão responsável pelo controle das questões sanitárias que atingem de forma endêmica a população do Estado de São Paulo ⁽²²⁾.

Finalidades

- Exercer o controle das endemias, através da vigilância entomológica e epidemiológica, controle de vetores biológicos e hospedeiros intermediários;
- Executar ou promover serviços de desinsetização e controle de roedores;
- Investigar as ocorrências de infestação de vetores biológicos ou de outros animais de interesse médico-sanitário;
- Efetuar e promover a aplicação de praguicidas, quando necessário aos programas de controle de endemias;
- Orientar, supervisionar e prestar assistência aos municípios em programas de controle de vetores biológicos, hospedeiros intermediários e artrópodes incômodos e peçonhentos;
- Exercer atividades de Educação em Saúde Pública relacionadas aos programas desenvolvidos
- Servir de campo de formação, treinamento e aperfeiçoamento de servidores, estudantes e profissionais;
- Desenvolver pesquisas relacionadas à sua área de atuação.

Programas desenvolvidos

A SUCEN é responsável pelo controle de questões sanitárias que atingem de forma endêmica a população do estado de São Paulo. Para isto desenvolve os seguintes programas: controle de Dengue e Febre Amarela; controle da Malária; controle da Doença de Chagas; controle da Leishmaniose; controle da Esquistossomose; Programa de Assessoria a Municípios.

Para o desenvolvimento destas atividades a SUCEN detém amplo e profundo conhecimento destas endemias, suas formas, mecanismos de transmissão, locais, condições de ocorrência, meios e métodos de combatê-las.

Para o estabelecimento e ampliação dos conhecimentos relativos a área, a SUCEN vale-se de fontes externas e, em âmbito interno à própria instituição, tem desenvolvido inúmeras pesquisas realizadas por integrantes dos seus quadros.

Estrutura

A administração superior da SUCEN é constituída por um Conselho Deliberativo e uma Superintendência.

O **Conselho Deliberativo** é composto pelos seguintes membros: O Superintendente da Autarquia, 1 representante da Secretaria da Saúde, 1 representante da Secretaria de Recursos Hídricos, Saneamento e Obras, 1 representante da Secretaria da Fazenda, 1 representante da Secretaria de Planejamento e Gestão, 1 representante da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e 1 representante dos funcionários e servidores da SUCEN.

Cabe a este conselho estabelecer as diretrizes do trabalho da SUCEN, aprovar e acompanhar a execução de planos, projetos e programas de trabalhos e proposta de orçamento programa. É também este conselho que aprova a celebração de contratos, acordos e convênios com entidades públicas ou privadas e delibera sobre a aceitação das contribuições feitas à SUCEN. Decide quanto a aplicação dos recursos e aprova, no âmbito da Autarquia quanto à política de recursos humanos, indicações para funções de confiança, contratações de assistência técnica especializada, propostas de mudança na organização e tabelas de preços e serviços.

A **Superintendência** é o órgão superior que coordena, supervisiona e controla as

atividades de administração da SUCEN. O superintendente é escolhido entre os engenheiros ou médicos com curso de saúde pública e reconhecida capacidade e experiência na área , e será nomeado pelo governador.

Estrutura da superintendência é a seguinte:

- Gabinete do Superintendente com: Chefia de Gabinete, Seção de expediente, Seção de Biblioteca e Documentação, Divisão de Administração, Divisão de Finanças e Contabilidade, Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, Centro de Recursos Humanos.
- Assessoria Técnica
- Procuradoria Jurídica
- Centro de Informações
- Divisão de Estudos e Programas
- Departamento de Controle de Vetores

Departamento de Controle de Vetores

É o que interessa mais de perto a este trabalho. Cabe a este departamento a coordenação e execução de serviços de vigilância entomológica e epidemiológica, a orientação técnica em nível externo e interno e o controle de vetores biológicos, hospedeiros intermediários e artrópodes incômodos e peçonhentos.

O Departamentode Controle de Vetores tem como estrutura:

- Diretoria
- Assistência Técnica
- Seção de Apoio e Controle Operacional
- Divisão de Orientação Técnica
- Laboratório Central
- 10 (dez) Divisões Regionais

CAPÍTULO 4

A SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

O descritivo do capítulo anterior refere-se aos serviços no território do município de São Paulo, na medida em que, o município da Federação faz parte e é afetado pelo que acontece nas esferas federal, estadual e em outras secretarias da própria Prefeitura. O destaque do presente capítulo, é mais diretamente para as concepções e ações de Saúde Coletiva a cargo da Secretaria Municipal da Saúde.

4.1 As concepções de saúde no Município de São Paulo

Em capítulo anterior foi descrito o PAS no que diz respeito ao diagnóstico e aos pressupostos teóricos que motivaram sua implantação no Município de São Paulo. Busca-se agora focalizar a evolução histórica da concepção de saúde prevalentes no município até o surgimento do PAS, e será feito uso das representações gráficas das estruturas da Secretaria Municipal da Saúde, mostradas na sequência.

Segundo VASCONCELOS ⁽⁸⁹⁾ “ A estrutura de uma organização pode ser definida como o resultado de um processo através do qual a autoridade é distribuída, as atividades desde os níveis mais baixos até à Alta Administração são especificadas e um sistema de comunicação é delineado, permitindo que as pessoas realizem as atividades e exerçam a autoridade que lhes compete para o atingimento dos objetivos organizacionais.”

O primeiro ponto a considerar é que a estrutura atual da Secretaria Municipal da Saúde, no que tange a sua conformação legal, é resultado da utilização de diferentes instrumentos legais (leis, decretos e portarias). Data de 1978^(legislação 14) a última lei que estruturou a Secretaria. Após esta data, a organização é modificada através do uso sucessivo de decretos e portarias. A fim de uniformizar esta análise optou-se por utilizar as estruturas de funcionamento destes períodos estudados, independentemente de terem sido originadas por lei, decreto ou portarias.

4.1.1. A representação dos serviços de saúde na década de 70

A Lei 8764 de 18/08/78 ^(legislação 14), publicada em 19/08/78, dispõe sobre a Secretaria de Higiene e Saúde, expressa uma concepção vertical de modelo de atenção à saúde no Município de S. Paulo. Assim, no que tange à assistência a saúde, encontramos a estrutura composta dicotômicamente: por uma rede de hospitais subordinados a uma Superintendência Médica Hospitalar de Urgência e por uma rede de postos de assistência médico-sanitária e odontológica subordinados ao Departamento de Saúde da Comunidade.

Este modelo de atenção vertical, no qual a área ligada à prevenção fica separada da internação hospitalar, não é, nesta época, prerrogativa da esfera municipal. A título de ilustração, poderíamos apresentar modelo semelhante para as estruturas estaduais e federais. A estrutura estadual, na década de 70, encontrava-se constituída pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade - CSC e, subordinada a ela, a rede de Centros de Saúde e a Coordenadoria de Assistência Hospitalar - CAH, que agregava os hospitais públicos estaduais¹¹. No nível federal a rede encontrava-se dividida sob a mesma lógica, sendo que de um lado existia a rede do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, responsável pelo setor hospitalar e, de outro, o Ministério da Saúde, responsável pela rede ambulatorial. A lógica da ocasião era portanto, a de dicotomizar a atenção à saúde sob duas óticas, a preventiva e a curativa, não integradas no ato de prestação de atendimento ao cidadão.

O modelo apresentado a seguir, na figura nº 5 nos mostra a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde no final dos anos 70, revelando que esta concepção se achava presente nos serviços municipais.

---

¹¹ Podemos apontar como exceção a esta regra as Unidades mistas da Fundação SESP, com ambulatório e hospital.

FIGURA 5- ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DE SÃO PAULO , SEGUNDO A LEI Nº 8.764 DE 18/08/78

FONTE: lei 8674 de 18/8/78

4.1.2. A representação dos serviços de saúde ao final da década de 80

No final dos anos 80, a concepção de serviços de saúde passa do modelo vertical para um modelo horizontal, onde os serviços encontram-se integrados e a atenção ao cidadão deve ser feita de forma a incorporar aspectos de prevenção aos tratamentos específicos.

Esta concepção está também presente nos níveis estadual e federal de saúde. Nesta ocasião os serviços do INAMPS estavam sendo estadualizados, isto é, transferidos para a gestão dos governos estaduais, obedecendo a mesma lógica de integração de ações preventivas e curativas. Os organogramas destas estruturas apresentam muita semelhança de concepção com o modelo municipal de São Paulo.

A estrutura apresentada a seguir, figura nº 6, é prevista no Decreto nº 27.724 em 5 de abril de 1989^(legislação¹⁵), publicada em 7 de abril de 1989 no Diário Oficial do Município de São Paulo - DOM, durante a gestão da Prefeita Luiza Erundina.

Do ponto de vista legal, foi o Decreto nº 27.724 de 6/4/1989^(legislação¹⁵) que criou esta estrutura descentralizada e regionalizada, reorganizando os serviços de saúde do Município de S. Paulo.

A rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde passa a ser reorganizada através de 10 Administrações Regionais de Saúde. Subordinados às administrações regionais foram criados os Distritos de Saúde para que fossem atendidas as especificidades de cada região. O modelo de atenção passa a ser regionalizado e hierarquizado, de forma que o cidadão, ao procurar os postos de saúde, pudesse ser atendido de acordo com a complexidade de atenção necessária. Para tanto, subordinada a cada distrito de saúde, encontrava-se uma rede de postos responsáveis pelo atendimento básico à saúde do cidadão com ações preventivas e curativas sendo oferecidas no mesmo local. Os atendimentos de maior complexidade eram oferecidos, conforme a necessidade que cada caso merecesse, às unidades de complexidade crescente, ou seja, aos ambulatorios de especialidades e à rede hospitalar.

Somente alguns Distritos de Saúde foram criados por lei e permanecem como tal até o presente momento. Assim em 17/7/90 foram criados através da Lei nº 10.869^(legislação 16) os Distritos de Saúde do Campo Limpo e de Ermelino Matarazzo. Em 28/1/91^(legislação 17) foram criados os Distritos de Saúde de Vila Maria, Butantã, Sapopemba e Vila Matilde. As duas leis falam da estrutura, de suas atribuições, bem como cria cargos para a alocação de pessoal.

**FIGURA 6- ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DE SÃO PAULO, SEGUNDO O DECRETO N° 27.724 DE 6/04/89**

FONTE: DOM DE 07/04/89

4.1.3. A representação dos serviços de saúde a partir da implantação do PAS

A organização da Secretaria Municipal da Saúde sofre uma grande modificação a partir da implantação do PAS em 1995, em especial no que concerne à concepção da prestação de serviços de saúde. Esta mudança de concepção poderia ser explicada por diversos fatores, dentre outros, pela crise do setor público que o país atravessa. Poderíamos resumir o contexto no qual o PAS foi formulado levando em conta os seguintes pontos: ⁽⁴³⁾

- **A crise do Estado brasileiro.** A partir dos anos 90, o país enfrenta uma grande crise que para muitos foi também interpretada como uma crise do Estado. A partir deste momento, o papel do Estado Brasileiro se altera sensivelmente e, em decorrência, surge, por parte do governo federal, a proposta de Reforma do Aparelho de Estado, anteriormente já descrita ⁽⁴³⁾.

- **O papel do Estado enquanto prestador direto de serviços.** A crise do Estado é vista não apenas como fiscal mas também como crise de modelo gerencial. Assim, novas formas de gerenciamento são propostas. Discute-se o papel do Estado como prestador direto de atenção à saúde ou como responsável, mas não necessariamente como prestador direto de serviços de saúde. Neste momento, outras modalidades de prestação de serviços tenderiam a ser implementadas, como por exemplo as parcerias e outras, que permitissem a descentralização dos serviços para setores não necessariamente estatais. Desta forma, o Estado passaria a assumir um papel de regulador e controlador desta prestação de serviços. Caberiam, dentro desta ótica, como funções públicas básicas: informação, regulação, financiamento e controle.

- **A mudança da administração de burocrática para a gerencial.** Os controles *a priori*, forma conhecida da administração burocrática, tenderiam a ser substituídos pelos controles *a posteriori*, acarretando amplas modificações no que diz respeito a administração de materiais, bem como em relação a administração de RH. O gerente passaria a ter ampla liberdade para gerenciar, “ficando livre” das amarras burocráticas atuais para a contratação de pessoal e para a compra de materiais.

As consequências destas novas premissas para o gerenciamento do setor público, em relação aos serviços de saúde são importantes, pois em relação a área dos RH acarretam na quebra da estabilidade do servidor, já que sua forma contratual, a de servidor público concursado e efetivo, supostamente tolheria a liberdade do gerente, que não teria a oportunidade de escolher, manter ou demitir funcionários conforme desejasse. Em relação ao gerenciamento de outros recursos como os materiais, equipamentos, insumos também seria proposta a liberação aos gerentes das amarras burocráticas que impediriam o andamento e fluência dos serviços.

É no bojo desta discussão que permeia toda sociedade, repercutida na mídia e que antecipa-se à própria reforma da administração pública proposta pelo governo federal, que é promulgado o PAS, que traz como concepção parâmetros semelhantes aos propostos na Reforma do Aparelho do Estado, consubstanciados na própria lei do PAS (Lei nº 11.866 de 13 de setembro de 1995), que poderíamos assim resumir:

- a parceria com cooperativas para a execução dos serviços de saúde, em lugar de manter a prestação direta por parte do poder público;
- a passagem da administração do tipo burocrático ao gerencial através:
  - ❖ da quebra da estabilidade dos servidores públicos que prestam serviços às cooperativas, pois estes passam a ser cooperados com perda temporária de seu vínculo com a Prefeitura.
  - ❖ da liberdade do gerenciamento dos recursos materiais, pois o gerente achava-se livre da necessidade de fazer licitações podendo dispor do recurso como melhor lhe convier (esta situação manteve-se até a publicação da Portaria nº 1.623 de 06/08/99 ^(legislação 33) que estabeleceu que todas as despesas efetuadas para a execução dos serviços nos Módulos do PAS deveriam ser submetidas e apreciadas pelos respectivos Conselhos de Gestão e Controladorias, para que pudessem ser efetivadas).

Para que fosse possível gerenciar esta nova estruturação dos serviços de saúde municipais, é proposta nova organização da Secretaria Municipal da Saúde. Esta foi modificada pela Portaria nº 646/97^(legislação 18). A estrutura mantém parte da anterior

criada pelo Decreto nº 27.724/89, ^(legislação 15) mantendo o arcabouço das Administrações Regionais de Saúde, a estrutura de cargos dos Distritos Sanitários que foram criados por lei e algumas estruturas do gabinete. Através da Portaria nº 646/97^(legislação 18) o gabinete do secretário municipal passa a ser composto por quatro Coordenadorias: Coordenadoria Administrativa-Financeira, Coordenadoria das Administrações Regionais de Saúde, Coordenadoria das Ação de Saúde e Coordenadoria Geral do PAS.

**FIGURA 7- ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO ,
PORTARIA N º 646 DE 9/04/97**

O organograma, da figura 7, mostra uma organização estruturada completamente diferente da anterior, com o rearranjo das estruturas do Gabinete e em especial na rede de serviços do PAS. Vale notar que as estruturas anteriores não foram revogadas, pois continuam presas a estrutura das Administrações Regionais de Saúde - ARS a rede de Postos de Assistência, bem como a rede hospitalar. O que se fez foi passar a gerência e a execução destes serviços às Cooperativas. Em termos de organograma estas estruturas continuam existindo mas vazias, pois os serviços foram descentralizados para as cooperativas.

A Portaria nº 646/97^(legisl 18) organiza o Gabinete do Secretário tendo em vista a nova concepção de serviços introduzida pelo PAS. Desta forma a Coordenadoria Geral do PAS é organizada através de quatro Coordenadorias: a Coordenadoria de Planejamento do PAS, a Coordenadoria Operacional do PAS e a Coordenadoria de Controle do PAS. Subordinados à Coordenadoria Operacional do PAS encontram-se os Módulos Regionais de Saúde em número de 14 (numerados de 1 a 15, excluindo-se o 13)¹².

A estrutura rearranja-se, pois, sob uma nova lógica. Enquanto as estruturas anteriores tinham como enfoque a concepção do processo saúde - doença, a preocupação agora é com a forma de gerenciamento a ser implantada. Curiosamente, desde o momento da implantação do PAS e mesmo anterior a ele, em seus primórdios, o Secretário de Saúde deixa de ser um médico, como era tradicional, sendo escolhidos sucessivamente, um sociólogo, um administrador e um economista, o que poderia levar a supor que estes profissionais teriam um preparo maior para o desenvolvimento da função gerencial.

Mostra assim o poder público, em seu discurso, uma clara preocupação com a modificação da forma de gerenciamento, com a busca da satisfação e de expectativa dos usuários.¹³

É importante observar que, para este período, a estrutura acha-se muito mais completa no que tange ao PAS do que em relação as estruturas remanescentes da rede pública.

---

² Conta-se que o Módulo 13 não foi criado por superstição do próprio Secretário.

³ Satisfação de necessidade que é confundida com satisfação de consumo.

Assim, permanecem deslocadas, e não devidamente articuladas com a rede PAS, as seguintes estruturas:

- O Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação- CEPI, Centro para a Organização da Atenção à Saúde- COAS, a Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação - CECOM e o Centro de Controle de Zoonoses-CCZ, estruturas responsáveis pelas ações coletivas de saúde em nível central e suas correspondentes estruturas regionais.
- Os Centros de Referência à Saúde do Trabalhador - CRST, os Centros de Referência de AIDS - CRDST/AIDS, Centro de Orientação e Apoio sorológico - COA DST/AIDS, Centro de Referência e Hospital dia em DST/AIDS, Centros de Referência em Farmacodependência, Laboratórios de Saúde Pública DST/AIDS, Laboratório de Análises Clínicas, Ambulatório de Especialidades, Centro de Referência em Saúde da Mulher, Unidades Básicas de Saúde, Centro de Reabilitação, Hospital Maternidade, Hospital Municipal, no que diz respeito à rede assistencial, conforme quadro 2 apresentado a seguir.
- A Coordenadoria das Administrações Regionais de Saúde (à qual se subordinam as ARS) e a Coordenadoria Administrativa- Financeira, no que diz respeito as estruturas administrativas e de gestão.

O atendimento à saúde, na rede de unidades de saúde e hospitais passa a ser realizado pelas cooperativas do PAS. Coube à Secretaria Municipal da Saúde, como poder público, a normatização das ações, o controle gerencial, as ações de vigilância epidemiológica, atendimento do Programa DST/ AIDS e Saúde do Trabalhador. É também responsável pelo atendimento pré-hospitalar, aos fármaco-dependentes e pelo controle das zoonoses.

Vale ressaltar que este modelo favorece a dicotomização das ações de saúde, com a rede PAS tendo responsabilidade pela assistência individual e a rede pública pelas ações coletivas de saúde. Vale também ressaltar que a articulação entre estas "duas redes" desde o momento da implantação deste modelo não foi prevista e foi feita fragilmente através das estruturas regionais (Núcleos de Epidemiologia- NEPI, Núcleos de Zoonoses- NRZ e Núcleos de Atenção à Saúde- NOAS) e em nível central pelo CEPI, COAS e CCZ.

Desta maneira, essas estruturas regionais e centrais que deveriam funcionar como órgãos reguladores e normatizadores das ações coletivas de saúde em relação a rede PAS, não foram estruturadas para esta finalidade.

Os quadros apresentados a seguir mostram a distribuição das unidades da SMS em janeiro de 1999 .

QUADRO 2- DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE POR ARS DE ATENDIMENTO- SMS -JAN. 1999

<i>TIPO</i>	<i>ARS 1</i>	<i>ARS 2</i>	<i>ARS 3</i>	<i>ARS 4</i>	<i>ARS 5</i>	<i>ARS 6</i>	<i>ARS 7</i>	<i>ARS 8</i>	<i>ARS 9</i>	<i>ARS 10</i>	<i>TOTAL</i>
<i>UBS</i>			3	1							4
<i>CRST</i>	1	1		1			1		1	1	6
<i>COA/ DST</i>	1	1				1		1	1		5
<i>CRDST</i>	1	2	1	1	1				2	1	9
<i>LAB. DST</i>		1	1								2
<i>LAB. A.CLIN.</i>							1				1
<i>FARM. DEP.</i>	1		1						1		3
<i>A. ESP.</i>			1								1
<i>UAT. DOM.</i>			1								1
<i>HOSP.</i>							1				1
<i>HOSP MAT.</i>							1				1

FONTE: ASPLAN; JAN.1999

**QUADRO 3- DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE POR MÓDULO DE
ATENDIMENTO- SMS -JAN. 1999**

<i>TIPO</i>	<i>HOSP</i>							<i>CLIN.</i>	<i>C.R.S.</i>
<i>MÓD</i>	<i>UBS</i>	<i>HOSP</i>	<i>DIA</i>	<i>A.ESP.</i>	<i>P.S.</i>	<i>CECCO</i>	<i>P.A.</i>	<i>ODON.</i>	<i>CRANÇA</i>
1	4	2	1	1	1				
2	11	1	1	2	1	2			
3	13	2	2	1	1	1			
4	9	2	1	1		1			
5	25	1	2	2		1	2		
6	6	1	1	1	1	2			
7	11		1	1	2				
8	8	1	1	2	1	1			
9	13		1	3	3	1		1	1
10	17	1	1			2			
11	9			1	1	1			
12	1	1	1	1		1			
14	4	1	1	1		1			
15	1	1					1		
TOTAL	132	14	14	17	11	14	3	1	1

FONTE: ASPLAN; JAN.1999

4.2 A Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde em outubro de 1999

Considera-se como momento atual, para análise, o mês de outubro de 1999, devido ao fato da organização estar, novamente, em mudanças.

A partir de 1997, o PAS é novamente alvo de intensas críticas através da mídia. A título de exemplo, citamos a reportagem no Jornal *Folha de São Paulo* de 7 de

fevereiro de 1997, intitulada *“Promotoria pede inquérito sobre PAS- Órgão investiga compras e pagamento feitos com dinheiro público sem licitação, o que considera inconstitucional”* ⁽⁶¹⁾. Outra reportagem, do mesmo jornal, datada de 13 de fevereiro de 1997 sob o título *“Pas vai pagar R\$ 40 mil a gerenciadoras-Dinheiro eqüivale ao pagamento do serviço de assessoria prestado pelas empresas aos 14 módulos do plano”* ⁽⁵⁶⁾. Exemplos como estes poderiam ser repetidos *ad infinitum*. A partir de 1997, o PAS, além de ser alvo crescente de críticas da opinião pública e da mídia em geral, passa a enfrentar uma grande crise financeira.

Em 17 de março de 1998 é nomeado novo Secretário Municipal da Saúde. A partir da nomeação deste Secretário podemos observar novas mudanças da estrutura organizacional, com modificações nos mecanismos de controle no Gerenciamento dos Módulos do PAS. Iniciam-se, também, após a nomeação deste secretário, negociações com vistas a Municipalização da Saúde no Município de São Paulo, na forma de Gestão Plena da Atenção Básica. Estas mudanças foram feitas em decorrência da crise financeira que atravessava o Sistema de Saúde Municipal de São Paulo.

Assim, em 4 de março de 1999 é publicado o Decreto nº 37.847 que cria o Sistema Integrado Municipal de Saúde – SIMS. ^(legislação 25) ⁽⁸⁵⁾ que tem como objetivo aperfeiçoar o sistema de saúde, otimizando as ações dos recursos humanos e dos recursos físicos disponíveis do município e “preconizando novas formas de relacionamento, controle, avaliação e intervenção” ⁽⁸⁵⁾. Nesse momento foram contratadas assessorias da Fundação Getúlio Vargas - FGV e da Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo - PRODAM, com a finalidade de desenvolver sistemas administrativos para controle dos recursos materiais, financeiros e humanos ⁽⁸⁵⁾. O SIMS é composto por: Plano de Atendimento à Saúde - PAS; Administrações Regionais de Saúde - ARS; Atendimento Pré- Hospitalar - APH e Grupo de Voluntários da Saúde - GVS.

Em 2 de junho de 1999 é assinado o Protocolo de Intenções entre a Secretaria Estadual da Saúde e a Secretaria Municipal da Saúde visando a implantação do Plano conjunto de Pré- Municipalização dos Serviços de Saúde e Ações de Saúde do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo ^(legislação 26). Em 31 de julho de 1999 a resolução conjunta de SMS/SME Nº 01 constitui Comissão com a finalidade de

operacionalizar a Municipalização dos Serviços de Saúde para o Município de São Paulo^(legislação 27). Esta Comissão tem a seguinte composição: 3 representantes da Secretaria Municipal da Saúde, 3 representantes da Secretaria Estadual da Saúde, um representante do Conselho Estadual da Saúde e um representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

Em 06 de agosto de 1999 a Portaria nº 1613/99^(legislação 28) constitui Comissão com a finalidade de elaborar proposta de reorganização dos serviços de Saúde para o Município de São Paulo. Esta portaria em suas considerações iniciais trata do protocolo de intenções de 2/06^(legislação 26) e do retorno das unidades básicas gerenciadas pelo PAS ao gerenciamento da Secretaria Municipal da Saúde. Dando prosseguimento a esse processo, a Portaria nº 1656 de 06 de agosto de 1999^(legislação 29) propõe o remanejamento de profissionais para as Unidades de Atenção Primária à Saúde. Em 04 de setembro de 1999 a Portaria Intersecretarial nº 225/99 estabelece critérios e procedimentos para a realocação de servidores removidos para outras secretarias por ocasião da implantação do PAS. Inicia-se, assim, o retorno das unidades básicas de saúde e dos funcionários “exilados do PAS” para a Secretaria Municipal da Saúde^(legislação 30).

O PAS também é reorganizado dentro deste contexto, pois a rede hospitalar continua sob seu gerenciamento. Para atender a esta realidade os Módulos são novamente rearranjados através dos Decretos nº 38.185, nº 38.186, nº 38.187 e nº 38.188 de 31 de julho de 1999 ficando com a configuração de Módulo de Atendimento Sul, Módulo de Atendimento Central, Módulo de Atendimento Leste e Módulo de Atendimento Norte, conforme figura 8, apresentada a seguir.^(legislação 31)

Em outubro de 1999, conforme dados da Secretaria Municipal da Saúde⁽⁸³⁾, o conjunto de unidades descritos nos quadros nº2 e nº3 passam a sofrer alterações, pois durante a discussão do processo de municipalização, algumas unidades antes caracterizadas como UBS passam a ser consideradas Ambulatórios de Especialidades e algumas UBS que estavam no PAS passam ser gerenciadas pelas ARS. O processo de retorno das unidades para o gerenciamento da prefeitura inicia-se. Até outubro de 1999 as ARS já estavam gerenciando 14 UBS.

Cabe observar que a Portaria nº 646 /1997 foi sucessivamente modificada pelas seguintes portarias e decretos: Portaria nº 2007 de 3 de setembro de 1998 (legislação 19), Portaria nº 2494 de 14 de novembro de 1998(legislação 20), Portaria nº 2589 de 26 de novembro de 1998 (legislação 21); Portaria nº 142 de 6 de março de 1999 (legislação 22), Apostila à Portaria nº 2007 de 3 de setembro de 1998 (legislação 23); Portaria nº 617 de 6 de março de 1999 (legislação 24); Decreto nº 37.847 de 4 de março de 1999 (legislação 25); Decreto nº 38.185, nº 38.186, nº 38.187 e nº 38.188 de 30 de julho de 1999(legislação 31).

**FIGURA 8- ORGANOGRAMA DO SISTEMA INTEGRADO MUNICIPAL DE SAÚDE- SIMS-
SMS OUTUBRO DE 1999**

A configuração dos módulos pode ser observada na figura nº 9, a seguir.

FIGURA 9-

DIVISÃO POR MÓDULOS- 31/07/1999

DECRETOS Nº 38.185/ 38.186/38.187/38.188 DE 31/07/1999

FONTE: CEPI- JUNHO 2000

As modificações na estrutura do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde enfocam basicamente dois grandes pontos: a Coordenadoria Financeira e Orçamentária e o Núcleo de Desenvolvimento de Sistemas mostrando uma preocupação tanto de acompanhamento técnico como orçamentário e financeiro.

Estrutura em outubro de 1999:

- Gabinete do Secretário
- Assessoria de Planejamento
- Assessoria Jurídica
- Assessoria de Imprensa
- Coordenadoria Administrativa
- Coordenadoria Financeira e Orçamentária
- Coordenadoria Geral do PAS
- Coordenadoria das Administrações Regionais
- Coordenadoria das Ações de Saúde

Assessoria de Planejamento- ASPLAN

Coordena a partir das diretrizes da PMSP a elaboração da política global, assim como a definição de suas metas, prioridades ^(legislação 19).

Assessoria Jurídica

Assessora o Secretário da Saúde na área jurídica, elaborando pareceres e despachos dentro da sua área de competência, além de subsidiar juridicamente os órgãos de SMS. ⁽⁸⁴⁾

Assessoria de Imprensa

Elabora e executa a política de comunicação de SMS, além de preparar e divulgar material sobre as atividades da Secretaria. ⁽⁸⁴⁾

Coordenadoria Administrativa

Tem as seguintes unidades subordinadas, em nível de divisão: a Divisão Administrativa, Centro de Recursos Humanos e Almoxarifado Central.

A divisão Administrativa tem como atribuição coordenar as atividades administrativas necessárias ao andamento dos trabalhos de SMS. Garante as aquisições de materiais de consumo e permanentes, bem como a celebração e administração de contratos e convênios, de prestação de serviços, manutenção e outros. (legislação 19)

O Centro de Recursos Humanos - CRH propõe e executa as políticas de desenvolvimento e demais atividades de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Administração - SMA. Tem como unidade subordinada o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR. “O CEFOR tem como finalidade planejar, coordenar e produzir material de apoio às atividades de formação e de desenvolvimento de recursos Humanos, propiciar cursos de qualificação e habilitação para profissionais da saúde e capacitar servidores para tarefas específicas dentro de suas atribuições” (84).

O Almoxarifado Central tem como atribuição assegurar a guarda, controle e conservação dos materiais permanentes e de consumo, adquiridos e estocados, aguardando remessa para as unidades requisitantes de SMS. (legislação 19)

Coordenadoria Financeira e Orçamentária (legislação 19)

Tem como atribuição coordenar a proposição e elaboração e acompanhamento da execução do orçamento da SMS, respeitadas as diretrizes municipais e propor medidas corretivas quando for o caso. Também cabe a esta Coordenadoria assegurar os registros contábeis e fiscais tradutores dos atos econômicos e financeiros praticados por SMS.

Esta coordenadoria tem subordinadas as seguintes unidades: Divisão Técnica de Contabilidade, o Fundo Municipal de Saúde - FUMDES, a Unidade Orçamentária e a divisão Técnica de Suprimento. (legislação 23)

Coordenadoria Geral do PAS- CGP

Coordena, a partir das diretrizes da SMS, a elaboração das políticas, planos, metas e diretrizes operacionais, técnicas e administrativas do Plano de Atendimento à

Saúde- PAS. ⁽⁸⁴⁾.

Coordenadoria das Administrações Regionais- CARS

Coordena as Administrações Regionais de Saúde, exercendo controle das atividades desenvolvidas por elas ⁽⁸⁴⁾.

Administrativamente, em relação a área da saúde, o Município de São Paulo é dividido em 10 Administrações de Saúde - ARS, com a seguinte distribuição populacional por ARS (conforme tabela 1):

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL POR ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE- ARS- SÃO PAULO - 1999

<i>ARS</i>	<i>POPULAÇÃO</i>
1	870.777
2	824.207
3	1.305.302
4	925.516
5	1.144.957
6	957.502
7	1.569.898
8	350.264
9	1.156.123
10	852.508
TOTAL	9.957.234

FONTE: ASPLAN /SMS -SP 1999

Coordenadoria das Ações de Saúde- CAS

Esta Coordenadoria será descrita com mais detalhes pois a ela vinculam-se os

serviços de saúde coletiva municipais. Tem como atribuição a coordenação das ações de saúde ligadas à vigilância epidemiológica, programas especiais de saúde, ações de zoonoses e o atendimento pré-hospitalar.

As estruturas ligadas a esta Coordenadoria são: Centro para a Organização da Atenção à Saúde- COAS, o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação- CEPI, o Centro de Controle de Zoonoses- CCZ e a Central de Comunicações- CECOM. Para as finalidades a que se propõe este estudo descreveremos o CEPI, COAS e CCZ.

- **Centro para a Organização da Atenção à Saúde- COAS** ⁽⁸⁴⁾

Tem como principal função definir diretrizes gerais dos Programas de Atenção à Saúde em consonância com a política de saúde adotada pela Secretaria. Cabe ao COAS o planejamento, a avaliação e a integração dos Programas de Saúde da Secretaria, harmonizando atividades entre as ARS, os demais órgãos municipais, estaduais e federais^(legislação 14). Estes programas abrangem as necessidades básicas da população e têm como princípio proporcionar um tratamento equalitário para todo o Município.

O COAS promove o desenvolvimento de conceitos técnicos através da formação, atualização e reciclagem dos profissionais de saúde. Além destas funções o COAS presta assessoria técnica a outras Secretarias e Instituições.

Para que as ações de diagnóstico e desenvolvimento programático possam ser desencadeadas com agilidade, o COAS conta com estruturas regionalizadas e descentralizadas, os Núcleos de Organização e Atenção à Saúde- NOAS. Os NOAS são subordinados tecnicamente ao COAS e, administrativamente, às ARS. Existe um NOAS em cada ARS.

O COAS está estruturado em Coordenações Técnicas responsáveis pelos Programas de Atenção à Saúde. Desenvolve os seguintes Programas: Programa de Saúde do Adulto e Assistência Domiciliar; Programa de Saúde da Criança e Adolescente; Programa de Saúde da Pessoa Deficiente; Programa de Saúde Ocular; Programa de Saúde da Mulher; Programa de Saúde do Idosos; Programa de Saúde Mental; Programa de Saúde Bucal; Programa de Saúde do Trabalhador; Programa DST/AIDS; Programa de Controle de Intoxicações; Assessoria de Nutrição; Assessoria

de Educação em Saúde Pública; Assessoria de Raiva Humana; Assessoria de Hemoterapia e Hematologia; Assessoria de Unidades Volantes.

- **Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação- CEPI** ⁽⁷¹⁾

O CEPI foi criado em 1989^(legislação¹⁵) com o objetivo de coordenar as ações do Sistema de Vigilância Epidemiológica nas áreas de abrangência das unidades municipais de atendimento à saúde, supervisionando-as e avaliando-as continuamente, em conformidade com as políticas e diretrizes normatizadas pelo Ministério da Saúde, pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde e pela própria Secretaria Municipal da Saúde. Tem também como objetivo a manutenção de um sistema de informação em vigilância epidemiológica que permite a análise de dados e o planejamento das ações de saúde coletiva no Município de São Paulo.

O CEPI tem como atribuição realizar, de forma contínua, o diagnóstico de saúde do Município no que diz respeito à Vigilância Epidemiológica, coordenando ações adequadas em cada situação e assessorando o Secretário da Saúde nas diretrizes e decisões a serem adotadas em relação às Doenças de Notificação Compulsória.

O CEPI atua de forma a coordenar as ações do Sistema de Vigilância Epidemiológica junto às unidades de Saúde do âmbito da SMS, mantendo o conhecimento atualizado da situação epidemiológica, da mortalidade e morbidade dos agravos à saúde, bem como dos fatores que as condicionam.

Para que as ações de diagnóstico e controle da saúde possam ser desencadeadas com agilidade, o CEPI conta com estruturas regionalizadas e descentralizadas, os Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação- NEPI. Os NEPIs são subordinados tecnicamente ao CEPI e administrativamente às ARS. Existe um NEPI em cada ARS.

O CEPI tem também como função assessorar e coordenar tecnicamente os NEPIs e supervisionar as ações de Vigilância Epidemiológica, de imunização e controle de infecção hospitalar. Além destas, também cabe ao CEPI assumir o controle operacional de situações epidêmicas, em parceria com os níveis estadual e federal.

O CEPI é constituído pelas seguintes áreas de atuação¹⁴:

---

¹⁴ A organização real de funcionamento do CEPI não corresponde ao organograma formal (Decreto: 27.724 de 7/04/89)

- Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória e outros agravos à saúde
- Imunização
- Controle de Infecção Hospitalar.

O Ministério da Saúde regulamentou as doenças de Notificação Compulsória em todo o território Nacional, segundo a Portaria nº 4052 de 23/12/1998. Foram consideradas para o país as seguintes doenças de Notificação Compulsória: cólera, dengue, difteria, doença de chagas, doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatite B, leishmaniose visceral, malária, meningite por *Haemophilus influenzae*, peste, poliomielite e outras paralisias flácidas agudas, raiva humana, rubéola e síndrome de rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, síndrome da imunodeficiência adquirida- AIDS, tétano, tuberculose, bem como todo e qualquer surto, epidemia ou agravos inusitados independente da lista de DNC.

Além destas, o CVE acrescentou em âmbito Estadual: acidente do trabalho e doenças profissionais do trabalho; acidentes por animais peçonhentos; encefalite por arbovirus; febre purpúrica brasileira; leishmaniose tegumentar americana; leptospirose; varíola; surtos de diarreia, hepatite, conjuntivite; oncocercose; esquistossomose; tracoma e outros agravos inusitados à saúde.

• **Centro de Controle de Zoonoses- CCZ** ⁽⁷⁰⁾ (legislação 32)

O CCZ foi criado em 1973 devido a epidemia de raiva animal e mortes humanas por raiva. Desenvolve trabalho de prevenção, proteção e promoção à saúde pública, através do controle de animais domésticos, controle de animais sinantrópicos e educação em saúde. As ações desenvolvem-se de forma programática e levam em conta o perfil epidemiológico ou o atendimento de solicitações dos municípios.

O CCZ desenvolve seu trabalho através da atuação de equipes multiprofissionais e o planejamento da instituição é reavaliado constantemente graças a uma vigilância epidemiológica permanente.

Em 1985, graças ao trabalho desenvolvido, o CCZ foi reconhecido no contexto nacional e o Centro foi credenciado pelo Ministério da Saúde como “Centro de Referência Nacional para Zoonoses Urbanas”. Após este credenciamento teve

acrescentadas às suas atribuições o compromisso de apoiar o Programa Nacional de Zoonoses. Assim o CCZ presta assessoria e consultorias técnico-científicas e forma recursos humanos para outros Centros de Zoonoses e órgãos nacionais bem como, internacionais.

Em 1994 o CCZ foi credenciado pela OMS como “Centro Colaborador para Treinamento e Pesquisa no Controle de Zoonoses”. Em 1997 a OMS o recredencia como Centro Colaborador o que enfatiza a relevância e qualificação dos serviços prestados por este Centro.

Missão

o Centro de Controle de Zoonoses tem como premissa fundamental ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental que visam o controle das zoonoses urbanas no âmbito do Município de São Paulo, em prol da saúde da população.

Atribuições

O Centro de Controle de Zoonoses tem as seguintes atribuições:

- Assistir as autoridades de saúde do município nos assuntos relacionados ao controle de zoonoses no município;
- Planejar e executar políticas, diretrizes e normas relativas ao controle de zoonoses no município e na Grande São Paulo;
- Coordenar, prestar orientação técnica e controlar ao desenvolvimento das ações programáticas específicas de sua área de atuação;
- Promover estudos, pesquisas e propor convênios com entidades públicas e privadas na área de sua atuação.

Estrutura

- Gabinete do diretor
- Divisão Técnica de Controle da Raiva
- Divisão Técnica de Controle de Roedores e Vetores
- Divisão Técnica de Controle de Laboratório de Diagnóstico de Zoonoses

- Divisão Técnica de Coordenação e Planejamento
- Coordenação de Plantão de Atendimento de Emergência.

Divisão Técnica do Controle da Raiva

Cabe a esta divisão desenvolver ações que compõe o Programa de Controle e Vigilância da Raiva.

Esta divisão desenvolve as seguintes ações: apreensão de animais soltos em vias públicas; vacinação de cães e gatos contra a raiva; manejo de morcegos no município e vistoria zoonosológica.

Divisão Técnica do Controle de Roedores e Vetores

O crescimento desordenado do Município de São Paulo e as precárias condições de saneamento e habitação propiciam o aumento da população murina, o crescimento de focos de vetores como *Aedes aegypti*, *Culex sp*, bem como de animais peçonhentos, pombos, baratas, moscas, formigas, etc.

Os técnicos desta Divisão, com a finalidade de executar ações de vigilância, atuam através dos seguintes Programas: Programa de Controle de Roedores, Programa de Controle do *Aedes aegypti*; Programa de Controle do *Culex sp*; Programa de Controle de Abelhas e Vespídeos, Programa de Controle de outros Vetores e Animais Peçonhentos; Programa Controle de Pombos.

Divisão Técnica de Controle de Laboratório de Diagnóstico de Zoonoses

Esta divisão realiza exames laboratoriais de diagnóstico de zoonoses. Presta serviços aos municípios e também executa todos os exames de diagnóstico de zoonoses decorrentes das ações de outras divisões técnicas.

Divisão Técnica de Coordenação e Planejamento

Esta divisão tem como finalidade apoiar os Programas desenvolvidos pelo Centro de Controle de Zoonoses. Executa atividades nas áreas de Recursos Humanos, Serviço Social, Epidemiologia e Estatística, Processamento de Dados, Biblioteca Técnica, Comunicação e Educação.

O setor de Educação, junto com as demais Divisões, desenvolve o componente educativo relacionado as áreas de controle de roedores, vetores e raiva. Atua junto às unidades de FABES, SEMAB, Educação e outros que julgar necessário ou for solicitado.

Coordenação de Plantão de Atendimento de Emergência

O Plantão tem como objetivo proporcionar tranquilidade à população municipal todas as vezes que ocorrerem problemas envolvendo animais. Está capacitado a atender solicitações de emergências, principalmente quando envolver animais agressores. Localiza o animal e o mantém sob observação no canil, diminuindo os riscos de acidentes por mordedura.

Presta os seguintes serviços à população: recepção de animais trazidos pela população; remoção de Animais (doentes, atropelados, invasores de domicílios, agressores para observação, silvestres e de grande porte, soltos em vias públicas); manutenção de animais internados; destino de animais apreendidos e orientação técnica a munícipes .

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo- PRO-AIM⁽⁷⁶⁾

O PRO-AIM foi criado pela Prefeitura em 1989. É um programa coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e executado em conjunto com o Serviço Funerário do Município de São Paulo (SFMSP) e a Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo (PRODAM). Tem como objetivo fornecer informações de mortalidade para o diagnóstico de saúde, para a vigilância epidemiológica e para a avaliação dos serviços de saúde.

O Serviço Funerário é uma Autarquia responsável pelo encaminhamento do registros e sepultamento dos óbitos ocorridos na Capital e permite acesso às declarações destes óbitos. Assim, o PRO-AIM realiza processamento, análise e divulgação das informações de mortalidade em nível municipal. Processa somente as declarações dos óbitos de residentes que ocorreram na capital de São Paulo.

O PRO-AIM tem um Conselho Consultivo composto por representantes das seguintes instituições: SMS, SFMSP, PRODAM, Centro de Estudos AL. Ayrosa Galvão (Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia), Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde, Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Fundação SEADE.

O PRO-AIM tem acesso às declarações de óbitos cerca de 24 horas após a morte. Esta agilidade no acesso aos documentos permite o desencadeamento de ações, tais como:

- **Melhoria da qualidade de preenchimento da declaração de óbito(DO).** O PRO-AIM envia correspondência aos médicos que declararam o atestado de óbito em casos de: suspeita de AIDS; quando a causa de morte for mal definida; ou ainda em casos de descrições incompletas da causa de morte. Nos casos de óbito por causas violentas busca informações adicionais no Instituto Médico Legal em todas necrópsias realizadas naquela instituição, consultando Boletins de Ocorrência policial - BO e o resultado do exame necroscópico (em casos em que BO não especificou o tipo de acidente ou violência).
- **Em relação à Vigilância Epidemiológica** o PRO-AIM processa a separação de todas as DO em que conste doenças de notificação compulsória e informa ao Centro de Vigilância, no mesmo dia por fax ou telefone.
- **Desenvolvimento de Projetos de Vigilância da Morte Evitável.** O mais abrangente deste projetos é o realizado pelo comitê de estudo e prevenção da morbi-mortalidade materna. O Comitê levanta no PRO-AIM todas as mortes de mulheres entre 10 e 49 anos ocorridas. Encaminha estes casos para serem investigados pelos Comitês Regionais, estabelecendo as causas destas mortes e definindo ações preventivas
- **Elaboração de diagnósticos descentralizados sobre mortalidade na cidade de São Paulo** pelas mais diversas causas. O PRO-AIM elabora estudos e divulga boletins trimestrais. Em alguns casos como AIDS e

Homicídios o PRO-AIM monitora tendências, aprofunda diagnósticos de mudanças temporais, especifica por sexo, idade, grupos sociais e áreas de residência.

4.3 Conclusões preliminares quanto aos capítulos III e IV

Nos capítulos III e IV procurou-se descrever os principais serviços de saúde coletiva existentes no Município de São Paulo. Em relação a estes serviços pode-se concluir que:

- a rede oficial de serviços de saúde coletiva aparenta ser maior e mais complexa do que se poderia supor. Neste sentido, o discurso oficial é importante porque significa que estes serviços estão formalmente criados e com atribuições legais a serem desempenhadas. Mesmo que, na prática, estas atribuições estejam sendo parcialmente desenvolvidas, legalmente estão constituídas e deveriam estar sendo desempenhadas pelas estruturas descritas. Assim, é importante ressaltar que a rede oficial de serviços de saúde coletiva existentes na capital de São Paulo constitui-se em um importante patrimônio a ser preservado.
- este universo de serviços de saúde coletiva, extenso e compartimentalizado, encerra superposições de estruturas. Muitas vezes uma mesma área de atuação tem serviços executados pelas três esferas de governo. Tomando como exemplo a questão do meio ambiente, encontramos serviços federais, estaduais e municipais coexistindo no mesmo espaço do município de São Paulo. A mesma afirmação podemos fazer em relação a área específica da saúde, onde as estruturas municipais e estaduais tem inúmeras superposições uma vez que o processo de municipalização da saúde na capital, até outubro de 1999, encontra-se em processo de negociação, havendo muitas dúvidas se, de fato, será completamente efetivado.

- em muitos momentos as estruturas são frágeis, estando à mercê dos governos (sobretudo os municipais) de plantão, que as estruturam e reestruturam com instrumentos legais de menor hierarquia como portarias, indicando uma preocupação de caráter muito mais político individual do que técnico;
- esta extensa rede encontra-se totalmente desarticulada, com cada estrutura se atendo apenas ao universo de funções e atribuições exclusivas das suas competências.

CAPÍTULO 5

UM CASO DE AÇÃO COLETIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti* - PEAa

O objetivo do presente capítulo é verificar como as estruturas de saúde coletiva operam quando surgem problemas de natureza mais complexa, que exigem a articulação de vários setores e várias instâncias político administrativas.

Na PARTE I optamos por estudar o controle da dengue, analisando a implantação do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* - PEAa no Município de São Paulo, abordando: a biologia e epidemiologia do vetor; aspectos clínicos e epidemiológicos da doença; o PEAa enquanto Programa do Ministério da Saúde; a implantação do PEAa no Município de São Paulo e resultados alcançados até o momento.

Na PARTE II, faz-se uma discussão sobre o tema, utilizando os depoimentos colhidos de gerentes envolvidos com o PEAa, que participaram desde o início da implantação deste programa no Município de São Paulo. A abordagem metodológica utilizada para este propósito será a do Discurso do Sujeito Coletivo⁽⁴⁰⁾ que permite resgatar o imaginário gerencial sobre esta temática.

PARTE I

5.1 A Dengue

• Definição

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna, na forma clássica e grave, quando se apresenta na forma hemorrágica. É uma arbovirose (doença transmitida por artrópode) que afeta o homem, constituindo-se em sério problema de Saúde Pública, especialmente em países tropicais, onde as condições são favoráveis ao desenvolvimento do mosquito vetor da doença - o *Aedes aegypti*.

• Agente etiológico e vetores

O agente etiológico é o vírus da dengue sendo conhecidos quatro sorotipos da dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN- 4.

Os vetores são reconhecidamente duas espécies do gênero *Aedes*. O *Aedes aegypti*, devido aos seus hábitos domiciliares, é o mais eficiente dos mosquitos vetores.

As fêmeas do *Aedes aegypti* são capazes de transmitir o vírus durante a hematofagia. O vírus se mantém mediante o ciclo *Aedes aegypti*-homem. Potencialmente o *Aedes albopictus* também seria vetor, mas até o momento não está associado à transmissão da dengue nas Américas.

5.2 Biologia do vetor ^(14,15 , 18, 30)

O *Aedes aegypti* é uma espécie do sub-gênero *Stegomyia*, gênero *Aedes*, pertencente à sub-família *Culicinae*, família *Culicidae*, ordem *Diptera*, classe *Hexápoda* e ramo *Arthropoda*. A espécie é originária da África e é conhecida como o “mosquito da Febre Amarela”. É uma espécie tropical e sub-tropical, encontrada em todo o mundo, entre as latitudes 35N e 35S, que correspondem a isoterma do inverno 10° C. Raramente encontra-se *Aedes aegypti* em altitudes acima de 1000 metros.

No Novo Mundo o *Aedes aegypti* é uma espécie domiciliada, que infesta recipientes artificiais resultantes da ação humana e que dificilmente é encontrado além de 100 metros das habitações humanas. É um mosquito essencialmente urbano, mas já há infestação em áreas rurais.

As fêmeas depositam seus ovos em pneus, vasos de flores e outros recipientes que acumulam água, como copos de plástico, tampinhas de garrafas, etc. Têm preferência por recipientes escuros com bocas largas, que se localizam em ambientes sombreados. Alguns ambientes naturais também são propícios à reprodução, como ocos de árvores, que precisam, no entanto, estar próximos às habitações humanas. O *Aedes aegypti* não é encontrado em rios, lagoas ou florestas.

Os mosquitos se desenvolvem através de metamorfose completa, e o ciclo de vida do *Aedes aegypti* compreende 4 fases: ovo, larva (4 estágios larvários), pupa e adulto.

Os ovos medem, aproximadamente, 1 mm de comprimento e têm contorno alongado e fusiforme⁽⁴⁹⁾. São depositados pelas fêmeas e se fixam à superfície interna dos recipientes, acima da superfície da água. Em cada ovoposição, uma fêmea põe em média 100 ovos, que geralmente, ocorre no período da tarde. No momento da postura os ovos têm a cor branca, mudando rapidamente para a cor negra brilhante. Em condições ideais o desenvolvimento embrionário se dá em 48 horas. Depois do

desenvolvimento do embrião, os ovos podem suportar grandes períodos de seca (fenômeno conhecido como diapausa), o que torna muito difícil a erradicação desta espécie. Os ovos, aderidos às superfícies dos recipientes, podem ser transportados por longas distâncias, favorecendo a dispersão da espécie. Já foi observada a eclosão de ovos com até 450 dias, quando colocados em contato com a água. “A capacidade de resistência dos ovos de *Aedes aegypti* à dissecação é um sério obstáculo a sua erradicação.”⁽⁴⁹⁾

A ovoposição é afetada por alguns fatores⁽¹⁵⁾:

- a iluminação do ambiente a estimula;
- a contaminação da água a inibe;
- a frequência da ovoposição aumenta em recipientes de boca larga e que contenham água em maior profundidade;
- as temperaturas mais altas estimulam a ovoposição enquanto as mais baixas inibem;
- a fêmea “prefere” locais mais escuros e sombreados.

Em condições favoráveis o desenvolvimento embrionário é de 2 a 3 dias até a eclosão. As larvas passam por 4 estágios de desenvolvimento até se transformarem em mosquitos alados adultos. As larvas são providas de grande mobilidade e alimentam-se de detritos orgânicos, bactérias, fungos e protozoários que estão na água. Nas temperaturas ideais (entre 25^o e 29^o C^o) a duração da fase larval é de 5 a 10 dias.

A seguir vem a fase de pupa, que representa a etapa final do desenvolvimento aquático. Nesta fase elas não se alimentam, mas respiram. Quando inativas se mantêm na superfície da água, flutuando, o que facilita a emergência do inseto adulto. Esta fase dura, em média, 2 dias. As pupas transformam-se em mosquitos adultos, alados.

O *Aedes aegypti* é escuro, com faixas brancas nas bases dos segmentos tarsais e um desenho em forma de lira no mesonoto. Nos insetos mais velhos este desenho pode desaparecer. O macho se destingue da fêmea pela presença de antenas plumosas e palpos mais longos. Os adultos machos e fêmeas alimentam-se de néctar e sucos vegetais.

FIGURA 10 -VETOR *Aedes aegypti*

Aedes aegypti

FONTE: FUNASA/MS

24 horas após emergirem, o acasalamento já é possível, o que vale para ambos os sexos. As fêmeas, após o acasalamento, são hematófagas pois necessitam de sangue para a maturação dos ovos. Têm um comportamento antropofílico, isto é "preferência" por sangue humano, mas podem se alimentar de sangue de outros vertebrados e de néctar das plantas. O repasto sanguíneo ocorre quase sempre durante o dia. Tem também comportamento endofílico, isto é, "preferência" por ambiente intradomiciliar.

O intervalo entre a alimentação sanguínea e a ovoposição é de 2 a 3 dias. Este ciclo (da ovoposição até a fase adulta), em condições favoráveis, varia entre 8 e 15 dias. O mosquito adulto vive em média de 30 a 40 dias, sendo que em laboratório chega a 100 dias. As fêmeas exercem hematofagia durante o dia e têm, como característica, o

retorno a este comportamento quando repelida pelo vertebrado. O *Aedes aegypti* é ativo durante o dia tendo como picos de atividade os períodos do final da tarde e ao amanhecer (8h às 13h e 15h às 17h). Os machos raramente se afastam do local de onde emergiram e sua presença pode ser um sinal indicativo da proximidade do foco.

Em geral a dispersão pelo vôo não ultrapassa 100m. As fêmeas, no entanto, podem voar até 3 km se não encontrarem recipientes adequados à postura, mostrando que a capacidade de dispersão está ligada a existência de criadouros para a ovoposição, sendo que quanto menor a existência de criadouros maior é a dispersão da espécie.

A densidade de mosquitos fêmeas por casa é um fator associado a transmissão domiciliar de dengue. Outro fator é a capacidade de uma fêmea picar vários hospedeiros o que talvez explique a natureza explosiva das epidemias de dengue. Outro fator importante é que a fêmea infectada do *Aedes aegypti* permanecerá assim por toda vida, infectando todos os hospedeiros dos quais se alimentar; portanto a longevidade das fêmeas pode contribuir para o aumento da transmissão da dengue.

Quando não estão em acasalamento, "procurando" fontes de alimentação ou em dispersão, os mosquitos buscam locais escuros e quietos para repousar. Desta forma, são encontrados nas habitações, nos quartos de dormir, banheiros e cozinhas. As superfícies preferidas são as paredes, mobílias, peças de roupas penduradas e mosquiteiros. ⁽⁴⁹⁾

Pode haver transmissão transovariana nos *Aedes aegypti* infectados pelo vírus da dengue, de maneira que um percentual das fêmeas, filhas de portadores, já nasce infectada.

5.3 Aspectos epidemiológicos e clínicos da Dengue^(9, 44,15)

5.3.1 Transmissão

A transmissão é feita pela picada do mosquito fêmea infectado, no ciclo homem-*Aedes aegypti*- homem. O período de transmissão da doença se dá em dois ciclos: um intrínseco, que ocorre no homem e outro extrínseco, no vetor.

O período de transmissão intrínseco é o que se passa no homem. Ocorre durante o período de viremia (presença de vírus no sangue do homem), que começa um

dia antes do aparecimento da febre e vai até o sexto dia da doença. O vírus está no sangue do homem e os mosquitos que o sugarem podem se infectar.

O **período de transmissão extrínseco** é o que se dá no mosquito. Após repasto de sangue infectado, o mosquito depois de um período de incubação de 8 a 12 dias, está apto a transmitir o vírus. Uma vez infectado, o mosquito permanecerá assim por toda sua vida, que é de 6 a 8 semanas. A transmissão também pode ser mecânica, quando o mosquito tem o repasto interrompido e imediatamente se alimenta de um hospedeiro susceptível que estiver próximo. Não há transmissão para outra pessoa sadia por contato direto de um doente, ou por secreções, fontes de água ou alimentos.

O período de incubação da doença, no homem, varia de 3 a 15 dias, sendo em média, de 5 a 6 dias.

A **suscetibilidade** ao vírus da dengue é universal e a imunidade é permanente para um sorotipo. Em relação à susceptibilidade à Febre Hemorrágica da Dengue, o assunto não está totalmente esclarecido. Há teorias que explicam a sua ocorrência:

- a primeira teoria, defendida por Rosen⁽⁴⁷⁾, relaciona o aparecimento da dengue hemorrágica à maior virulência de determinadas cepas do vírus. Alguns estudos têm demonstrado que as formas mais graves da doença estão associadas ao sorotipo 2;
- a teoria imunológica de Heasleed⁽⁴⁷⁾, relaciona a Febre Hemorrágica da Dengue a duas infecções sequenciais por diferentes sorotipos do vírus da dengue, em um período de 3 meses e 5 anos. A resposta imunológica na segunda infecção é exacerbada, ocasionando uma forma mais grave da doença;
- a terceira teoria é a hipótese integral de multicausalidade⁽⁴⁷⁾, proposta por autores cubanos, na qual seriam associados fatores de risco às duas teorias anteriores. Os primeiros fatores de risco seriam os **fatores individuais** - pré-existência de anticorpos contra o vírus da dengue; o sexo (há maior incidência em mulheres); a raça, (há maior incidência em brancos) e a presença de certas doenças crônicas como a asma brônquica. Os **fatores virais de risco** seriam o segundo grupo. Neste é considerada a virulência da

cepa circulante e as múltiplas passagens de determinadas cepas pelo organismo do hospedeiro. Os terceiros são considerados os **fatores epidemiológicos**. Neste grupo é analisada a existência de população susceptível, presença de vetor, alta densidade vetorial e a existência de um intervalo de tempo calculado entre 3 meses e 5 anos entre duas infecções por sorotipos diferentes, bem como a sequência das infecções, pois algumas seqüências teriam risco maior .

Observa-se um **padrão sazonal** de incidência da dengue com o verão e o aumento das chuvas e da temperatura, que são fatores favoráveis à infestação e ao aumento da densidade vetorial. A dengue é também mais freqüente nos núcleos urbanos devido à maior quantidade de criadouros resultantes da ação do homem, como latas, vasos, caixas d'água, etc.

5.3.2 Formas clínicas

A infecção por vírus da dengue provoca uma doença cujas manifestações clínicas podem ir desde uma infecção inaparente, até quadros de hemorragia e choque, que podem levar os indivíduos acometidos, ao óbito. As formas de apresentação da dengue são: dengue clássica e a febre hemorrágica da dengue.

Na **dengue clássica** a primeira manifestação é a febre alta, de 39° C a 40° C, de início abrupto. A febre pode durar de 2 a 7 dias, tendo uma média de 5 dias. O indivíduo pode também apresentar cefaléia frontal, prostração, mialgia, artralgia, anorexia, dor retro-orbitária, náuseas, vômitos, dor abdominal e exantema máculo-papular (não obrigatório, do tipo da rubéola, que dura 48 horas, com uma distribuição centrífuga, iniciando pelo tronco). Alguns pacientes, devido a descamação, podem apresentar intensos pruridos cutâneos. Dores abdominais generalizadas são mais freqüentes em crianças do que em adultos. Estes, por sua vez, ao final do período febril, podem apresentar manifestações hemorrágicas sendo que em alguns casos estas hemorragias podem levar o paciente a óbito. Portanto as manifestações hemorrágicas não são restritas à febre hemorrágica da dengue, uma vez que em alguns raros casos de dengue clássica podem estar presentes. A doença tem a duração média de 10 dias, com diminuição da febre, a partir do quinto dia. Na maioria dos casos, a dengue clássica é benígna.

Na **febre hemorrágica da dengue (FHD)** os primeiros sintomas são semelhantes aos da dengue clássica, porém evoluem para manifestações hemorrágicas. Esta forma da doença está associada à maior gravidade e à maior letalidade. Nos casos típicos ocorre febre alta, dores abdominais, fenômenos hemorrágicos, hepatomegalia, ascite, derrame pleural, petéquias, equimoses, epistaxe e insuficiência circulatória (choque). Entre as manifestações hemorrágicas, a mais encontrada é a prova do laço positiva¹⁵. Em casos graves de FHD, pode ocorrer o choque entre o 3º e o 7º dia das manifestações clínicas da doença, em geral precedido por dores abdominais. Em casos graves, após o desaparecimento da febre, entre o terceiro e sétimo dia, o estado do paciente, repentinamente se agrava, com sinais de insuficiência circulatória. O choque é de curta duração, podendo levar o paciente a óbito entre 12 a 24 horas, ou também a recuperar-se rapidamente, após um tratamento anti-choque, desde que as alterações hemodinâmicas sejam corrigidas em tempo.

Segundo a OMS a Febre Hemorrágica da Dengue pode ser classificada em 4 categorias, de acordo com o grau de gravidade: Grau I (sintomas de dengue clássico e teste do laço positivo), Grau II (sangramento espontâneo mais os sintomas apresentados no grau I), Grau III (insuficiência circulatória representada por hipotensão, pele fria e inquietação) e Grau IV (choque profundo).

5.3.3 Diagnóstico

Para o **diagnóstico diferencial**, quando se tratar da **dengue clássica**, deve-se levar em consideração as seguintes doenças: gripe, rubéola, sarampo e outras infecções virais, bacterianas e enxantemáticas, uma vez que a dengue tem um amplo espectro clínico. Nos casos de **febre hemorrágica da dengue** no início da fase febril, o diagnóstico diferencial deve ser feito em relação a outras infecções virais e bacterianas e a partir do terceiro e quarto dias deve ser feito o diagnóstico diferencial para choque decorrente de infecção bacteriana ou meningococcemia. Para o diagnóstico diferencial devem ser consideradas as seguintes doenças: leptospirose, febre amarela, malária, hepatite infecciosa, influenza, e outras febres hemorrágicas transmitidas por mosquitos e carrapatos.

---

¹⁵ Prova do laço- prova realizada inflando-se o manguito do tensiômetro na pressão média entre a pressão arterial máxima e a mínima do paciente, mantendo-se a pressão por 5 minutos. Resultado positivo- 20 ou mais petéquias, em uma área de 2,5 cm².⁽⁸⁴⁾

O **diagnóstico laboratorial** é feito através do isolamento do vírus ou pelo emprego de métodos sorológicos.

O isolamento é usado para a determinação do arbovírus responsável pela infecção. A coleta da amostra deve ser feita, preferencialmente, na primeira semana da doença.

Os testes sorológicos consistem na demonstração da presença de anticorpos da classe IgM em uma única amostra do soro ou no aumento do título de anticorpos IgG em amostras pareadas. A sorologia complementa os exames de isolamento do vírus servindo como meio alternativo de diagnóstico. Das técnicas de diagnóstico sorológico o MAC-ELISA é o exame mais prático para a vigilância epidemiológica, porque requer somente uma amostra e é o exame mais simples e rápido. Este exame baseia-se na detecção de anticorpos IgM específicos aos 4 sorotipos do vírus da dengue. O anticorpo IgM anti-dengue desenvolve-se, rapidamente, após o quinto dia do início da doença. Caso não haja condições de separar o soro após a coleta da amostra, o sangue total deverá ser conservado a temperaturas de 4°C e transportado no prazo de 24 h para o laboratório.

5.3.4 Tratamento

Nos casos de dengue clássico não há tratamento específico. Deve ser usada somente medicação sintomática, com o uso de analgésicos e antitérmicos. Os salicilatos devem ser evitados, para que as manifestações hemorrágicas não sejam agravadas. Nos casos de febre hemorrágica do dengue, os pacientes devem ser observados para que os primeiros sinais de choque sejam identificados. O período mais crítico ocorre entre a transição da fase febril para a fase afebril (geralmente após o terceiro dia da doença). Os sinais de alerta a serem considerados são: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários, sangramentos importantes, hipotensão arterial, diminuição da pressão diferencial, hipotensão postural, diminuição da diurese, agitação, letargia, pulso rápido e fraco, extremidades frias, cianose, diminuição brusca de temperatura corpórea associada a sudorese profusa, taquicardia, lipotímia e aumento repentino do hematócrito. Neste casos o paciente deve ser internado para a correção dos volumes líquidos perdidos e da acidose.

5.4 A epidemiologia da Dengue

5.4.1 A Dengue no mundo

Aspectos históricos ^(15,44)

Segundo Fabbro,⁽¹⁵⁾ alguns autores apontam que a primeira epidemia de Dengue no mundo teria ocorrido na ilha de Java - Indonésia, em 1779, no século XVIII. Outros relatam que teria ocorrido na Espanha, nas cidades de Cádiz e Sevilha em 1784; para outros autores, a primeira epidemia de dengue teria ocorrido em Cuba, no ano de 1782. A primeira descrição clínica da dengue foi feita a partir de uma epidemia na Filadélfia, nos Estados Unidos, em 1780, por Benjamin Rush.

Durante o século XIX há relatos de epidemias de dengue em várias partes do mundo. Em 1827 ocorreram epidemias nas regiões do Caribe e na costa Atlântica dos Estados Unidos. Neste mesmo século ocorreram epidemias em Cuba, na Austrália e nos estados do Texas e Flórida -EUA.

No início do século XX uma extensa epidemia aconteceu no Panamá. Em 1928, na Grécia, em Atenas e Pirineus, ocorreram em torno de 650.000 casos sendo, provavelmente, a primeira epidemia de dengue hemorrágico que foi registrada. Nesta mesma ocasião se tem notícias da epidemia no continente africano.

Após a Segunda Guerra Mundial temos casos de dengue hemorrágico e da síndrome do choque de dengue nas Filipinas e na Tailândia, países do sudeste asiático. A seguir a epidemia surge no Vietnã do Sul, Cingapura, Malásia, Indonésia e Birmânia. Entre 1960 e 1970 ocorreram epidemias na Austrália, Nova Guiné, Havaí, Taití e ilhas Fiji. Em 1964 em Calcutá e na Índia.

“Dengue e o dengue hemorrágico tem se tornado um importante problema de saúde pública a nível mundial, no dizer de Gubler (1996), que se refere à doença como uma pandemia que se iniciou na Ásia após a Segunda Guerra Mundial, tendo se intensificado nos últimos 16 anos. O autor cita a expansão geográfica, tanto das epidemias de dengue quanto da distribuição de seus vetores e principalmente a expansão das epidemias de dengue hemorrágico para as Américas.” ⁽¹⁵⁾

A partir de 1980 ocorre uma grande disseminação da dengue nas Américas com

epidemias em diversos países: Brasil 1981 (sorotipo 1 e 4), 1986-1989 (sorotipo 1), 1990-1995 (sorotipo 1 e 2); Bolívia 1987 (sorotipo 1); Paraguai 1988 (sorotipo 1); Cuba 1977 (sorotipo 1 e 1981 sorotipo 2); Venezuela 1989 e 1990 (sorotipo 1-2 e 4).

Em 1981, em Cuba, e entre 1989 e 1990, na Venezuela, ocorrem epidemias de dengue hemorrágica. Em 1994 são notificados casos de dengue do sorotipo 3, na Nicarágua, com casos de dengue hemorrágica. Neste mesmo ano é isolado o mesmo sorotipo 3, no Panamá.

Em 1995, até novembro, foram notificados mais de 200.000 casos de dengue nas Américas com cerca de 5.500 casos de dengue hemorrágico. Em 1995 foram notificados no Brasil 112.939 casos de dengue e 105 casos de dengue hemorrágico.⁽¹⁵⁾ Em 1997, após vários anos da doença estar sob controle em Cuba, voltam a ocorrer casos de dengue pelo sorotipo 2, com alguns casos de dengue hemorrágico.

Segundo a OMS ⁽⁹¹⁾ hoje, a dengue e a dengue hemorrágica são prevalentes em mais de 100 países e ameaçam a saúde de mais de 2.5 bilhões de pessoas das regiões urbanas, periurbanas e rurais das regiões tropicais e subtropicais. Ainda segundo a OMS, a incidência anual é estimada em 10 milhões de casos, com 500.000 casos de dengue hemorrágico (FHD), sendo que 90% ocorrem em crianças abaixo de 15 anos. A taxa média de mortalidade é de 5% com 24.000 óbitos por ano.

As explicações para o aumento da transmissão da dengue nos últimos anos estão associadas aos seguintes fatores: rápida expansão do processo de urbanização nas áreas tropicais, acompanhado de condições inadequadas de higiene; aumento da movimentação das populações humanas, tanto intra como entre países e, portanto, uma maior circulação de indivíduos com o vírus da dengue; aumento da resistência aos inseticidas pela população de vetores, bem como falhas nos programas de controle vetorial e no saneamento básico (suprimento de água e disposição do lixo) com conseqüente aumento da população do *Aedes aegypti*; deterioração da rede básica de saúde nos países em desenvolvimento, dificultando o controle das epidemias.

A figura 11 abaixo mostra a expansão da pandemia e do vetor durante os anos de 1975 a 1998.

FIGURA 11-

The General Distribution of Dengue and/or Dengue Haemorrhagic Fever, 1975-1998

Actual and Potential Distribution of *Aedes Aegypti*, 1998

FONTE : OMS

5.4.2 A Dengue no Brasil

Segundo relatos, há casos de dengue no Brasil desde 1846 com a ocorrência de epidemias no Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador. Em São Paulo ocorreram epidemias nos anos de 1851, 1853 e 1916.⁽¹⁵⁾ Em 1923 a revista Brasil-Médico descreve uma epidemia de dengue em Niterói.

O controle e a posterior erradicação da febre amarela urbana no país contribuiu para o desaparecimento da dengue, uma vez que o vetor, o *Aedes aegypti*, que é o mesmo para as duas doenças foi erradicado. Em 1958 o *Aedes aegypti* foi considerado erradicado do território nacional e de outros 21 países do continente⁽¹⁸⁾.

“No Brasil,... a reinfestação ... teve início, com a introdução do vetor em Belém do Pará, em 1967”.⁽¹⁸⁾ Após sucessivas reintroduções, em 1976 o vetor *Aedes aegypti* é reintroduzido em Salvador e, em 1977, no Rio de Janeiro; a partir deste momento infesta novamente o território nacional.

“A primeira epidemia documentada laboratorialmente como dengue, no Brasil,

ocorreu em 1981/1982, em Boa Vista, Roraima, onde circulam os sorotipos 1 e 4 (...). Em 1986, no Rio de Janeiro, houve uma epidemia de dengue pelo sorotipo 1(...). A epidemia se estendeu tendo ocorrido mais de 1 milhão de casos (...), se disseminou para outros estados como Ceará e Alagoas. No ano seguinte, em 1987, ocorreram casos nos estados da Bahia, Minas Gerais, Pernambuco e São Paulo.”⁽¹⁵⁾ “A partir de então o dengue tornou-se endêmico em quase todos esses estados, que passaram a registrar, anualmente, casos da doença”. ⁽⁴⁴⁾

No período de 1986 a 1990 circula no Brasil o sorotipo Den-1, quando é detectado o sorotipo 2, inicialmente no Rio de Janeiro. Em 1991 o mesmo sorotipo2 é identificado em Alagoas, Bahia e Tocantins e em 1994 no Ceará. Em 1999 o sorotipo 2 pode ser identificado nos seguintes estados: Rio de Janeiro, Maranhão, Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, Espírito Santo, Pernambuco, Alagoas, Ceará, Rio Grande do Norte e São Paulo.

Com a introdução do sorotipo 2, em 1990, surgem casos de dengue hemorrágica no país. Dos (...) casos notificados no Rio de Janeiro, 150 foram identificados como possíveis casos de dengue hemorrágico e, dos 47.221 casos notificados em 1994 no Ceará, foram confirmados 25 casos de dengue hemorrágico, com 12 óbitos, a maioria em adultos. ⁽¹⁵⁾

Em 1999, o vetor *Aedes aegypti*, ocorre em 24 estados e em cerca de 1300 municípios. A transmissão da doença está dispersa em 22 unidades federadas, com a circulação dos sorotipos 1 e 2 do vírus da dengue. No Brasil, no ano de 1997, ocorreram 240.075 casos de dengue sendo que somente a região nordeste foi responsável por 188.861 casos. Em 1998 o número de casos subiu para 508.924, sendo a região nordeste responsável por 239.676 casos e a sudeste por 218.902. Este acréscimo do número de casos na região sudeste deve-se a epidemia em Minas Gerais, com 142.563 casos. ^{(anexo}

⁸⁾ No primeiro quadrimestre de 1998 os Estados com maior número de casos notificados foram: Minas Gerais com 87.532, Espírito Santo com 35.202, Paraíba com 26.233, Sergipe com 15.912, Rio de Janeiro com 12.144⁽⁸⁾.

No primeiro quadrimestre de 1998, dos casos notificados no país, foram confirmados 50 casos de Febre Hemorrágica de Dengue, sendo 15 em Pernambuco, 8 do Espírito Santo, 1 no Ceará, 18 no Rio de Janeiro e 8 em Minas Gerais. Neste ano foi

confirmado o primeiro caso autóctone do Estado do Amazonas.

A tabela 2, nos mostra a notificação de casos no país no período de 1986 a 1996.

**TABELA 2-CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE NOS ESTADOS BRASILEIROS
1986-1998**

EST.	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Rondônia.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	55	8
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19.044
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	400	370	234
Tocantins	-	-	-	-	-	2.194	-	-	18	3.193	1.965	755	1437
Pará	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	321	17.001	10.629
Maranhão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.776	6.312	6.073	11.445
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	-	26	3.260	5.770	2.841	14.305
Ceará	4.419	22.513	55	4.126	15.656	6.703	117	7	47.221	1.991	2.099	5.750	10.200
R. Gde Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	345	5.181	6.608	22.788	14.137
Paraíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.701	12.070	50.421	57.354
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.163	8.572	26.677
Alagoas	9.385	3.225	65	60	294	1.317	279	781	344	794	2.591	7.133	8.242
Pernambuco	-	2.118	-	27	-	-	-	-	-	9.982	22.423	40.020	83.130
Bahia	-	-	-	-	-	-	-	-	1.892	34.507	64.435	45.263	14.186
Minas Gerais	-	527	-	-	-	286	-	3.863	-	2.665	3.551	4.434	142.563
Rio de Janeiro	33.568	60.342	60	1.111	21.005	78.702	1.117	321	337	26.563	16.213	2.496	26.784
Espírito Santo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	995	5.706	11.492	39.098
São Paulo	-	46	-	-	3.038	3.661	31	652	574	4.888	6.760	1.865	10.457
Paraná	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.116	5.052	716	2.446
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	-
R. Gde do Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	105
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	1.606	4.346	771	570	1.154	5.115	3.363	4.520	2.511
Mato Grosso	-	-	-	-	-	-	900	892	1.367	11.628	6.016	3.325	7.437
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	688	2.028
Goiás	-	-	-	-	-	-	-	-	3.343	8.191	5.396	3.492	4.467
Total	47.372	88.771	180	5.324	41.599	97.209	3.215	7.086	56.621	125.564	180.392	240.075	508.924

Fonte: O Dengue no Espaço Habitado⁽¹²⁾ / Ministério da Saúde/FNS/DEOPE^(ANEXO 8)

Uma das características marcantes da incidência da dengue no Brasil é que a maioria dos casos ocorre em regiões metropolitanas, devido a alta densidade populacional, que favorece a disseminação da doença e, também, a existência de grande numero de utensílios, que servem de criadouros para o *Aedes*.⁽⁸⁾

5.4.3 A Dengue no Estado de São Paulo ^(15,18)

A Dengue passou a ser considerada doença de notificação compulsória no Estado de São Paulo em 1986. Neste mesmo ano ocorreram 32 casos “importados” de outros estados e, somente em 1987, foram confirmados os primeiros casos autóctones no município de Guararapes e em Araçatuba (30 e 16 casos respectivamente).

O período de transmissão epidêmica no Estado de São Paulo iniciou-se em 1990. A epidemia começou na região de Ribeirão Preto disseminando-se para outros municípios. Ocorreu uma grande transmissão de dengue nos anos de 1990 e 1991 com 3.038 e 3.662 casos respectivamente. Há uma recrudescência da transmissão em nível epidêmico em 1995 com 6.048 casos notificados.

Em 1990, no Estado de São Paulo, 58 municípios estavam envolvidos na transmissão da dengue sendo que este número subiu para 101 em 1995, chegando a 114 em 1996. Podemos observar estas afirmações no gráfico abaixo.

GRÁFICO 1- NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM TRANSMISSÃO DE DENGUE - ESTADO DE SÃO PAULO- 1990/1999

A dengue obedece a uma nítida variação sazonal, ocorrendo as maiores incidências nos meses de verão, com a transmissão podendo ser estendida até o mês de junho, embora em 1995 tenham ocorrido casos durante todo o ano.

Em São Paulo os sorotipos circulantes são o 1 e o 2, sendo este último introduzido posteriormente, em 1996. A incidência dos casos autóctones de Dengue no Estado de São Paulo, para o período de 1987 a 1999 pode ser observada na tabela 3 apresentada a seguir:

**TABELA 3- INCIDÊNCIA DOS CASOS AUTÓCTONES DE DENGUE
NO ESTADO DE SÃO PAULO 1987-1999**

<i>ANO</i>	<i>CASOS</i>	<i>INCIDÊNCIA</i>
<i>1987</i>	46	0.15
<i>1988</i>	-	0
<i>1989</i>	-	0
<i>1990</i>	3038	9.87
<i>1991</i>	3662	11.65
<i>1992</i>	38	0.12
<i>1993</i>	638	1.96
<i>1994</i>	681	2.06
<i>1995</i>	6048	18.02
<i>1996</i>	7104	20.85
<i>1997</i>	2040	5.89
<i>1998</i>	10631	30.27
<i>1999</i>	15074	42.36

** Coeficiente de incidência por 100.000 hab.

** dados provisórios até 10/09/99

Fonte: divisão de Zoonoses do CVE

A incidência de Dengue, por município, no Estado de São Paulo, no ano de 1999, pode ser observada na figura 12 e gráfico 2 apresentados a seguir.

FIGURA 12- INCIDÊNCIA DA DENGUE POR MUNICÍPIO, SÃO PAULO, 1999

**INCIDENCIA DE CASOS DE DENGUE
ESTADO DE SAO PAULO NO PERIODO DE 1987 A 1999***

GRÁFICO 2

*Dados provisórios
 Fonte: Divisão de Zoonoses/CVE

A expansão do vetor *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo

Apesar de já terem sido detectados focos de *Aedes aegypti* no início da década de 80 no Estado de São Paulo, tanto na Baixada Santista como na Grande São Paulo, com as medidas de controle adotadas pela SUCAM-MS, conseguiu-se evitar o estabelecimento da espécie nessas regiões, neste período.

Segundo Glasser,⁽¹⁸⁾ a infestação do território paulista por *Aedes aegypti* aconteceu a partir de 1985. Levanta-se a possibilidade do início da infestação do *Aedes aegypti* ter ocorrido anteriormente a 1985. A infestação se deu de forma contínua e rápida. Em 1985, quando a SUCEN realizou um amplo levantamento entomológico no Estado de São Paulo, abrangendo a totalidade dos municípios, centrado na pesquisa larvária de pontos estratégicos, encontrou focos de *Aedes aegypti* em 30 municípios, localizados em sua maioria a oeste do Estado. Em 1995 dos 626 municípios paulistas, 415 estavam infestados pelo *Aedes aegypti*.

As figuras apresentadas a seguir nos mostram a rápida expansão do vetor *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo, no período de 1985 a 1998.⁽¹⁸⁾

FIGURAS 13 A 17 - ÁREAS INFESTADAS POR *Aedes aegypti*, OCORRÊNCIA DE FOCOS E EXPANSÃO DESTA ESPÉCIE 1985 A 1998 / ESTADO DE SÃO PAULO

FIGURA 13

FONTE: GLASSER C.M. ⁽¹⁸⁾

FIGURA 14

FONTE GLASSER C.M. ⁽¹⁸⁾

FIGURA 15

FONTE: GLASSER C. M. ⁽¹⁸⁾

FIGURA 16

FONTE: GLASSER C. M. ⁽¹⁸⁾

FIGURA 17

FONTE GLASSER C.M. ⁽¹⁸⁾

No que refere à influência que outros estados tiveram no Estado de São Paulo quanto a infestação do *Aedes aegypti*, ainda segundo Glasser,⁽¹⁸⁾ o processo se deu da seguinte forma: **Goiás:** sua influência na infestação de São Paulo foi muito pequena, pois a infestação no Estado de Goiás iniciou em 1986, em um único município, Anápolis e somente a partir de 1990 é que essa espécie passa a ocupar regiões mais extensas deste estado. **Rio de Janeiro:** em 1984 o Rio de Janeiro já contava com 6 municípios infestados e em 1986 a infestação se apresentava bastante abrangente no estado. Apesar deste panorama, a influência em termos de pressão de introdução desse vetor para o Estado de São Paulo deve ter se dado principalmente sobre as regiões do Vale do Paraíba e Grande São Paulo, por serem regiões próximas e com grande intercâmbio econômico com o Estado do Rio de Janeiro. A infestação por *Aedes aegypti* até 1995 ficou restrita a pequenas áreas, apesar de terem sido detectados focos na maioria dos anos em diversos municípios dessas duas regiões paulistas. **Mato Grosso do Sul e Paraná:** tudo indica que o início da infestação do Estado de São Paulo se deu na sua área oeste e foi decorrência da existência de municípios já infestados em 1984, no Mato Grosso do Sul e Paraná. Apesar de não serem muito numerosos, estes municípios são centros econômicos das regiões onde estão inseridos, mantendo intercâmbio econômico principalmente com o oeste paulista. **Minas Gerais:** em 1986, as informações referentes a infestação do *Aedes aegypti* para este estado mostravam a presença do vetor em 19 municípios, não se verificando infestação em áreas próximas ao Estado de São Paulo. A influência desse Estado na infestação do Estado de São Paulo deve ter sido pequena, restrita principalmente às regiões de Barretos, Franca, Ribeirão Preto e São João da Boa Vista.

A infestação no Estado de São Paulo seguiu as direções oeste-leste para o *Aedes aegypti*. Ainda segundo Glasser, o *Aedes aegypti*, ao contrário do que se poderia imaginar, iniciou a colonização do Estado a oeste, ou seja na área de menor densidade geográfica, melhores condições de saneamento, habitação, educação e saúde; esta área, também contrariamente ao que se poderia esperar, tem menor participação na atividade industrial e comercial do Estado e, conseqüentemente, menor fluxo de veículos de carga ou passageiros.

5.4.4 A Dengue no Município de São Paulo ^(72, 77)

Até abril de 1999 o Município de São Paulo não teve registro de casos autóctones. O primeiro caso autóctone foi registrado no dia 14 de abril de 1999 no P.S. da Lapa.

A série histórica de casos de dengue no Município de São Paulo está representada no quadro abaixo:

QUADRO 4- NÚMERO DE CASOS DE DENGUE NO PERÍODO DE 1986-1996 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SP	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total	25	0	7	2	5	16	2	2	3	20	72

FONTE:CVE/SES/SP

A partir de 1997, o Município de São Paulo passa a ter informações mais detalhadas em virtude da maior estruturação do Cepi e Nepi's em relação à área de informática e gerenciamento das informações.

Em relação aos casos de dengue no Município de São Paulo encontramos os seguintes dados para o período de 1997 a 1999.

TABELA 4 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 1997 - 1999

<i>Ano</i>	<i>Casos notificados</i>	<i>Casos confirmados</i>
<i>1997</i>	279	74
<i>1998</i>	762	145
<i>1999</i>	251	98

Fonte CEPI/SMS -SP

A distribuição mensal de casos pode ser observada na tabela 5 a seguir. Nota-se que o número de notificações aumenta nos meses de janeiro a abril, quando a temperatura é mais elevada na capital, começando a declinar a partir do mês de maio, no período de 1997 a 1999, obedecendo a sazonalidade esperada para a doença.

TABELA 5 -DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS CASOS SUSPEITOS DE DENGUE NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 1997 –1999

<i>MÊS</i>	<i>Nº DE CASOS</i>	<i>Nº DE CASOS</i>	<i>Nº DE CASOS</i>	<i>TOTAL</i>
	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	
<i>Janeiro</i>	69	43	39	151
<i>Fevereiro</i>	80	67	23	170
<i>Março</i>	60	130	27	217
<i>Abril</i>	29	262	60	351
<i>Maio</i>	13	118	25	156
<i>Junho</i>	10	48	19	77
<i>Julho</i>	6	14	12	32
<i>Agosto</i>	2	17	12	31
<i>Setembro</i>	1	23	8	32
<i>Outubro</i>	5	8	8	21
<i>Novembro</i>	3	19	6	28
<i>Dezembro</i>	1	18	12	31
<i>Total</i>	279	767	251	1297

Fonte: CEPI/SMS-SP

Segundo dados do CEPI ^(72, 77, 73) a faixa etária mais frequente para os casos de dengue é a de 20 a 49 anos. A distribuição por faixa etária pode ser observada no gráfico a seguir.

**GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS CASOS
CONFIRMADOS DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS
DE 1997 E 1999**

FONTE: CEPI/SMS- 2000

A distribuição dos casos confirmados de dengue por sexo, para o período de 1997 a 1999, mostra, nos anos de 1997 e 1998 o padrão esperado isto é, maior frequência de casos para o sexo feminino. Porém em 1999 a frequência de casos para o sexo masculino é maior. Pode-se supor, como são casos importados, que provavelmente sejam casos decorrentes de deslocamento regional de mão de obra masculina em busca de trabalho na capital de São Paulo.

Pode-se observar o percentual de casos por sexo, no gráfico 4 a seguir.

GRÁFICO 4- DISTRIBUIÇÃO POR SEXO DOS CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 1997 A 1999

FONTE: CEPI/ SMS- 1999

Do total de casos confirmados nos anos de 1997 a 1999, respectivamente 74 e 98 casos, somente dois são autóctones, sendo os demais oriundos de outros municípios e outros estados e municípios do Brasil.

Segundo dados do CEPI ⁽⁷⁷⁾ já no primeiro semestre de 1998, o nº de municípios do estado de São Paulo com casos de dengue autóctone era de 102, sendo que só em Santos, foram registrados 2.475 casos de dengue, São Vicente 550 casos, Campinas 834 casos, sendo estes municípios próximos à capital.⁽⁷⁷⁾

A tabela 6 a seguir nos mostra o estado de origem dos casos notificados no Município de São Paulo. Podemos observar que o maior registro de notificações tem como estado de origem a Bahia com 63 casos, seguido de Pernambuco com 61 casos, São Paulo (outros municípios) com 40 casos, Minas Gerais com 24 casos e Rio de Janeiro com 16 casos.

**TABELA 6- ESTADO PROVÁVEL DE INFECÇÃO DOS CASOS
CONFIRMADOS DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

1997 A 1999

<i>ESTADO</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Amazonas</i>	-	-	5	5
<i>Bahia</i>	36	13	15	64
<i>Pará</i>	2	14	2	18
<i>Piauí</i>	-	2	-	2
<i>Ceará</i>	-	3	-	3
<i>Paraíba</i>	1	6	2	9
<i>Pernambuco</i>	21	22	18	61
<i>Maranhão</i>	-	8	2	10
<i>Rio Gde do Norte</i>	2	1	2	5
<i>Alagoas</i>	1	-	-	1
<i>Espírito Santo</i>	4	7	-	11
<i>Minas Gerais</i>	1	19	4	24
<i>Rio de Janeiro</i>	1	9	6	16
<i>Sergipe</i>	1	4	2	7
<i>Goiás</i>	-	-	1	1
<i>Tocantins</i>	1	-	1	2
<i>Mato Grosso</i>	-	-	3	3
<i>Paraná</i>	-	1	1	2
<i>Mato Grosso do Sul</i>	-	1	1	2
<i>São Paulo</i>	1	8	31	40
<i>Ignorado</i>	2	7	2	11

FONTE: CEPI/SMS/SP

A distribuição de casos de dengue, por ARS de residência, no período de 1997 a 1999 pode ser observada no gráfico 5 a seguir :

**GRÁFICO 5- DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE,
POR ARS DE RESIDÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,
1997 A 1999**

FONTE: CEPI/SMS -SP

Pode-se observar que o maior número de casos concentra-se nas regiões da ARS 1 e da ARS 7. Observa-se também nítida diminuição de casos no ano de 1999 em relação aos dois anos anteriores em quase todas as ARS.

Pode-se notar que o número de caso de dengue tem se mantido baixo na capital. Este dado pode indicar que tem melhorado o controle da doença em outros municípios e em outros estados do país, uma vez que os casos, com exceção de dois, são importados. Outro aspecto a ser considerado é que o sistema adotado para o controle do

vetor e do doente na capital tem até o momento se mostrado eficiente, ou que há outros fatores desconhecidos, pois praticamente não temos tido presença de casos autóctones.

Os distritos administrativos onde ocorreram casos confirmados de dengue podem ser verificados no anexo 9. Note-se que o maior número de casos, para o período de 1997 a 1999, encontra-se nos distritos da Consolação com 15 casos, Moema e Vila Mariana com 11 casos, Jardim São Luis e República com 8 casos e Jaguaré, Grajaú e Itaquera com 11 casos. ⁽⁷³⁾

A expansão do vetor *Aedes aegypti* no Município de São Paulo ⁽⁸⁷⁾

As primeiras ocorrências de larvas de *Aedes aegypti* no município de São Paulo foram registradas em março de 1985 em borracharias da zona leste, no bairro da Penha. Nesta ocasião não se constatou a presença de larvas em outros imóveis, o que sugeriu que a introdução do vetor no Município de São Paulo foi decorrente do transporte passivo de ovos e larvas através do comércio de pneus, procedentes especialmente do estado do Rio de Janeiro, região já infestada pelo vetor, e de áreas em início de infestação do oeste do Estado de São Paulo ⁽⁸⁷⁾.

No período de 1985 a 1989 foram registrados casos isolados de *Aedes aegypti* nas regiões Norte (Guarulhos), Leste (Itaquera, Guaianazes) e Oeste (Butantã), do Município de São Paulo.

Conforme relatado anteriormente a infestação do *Aedes aegypti* no estado de São Paulo teve um percurso que seguiu a direção do oeste para o leste e em 1993 chega a região de Campinas, próxima a capital o que favoreceu a penetração do vetor na região de Pirituba/Perus, que nesta ocasião foi diagnosticada como infestada.

A evolução dos focos de *Aedes aegypti* identificados pelo CCZ no período de 1985 a 1997 pode ser observada na tabela 7 que se segue:

**TABELA 7- FOCOS DE *Aedes aegypti* IDENTIFICADOS PELO CCZ NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO- 1985-1997**

ANO	FOCOS <i>Aedes aegypti</i>
1985	8
1986	10
1987	8
1988	5
1989	6
1990	18
1991	7
1992	16
1993	88
1994	11
1995	14
1996	34
1997	219

FONTE: CCZ/SMS-SP

Obs: os dados são parciais porque foram coletados somente pelas unidades municipais

Segundo dados da Superintendência de Controle de Endemias SUCEN a infestação do *Aedes aegypti* no período de 1992 a 1999 tem a seguinte distribuição por ARS e municípios da Grande São Paulo:

TABELA 8- SÉRIE HISTÓRICA DA INFESTAÇÃO POR *Aedes aegypti* NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE SÃO PAULO, 1992-1999

<i>S. Paulo</i>	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<i>ARS 1</i>								X
<i>ARS 2</i>							X	X
<i>ARS 3</i>		X	X	X	X	X	X	X
<i>ARS 4</i>							X	X
<i>ARS 5</i>						X	X	X
<i>ARS 7</i>						X	X	X
<i>ARS 8</i>		X	X	X	X	X	X	X
<i>Diadema</i>								X
<i>Mauá</i>								X
<i>S.André</i>								X
<i>S.B. Campo</i>								X
<i>S. Caetano</i>								X
<i>Ferraz V.</i>	X							
<i>Guararema</i>	X							
<i>Guarulhos</i>			X	X	X	X	X	X
<i>Salesópolis</i>	X							
<i>Cajamar</i>								X
<i>Mairiporã</i>								X
<i>Barueri</i>								X
<i>Carapicuíba</i>								X
<i>Osasco</i>			X	X	X	X	X	X
<i>Santana P.</i>								X
<i>Taboão S.</i>								X

FONTE: SUCEN/DOT : SES-SP

“Cabe ressaltar que a presença do vetor em distritos administrativos onde existem pacientes com dengue confirmado mostra que o risco de ocorrer epidemia de dengue no Município de São Paulo é grande se não forem tomadas medidas destinadas à erradicação do vetor no município”⁽⁷⁸⁾.

Em agosto de 1997, segundo “informações parciais provenientes da Superintendência do Controle de Endemias - SUCEN/SP e do Centro de Controle de Zoonoses - CCZ da Secretaria Municipal da Saúde, encontravam-se infestados os seguintes Distritos Administrativos: Jabaquara, Ipiranga, Saúde, Cursino, Tremembé, Tucuruví, Vila Guilherme, Vila Maria, Pirituba, Jaraguá, Brasilândia, Freguesia do Ó, Cachoeirinha e Limão.”⁽⁷⁹⁾

A figura 18 apresenta a infestação pelo *Aedes aegypti* do município de São Paulo ao final de 1997 e ao final de 1999.

FIGURA 18- DISTRIBUIÇÃO DO VETOR *Aedes aegypti* POR DISTRITO ADMINISTRATIVO, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 1997 E 1999

FONTE: CCZ/SMS-SP

A figura 19, a seguir, nos mostra a situação do vetor no Município de São Paulo, bem como o número de casos confirmados ao final do ano de 1999.

FIGURA 19- Nº DE CASOS DE DENGUE E PRESENÇA DE VETOR *Aedes aegypti* POR DISTRITO ADMINISTRATIVO- SÃO PAULO- 1999

FONTE: CEPI- 2000

**TABELA 9-NÚMERO DE FOCOS DE *A aegypti*, POR ARS, NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – 1999**

MES/ ARS	ARS 1	ARS 2	ARS 3	ARS 4	ARS 5	ARS 6	ARS 7	ARS 8	ARS 9	ARS10	TOTAL
JAN	3	7	2	3	0	0	101	4	0	0	120
FEV	4	161	17	12	7	0	152	4	0	1	358
MAR	13	165	55	39	10	0	208	27	2	2	521
ABR	6	45	7	34	6	1	212	111	1	0	423
MAIO	8	9	7	5	13	0	237	75	0	1	355
JUN	2	0	4	0	4	1	164	19	0	0	194
JUL	1	2	7	6	3	1	149	14	0	0	183
AGOS	1	0	1	0	0	0	38	8	0	0	48
SET.	2	0	3	0	0	0	54	11	0	0	70
OUT.	3	0	0	0	0	0	27	3	0	0	33
NOV.	3	2	0	9	0	0	45	1	0	0	60
DEZ	0	5	0	1	0	0	37	4	0	0	47
TOTAL	46	396	103	109	43	3	1424	281	3	4	2412

FONTE: CCZ/SMS-SP

**5.5 O Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil-
PEAa** ^(49,48) ¹⁶

“Durante décadas se trabalhou na perspectiva da erradicação do *Aedes aegypti* , tendo-se conseguido êxito por duas vezes. No entretanto, falhas na manutenção possibilitaram a ampla dispersão do vetor. A atual situação epidemiológica levou o

¹⁶ Salientamos que o ítem 5.5 e seus respectivos sub- ítems, referem-se a propostas e definições contidas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, conforme citação acima.

governo brasileiro a aprovar o PEAA, elaborado por técnicos brasileiros com a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).”⁽⁴⁹⁾

O programa apresentado a seguir foi produto do processo de discussão do Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD, da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e outros técnicos especializados de diversas áreas.

A questão de controlar ou erradicar o *Aedes aegypti*, respondida pelos técnicos da OPAS em favor da erradicação, teve sua origem numa consulta específica formulada pelo Ministério da Saúde do Brasil. A OPAS respondeu favoravelmente ao Plano de Erradicação, fato que não se baseou somente na redução de custos a longo prazo, advindos dos efeitos sobre o sistema produtivo do país pelos dias de trabalho perdidos, custos da assistência hospitalar despendidos, atenção médica, consultas, mas, principalmente, pelo custo social de vidas humanas precocemente ceifadas. Desta forma o programa de erradicação do *Aedes aegypti* tem como princípio o número de pessoas que deixarão de adoecer e morrer no país.

“A proposta de erradicação do *Aedes aegypti* está alicerçada em várias justificativas:

- a gravidade do quadro epidemiológico da Dengue e da Dengue Hemorrágica;
- o risco de urbanização da Febre Amarela;
- o grande número de mortes prematuras que serão evitadas;
- a pouca eficácia e efetividade demonstradas pelos programas de controle ao longo dos últimos 15 anos;
- a economia que se faz a longo prazo;
- a possibilidade de, ao tempo em que se evita doenças tão graves e se promove a saúde da população, fortalecer as estruturas político-administrativas e de controle social do SUS e, conseqüentemente, ser um fator que favorece a sua implantação;

- a opção de se implantar um novo modelo de erradicação tendo como eixo central a promoção da qualidade de vida da população, através de saneamento dos centros urbanos, possibilitando a melhoria nos indicadores epidemiológicos das doenças transmitidas por falta de saneamento básico.”

(46)

O PEAa tornou-se um plano de governo através do Decreto Federal nº 1934 de 18 de junho de 1996 ^(legislação 38), o qual cria as Comissões Executiva Nacional e Consultiva de Avaliação e Acompanhamento do PEAa, com o envolvimento de vários ministérios e em articulação com os governos estaduais e municipais e a sociedade civil organizada, com a finalidade de combater o vetor *Aedes aegypti*.

A Portaria nº 1.298 de 27 de junho de 1996 ^(legislação 39), do Ministério da Saúde, cria a Secretaria Executiva do PEAa do Brasil e a Portaria nº 194 de 25 de setembro de 1996, do mesmo Ministério, vincula esta Secretaria Executiva à Fundação Nacional de Saúde.

Para a liberação de recursos financeiros para o desenvolvimento do PEAa pelos municípios, foram estabelecidos critérios. Assim, os municípios devem ser classificados segundo enfoque de risco, de acordo com a estratificação epidemiológica e entomológica.

A transferência de recursos a estados e municípios será feita através da celebração de convênios, respectivamente com a Fundação Nacional de Saúde e diretamente com o Ministério da Saúde.

5.5.1 A Estratégia de Controle e o Modelo de Erradicação

Até o presente momento o único elo vulnerável na cadeia epidemiológica do Dengue é o vetor *Aedes aegypti*, uma vez que não há tratamento específico para a doença e também não foi desenvolvida uma vacina que pudesse evitar a doença.

O combate ao vetor tem sido feito com dois objetivos distintos: o de controle e o de erradicação.

Na **estratégia de controle**, segundo autores do PEAa, o *Aedes aegypti* continuará presente mas em quantidades reduzidas, pois o objetivo é a interrupção da doença. Nesta opção o problema não terá solução definitiva e a médio e longo prazo

passa a ser mais cara e ineficaz, pois se houver atrasos ou interrupções nas ações as populações de mosquito voltam a se recuperar e a doença novamente pode estar presente. Pode também haver o surgimento da dengue hemorrágica, que além do custo de vidas humanas perdidas, requer um tipo de atenção aos pacientes (como também a intensificação das ações de combate ao vetor) que levará certamente a significativos incrementos nos gastos.

Na estratégia de erradicação, o objetivo é manter todos os municípios sem a presença do vetor e sem a transmissão da Dengue. A estratégia deve ser, portanto, nacional.

No plano de erradicação as ações de combate ao vetor devem ser iniciadas concomitantemente em todos os municípios infestados. Nos municípios não infestados deve ser implantado o sistema de vigilância entomológica, a fim de que seja detectado, precocemente, e tratado qualquer foco de infestação do *Aedes aegypti*.

5.5.2 Características do Modelo de Erradicação

São características do Modelo de Erradicação, segundo os autores do PEAa:

- Ser um projeto de âmbito nacional;
- Fortalecer o SUS (Sistema Único de Saúde);
- Propiciar o avanço no processo de municipalização para a área de controle de vetores;
- Possibilitar que o nível estadual exerça o seu papel de coordenador das ações de combate ao vetor no âmbito estadual, sendo também assessor técnico dos municípios e executor em caráter suplementar;
- Integrar três grupos de ações: ações de saneamento básico; ações de divulgação de informações, comunicação social e educação e ações de combate ao *Aedes aegypti*;
- Estratificar epidemiologicamente os municípios;
- Reforçar ações de vigilância em portos e aeroportos internacionais e estações de fronteiras.

5.5.3 Objetivos do PEAa

- “Erradicar o *Aedes aegypti* do território brasileiro visando eliminar a circulação do vírus do dengue e impedir a reurbanização do vírus da febre amarela no Brasil, através de um projeto que envolva todas as forças políticas e sociais da nação brasileira;
- Ampliar a cobertura da oferta da água em quantidade e qualidade satisfatória, e de coleta, manejo e destino adequado de lixo para os centros urbanos, visando diminuir a quantidade de criadouros potenciais do *Aedes aegypti* e proporcionar a melhoria da qualidade de vida das populações;
- Desenvolver uma estratégia de informação, educação e comunicação em saúde, articulada com todos os setores sociais da nação, visando promover a participação e a mobilização consciente da população no sentido da promoção da saúde e da educação sobre as formas de prevenção do Dengue e da Febre Amarela.” ⁽⁴⁶⁾

5.5.4 Estratificação dos Municípios

Para a estratégia de erradicação, os municípios brasileiros devem ser estratificados epidemiologicamente, utilizando-se como critérios as informações obtidas através das vigilâncias epidemiológicas e entomológicas.

Os municípios serão categorizados em quatro estratos:

Estrato I – Áreas onde ocorre transmissão de dengue a mais tempo e que têm maior risco de ocorrência de FHD, transmissão persistente e com transmissão simultânea e sucedânea de mais de um sorotipo.

Estrato II- Áreas com transmissão de dengue clássico.

Estrato III- Áreas infestadas, com presença do vetor.

Estrato IV- Áreas não infestadas, sem a presença do vetor.

5.5.5 Município infestado e município não infestado

Para o PEAa:

- Municípios infestados são aqueles nos quais durante o levantamento de índices foi detectada a presença de focos domiciliares de *Aedes aegypti*.
- Municípios não infestados são aqueles nos quais durante o levantamento de índices trimestrais,¹⁷ durante 12 meses, não foi detectada a presença domiciliar do vetor. É importante ressaltar que a detecção de *Aedes aegypti* em pontos estratégicos ou em armadilhas não classifica o município como infestado.

5.5.6. Formas de combate ao vetor

O combate ao vetor é conduzido através de 3 tipos de tratamento: tratamento focal, tratamento perifocal e tratamento a ultra baixo volume.

Tratamento focal- este tratamento consiste na aplicação de larvicida nos depósitos que contenham ou que possam conter água estagnada. Os bebedouros de aves e de outros animais devem ser lavados e escovados. Outros depósitos de menor tamanho como cascas de ovo, latas, vidros, plásticos etc, devem ser eliminados ou enterrados.

Não devem ser tratados os depósitos de peixes. Nestes, quando forem encontradas larvas de *Aedes*, serão recomendadas formas alternativas de tratamento. Utensílios de cozinha que sirvam para a cocção de alimentos, ou mesmo para acondicionamento, também não devem ser tratados. Garrafas devem ser viradas e colocadas ao abrigo das chuvas.

O tratamento de focos deve ser a princípio limitado a um raio de até 300m, com o tratamento de todos os imóveis aí existentes. Quando vários focos são detectados o tratamento poderá ser mais extenso, podendo até abranger toda a localidade.

Tratamento perifocal- Está indicado para localidades recém infestadas, como medida complementar ao tratamento focal. Pode ser indicado para localidade infestadas, apenas para os pontos estratégicos de difícil tratamento (depósitos de sucata, pneus e ferros velhos) onde tenham sido detectado focos. O tratamento é recomendado para os primeiros seis meses.

O tratamento perifocal consiste na aplicação de adulticida (inseticida) de ação residual, nas paredes externas dos depósitos, para que essa superfície seja protegida.

---

¹⁷ Verificar levantamento de Índices pg. 176

Deve ser aplicada no peridomicílio ao redor de depósitos que sejam criadouros reais ou potenciais do vetor *Aedes* e em coleções de água não potável fechadas (ralos, bueiros, canaletas e outras)

Durante o tratamento é necessário que se tenha cuidados com o operador para que esteja protegido em relação ao inseticida. Devem também ser tomados cuidados para que o inseticida não entre em contato com pessoas, pássaros, alimentos, outros animais domésticos, bem como não deve ser aplicado na parte interna de depósitos de armazenagem de água destinada ao consumo humano.

Tratamento a Ultra Baixo Volume (UBV)- consiste na aplicação espacial de inseticidas a baixíssimo volume. As partículas muito pequenas de inseticidas (10 a 15 micra) tem o diâmetro ideal para o combate do *Aedes aegypti*, pois devido ao tamanho reduzido das partículas, a aplicação atinge a superfície do corpo do mosquito mais extensamente do que qualquer outro tipo de pulverização.

O uso deste tratamento é restrito a epidemias afim de promover a rápida interrupção da transmissão de dengue ou quando a infestação predial for superior a 5% em áreas que tenham a circulação do vírus.

Os ciclos de tratamento por este método devem ser semanais, para que os adultos provenientes do ovos remanescentes sejam atingidos. O tratamento deve ser repetido por 4 a 8 semanas consecutivas.

Este método tem como principal vantagem a redução rápida da população adulta do vetor, com alto rendimento e maior área tratada por unidade de tempo. Além disto tem pouco desgaste do equipamento e como as partículas do inseticida são leves são carregadas pelo ar, podendo atingir distâncias compatíveis com a largura dos quarteirões. Os principais problemas que existem na utilização deste método consiste na necessidade de mão de obra especializada, a ação corrosiva do inseticida sobre a pintura dos automóveis, a pouca ação (ou nenhuma) nas formas imaturas do vetor e a possibilidade de eliminação de outros insetos de forma indiscriminada.

5.5.7. Outras formas de controle do *Aedes aegypti*

Para a erradicação do vetor *Aedes aegypti* podem ser também utilizados o controle biológico e o manejo ambiental.

Controle biológico- Este tipo de controle existe na natureza e reduz naturalmente a população de mosquitos através da predação, parasitismo, competição e de agentes patógenos que produzem enfermidades e toxinas. Pretende-se, através de pesquisas, desenvolver o controle biológico artificial, pois assim seriam reduzidos os efeitos danosos que os inseticidas produzem no meio ambiente.

Apesar de estarem sendo desenvolvidos os chamados larvicidas biológicos, os avanços nesta área de controle tem impedimentos no uso em grande escala. Estes impedimentos podem ser atribuídos aos altos custos; ao efeito residual baixo; à dificuldade de uso nas epidemias (pois tem efeito lento) e à insuficiente pesquisa de campo que comprove os resultados laboratoriais já obtidos com estes produtos.

Manejo ambiental- O controle do meio ambiente pode ser realizado através da eliminação dos criadouros no ambiente domiciliar e também pela coleta do lixo urbano (através da coleta regular ou por mutirões de limpeza). É também importante o trabalho educativo junto à população para que esta tenha noções acerca do uso correto de recipientes de armazenamento de água.

5.5.8 Ações a serem desenvolvidas em cada estrato

Para o PEAA, são as seguintes ações a serem desenvolvidas em cada estrato:

Estrato I- UBV (ultra baixo volume) pesada em ciclos semanais (5 dias), complementada com UBV portátil extra domiciliar em áreas de difícil acesso; UBV portátil intradomiciliar em ciclos de tratamento bimestrais; levantamento amostral de índice e tratamento focal em ciclos bimestrais; promoção do saneamento domiciliar; arrastão de limpeza; regularização da coleta pública de lixo; pesquisa entomológica e tratamento químico em pontos estratégicos em ciclos quinzenais.

Estrato II- UBV com cobertura integral em ciclos de 7/7 dias, UBV portátil extra domiciliar em áreas de difícil acesso; levantamento amostral de índice e tratamento focal em ciclos bimestrais; promoção do saneamento domiciliar; arrastão de limpeza¹⁸; regularização da coleta pública de lixo; pesquisa entomológica e tratamento químico em pontos estratégicos em ciclos quinzenais.

---

¹⁸ Arrastão de limpeza- processo em que se faz ampla divulgação de evento de coleta de objetos que possam servir de criadouros para o vetor *Aedes* em uma dada região.

Estrato III- Levantamento amostral de índice e tratamento focal em ciclos trimestrais; promoção do saneamento domiciliar; arrastão de limpeza; regularização da coleta pública de lixo; pesquisa entomológica e tratamento químico em pontos estratégicos em ciclos quinzenais.

Estrato IV- - Levantamento amostral de índice trimestrais; promoção do saneamento domiciliar; regularização da coleta pública de lixo; pesquisa entomológica e tratamento químico em pontos estratégicos em ciclos quinzenais; pesquisa entomológica em ovitrampas e/ ou larvitampas com inspeção semanal.

5.5.9. A operação de campo

No PEAA, as operações de campo utilizam em sua rotina informações e serviços de apoio dos sistemas de vigilância entomológica, epidemiológica e dos laboratórios de referência.

As operações de campo tem duas fases: a fase preparatória e a fase de ataque.

Na **fase preparatória** as atividades iniciais devem ser o reconhecimento ou a atualização das áreas que constituirão o universo do trabalho. Os mapas dos municípios serão divididos em áreas e estas em setores e zonas, as quais serão distribuídas entre as equipes de trabalho. Para cada área de trabalho será desenhado um mapa, com a numeração dos quarteirões e os melhores trajetos, localizando todos os prédios existentes na área.

A seguir, será realizado um levantamento amostral, para calcular os Índices de Breteau (IB), Predial (IP) e de Recipientes (IR). A finalidade deste levantamento amostral é determinar a distribuição e densidade do vetor na área e desta forma estabelecer o monitoramento da vigilância entomológica.

Na **fase de ataque** é que se iniciam os trabalhos de combate ao vetor. As atividades realizadas nesta fase devem ter sido determinadas na fase preparatória. Assim os itinerários devem já estar elaborados e 100% dos imóveis, pontos estratégicos e terrenos baldios serão inspecionados e tratados nas localidades previamente conhecidas como sendo infestadas pelo vetor.

Ao mesmo tempo em que são realizadas operações de combate ao vetor, devem estar ocorrendo, em conjunto, ações de saneamento domiciliar para as quais é imprescindível a mobilização e participação popular.

Equipe de trabalho do PEAa

A equipe de trabalho no campo é constituída por agentes de saúde, supervisores e supervisor geral. Para que o controle de vetores seja realizado as equipes tem atribuições que serão descritas abaixo.

Agentes de saúde - têm como atribuições: descobrir focos; destruir e evitar a formação de novos criadouros; evitar a formação e reprodução de focos; orientar a população quanto as condutas para evitar a proliferação de vetores; utilizar quando necessário o tratamento focal, perifocal e UBV.

Supervisores - têm como atribuições: a responsabilidade pelo trabalho realizado pelos agentes de saúde que estão sob a sua orientação. É também o elemento de ligação entre as equipes e o supervisor geral. Cada supervisor deve ter sob sua responsabilidade em torno de 10 agentes de saúde. Suas principais funções são: acompanhar a execução das programações; organizar e distribuir os agentes dentro da área de trabalho; capacitar o pessoal sob sua responsabilidade; controlar e supervisionar periodicamente a ação dos agentes de saúde e acompanhar o registro de dados e o fluxo dos formulários.

Supervisor geral - têm como atribuições: o controle, o acompanhamento e a orientação a todo o pessoal de campo. Deve ter conhecimento integral de todos os recursos técnicos empregados no combate do vetor e a capacidade de discernimento na solução de situações não previstas e emergenciais. É responsável por uma equipe de 5 supervisores. Cabe a este profissional: a supervisão, segundo as normas estabelecidas pelo PEAa; a instrução aos supervisores para o registro e encaminhamento de dados coletados; a participação na elaboração de planos de campo e o relatório técnico, mensal, das atividades realizadas sob sua coordenação.

A pesquisa entomológica

Tem como finalidade a detecção de focos de *Aedes aegypti*. Esta pesquisa é feita através de: levantamento de índice; pesquisa de ponto estratégico; pesquisa em armadilhas; delimitação de focos e pesquisa vetorial especial.

Levantamento de Índices

São utilizados para se conhecer a infestação, a dispersão e a densidade do vetor, tendo periodicidade bimensal ou trimestral. Os ciclos nos quais esta atividade é realizada só devem ser enumerados dentro do mesmo ano. Os índices mais utilizados são o Índice Predial e o Índice de Breteau.

- **Índice Predial**- obtido através do nº de imóveis encontrados com larvas de *Aedes aegypti* multiplicado por 100 e dividindo-se o resultado pelo total de imóveis inspecionados. É um indicador básico do grau de infestação.

$$\text{Índice Predial} = \frac{\text{nº de imóveis com } Aedes aegypti \times 100}{\text{imóveis inspecionados}}$$

- **Índice de Breteau**- É um índice que tem sensibilidade para a determinação da presença larvária. É calculado através do número de depósito com larvas de *Aedes aegypti* multiplicado por 100 imóveis, dividido pelo número de imóveis inspecionados.

$$\text{Índice de Breteau} = \frac{\text{nº de depósitos com } Aedes aegypti \times 100}{\text{imóveis inspecionados}}$$

A pesquisa em pontos estratégicos

Pontos estratégicos são aqueles locais especialmente vulneráveis à introdução do vetor. São locais onde há concentração de depósitos para a desova do *Aedes aegypti* como: cemitérios, borracharias, depósitos de sucata, materiais de construção, garagens de transportadora, ferros velhos, desmanches de automóveis, etc.

Os pontos estratégicos devem ser identificados, cadastrados e inspecionados de quinze em quinze dias. Há também necessidade de serem atualizados regularmente.

Como indicador do número de pontos Estratégicos o PEaA recomenda 1 PE para cada 100 imóveis.

A pesquisa em armadilhas

As armadilhas são normalmente confeccionadas com pneus e dispostas em locais considerados como portas de entrada de alados. A finalidade básica é a detecção precoce de infestações importadas. Assim são colocadas em aeroportos, portos fluviais e marítimos, terminais rodoviários, ferroviários e outros. Devem ser inspecionados semanalmente.

Como indicador do número de armadilhas, o PEAA recomenda 1 armadilha para cada 9 quarteirões.

A delimitação de foco

Esta é uma atividade exclusiva para municípios classificados no estrato 4 ou recentemente infestados. Neste caso a pesquisa larvária e o tratamento focal é feito em 100% dos imóveis em um raio de até 300m a partir de positividade larvária para *Aedes aegypti* em um ponto estratégico, armadilha ou em levantamento de índice.

A pesquisa vetorial especial

É a pesquisa eventual realizada em função de denúncia em áreas não infestadas ou sem transmissão de Dengue. Esta atividade é sempre complementar e não deve interferir na rotina dos trabalhos.

5.5.10 Parâmetros e Rendimentos preconizados pelo PEAA

As atividades de controle do Dengue devem seguir parâmetros estabelecidos. O quadro abaixo define parâmetros e rendimento esperados.

QUADRO 5- PARÂMETROS E RENDIMENTOS DO PEAa

<i>Atividades</i>	<i>Rendimentos</i>
<i>1- Levantamento de índice</i>	20 imóveis/agente de saúde/dia
<i>2- Delimitação de foco</i>	15 imóveis/dia
<i>3- Pesquisa em ponto estratégico</i>	15 imóveis/dia
<i>4- Pesquisa em armadilhas</i>	30 armadilha/dia
<i>5- Ultra baixo volume (pesado)</i>	3.000 imóveis/máquina/dia
<i>6- Ultra baixo volume portátil extra domiciliar</i>	700 imóveis/dupla de agentes /dia
<i>7- UBV intra domiciliar</i>	70 imóveis/agente/dia

FONTE: FNS/ MS⁽⁴⁹⁾

5.5.11. Participação Comunitária

A participação comunitária é imprescindível no combate ao vetor *Aedes aegypti*. O PEAa propõe que os agentes de saúde que há muitos anos trabalham para a comunidade passem a trabalhar com a comunidade. Desta forma a população passará a perceber o combate ao *Aedes* como uma atividade de interesse comum e não como um programa pertencente ao poder público.

O estímulo à participação comunitária deve ser permanente e os resultados devem ser avaliados a médio e longo prazos.

As principais informações a serem compartilhadas entre os agentes de saúde e a comunidade são:

- Os pratos de vasos de plantas devem ser mantidos sempre secos, podendo para isso utilizar-se areia;
- A água das jarras de flores deve ser trocada 2 vezes por semana. A jarra deve ser lavada para eliminar ovos que possam estar aderidos às suas paredes;
- Evitar cultivo de plantas com água;

- Toda vasilha de lata deve ser furada antes de ser jogada fora, para evitar o acúmulo de água;
- Objetos inservíveis que possam acumular água de chuva (copinhos plásticos, cascas de ovos, tampinhas de refrigerantes, etc) após o uso, devem ser jogados em lixeiras ou enterrados;
- Garrafas vazias devem ser armazenadas de cabeça para baixo em locais cobertos;
- Pneus velhos devem ser furados e guardados em locais cobertos;
- Poços, tambores e outros depósitos de água devem permanecer sempre tampados;
- Caixas de água e cisternas dos prédios devem ser rotineiramente limpas e fechadas;
- Calhas e piscinas devem ser mantidas limpas;
- Não jogar o lixo em terrenos baldios.

5.5.12. Informação, Educação e Comunicação - IEC para o PEAA ^(46,48)

“Segundo técnicos e especialistas ligados ao controle do dengue, muitos recursos e esforços seriam poupados com a participação efetiva da população na adoção de práticas de saneamento domiciliar, voltadas para medidas simples de eliminação de criadouros, existentes dentro da própria casa e no seu peridomicílio.” ⁽⁴⁸⁾

O papel das atividades de IEC deve ser o de garantir a ação estratégica que busca viabilizar a construção de um pacto de cooperação das forças políticas e sociais em torno do PEAA. Para isto é necessário o acesso da sociedade às informações epidemiológicas, tecnológicas e ambientais ligadas ao controle do vetor e da endemia.

Para que os objetivos do PEAA possam ser alcançados devem ser desenvolvidas estratégias que visem:

- Envolver os formadores de opinião (assessores de comunicação social e outros técnicos envolvidos com o PEAa das secretarias de governo, lideranças comunitárias, professores, profissionais de saúde e a mídia) e sensibilizá-los para a importância da ação de comunicação e educação no combate a dengue;
- Informar a população que o controle da doença só é possível com a participação consciente, eliminando os criadouros de *Aedes aegypti* em seus domicílios;
- Sensibilizar o público em geral sobre as necessidades de uma parceria governo/sociedade com vistas ao controle da dengue no país;
- Enfatizar responsabilidade social, resgatando a cidadania de forma que cada cidadão tenha a perspectiva de ser responsável por si e pela sua comunidade;

Para isto é necessário a constituição e formalização de grupos de trabalho em IEC com representação nas Coordenações Executivas do PEAa. Estes grupos devem viabilizar:

- A articulação inter e intrainstitucional, incluindo setores organizados da sociedade civil, para estabelecer pautas comuns de negociação em torno do PEAa, estabelecendo parcerias e responsabilidades;
- A organização de atividades de sensibilização, mobilização de gestores, técnicos, empresários, lideranças sindicais, religiosas e populares para discussão dos objetivos e resultados do PEAa;
- A produção de diagnósticos participativos sobre as realidades regionais do PEAa;
- A organização de uma Assessoria de Comunicação Social vinculada ao Grupo de Trabalho do PEAa;
- Elaboração de diagnóstico de necessidades de RH em IEC
- A capacitação de equipes multiprofissionais envolvidas no PEAa, gerando multiplicadores e executores das ações de IEC em saúde;
- A definição da linha pedagógica para as atividades de IEC;

- Elaboração e normatização das estratégias de capacitação das equipes de operação de campo;
- Participação no desenvolvimento e execução da grade curricular dos cursos de profissionalização de nível médio, bem como do sistema formal de ensino, com a inclusão dos conteúdos do IEC relativos ao PEAA;
- Assessoria, acompanhamento e avaliação de campanhas publicitárias e outras estratégias de comunicação;
- Acompanhamento e avaliação de processos de impacto das intervenções propostas pelo IEC, garantindo que os resultados das avaliações sejam apropriados pela população;
- Documentação e registro das atividades do PEAA com vistas a geração de uma memória institucional

5.6 O PEAA no Município de São Paulo

Antes mesmo da assinatura do Convênio com o Ministério da Saúde, o Município de São Paulo começa a se estruturar para o combate ao vetor e controle da doença. Assim em 01 de novembro de 1996 foi constituída a Comissão Municipal de Prevenção e Controle ao Dengue ^(legislação 34), com a finalidade de promover estudos, critérios, normas e procedimentos administrativos e coordenar ações interinstitucionais e de impedir a entrada ou circunscrever ou controlar focos de *Aedes aegypti*, além de controlar e exercer vigilância epidemiológica dos casos de dengue, em sua área de abrangência.

A Comissão Municipal conta com representantes do Centro de Organização e Atenção a Saúde - COAS, Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação - CEPI, Centro de Controle de Zoonoses - CCZ, Secretaria das Administrações Regionais - SAR, Secretaria da Família e Bem Estar Social - FABES, Secretaria Municipal da Educação - SME, Secretaria do Verde e Meio Ambiente - SVMA, Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano - SEHAB, Secretaria de Serviços e Obras - SSO,

Guarda Civil Metropolitana - GCM, Serviço Funerário - SF, Assessoria de Imprensa, Superintendência do Controle de Endemias - SUCEN e Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde - CVE.

Em 1 de novembro de 1996 o secretário municipal da saúde, através da Portaria nº 2937 ^(legislação 35) resolve que cada ARS deverá criar a Comissão Regional de Prevenção e Controle ao Dengue. Esta mesma portaria determina as instituições que serão participantes das Comissões Regionais: NEPI; NOAS; NRZ; SAR; SME; FABES; PAS e 1 representante dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica da Diretoria Regional de Saúde - DIR 1 da Secretaria Estadual da Saúde.

Em 28 de dezembro de 1996 ^(legislação 36) e em 9 de janeiro de 1997 ^(legislação 37) são nomeados respectivamente os representantes da Comissão Municipal e os representantes das Comissões Regionais de Dengue. A partir destas datas estas comissões passam a se reunir sistematicamente tendo desenvolvido até o momento um intenso trabalho educativo no município de São Paulo, o qual será descrito ai final deste capítulo quando é feita referência às atividades de Informação, Comunicação e Educação desenvolvidas no Município de São Paulo.

5.6.1 O Convênio PEAA no Município de São Paulo⁽⁷⁵⁾

O primeiro “Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* do Município de São Paulo” objetivando a celebração do convênio foi encaminhado pelo então secretário da saúde à coordenadora regional da Fundação Nacional de Saúde, em setembro de 1997.

Neste plano a justificativa do convênio baseou-se na possibilidade de eclosão de epidemia de dengue no município devido a infestação pelo *Aedes aegypti* nos seguintes distritos administrativos: Jabaquara, Cursino, Ipiranga, Saúde, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme, Vila Maria, Pirituba, Jaguará, Brasilândia, Freguesia do Ó, Cachoeirinha, Limão, Carrão, Jardim Helena, José Bonifácio e Butantã. Em relação aos casos de Dengue a justificativa colocou que estes têm aumentado de ano a ano: 24 casos em 1995, 73 casos em 1996 e 67 casos já no primeiro semestre de 1997.

O montante de recursos solicitado neste plano foi orçado em R\$ 37.357.313,40 (trinta e sete milhões, trezentos e cinquenta e sete mil, trezentos e treze reais e quarenta

centavos) com a finalidade de executar as atividades de: seleção, capacitação e contratação de pessoal, pesquisa casa a casa nas áreas infestadas (trimestral), pesquisa em pontos estratégicos (quinzenal), vigilância entomológica nas áreas não infestadas e trabalho educativo. O cronograma de desembolso de recursos seria realizado no período de novembro de 1997 até outubro de 1998, com o valor mensal de R\$3.113.109,45.

Neste plano foi prevista a contratação de 15 coordenadores, 151 supervisores, 1467 agentes, 159 motoristas, 5 técnicos de laboratório, 20 educadores, totalizando 1817 pessoas a serem contratadas .

O município de São Paulo justificou não haver necessidade de apresentar contrapartida uma vez que faz parte do Programa Comunidade Solidária.

O Ministério da Saúde - Funasa PEAA/ DF aprovou para o Município de São o valor de R\$15.848.929,56 (quinze milhões, oitocentos e quarenta e oito mil, novecentos e vinte e nove reais e cinquenta e seis centavos), menos que a metade do valor solicitado no plano encaminhado pelo município. Houve portanto a necessidade de readequação do planejamento encaminhado anteriormente.

O adendo ao PEAA que estabeleceu as modificações necessárias para o ajuste operacional e financeiro foi encaminhado ao Ministério da Saúde através do ofício 079/97 SMs.G. Ficou estabelecido que **áreas de ataque** seriam aquelas onde havia presença do vetor e correspondiam às ARS 3, 7 e 8. As **áreas de consolidação** corresponderiam as áreas ainda sem infestação por *Aedes aegypti* e estavam localizadas nas ARS 1, 2, 4, 5, 6, 9 e 10 (as áreas de ataque também estavam incluídas nas áreas de consolidação).

A área de ataque teve como atividade básica a pesquisa casa a casa, com levantamento do índice de infestação, de periodicidade quadrimestral. Enquanto o primeiro plano apresentou como meta a visita de 983.206 imóveis, o segundo plano, o de ajuste, previu que o casa a casa seria desenvolvido em 810.000 imóveis durante o período de dezembro de 1997 a novembro de 1998. A previsão de recursos humanos necessários para esta atividade foi de 558 homens: 494 agentes, 59 supervisores¹⁹ e 5 coordenadores.

---

¹⁹ São supervisores de campo. Coordenam as equipes de campo e estão por sua vez subordinados aos Coordenadores.

Para as áreas de consolidação ficou determinada a pesquisa quinzenal de pontos estratégicos. Neste aspecto não houve readequação de metas. Foram pesquisados 640 pontos. O total de recursos humanos necessário para esta atividade foi de 165 homens, sendo 3 coordenadores, 16 supervisores e 146 agentes. Note-se portanto que o plano de ajuste fez uma grande redução quanto ao total de recursos humanos, pois enquanto o total previsto pelo plano inicial que era de 1817 homens o segundo previu um total de 728, incluindo-se neste total os técnicos de laboratório.

Apesar do Convênio entre a Prefeitura de São Paulo e o Ministério da Saúde ter sido assinado ainda em 1997 (convênio nº 1338/97- Dengue) a primeira parcela de recursos foi liberada e 26 de março de 1998. A planilha abaixo mostra o valor e data das parcelas bem como o montante recebido pelas demais capitais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Posição em: 10/01/00 14:33

PLANO DE ERRADICAÇÃO DO AEDES AEGYPTI - 1997
BRASIL - CONSOLIDADO
CAPITAIS

PLANILHA - IV

UF		VALOR APROVADO	PAGAMENTOS								TOTAL PAGO	SALDO A PAGAR	ETAPAS
			1ª PARCELA		2ª PARCELA		3ª PARCELA		4ª PARCELA				
			DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR			
AL	MACEIO	2 787 844 00	30/07/97	891 961 00	19/09/97	891 961 00	15/04/98	891 961 00	19/08/98	891 961 00	2.787.844.00	0,00	1
BA	SALVADOR	10 638 459 48	01/12/97	2 659 614 87	18/02/98	2 659 618 87	05/05/98	2 659 612 87	05/05/98	2 659 612 87	10.638.489.48	0,00	6
CE	FORTALEZA	3 138 300 00	18/10/97	784 575 00	12/11/97	784 575 00	31/08/98	784 575 00	11/12/98	784 575 00	3.138.300.00	0,00	2
ES	VITORIA	1 408 830 00	20/08/97	489 548 00	18/03/98	489 542 00	11/11/98	489 542 00		0 00	1.408.830.00	0,00	1
GO	GOIANIA	3 969 260 00	09/10/97	992 315 00	17/11/97	992 315 00	19/05/98	992 315 00	13/08/98	992 315 00	3.969.260.00	0,00	3
MA	SÃO LUIZ	2 025 440 00	28/07/97	506 360 00	19/09/97	506 360 00	11/04/98	506 360 00	22/05/98	506 360 00	2.026.440.00	0,00	1
MT	CUIABA	1 828 318 08	09/10/97	609 439 36	17/11/97	609 439 36	03/05/99	609 439 36		0 00	1.828.318.08	0,00	2
PA	BELEM	4 093 056 00	22/08/97	1 023 264 00	17/11/97	1 023 264 00	23/07/98	1 023 264 00		1 023 264 00	4.093.066.00	0,00	1
PB	JOÃO PESSOA	1 608 320 00	14/08/97	535 440 00	19/09/97	535 440 00	08/08/98	535 440 00		0 00	1.608.320.00	0,00	1
PR	NATAL	2 705 407 00	30/07/97	678 354 00	19/09/97	678 351 00	13/04/98	678 351 00	08/09/98	678 351 00	2.706.407.00	0,00	1
RO	PORTO VELHO	652 527 00	12/08/97	326 264 00	13/03/98	326 263 00		0 00		0 00	662.627.00	0,00	1
RR	BOA VISTA	436 711 00	30/07/97	218 356 00	19/09/97	218 355 00		0 00		0 00	436.711.00	0,00	1
SE	ARACAJU	1 518 332 00	28/07/97	509 444 00	19/09/97	509 444 00	28/05/98	509 444 00		0 00	1.528.332.00	0,00	1
SP	SÃO PAULO	15 148 930 00	26/03/98	3 000 000 00	26/04/98	3 000 000 00	03/08/98	3 000 000 00		3 169 000 00	12.189.000.00	3.679.930.00	6
Total Geral		14 82.647.834.66	14	13.002.933.23	14	13.002.926.23	12	12.458.394.23	6	10.803.439.87	48.967.604.66	3.679.930.00	

Em dezembro de 1998 foi assinado o primeiro termo aditivo ao convênio⁽⁵⁰⁾ que teve o valor aprovado de R\$ 9.887.614,00. O período de execução previsto foi de abril de 1999 a março de 2000. O segundo termo aditivo⁽⁵⁰⁾, no mesmo valor, teria o período de execução previsto de abril de 2000 a março de 2001^(anexo 36A 36B), porém a Portaria nº

1399 de 15 de dezembro de 1999^(legislação 55), definiu nova sistemática de financiamento para a área de epidemiologia e de controle de doenças e este segundo termo aditivo não entrará em execução.

5.6.2 A contratação de empresa prestadora de serviços

Apesar de fortes reações tanto de técnicos da área como de outros setores (inclusive políticos), a Prefeitura de São Paulo - sob a alegação de que era preciso agilizar os serviços de combate ao vetor *Aedes aegypti* e a contratação de pessoal destinado a este fim - abre licitação, por concorrência, para a contratação de uma empresa responsável por este serviço na capital. Conforme a concorrência pública nº 4/98 e processo nº 1997- 0.267-450.6 participaram ^(legislação39) da licitação as empresas EMTel RECURSOS HUMANOS E SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA e a empresa TRANSBRAÇAL-PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.

O memorial descritivo (anexo IV do edital da concorrência pública nº 4/98 e processo nº 1997- 0267-450.6) ^(legislação 49) segue as diretrizes do PEAa emanadas do Ministério da Saúde e o Plano de readequação elaborado pelo Município de São Paulo.

Fica estabelecido por este memorial que cabe a empresa contratada:

- a execução dos serviços (já anteriormente descritos) relativos à fase de ataque e consolidação;
- a seleção e contratação de recursos humanos (em número de 728 pessoas), bem como o treinamento e a capacitação para o exercício das atividades programadas;
- atender as necessidades de veículos e motoristas necessários ao transporte de materiais e locomoção de coordenadores e supervisores;
- o pagamento de taxas de licenciamento, impostos, multas, manutenção dos veículos, combustível e todas as despesas relativas à contratação de motoristas;
- A realização de exames médicos pré-admissionais e posteriormente, semestralmente, em trabalhadores da empresa que irão manipular inseticidas

organofosforados (dosagem de colinesterase), bem como o pagamento de encargos sociais a todos os trabalhadores contratados;

- A aquisição de inseticidas necessários ao desenvolvimento do PEAa;
- A aquisição de uniformes aos trabalhadores (2 uniformes para cada trabalhador, totalizando 1.458 uniformes completos) e de outros materiais de consumo necessários ao desenvolvimento do trabalho: mochila, bacia, algodão, álcool, pipeta, etc.
- A aquisição de equipamentos: dos 5 microscópios necessários ao laboratório e 50 bombas pulverizadoras de média compressão;
- Desenvolvimento das ações educativas programadas pelo PEAa;

A empresa vencedora foi o Consórcio Transbraçal – Prestação de Serviços e Comércio Ltda e Top Services Recursos Humanos e Assessoria Empresarial Ltda, conforme extrato do processo do termo de contrato publicado no DOM de 29 de abril de 1998 ^(legislação 41). A vigência do contrato é de 12 meses a partir de 28/04/98 e o valor de R\$15.480.048,72, valor praticamente coincidente com o total de recursos repassados pelo convênio da Secretaria com o Ministério da Saúde.

A vigência deste contrato foi modificada, através de acordo das partes, com alteração das cláusulas III, IV e V relativas a prazo, pagamento e quantidade de pessoas a serem contratadas. O prazo de execução foi modificado para 8 meses (e não mais de 12 meses como previsto no contrato). Os pagamentos passaram também a ser executados em um período de 8 meses, mantendo-se o valor global contratado. Como os prazos foram reduzidos e a execução de serviços prevista era a mesma, foi feita alteração relativa a quantidade de homens contratados, que foi ampliada de 728 homens para 960 homens. ^(legislação 42 e 44). Este acordo, porém, foi novamente refeito e tanto o prazo como o número de homens contratados volta a ser o estabelecido no contrato inicial. Esta decisão foi tomada para que o período de dezembro a março não ficasse sem a cobertura de serviços, pois o aditamento do Convênio do Ministério apesar de ter sido assinado em dezembro só teria repasse financeiro para o Município de São Paulo em abril de 1999.

Em 12-06.99 é autorizado o aditamento ao contrato 01/98 entre a Prefeitura de São Paulo e o Consórcio TB/TOP Serviços Ltda, para prorrogação por mais 12 meses, pelo período de 28/04/1999 a 27/04/2000. Conforme extrato do termo aditivo de 29/10/99 o valor empenhado é de 13.328.978,72. (legislação 50,51) Como o montante repassado pelo Ministério foi de \$R 9.887.614,00 a Prefeitura Municipal teve que arcar com a diferença do valor a ser pago a empresa prestadora de serviços. A diferença se deve a alegação do Ministério de que o Município de São Paulo não havia conseguido gastar o recurso anteriormente repassado.

5.6.3 O processo de supervisão

No dia 29/04/98 o Secretário Municipal da Saúde expede portaria (legislação 40) designando o Centro de Controle de Zoonoses e os Núcleos Regionais de Zoonoses como responsáveis pela supervisão dos trabalhos a serem executados pela empresa contratada.

Por esta portaria os responsáveis pelo processo deveriam supervisionar as atividades de campo, bem como fiscalizar e controlar o trabalho de treinamento executado pela empresa. Cabe ao pessoal da supervisão, através de boletins, visitas aos locais de trabalho, coleta de informações junto a população e confirmação de diagnóstico larvário, avaliar e acompanhar o trabalho que está sendo desenvolvido pela empresa. A portaria também estabelece que as atividades desenvolvidas e os roteiros de supervisão devem seguir o Guia de Instruções do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* do Ministério da Saúde e da SUCEN.

Para o desenvolvimento desta atividade o CCZ e a SUCEN realizaram um treinamento para os técnicos da secretaria envolvidos com o processo de supervisão (legislação 43) O treinamento foi realizado no período de 27 a 29 de maio de 1998.

No dia 30/05/1998 através de publicação no Diário Oficial do Município de São Paulo - DOM foi feita a convocação de 70 servidores das ARS para desenvolverem atividades junto aos respectivos Núcleos de Zoonoses, para realizarem ações de supervisão dos trabalhos do PEAA no Município de São Paulo. (legislação 52)

Ao mesmo tempo em que foi criado o processo de supervisão local do trabalho realizado pela empresa foi criada a Comissão Interinstitucional de Avaliação Técnica

das Atividades do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*. Participam desta comissão: representantes do CCZ, representante do Núcleos Regionais de Zoonoses, representantes da SUCEN, representantes do CEPI, representantes do CAS e representantes da Faculdade de Saúde Pública da USP.^(legislação 45)

A partir da portaria que designa o CCZ e os Núcleos Regionais de Zoonoses como supervisores do PEAA no Município de São Paulo esta atividade tem sido rotineiramente realizada e mensalmente são emitidos relatórios de supervisão e encaminhados posteriormente ao CAS.

5.6.4 A integração de serviços do PEAA e o correspondente fluxo de informações no Município de São Paulo.

Como visto anteriormente, a implantação do PAS trouxe como consequência uma nova organização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Este novo desenho organizacional implicou em um modelo de gerenciamento que, para algumas ações, combina organizações de administração pública articuladas a organizações de administração privada.

Programas como o controle da Dengue e outras Doenças de Notificação Compulsória tiveram parte das suas ações desenvolvidas pela rede PAS (atualmente SIMS), cujo enfoque das ações é de atenção à saúde individual, e parte pelo CEPI, NEPIs e CCZ, cujo enfoque das ações tem como objetivo a atenção à saúde coletiva.

Quando há necessidade de atendimento o doente é visto pela rede PAS, responsável pela assistência individual ao cidadão. Porém, para o controle da doença, isto é insuficiente, já que há necessidade de ações de natureza coletiva, que estão sob o controle de Centros como os NEPI's, CEPI e CCZ.

O CEPI e os NEPIs têm como objetivo fazer o estudo e controle da doença na população. Portanto cabe a eles, entre outras ações, o controle das notificações, o controle dos doentes, dos comunicantes, a investigação dos casos, bem como o acompanhamento e a produção das informações. Ao CCZ cabe, entre outras ações, o controle do vetor *Aedes aegypti*. Cabe também a estes dois núcleos a divulgação da informação para a população.

Assim, para o controle da Dengue, o Município de S. Paulo adota um modelo no qual estão envolvidas organizações com enfoque em ações individuais e outras com enfoque nas ações coletivas. Foram também utilizadas organizações com figuras jurídicas diferentes e estabelecidas parcerias. Houve a descentralização de atividades típicas de estado para outros setores.

É preciso então saber, na prática, como esta complexidade de ações e de organizações se articulam.

O esquema apresentado abaixo, mostra como a complexidade com que estas ações se integram na capital de São Paulo, foi elaborado a partir da instrução normativa de 12/09/98. (legislação 53)

FLUXO DAS INFORMAÇÕES DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

FIGURA 20

O primeiro aspecto a ser observado neste esquema é que as cores foram escolhidas com objetivos determinados. As organizações pintadas em azul pertencem ao nível estadual, as pintadas em verde ao nível municipal; o setor privado, representado pela empresa prestadora de serviços está desenhado com a cor “maravilha”.

É também necessário observar que há dois controles distintos: o do paciente (com flechas de cor preta) e o do vetor (com flechas de cor vermelha). A estrutura que integra as informações entre o controle do paciente e o do vetor é o NEPI.

O esquema funciona da seguinte forma: os casos suspeitos ou confirmados de dengue são atendidos nas Unidades de Saúde do PAS ou nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Todos os casos devem ser notificados, via Fax ou telefone ao NEPI correspondente a ARS onde esta unidade se localiza. O NEPI ao receber a notificação imediatamente comunica o Núcleo Regional de Zoonoses e o CEPI. O NEPI é responsável pela visita domiciliar, sendo ele que desencadeia as **ações de controle da doença** na população. Este controle é feito através do “Sistema de Notificação Rápida de Casos Suspeitos e/ou Confirmados de Dengue” estabelecido desde 1996, através da instrução normativa 13/96.^(legislação 53)

O Núcleo Regional de Zoonoses- NRZ é o responsável por notificar a empresa e o CCZ, portanto, é este núcleo quem desencadeia as **ações de controle do vetor**. A empresa ao ser notificada irá realizar a pesquisa de foco no quarteirão e nas faces adjacentes dos quarteirões circunvizinhos, onde se encontra o suspeito de dengue (quer seja no trabalho, residência ou local de estudo).

Ao final da investigação, a empresa comunica ao CCZ a presença ou não de larvas ou alados (adultos de *Aedes aegypti*) nos referidos quarteirões. Quando houver positividade para larvas ou alados de *Aedes aegypti*, o CCZ notifica à SUCEN para que esta proceda a nebulização da área em questão.

5.6.5. Resultados ⁽⁷⁴⁾

A Secretaria Municipal da Saúde apresentou dois relatórios de prestação de contas físico financeiras do Convênio 1.338/97 referentes ao PEAA. Através destes relatórios é possível levantar alguns resultados importantes neste processo de trabalho.

O primeiro relatório é relativo ao período de maio de 1998 a abril de 1999 e o segundo relatório é relativo ao período de maio a setembro de 1999. Note-se que não foi possível a análise de alguns resultados pois os relatórios não são similares, isto é, dados que aparecem no primeiro relatório não tem continuidade no segundo.

As áreas consideradas como estrato 3 aparecem discriminadas no primeiro relatório nos seguintes distritos: ARS 1- Distrito de Vila Mariana; ARS 2- Distrito de Jaguára; ARS 3- Distritos de Cursino, Ipiranga, Jabaquara, Sacomã, Saúde e Vila Prudente; ARS 4- Distrito do Carrão; ARS 7- Distritos de Brasilândia, Cachoeirinha, Casa Verde, Freguesia do O, Jaçanã, Limão, Mandaqui, Santana, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme, Vila Maira, Vila Medeiros. No segundo relatório aparecem as seguintes modificações em relação ao primeiro: na ARS 2 foram acrescentados os distritos de Jaguaré, Lapa e Vila Leopoldina; na ARS 3 o distrito do Ipiranga passa para o estrato 4 e permanecem os demais como estrato 3. Os demais distritos administrativos foram trabalhados conforme atividades preconizadas pelo PEAa, como estrato 4.

Os relatórios do PEAa apresentados pela SMS serão apresentados a seguir.

Atividades laboratoriais

As amostras coletadas pela empresa são encaminhadas ao CCZ semanalmente seguindo a seguinte orientação: 100% das amostras positivas para *Aedes aegypti* e 10% das amostras negativas (tanto para formas imaturas quanto para formas adultas). Os técnicos do CCZ fazem a avaliação e encaminham, semanalmente, ao consórcio o relatório de supervisão do PEAa para identificação de *Aedes aegypti*. A tabulação mensal das atividades de supervisão do PEAa para identificação de *Aedes* é encaminhada ao Diretor Técnico da Divisão de Controle de Roedores e Vetores do CCZ. O processo de supervisão chegou aos seguintes resultados:

TABELA 10- SUPERVISÃO DO PEAa- ATIVIDADES LABORATORIAIS
maio/98 a abril/99

PERÍODO	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3TRIMESTRE	4 TRIMESTRE				
AMOSTRAS	+	-	+	-	+	-	+	-
% identificações corretas	99.2	98.8	100	100	99.2	99.5	100	99.8
% identificações erradas	1.8	3.0	-	-	0.8	0.5	0	0.2

FONTE: 1º RELATÓRIO DO PEAa/SMS-SP

Como se pode observar, os dados da supervisão laboratorial mostram que a identificação correta dos culicídeos realizada pela empresa apresenta um percentual próximo a 100%.

O segundo relatório não apresentou dados referentes a atividade laboratorial.

Atividades em Pontos Estratégicos - PE

Os pontos estratégicos foram definidos pelos NRZ e CCZ e encaminhados ao Consórcio. Foram definidos 610 PE para serem trabalhados com visitas quinzenais. Durante a execução do trabalho foram incluídos e excluídos PE, conforme as características locais.

O gráfico 6, a seguir, mostra o resultado do trabalho de campo no período de maio de 1998 a abril de 1999 em pontos estratégicos, relativo ao tipo de recipiente positivo para *Aedes aegypti*. Podemos notar que pneus são os principais criadouros em pontos estratégicos responsável por 45% dos recipientes positivos para *Aedes*, seguido por “outros utensílios removíveis” com 29% e prato de vaso de plantas com 14%. As caixas d’água, preocupação constante como sendo grandes criadouros não são importantes, apresentando apenas 1% de positividade.

GRÁFICO 6-

Os dados do primeiro relatório também mostram que o número de pontos estratégicos foram aumentando gradativamente, mês a mês, conforme Tabela 11.

TABELA 11- NÚMEROS DE PONTOS ESTRATÉGICOS – PERÍODO DE JUNHO 98/ ABRIL 99

JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
460	451	470	490	532	552	552	565	571	573	574

FONTE: SMS/1999

Em relação a positividade para *Aedes aegypti* nos PE, dados relativos ao período de junho de 98 a abril de 1999 revelam que a percentagem de positividade dos PE decaiu de junho a dezembro voltando a aumentar no período de janeiro a abril de 99, em especial nas área de estrato 3.

GRÁFICO 7

FONTE SMS/SP-1999

Outro dado importante é que possível observar o início da positividade de PE's em algumas áreas de extrato 4, como as ARS 2 e 5. Posteriormente o primeiro caso autóctone ocorreu na ARS 2.

GRÁFICO 8-

Segundo relatório da própria Secretaria Municipal da Saúde não foi atingida a meta planejada em relação ao trabalho proposto em PE, para o período de junho de 98 a abril de 99, isto é o número de visitas quinzenais realizadas aos pontos estratégicos foi inferior ao previsto.

No segundo relatório, a Secretaria deixa claro que esta meta não está sendo atingida, entre outros motivos devido a baixa capacidade operacional da SUCEN e do CCZ que, anteriormente, ao PEAA executavam estas ações e que teriam cadastrados poucos PEs. Posteriormente não houve cadastramento de novos pontos estratégicos. O relatório também aponta que estão sendo tomadas providências no sentido de mapeamento e ampliação de novos pontos estratégicos. O gráfico a seguir mostra o percentual mensal de pontos trabalhados. O segundo relatório não permite esta análise pois os dados apresentados são insuficientes.

GRÁFICO 9

Atividades em armadilhas

As armadilhas foram instaladas nos Distritos Administrativos -DA de estrato 4, a partir de outubro. Nos DA's que fazem limite com DA's de estrato 3, bem como de outros municípios foram instaladas armadilhas em forma de cinturão para controlar precocemente a infestação do vetor, adentrando 1200m no DA. ^(anexo 10) Desta forma foram colocadas armadilhas nas ARS 1, 2, 3 (somente nos DA's de Aricanduva, São Lucas e Sapopemba), ARS 4 (excluindo o DA de Carrão), ARS 5, ARS 6, ARS 9 e ARS 10.

Desde o momento do início da instalação das armadilhas, nas ARS 1 e 2 foi constatada positividade para o *Aedes aegypti*. Como na ARS 2 este aumento de positividade era significativo houve a proposta de mudança de atuação em alguns DA's, como a Lapa, Jaguaré e Vila Leopoldina, com a implantação da operação casa a casa nestas regiões. O início das atividades foi acelerado com a ocorrência de 2 casos autóctones no DA do Jaguaré. No mês de março nota-se o aumento de positividade das armadilhas. (gráfico 10)

GRÁFICO 10

O gráfico 11 a seguir mostra o número de armadilhas existentes e o número de armadilhas positivas para o período de outubro de 98 a abril de 99. Aqui também não foi possível analisar alguns aspectos referentes ao segundo relatório devido a insuficiência de dados.

GRÁFICO 11

Em relação às armadilhas trabalhadas pela empresa, o gráfico abaixo mostra que a média percentual girou em torno de 60 % a 90% (o esperado para esta atividade seria 100% que corresponderia a quatro visitas mensais para cada armadilha existente), sendo que esta atividade declinou no período de outubro a dezembro, subindo novamente no mês de março.

GRÁFICO 12

Atividade casa a casa

As atividades de casa a casa foram desenvolvidas nos Distritos considerados como estrato 3.

No período de maio de 1998 a abril de 1999 foram trabalhados 2.900.271 imóveis. Os trabalhos desenvolvidos foram computados conforme os seguintes itens: casas visitadas, casas visitadas para cálculo do Índice de Breteau, casas fechadas e casas onde houve recusa, isto é, o morador não permitiu a entrada do agente.

No período de maio a setembro de 1999 foram trabalhados 1.490.352 imóveis. O gráfico 13 abaixo mostra as atividades realizadas no período de maio de 1998 a abril de 1999.

GRÁFICO 13

FONTE SMS-SP 1999

A comparação do ano de 1998 com o ano de 1999 para o mesmo período não apresenta diferenças importantes. O dado que aparece como relevante é o número de imóveis fechados, bastante alto, para os dois períodos analisados. (gráfico 14)

GRÁFICO 14

FONTE: SMS/1999

O gráfico 15 permite analisar o número de imóveis fechados, revelando o peso que este dado tem no total de imóveis trabalhados.

O percentual de imóveis fechados é muito alto, significando 30% a 35% de imóveis trabalhados. Este dado motivou a modificação dos dias de trabalho de empresa, que passou a trabalhar aos sábados, na tentativa de encontrar o munícipe.

Em relação às recusas, o dado não é muito alto, girando em torno de 3% a 9%, sendo que em 99 foi em torno de 5%.

Em relação ao percentual de casas visitadas, observe-se que o percentual do ano de 1998 manteve-se mais alto para o período analisado, sendo que no mês de julho esta proporção é bem maior.

GRÁFICO15

FONTE:SMS/1999

Observe-se também que para o ano de 1998 os percentuais de casas fechadas também foram menores, em especial no mês de julho, indicando que o numero de visitas tem decaído mais em função do número de imóveis fechados do que das recusas. Poderíamos supor que o mês de julho, sendo férias o munícipe encontra-se em casa, o que poderia explicar o menor número de imóveis fechados neste período.

Em relação ao tipo de recipiente positivo para *Aedes aegypti* encontrado na atividade casa a casa, nota-se que os principais criadouros domésticos são os vasos de plantas, seguido por latas, potes e frascos. Os pneus aparecem em quarto lugar como criadouros domésticos de *Aedes aegypti*, situação diferente da encontrada nos pontos estratégicos.(gráfico 16)

GRÁFICO 16

FONTE SMS-SP 1999

Atividade de Informação Educação e Comunicação - IEC

A despeito do Município de São Paulo não ter criado o IEC, as atividades de IEC foram desenvolvidas sob a coordenação das Comissões Municipal e Regionais de Prevenção ao Dengue e Combate ao *Aedes aegypti*. Os recursos financeiros utilizados foram do próprio município, não se utilizando recursos do Convênio PEAA para esta atividade.

A Secretaria Municipal da Saúde tem produzido sistematicamente materiais educativos e estes são distribuídos à população através das Comissões Regionais e também pela empresa contratada para o combate ao vetor. Foram produzidos os seguintes materiais educativos no período de 1998 e 1999: 2.377.500 folhetos, 23.200 cartazes, 2000 cartilhas, 60 faixas e 2000 adesivos.

As atividades desenvolvidas de IEC são relativas a: treinamento e reciclagem de pessoal; atividades educativas realizadas junto a instituições governamentais e não governamentais (treinamentos, palestras, encontros, reuniões, grupos educativos e outras atividades educativas desenvolvidas junto a funcionários das diferentes instituições públicas); eventos para mobilização da população em geral (Dia nacional de Dengue, dia de Finados, Mutirões, etc); divulgação junto aos meios de comunicação (utilização de painéis eletrônicos, rádio e jornal).

PARTE II

5.7 O que pensam os gerentes sobre a implantação do PEAA no Município de São Paulo

Após a descrição do PEAA, tanto em nível nacional como municipal, os resultados apresentados demonstram, em certa medida, que o controle de *Aedes aegypti* parece ter sido feito de forma razoavelmente efetiva no Município de São Paulo.

São descritas a seguir as representações dos gerentes²⁰ sobre o processo de implantação do PEAA no Município de São Paulo. A metodologia adotada para tabulação dos depoimentos dos gerentes foi a do Discurso do Sujeito Coletivo- DSC ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾, que foi escolhida por permitir o resgate do estoque de representações que se tem, sobre um dado tema em um dado universo.

Desta maneira pretende-se aqui fazer, à luz das representações explicitadas por estes gerentes, a análise de como algumas questões (modelo e estratégias adotadas pelo município para o controle da dengue) são vistas por estes atores.

Os sujeitos que participaram da amostra foram intencionalmente escolhidos; as respostas foram obtidas através de questionários semi estruturados.

Foram entrevistados:

- 1- representante da SUCEN;
- 1-representante do CVE;
- 2 representantes dos NZR;
- 1 representante do CCZ;
- 1 vereador;
- 2 representantes da Secretaria Municipal pertencentes ao staff do Secretário;
- 1 representante da Empresa TB/TOP

---

²⁰ Consideram-se gerentes, os funcionários que acompanharam como supervisores diretos ou indiretos o processo de implantação e desenvolvimento do PEAA no Município de São Paulo.

Estes sujeitos foram escolhidos por estarem participando, todos, de alguma forma, dos vários elos da cadeia responsável pelo gerenciamento do PEAA. Quanto ao vereador, foi escolhido em função de estar controlando, por parte do Poder Legislativo Municipal, em todos os seus aspectos, a implementação do PEAA no Município de São Paulo.

Foram formuladas as seguintes questões:

1- Fale sobre a estratégia adotada pelo Município de São Paulo, para a implantação do PEAA.

2- Para o combate à Dengue em São Paulo haveria outro modelo a ser adotado?

5.7.1 Resultados

Os resultados foram obtidos através da construção do Discurso do Sujeito Coletivo- DSC, para a qual seguimos o seguinte esquema:

CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

- ***1º PASSO: ASSINALAR AS EXPRESSÕES CHAVES²¹ QUE CONTENHAM AS IDÉIAS CENTRAIS DO DISCURSO ANALISADO;***
- ***2º PASSO: AGRUPAR AS EXPRESSÕES CHAVES DE IDÉIAS CENTRAIS SEMELHANTES;***
- ***3º PASSO: CONSTRUIR O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO COM AS EXPRESSÕES CHAVES DE CADA UMA DAS IDÉIAS CENTRAIS. A ESTE DISCURSO É ATRIBUÍDO UM NOME PARA FINS DE IDENTIFICAÇÃO.***

A apresentação dos resultados será feita seguindo o seguinte esquema:

- Apresentação da Idéia Central (a idéia central será apresentada na cor azul)
- Apresentação do DSC- (será apresentado na cor vermelha)

²¹ **Expressão chave**- citações literais do discurso do sujeito entrevistado/ **Idéia Central** - Descrição sintética do sentido do discurso proferido pelo entrevistado; é contruída pelo pesquisador.

- Após cada DSC (com exceção dos dois primeiros, referentes ambos ao tema da terceirização) é feito um comentário do próprio autor e no final do capítulo é feita a conclusão das questões 1 e 2.

Primeira Questão - Resultados

PRIMEIRA QUESTÃO	DSC
FALE SOBRE A ESTRATÉGIA ADOTADA PELA MUNICÍPIO DE SÃO PAULO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PEAA	1-DSC da Terceirização A-Crítica
	2-DSC da Terceirização Crítica
	3-DSC da Supervisão
	4-DSC do Processo de Coleta e Sistematização dos Dados
	5-DSC das Comissões Municipal e Regional de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i> e Controle da Dengue
	6-DSC do IEC

1- DSC da Terceirização A-Crítica

Idéia Central

São Paulo adotou a tercerização como forma de contratação de serviços para execução do PEAA: esta foi a forma mais rápida de realizar o serviço. Duas empresas se fundiram em um consórcio e o serviço operacional realizado ficou sob a supervisão do CCZ

DSC

São Paulo, devido à extensão do município, a complexidade, o número de habitantes (e não só pelo número de habitantes, a complexidade passa pelo número de favelização, de áreas de invasão, um crescimento muito desordenado da cidade) não sei se teríamos condições enquanto poder público de assumir a ação direta de combate dessa extensão. Seria um ônus muito grande para a folha do município.

Com isso, adotou-se uma forma de contratação diferenciada da maioria dos municípios do país, que foi a terceirização. Então foi contratada uma empresa, que se transformou num consórcio, as duas empresas se fundiram e começaram a fazer um serviço operacional sob a supervisão do CCZ e das áreas técnicas de epidemiologia.

Essa terceirização pode ter sido até uma alternativa interessante já que existe uma demora muito grande na contratação, por via normal. O prefeito provavelmente optou pela terceirização que era uma maneira mais rápida de estar conseguindo as ações, principalmente de campo.

A cidade de São Paulo contratou o consórcio TB Top para estar fazendo o programa de erradicação do Aedes aegypti. Começamos em abril de 98. Nós seguimos o plano de erradicação do jeito que ele foi proposto a nível de ministério. Nós trabalhamos com estrado 4 e com estrado 3. Trabalhamos em 33 distritos administrativos

Todo o trabalho é repassado para o CCZ, que é o órgão técnico que gerencia tecnicamente o contrato.

2- DSC da Terceirização Crítica

Idéia Central

O município de São Paulo ao invés de dar condições adequadas ao CCZ para a implantação do PEAA, optou por uma estratégia de terceirização através da contratação de uma empresa.

DSC

Com relação à execução do PEA e à proposta de terceirização, isso ocorreu de uma forma muito tumultuada no sentido de não se estudar, não se discutir tecnicamente o que deveria ser terceirizado. Foi realizado um estudo através da assessoria jurídica, de como é que poderia estar se procedendo, e a assessoria jurídica apresentou uma proposta de um edital, onde estaria sendo terceirizada não só a mão de obra mas toda a parte de material, de recursos materiais, que estaria sendo usado no projeto.

De fato, nenhuma cidade fez como São Paulo que realizou o serviço dessa forma e desse porte, de terceirizar mão de obra, de terceirizar recursos materiais e de manter todo o controle na mão de uma empresa que fosse responsável por estar prestando esse serviço. Então, se terceirizou tudo, ou seja, se entrega para uma empresa todo o trabalho do PEAA.

E você tinha todo o CCZ que era um órgão como você tem poucos no Estado de São Paulo em controle de zoonoses. O município de São Paulo, ao invés de aproveitar todo o staff intelectual que tinha no CCZ, todo conhecimento que tinha no CCZ, de controle do Aedes e de controle de zoonoses, optou por trabalhar com uma firma, no qual você não tinha um staff intelectual, já montado.

Ao terceirizar o programa, houve um detrimento da qualidade técnica do centro de controle de zoonoses do município, órgão efetivamente coordenador e supervisor de todo o plano.

O que na realidade aconteceu foi um predomínio da empresa contratada sobre os técnicos municipais. São Paulo entregou para uma empresa a totalidade das ações, perdeu um pouco o gerenciamento dessas ações.

A gente sempre questionou esse tipo de contrato pela questão do uso do dinheiro, da verba pública, que vem do ministério para o município.

COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO

Em relação ao processo de terceirização do PEAa no Município de São Paulo, a representação dos gerentes revelou dois grandes discursos: o primeiro deles poderíamos chamar de técnico, onde não se observa qualquer crítica ao processo adotado pela Secretaria; no outro discurso, ao contrário, aparecem, como vimos acima, uma série de críticas ao processo de terceirização.

Para entendermos melhor este conjunto de críticas é importante contextualizá-las colocando alguns pontos importantes.

Em primeiro lugar cabe observar que, antes da Secretaria da Saúde ter optado por contratar uma empresa para a prestação deste serviço, os técnicos do CEPI e do CCZ haviam sido chamados para elaborar um plano para a execução do PEAa e que para o desenvolvimento deste plano viriam recursos federais. Isto ocorreu no final de 1997 e início de 1998. Neste plano os técnicos previram a captação e utilização dos recursos humanos afastados em outras secretarias em virtude do Plano PAS. Para atraí-los de volta à Saúde seria paga uma complementação salarial. O trabalho seria executado com a intensificação dos recursos existentes na Secretaria da Saúde. O município seria dividido em áreas infestadas pelo mosquito (áreas de ataque) e outras em que não se sabia da presença ou não do mosquito (áreas de consolidação). Para as áreas onde já se conhecia a infestação do *Aedes* seriam realizadas as ações preconizadas pelo Ministério. Nas demais seria feita a vigilância entomológica com a finalidade de se detectar precocemente a presença do mosquito.

Este plano ficou sendo gestado alguns meses pelos técnicos do setor quando, para surpresa dos envolvidos, soube-se que não se poderia estar pagando

complementação salarial, por determinação do próprio Ministério da Saúde, que seria o ente financiador do programa; que, portanto, deveria ser contratado pessoal próprio para esta atividade. A partir desta decisão, o Secretário da Saúde optou por terceirizar a mão de obra e os serviços referentes à erradicação do vetor da dengue na capital.

O não cumprimento do “contrato técnico original ” gerou grande descontentamento nos técnicos da Secretaria, que ficaram alijados tanto do processo de execução das ações como do gerenciamento das mesmas, restando a eles apenas o processo de supervisão técnica.

Outro ponto importante a ser ressaltado é que o PEAA tinha como “objetivo secundário o fortalecimento dos centros de controle de zoonoses do Estado de São Paulo”⁽⁵⁾. No caso da capital de São Paulo, o Centro de Controle de Zoonoses já contava com uma estrutura bastante desenvolvida, reconhecida internacionalmente, sendo considerado referência para toda a América Latina, contando com profissionais de várias categorias, necessitando somente de implementação de recursos para dar conta da nova demanda que se lhe apresentava. O que se esperava da Secretaria é que os recursos do PEAA fossem também destinados a atualizar, equipar e reestruturar este centro, fato que não ocorreu.

Além de não ser contemplado em momento algum com recursos provenientes do PEAA o “Centro de Controle de Zoonoses gastou em 1997 R\$ 916 mil, em que pese a Câmara ter aprovado uma dotação de R\$ 1.745 milhão. Em 1998 gastou R\$ 600 mil, quando a Câmara aprovou R\$ 1.942 milhão. Em 1999 até 22 de junho gastou R\$ 142 mil de uma dotação de R\$ 1.820 milhão” ⁽⁵⁾ o que demonstra o sucessivo estrangulamento financeiro a que esta instituição vem sendo submetida. Fica interessante compararmos estes valores acima citados aos 9 milhões destinados às empresas contratadas.

Poder-se-ia perguntar ainda, como fez o vereador em representação ao presidente do Tribunal de Contas do Município de São Paulo, como poderia o CCZ cumprir as determinações emanadas da Portaria nº 1035/98-SMS-G ^(legislação 40), publicada no D.O.M. de 29 de abril de 1998 que “designa o Centro de Controle de Zoonoses e os Núcleos Regionais de Zoonoses da Secretaria Municipal da Saúde para supervisionarem os trabalhos a serem executados pela empresa, afirmando que essas ações ... serão desenvolvidas em caráter complementar às atividades do Centro de

Controle de Zoonoses.... Ora, o redator da portaria e o Secretário que a assina parecem zombar da boa-fé dos leitores do DOM, pois como um órgão que tem um orçamento 9 vezes menor pode ser “complementado” por uma empresa que vai abocanhar mais de 15 milhões de reais em um único ano? ” ⁽⁴⁾

Outro aspecto a ser considerado tem a ver com a desconfiança em torno da lisura do processo de licitação realizado pela Secretaria Municipal da Saúde para a contratação das empresas. O processo de licitação realizado pela Secretaria Municipal da Saúde foi alvo de denúncias na Câmara e pode ser resumido na representação feita pelo vereador ... ⁽⁴⁾ ao presidente do Tribunal de Contas do Município de São Paulo, a qual questiona a adjudicação da licitação para o consórcio, pois “as publicações anteriores em diário oficial do Município não fizeram referência a “CONSÓRCIO” ou à empresa “Top Services Recursos Humanos e Assessoria Empresarial Ltda”. O vereador termina a representação solicitando ao Tribunal de Contas que, entre outras, apure “os procedimentos administrativos da concorrência Pública nº 004/98, notadamente os que envolvem as publicações realizadas no DOM, com denominações diversas dos participantes” ⁽⁴⁾

Todos estes aspectos ajudam a entender os discursos dos gerentes críticos e o sentimento de frustração que os acompanham.

3- DSC Supervisão

Idéia Central

1-O CCZ foi designado responsável pelo processo de supervisão, por um lado, para manter a qualidade do trabalho e por outro, porque a Secretaria não poderia desconhecer a existência deste centro.

DSC

No início, devido à falta de experiência da empresa e não podendo desconhecer a existência do Centro de Controle de Zoonoses, eles reservaram para essa instituição o papel de acompanhamento, fiscalização e treinamento das equipes das empresas contratadas. Só que o Centro tem capacidade para ir muito além disso, através de uma descentralização de suas ações, das administrações regionais de saúde, até mesmo dos distritos, como já aconteceu anteriormente.

Idéia Central

2- Com o pouco investimento em zoonoses em 1998, houve a necessidade de descentralizar o controle para os núcleos regionais de zoonoses.

DSC

Em 1998 pouco se investiu no controle de zoonoses em recursos financeiros e praticamente nenhum investimento em recursos humanos. Isto acabou dificultando, e muito, o controle da empresa pelo CCZ. O Centro, também sem ter uma infraestrutura de informática, não conseguiu dar resposta aos dados obtidos o que gerou uma série de problemas na prestação de contas. Então, tinha-se o desenvolvimento das atividades pela empresa e uma supervisão capenga ou muito fraca com relação à estrutura central, e isso prejudicou os trabalhos. Para 99, fez-se a proposta de descentralização desse controle, para que se estivesse investindo em recursos humanos, recursos financeiros e materiais não só para o Centro de Controle de Zoonoses mas para os dez núcleos de zoonoses para que eles, a partir de uma proximidade e conhecimento melhor da região, pudessem estar acompanhando e supervisionando melhor o trabalho dessa empresa.

Idéia Central

3- O processo de descentralização da supervisão para os núcleos regionais de zoonoses foi problemático porque faltou estrutura de trabalho para os núcleos, clareza sobre os pontos a serem avaliados e o processo de recrutamento de pessoal foi muito inadequado.

DSC

A Secretaria não está interessada em incrementar esse trabalho. Eles propuseram que os núcleos assumissem a coordenação nas suas áreas. Seria um caminho bom, mas desde que a gente tivesse estrutura para isso. A supervisão da empresa foi feita justamente para avaliar o trabalho, e poder estar interferindo, conforme a gente fizesse as supervisões, coisa que não aconteceu porque nem todos os núcleos têm possibilidade de fazer supervisão, porque é um trabalho a mais, com pouca gente, poucos recursos materiais e, principalmente humanos.

A supervisão deveria ter sido feita de maneira descentralizada, com uma sistemática muito mais direcionada, mas o que a gente viu foi uma supervisão feita por alguns núcleos, onde as pessoas se envolviam mais, mas sem nenhuma regra, até porque não havia infraestrutura possível para dar suporte à essa supervisão.

Nunca houve explicação mais minuciosa para a gente saber o que devia estar sendo supervisionado, o que a gente poderia estar exigindo dessa empresa contratada. A supervisão ficou muito difícil então, porque dava a entender que a gente tinha que fazer o que eles estavam mandando e não era para questionar, uma vez que a gente questionava e não era respondido. E a gente não podendo trabalhar junto com essas pessoas da empresa, o que aconteceu é que você não teve uma

relação em que podia dizer: saia dessa região e vá para essa, que a gente tá achando mais importante. Muda a estratégia. O que aconteceu foi uma piora muito grande nesse tipo de trabalho.

Eu acho também que como a gente começou a detectar muito problema, conversar muito, levar muito questionamento, também teve um momento em que teve aquela história do consórcio mandar para a Secretaria um memorando dizendo que não dava para atender coisas pontuais, e que a empresa não iria mais atender e ficar procurando resolver algumas dúvidas dos núcleos; que eles só aceitariam os questionamentos através da ... (nome próprio propositadamente omitido).

Com relação à estratégia de recrutamento de pessoal para o trabalho de supervisão aconteceu o seguinte: de repente, dentre as pessoas que eram consideradas avulsas ou que estavam sem uma atribuição mais específica ou que tivessem interesse em estar participando da proposta, foram feitas listas, o que fez com que as pessoas viessem trabalhar com muita revolta, porque elas não foram convidadas, foram designadas, e certamente não tinham o perfil para trabalhar nisso. Algumas pessoas até continuaram, gostaram, aprovaram, mas a maioria não. Então isso já invalidava a supervisão. Então a supervisão falhou totalmente, não deu certo mesmo, no fim a gente decidiu que era melhor a gente ter pouca gente mas pessoas vinculadas ao núcleo mesmo e aí a gente com poucas pessoas mais envolvidas, já entendendo um pouco mais do PEAA, a gente conseguiu fazer muito pouca supervisão.

Idéia Central

4- O processo de supervisão coordenado pelo CCZ está ocorrendo de forma precária, sem infra-estrutura de informática e, devido a estas poucas condições, deveria ser integrado às estruturas estaduais e federais.

DSC

O Centro de Controle de Zoonoses não entendeu o processo, não teve condições de acompanhar e nem de dar as diretrizes necessárias para toda a evolução do trabalho de supervisão a ser desenvolvido. Isso foi um entrave pois a supervisão que deveria ser coordenada pelo Centro, dando as diretrizes para os núcleos regionais de zoonoses, ocorreu de forma desfavorável na medida em que as diretrizes técnicas do CCZ foram uma e a infra-estrutura dos núcleos de zoonoses era outra.

Como o Centro de Controle de Zoonoses e os núcleos estavam com poucas condições para estar coordenando um trabalho de supervisão como o do PEAA, esse trabalho deveria estar integrando o nível Municipal com o estadual e o federal.

COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DE SUPERVISÃO

O conjunto de representações relativas ao processo de supervisão ocorrido no PEAA foi didaticamente dividido em quatro discursos do sujeito coletivo. Cada grupamento foi feito por semelhança de conteúdo, isto é, conjunto de representações

que podem ser expressas pelas mesmas idéias centrais. Notamos que as falas dos gerentes não apresentam contradições entre si, mas falam de aspectos diferentes da problemática que tem sofrido o processo de supervisão do PEAa. Assim, o primeiro DSC fala do início do processo de supervisão, de como foi definido o papel que seria desempenhado pelo CCZ. O segundo DSC fala das dificuldades encontradas pelo CCZ no processo inicial de supervisão e a necessidade de descentralização deste processo para os núcleos regionais de zoonoses. O terceiro DSC descreve as dificuldades que vem enfrentando os Núcleos Regionais de Zoonoses no trabalho de supervisão. O quarto e último dos DSC relativo a este tema de supervisão faz uma análise crítica do órgão responsável pelo processo, o CCZ.

É importante, neste momento, que sejam feitas algumas considerações a respeito de alguns aspectos relativos ao processo de supervisão. Inicialmente será necessário colocar que a forma como tem se desenvolvido o processo de supervisão realizado pelo CCZ e Núcleos Regionais de Zoonoses, tem sido alvo de questionamentos pelos técnicos que participam do PEAa, por aqueles que pertencem ao quadro municipal, e mesmo por técnicos pertencentes a outras esferas da administração pública e mesmo em outros setores.

Já foi citada acima a fala do vereador quanto a impossibilidade de uma efetiva supervisão ser realizada por este Centro de Zoonoses devido ao sucateamento a que esta estrutura encontra-se relegada ⁽⁴⁾.

Na mesma direção foi a fala da Secretária Executiva do PEAa em sessão da comissão de Administração Pública, quando descreveu a precariedade do processo de supervisão do CCZ ao afirmar que o convênio foi implantado no Município de São Paulo, “onde se contratou uma empresa e deu a ela toda a capacidade de executar o trabalho, **sem supervisão...**” (grifo nosso) ⁽⁵⁾ Um pouco adiante desta mesma sessão, a Secretária Executiva sugere que “sem reforçar os núcleos e sem reforçar o CCZ fica muito complicado, porque vamos ter uma uma situação epidemiológica mais grave para a dengue, exatamente no momento em que outras doenças também vão estar em fase de expansão.” ⁽⁵⁾

Pode-se notar nos depoimentos acima descritos e nos DSCs que os sujeitos entrevistados, tanto quando falavam do processo de terceirização, como do processo de supervisão, não se posicionaram ideologicamente contrários à contratação da empresa

para estar atuando no PEAA. A discussão e o descontentamento expressado pelos depoentes gira em torno do papel a ser desenvolvido pelas estruturas públicas, do sucateamento e do esvaziamento a que estas estruturas vem sendo submetidas e da impossibilidade de desempenhar o papel a elas reservado.

Em outros pontos dos depoimentos nota-se também, que esta função de supervisão foi percebida mal delimitada, com atribuições e funções mal definidas, o que aparece como uma estratégia para que não possa de fato ser desempenhada.

Pode-se então concluir, em relação ao processo de supervisão, que o desempenho desta função pelas estruturas públicas encontra-se prejudicado por falta de organização das estruturas de gabinete da própria Secretaria Municipal da Saúde, que tem privilegiado as prioridades e demandas vindas da empresa, em detrimento das estruturas de supervisão ou seja o CCZ e os Núcleos Regionais de Zoonoses. Configura-se, pois, uma inversão de prioridades, com ênfase na tarefa e não no processo, resultando numa clara desqualificação do coletivo, que exige permanência, monitoramento contínuo e controle por parte da sociedade.

4- DSC do processo de coleta e sistematização dos dados

Idéia Central

O sistema de informação desenvolvido pela SUCEN foi o Sistema Aedes - SISAED, que não se adaptou à realidade do Município de São Paulo. Posteriormente a empresa ficou responsável pela coleta e digitação de dados, porém verificou-se que também não havia conseguido sistematizar a contento as informações. A partir de 1999 a Companhia de Processamento de Dados - PRODAN desenvolveu um sistema que atendeu as necessidades do município. Alguns problemas ainda persistem como o "aparecimento" de focos em distritos que não tem focos, mas o sistema já melhorou muito.

DSC

A SUCEN desenvolveu para o Estado de São Paulo um sistema de informação, o SISAED, que foi elaborado para os municípios menores. O sistema se mostrou insuficiente para a realidade de São Paulo, devido a dimensão das informações que estavam entrando. O sistema trabalhava com o consolidado de planilha quando a nossa proposta e a nossa necessidade para o município de São Paulo seria trabalhar, como nós chamamos, por linha, ou seja, cada atividade desenvolvida nas casas seria

notificada para que se fizessem uma supervisão. Tal processo acarretava um número de dados exorbitante que não eram possíveis de serem consolidados através do sistema SISAED. Teve-se então que refazer por diversas vezes o sistema de informação. Chegou-se a um bom termo dando até o mapeamento, coordenada geográfica; mais isso demorou praticamente dois anos.

No início do processo a empresa enviava os dados semanalmente para a Secretaria; dados do planejamento das áreas a serem trabalhadas e também o relatório das áreas que foram trabalhadas na semana anterior. O centro de controle de zoonoses deveria estar passando no local tanto para fazer supervisão de campo quanto visando essas planilhas que nos eram mandadas. Essas planilhas eram condensadas manualmente porque até então nós não conseguíamos ter um banco de dados efetivo com que a gente pudesse consolidar os dados e tornar o trabalho mais ágil.

Então, por um lado, nós não tínhamos um sistema que satisfizesse as necessidades do município e por outro lado a gente já tinha todas as atividades de campo sendo executadas. Estávamos então com um acúmulo de planilhas sem ter um sistema para ser alimentado. Foi então quando essa atividade, de se alimentar um banco de dados, passou para a empresa que estaria coletando as informações e alimentando um sistema de informação. Porém quando posteriormente se solicitou da empresa essas informações, se viu que realmente não foi desenvolvido nenhum sistema e o que havia era simplesmente um banco de dados bruto .

Nesse momento se viu então a possibilidade emergencial de procurar socorro na PRODAN para estar desenvolvendo um sistema que atendesse as necessidades do município. Os técnicos do CCZ participaram desse processo e depois de algum tempo se conseguiu desenvolver um sistema que atende as necessidades. A partir de março de 99 ficou estabelecido que esse fluxo todo viria da empresa para a PRODAN, que estaria digitando os dados e o CCZ estaria somente trabalhando em cima das informações já coletadas. A partir daí toda essa informação passou a ser processada pela PRODAN, não só o trabalho do casa a casa, a visita do casa a casa, mas com todas as notificações e queixas ao mosquito. Todas as ações de vigilância passaram a ser digitadas e produzido um banco de informações, através da PRODAN. Você está com um geo-processamento, onde você pode estar localizando os focos de Aedes, localizar casos suspeitos, analisar tipo de criadouro em potencial e onde estão localizados. Então é um sistema gerencial fundamental para se estar equacionando o PEA no município de São Paulo na medida que a realidade se altera cada dia com relação a infestação do Aedes e os locais de maior risco para a instalação da dengue.

Todavia, alguns problemas ainda persistem. Em janeiro a gente recebeu as primeiras análises dos indicadores, que dá para gente avaliar os primeiros dados analisados pela PRODAN e analisando bem detalhadamente parece que o relatório está bastante falho porque, entre outras coisas eu já percebi que tem distrito que não teve tais focos e no relatório aparecem alguns focos. Então já tem viés nessa coisa. Então, já passo a não confiar nesse dado que é um dado que tem que p'ra analisar, conferir. Em relação ao Índice de Breteau, eu não confio em nenhum resultado que veio da PRODAN, nenhum! Eu não acredito naqueles dados, então se alguém me perguntar eu não sei o Índice de Breteau na minha região.

COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DE COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

O DSC dos discursos dos gerentes entrevistados relativo à questão do processo de coleta e sistematização dos dados e do fluxo das informações nos mostra que não houve contradição entre os discursos, de forma que nos foi possível construir somente um DSC, através da agregação dos vários depoimentos

O DSC nos mostra que o sistema de informação utilizado para o controle da dengue no Município de São Paulo apresentou inúmeros problemas e que mesmo após a entrada da PRODAN, que serviu para melhorar a situação, algumas falhas persistem.

Apesar do DSC mostrar com clareza as dificuldades presentes neste processo, algumas considerações ainda são pertinentes neste ponto do trabalho.

- **Em relação ao processo de supervisão**

O trabalho de supervisão depende fundamentalmente dos dados serem encaminhados em tempo, processados de forma adequada e serem absolutamente confiáveis, para que a supervisão possa ser feita com sucesso. Alguns depoimentos deixam isso claro no depoimento de uma funcionária na Reunião da Comissão de Administração Pública em 23.06.1999 apresentado a seguir:

“...O Centro de Controle de Zoonoses é um órgão direto ligado com o secretário da saúde, mas nos núcleos somos funcionários das Administrações Regionais de Saúde...O nosso trabalho junto a questão do controle do Aedes é de supervisão da empresa contratada. Temos tido muito problema nesse um ano de trabalho. Problemas de informação sobre o trabalho deles. Existe muita dificuldade de receber as informações do trabalho de campo, demora no mínimo 30 dias e pedimos para que seja mais rápido esse tipo de relatório pois a supervisão depende do trabalho que eles fazem para a gente estar indo para a rua e ver se foi bem feito ou não....eu, particularmente tive a chance de sair muito, muito mesmo com a empresa e depois que eles passaram. Então, todas as minhas críticas fui anotando e temos muito pouco retorno. Se eu falo que está havendo um problema, vou num ponto estratégico, uma borracharia ..., e acho que está com problema, a gente manda a informação e ou ela não retorna, ou demora muito para retornar. É sem eficiência. Não é muito efetivo este tipo de controle”.⁽⁵⁾

O mesmo problema em relação ao fluxo de informações prejudicando a supervisão pode ser observado no discurso de outro depoente:

“ já que tem um fluxo de informação, principalmente as mais importantes a gente acha que devia ser direto, né? Para a gente já pensar em medidas de controle do problema, de contornar a situação...Mas não vinha, ...passa por uma série de análises e demora porque é um papel...então é complicado...mas porque foi estabelecido um péssimo fluxo de informações”.

- **Em relação a confiabilidade dos dados**

Em relação a confiabilidade dos dados podemos notar através do depoimento de outro depoente, também pertencente aos núcleos de zoonoses, que o sistema deixa a desejar:

“...mas o que efetivamente vai dar o resultado do trabalho da empresa são os indicadores...e só em janeiro de 1999 é que a gente recebeu as primeiras análises dos indicadores, alguma coisa que dê para a gente avaliar, os primeiros dados analisados pela PRODAN, e analisando bem detalhadamente parece que está bastante falho... tem viés neste dado, já passo a não confiar nesse dado , ... a gente precisa analisar o dado em função desse material e eu não sei se este material é confiável. ”

O mesmo problema em relação a não confiabilidade nas informações vindas da PRODAN podemos notar no discurso de outro depoente, que inclusive coloca que a não confiabilidade nos dados tem também causado danos ao processo de supervisão:

“Então quando a gente consegue ter uma relação melhor com a empresa...de você ir junto, de você interferir, de você colocar isto no mapa, de poder sugerir mudanças, você fica numa relação muito complicada, porque....existe a questão mesmo..., que não confio em nenhum resultado que veio da PRODAN, ...”.

Podemos pois notar que, apesar do avanço revelado no último ano, a qualidade dos dados sobre dengue no Município de São Paulo permanece, para os gerentes, insatisfatória.

5- DSC das Comissões Municipal e Regionais de Erradicação do *Aedes aegypti* e de Controle da dengue

Idéia Central

Em São Paulo as comissões Municipal e Regionais foram constituídas antes do PEAa. O trabalho das comissões regionais sempre foi problemático..

DSC

A criação da comissão municipal e das comissões regionais deu-se antes da implantação do PEAa no município de São Paulo. Surgiu da necessidade de se adotarem algumas estratégias para impedir a instalação de uma possível epidemia de dengue no município. Paralelamente a essas comissões municipais e regionais, surgiu a proposta, pelo ministério, do PEAa. Então a partir de janeiro de 97 o município passou a trabalhar não só na intensificação, no combate ao mosquito, mas na erradicação do mosquito, obtendo recursos do nível federal.

O trabalho das comissões sempre foi complicado pois as Comissões Regionais não tinham representação na Comissão Municipal e com isso faltou muito, no começo, a comunicação entre as comissões regionais e a municipal. Agora, eu acho que a coisa já está caminhando melhor.

Da maneira como as comissões foram elaboradas achei que seria ótimo, porque através da comissão municipal e das regionais a gente ia conseguir a integração entre os setores envolvidos. Mas a gente percebeu que as pessoas que vinham representar a Delegacia Regional de Educação - DREN, que vinham representar a Supervisão Regional de Bem Estar Social - SURBES, na verdade eram as pessoas que tinham saído da saúde em função do PAS e estavam meio de escanteio nesses setores e portanto, não representavam essas instituições. Na verdade, as ações foram muito tocadas pela própria estrutura da ARS, com o apoio de pessoas que saíram da saúde, e que estavam sendo participantes na comissão, mas ainda como uma ex-funcionária da saúde, não como uma pessoa da outra instituição. Então, a interface com outras secretarias, na verdade não existiu. Nunca se pensou num trabalho que pudesse estar correlacionando as secretarias ... que a gente pudesse estar tendo um retorno em termos de informação, por exemplo, do IEC, junto à população. Foi sempre uma coisa que ficou muito na necessidade de fazer a reunião mais do que na necessidade de se estar pensando num modelo de educação ou de comunicação para nossa área.

COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO ATUAÇÃO DAS COMISSÕES MUNICIPAL E REGIONAL DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti* E CONTROLE DA DENGUE

As Comissões Municipal e Regionais de Erradicação do *Aedes aegypti* e Controle do Dengue, conforme já assinalamos anteriormente, foram precocemente constituídas no Município de São Paulo. A Comissão Municipal foi constituída em novembro 1996 e nesta mesma ocasião o Secretário Municipal da Saúde determina a criação das Comissões Regionais.

Na análise do depoimentos dos gerentes entrevistados, nota-se que as representações são bastante uniformes, não apresentando contradições, o que levou a constituição de somente um DSC.

O DSC mostra que as comissões não conseguiram atingir a finalidade para a qual foram criadas, finalidade esta descrita na Portaria nº 2936 de 01/11/1996 a qual determina, entre outras, que “esta comissão tem por finalidade coordenar ações interinstitucionais e de impedir a entrada ou circunscrever ou controlar focos de *Aedes aegypti*, além de controlar e exercer vigilância epidemiológica dos casos de dengue, em sua área de abrangência”. (legislação 34).

Segundo os depoimentos dos gerentes, a função desta comissão de coordenar ações interinstitucionais fica prejudicada pela impossibilidade de tomar decisões dos representantes oficiais, pois estes não representam “de fato” as secretarias das quais são oriundos. Neste caso a possibilidade de desencadeamento de ações integradas com a participação de várias instituições, que era o objetivo previsto, acabou não ocorrendo.

Outro ponto importante colocado e que só recentemente foi resolvido, foi a falta de comunicação às Comissões Regionais das deliberações tomadas em reuniões da Comissão Regional. A partir de meados de 1999 deliberou-se que nas reuniões da Comissão Municipal haveria um representante de cada Comissão Regional, o qual seria o porta voz das decisões tomadas em cada regional.

6- DSC do IEC

Idéia Central

A proposta inicial de IEC no Município de São Paulo foi a de desenvolver um trabalho multissetorial através da criação de uma Comissão Municipal e de Comissões Regionais. Porém o trabalho do IEC ficou prejudicado porque faltou diretriz do nível central para orientar estas comissões. Também os representantes de outros setores não tiveram autonomia suficiente para estar deliberando em relação as ações a serem desenvolvidas. Isto acarretou em um trabalho regionalmente isolado e dissociado das ações do PEAa como um todo. O IEC ficou restrito muito mais a elaboração de materiais e ações isoladas do contexto geral.

DSC

Com relação às ações de informação, educação e comunicação- IEC, a proposta inicial quando foram criadas as comissões municipais e regionais seria a de estar trabalhando a questão do controle do Aedes e da dengue numa estratégia multissetorial com a participação da comunidade. Assim através também das ARS, das Comissões Regionais nós estaríamos fazendo esta parte complementar do trabalho, o IEC. Essa parte foi assumida pelas comissões regionais e supervisionado e controlado pela Comissão Municipal, a nível central.

Essa proposta porém, não teve de certa forma, uma diretriz de nível central que tivesse orientando as comissões municipais e as comissões regionais com relação às estratégias a serem adotadas. Cada comissão regional trabalhou de acordo com o seu diagnóstico, com a sua realidade, com a sua capacidade de uma forma regional isolada. As comissões deviam ter desenvolvido melhor essa coisa do IEC. É como se fosse uma coisa dissociada, parece que ninguém pega o PEA como um todo, lá em cima, e destrincha e aí o IEC não sai, porque não sai enquanto processo, sai como ações pontuais, porque não tem um recurso, porque não tem integração.

A parte educativa, de fato, é uma coisa que deixa muito a desejar. Você vai na casa, mas eu sinto falta da gente trabalhar com as escolas. O próprio pessoal de campo, reclama muito, que eles vão na casa, e tem distrito aqui que eu já estou no oitavo ciclo, toda vez que você vai a realidade não muda. Porque assim o pessoal vai de 3 em 3 meses na mesma casa mas a população não tá sabendo o que está acontecendo ali naquele distrito. Então a criança não é trabalhada, as sociedades de melhoramentos não são trabalhadas educativamente.

Faltou também um entendimento da responsabilidade de outros setores de estarem envolvidos com a questão do dengue, ou do Aedes no município, na medida que os representantes de outras secretarias, de outros órgãos não eram pessoas que tinham o poder de estar decidindo e de estar assumindo realmente compromissos da secretaria que estavam representando.

Eles (a empresa) não vão com material educativo ou se vão é sempre o mesmo, quase não muda. Outro problema é a gente, sempre pedindo para imprensa participar,

principalmente a imprensa local, e sempre a secretaria dificultando essa nossa participação. Se vem um jornal de bairro aqui eu tenho sempre que estar pedindo para alguém falar no meu lugar, quando eu teria muita condição de falar, eu conheço muito a região, fica mais fácil de estar falando. Então tem, isso tudo para mim são coisas que poderiam ser diferentes.

Então, na minha avaliação, o IEC ficou vinculado muito mais a atividades e a elaboração de materiais isolados, sem estar inserido dentro das atividades que estavam sendo desenvolvidas pelo PEAa e nem também com relação às regiões de acordo com o estrato a que pertenciam.

COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO ATUAÇÃO DO IEC

O DSC relativo a questão - IEC também não apresentou contradições internas. Segundo os depoentes, esta estratégia adotada pela Secretaria Municipal, assim como as demais, apresenta falhas e não atingiu os objetivos a que se propôs.

As ações educativas estão sendo desenvolvidas regionalmente porém carecem de uma diretriz central o que leva a uma pulverização do IEC. Além disto estão sendo desenvolvidas de forma dissociada das demais atividades do PEAa. Segundo os depoentes o município não conseguiu elaborar um planejamento para o PEAa em que as ações educativas estivessem integrando as demais atividades.

Ainda segundo os depoentes a mídia não tem participado deste processo e quando as comissões isoladamente tentam se utilizar dela a secretaria impõe obstáculos, dificultando o trabalho destas comissões, pois não é sempre que estas obtêm permissão para prestar depoimentos através da mídia.

Assim podemos concluir que o trabalho do IEC também tem se desenvolvido de forma precária, com baixo poder de penetração junto a população do município, utilizando pouco a grande mídia e acima de tudo é um trabalho, segundo os depoentes, que se mantém desintegrado das demais atividades do PEAa no município, apesar de dispor de material educativo.

Segunda Questão - Resultados

PRIMEIRA QUESTÃO	DSC
<i>Para o combate à dengue em São Paulo haveria outro modelo a ser adotado?</i>	1-DSC - O modelo do PEAa precisa ser revisto 2-DSC - O modelo ideal deve prever a ação compartilhada entre Estado e Prefeitura 3-DSC - O modelo ideal deve fortalecer a educação e a participação da população 4-DSC - O modelo ideal deve fortalecer as estruturas públicas

1. DSC- O modelo do PEAa, no Município de São Paulo, precisa ser revisto

Idéia Central

O PEAa em São Paulo foi implantado adotando-se o processo de terceirização de serviços. Apesar dos pesares foi o modelo possível, mas precisaria ser revisto.

DSC

Apesar de ideologicamente não ser correta, do ponto de vista da saúde coletiva, a contratação de uma empresa terceirizada foi a melhor decisão diante da situação político-administrativa do Município de São Paulo; porém, precisaria que a Secretaria efetivamente coordenasse este trabalho, pois por ora está a mercê do próprio consórcio, que apesar de seguir o PEAa não o cumpre por completo. A contratação de recursos humanos através de terceirização não seria problema desde

que todas as diretrizes fossem dadas pela secretaria da saúde. Não se pode terceirizar todas as atividades, isto é um erro. Haveria necessidade de fortalecimento técnico do nível central, do CCZ e dos núcleos regionais de Zoonoses para que dessem diretrizes aos RH contratados.

O PEAA é bom, ele dá um norte, mas precisa ser revisto, precisa ser adaptado a cada realidade onde é aplicado. A gerência do PEAA deveria ter identidade própria, desenvolvida por técnicos que tivessem somente esta atribuição e que estabelecessem uma única diretriz para o Município de São Paulo. O modelo deveria prever um processo participativo na utilização dos recursos do PEAA, mais funcionários, equipes exclusivas para o PEAA e recursos materiais para os núcleos, para que estes pudessem planejar adequadamente o seu trabalho.

O problema não é o modelo e sim a falta de integração. Haveria necessidade de uma implementação dos trabalhos de vigilância sanitária e de educação. A vigilância epidemiológica está capenga e é lenta. Há duplicidade nas notificações e estas chegam depois do prazo. O consórcio fica como um mero executor e é mal aceito pelo pessoal da prefeitura que não respeita a experiência que o consórcio tem e não estabelece diálogo com ele.

2. DSC- O Modelo ideal deve prever a ação compartilhada entre Estado e Prefeitura.

Idéia Central

São Paulo precisa buscar uma ação conjugada com os municípios vizinhos e com a Secretaria Estadual da Saúde.

DSC

Uma cidade com o porte de São Paulo exige um outro tipo de enfoque, não o enfoque de terceirização ou de privatização de serviços, mas a busca de uma ação conjugada do município com os municípios vizinhos e com a Secretaria de Estado da Saúde.

Um modelo ideal teria que compartilhar a gerência do PEAA com a responsabilidade direta do Estado, uma vez que São Paulo não tem pleito de gestão com relação à municipalização. Na realidade o que houve é que São Paulo assumiu o PEAA, assumiu todo o ônus do controle, do gerenciamento financeiro e da doença enquanto município. Então a gente operacionalizou o trabalho, recebemos cobrança de um chefe superior, sem que ele tivesse a co-participação. O ideal seria estar entrando num modelo de contratação de serviços, mas esse contrato seria gerido a duas mãos. Assim, tanto as propostas de avaliação como as propostas de correção de erros e de investimento nas áreas de combate ficariam facilitadas. Então vale a parceria, mas uma parceria de fato mesmo, com divisões de papéis, de competência e de controle, como se fosse uma equipe única.

3. DSC- O modelo ideal deve fortalecer a educação e participação da população.

Idéia Central

O Modelo ideal teria que prever educação da população, participação comunitária e legislação que garanta a ação do poder público junto à população

DSC

Em um modelo ideal não dá para nós termos uma opção por uma estratégia de centralização das políticas, de terceirização e privatização das ações. Eu acho que o caminho é o inverso: é descentralizar, garantir mecanismos de participação da equipe, de participação popular e, ao lado disto, você ter diretrizes que favoreçam fortemente as ações extra-muro, ações integradas à comunidade e de envolvimento da sociedade civil no processo de conscientização sobre direitos e sobre medidas profiláticas.

Teríamos que adotar um modelo de educação da população que passaria pela limpeza urbana, pelo saneamento ambiental. Teríamos que ter uma mobilização comunitária, e eu acho talvez que a população que deveria exigir participar e exigir essa limpeza. Nós teríamos que buscar uma outra abordagem que envolva a comunidade na compreensão da dimensão do problema, dos mecanismos de prevenção e de como a comunidade pode colaborar para que o problema seja minimizado.

Foi aprovada na Câmara Municipal uma lei que penaliza fortemente as borracharias, depósitos de pneus a céu aberto, e eu acho que, havendo legislação, havendo diretrizes programáticas, e havendo uma ação do poder público junto à sociedade civil, é possível você minimizar o problema e tê-lo sob controle.

4-O modelo ideal deve fortalecer as estruturas públicas

Idéia Central

Em um modelo ideal seriam fortalecidas as estruturas públicas existentes, como o CCZ e ele se encarregaria da contratação e controle do pessoal

DSC

No Município de São Paulo você tinha um CCZ, você tinha todo um staff intelectual, que poderia ter sido usado e reforçado. Em um modelo ideal você poderia ter utilizado melhor o CCZ, poderia ter feito as contratações diretamente, isto é, através da própria Secretaria da Saúde e não através de empresa. Quer dizer, O CCZ ou a secretaria

municipal poderiam ter centralizado e contratado profissionais como os 600 municípios de São Paulo fizeram.

O pessoal contratado pelas secretarias foi treinado pela vigilância epidemiológica ou pelo centro de controle de zoonoses. Quando você tem a contratação de uma empresa, o técnico do CCZ, ou o técnico da região, não têm acesso direto ao funcionário, ele vai ter um acesso à empresa e a empresa vai ter o acesso ao funcionário. Então você cria vários degraus, e uma coisa meio em paralela.

Em um modelo ideal você poderia utilizar este pessoal para a vigilância. Você tem locais no interior onde funciona o PEAA e a pessoa do PEAA é a pessoa que já faz a busca ativa de casos, ela foi treinada pra fazer a vigilância também. Você tem municípios em São Paulo que a pessoa do PEAA, no momento onde aparece uma leishmaniose, um outro problema de zoonoses, essa pessoal, além da questão do Aedes, ela é usada pra outras coisas porque ela vai passar mesmo casa a casa e ela já faz várias atividades. Quando é uma empresa esse tramite fica meio difícil.

COMENTÁRIOS SOBRE A SEGUNDA PERGUNTA

Podemos observar que os quatro DSCs apresentam representações distintas entre si.

- No primeiro DSC - “*O modelo do PEAA, no Município de São Paulo, precisa ser revisto*”- podemos observar uma representação gerencial do desenvolvimento do PEAA no Município. A proposta não é mudar o modelo mas ajustá-lo, melhorá-lo. Acredita-se que para a realidade complexa do Município de São Paulo foi adotada a melhor opção, desde que com os devidos ajustes.
- No segundo DSC - “*O modelo ideal deve prever a ação compartilhada entre Estado e Prefeitura*”- a representação também não questiona o modelo PEAA. Na realidade o que é discutido aqui é uma questão administrativa entre o Estado e a Prefeitura. Segundo esta representação, a responsabilidade administrativa deveria caber não somente a Prefeitura mas sim ao Estado e a Prefeitura, em conjunto, uma vez que a capital não está municipalizada até o presente momento.
- O terceiro DSC - “*O modelo ideal deve fortalecer a educação e a participação da população*”- envolve uma concepção que poderíamos

denominar de “ político-participativa” para o controle da dengue e do vetor no Município de São Paulo.

Em conformidade com esta representação, a questão deveria ser resolvida através de processos de mobilização, participação da comunidade e também da educação da população. É proposto ademais que o controle do meio ambiente seja feito através da mobilização e ação comunitária.

- O quarto DSC - “*O modelo ideal deve fortalecer as estruturas públicas*” - propõe como modelo ideal o controle estatal. Para esta representação deveriam ter sido fortalecidas as estruturas públicas existentes, as quais deveriam estar a testa de todo o processo de controle do vetor na capital, incluindo a contratação de pessoal, o de controle do recurso, determinações técnicas e tudo o mais que fosse necessário para o desenvolvimento do PEAA. Neste discurso nota-se forte representação anti-privatizante, contra a contratação da empresa.

Conclusão da primeira questão

Podemos concluir em face às análise processadas acima que:

- Os gerentes entrevistados não se posicionaram em momento algum de forma contrária a contratação da empresa para o desenvolvimento do PEAA no Município de São Paulo. Não houve em nenhum dos depoimentos uma posição formalmente contrária ao processo de terceirização **de parte do controle das ações de combate ao vetor**. As críticas proferidas vêm exatamente deste ponto, pois a Secretaria não terceirizou parte e sim o todo das ações, passando mesmo a gerência destas ações à empresa, apesar de afirmar que o controle permanece no CCZ. Fica claro este processo de terceirização total nos DSCs apresentados, onde é claro o sucateamento a que foram submetidas as estruturas responsáveis pelas ações de gerenciamento do PEAA na capital. Assim, formalmente, a Secretaria diz manter o controle das ações, mas na prática esta *função pública de*

gerenciamento das ações, é totalmente esvaziada. Considera-se nesta análise tanto as funções que caberiam ao CCZ como aquelas que são de pertinência dos núcleos de Zoonoses, ou seja o controle técnico da programação e o processo de supervisão. Ambas funções foram totalmente esvaziadas conforme foi possível verificar nos depoimentos mencionados.

- Em relação ao processo de supervisão, a Secretaria adotou três mecanismos para esvaziar o processo. O primeiro foi o sucateamento já descrito acima; o segundo foi a burocratização da supervisão e o terceiro foi a centralização de dados que impediu que as decisões dos núcleos fossem tomadas no momento oportuno.
- O mesmo mecanismo de *esvaziamento das funções públicas* pode-se notar no desenvolvimento do processo de trabalho das Comissões Regionais e da Comissão Municipal. Pode-se verificar que a estratégia utilizada pelo Poder Público é a mesma. As comissões existem, são criadas e imediatamente esvaziadas de qualquer poder de ação, com representantes sem poder de decisão, com comissões que propositadamente não se reúnem e que não se articulam entre si.
- Pode-se estender a mesma problemática às ações de IEC, que aliás não foi até o presente momento formalmente criado na capital de São Paulo. O IEC permanece ilhado, não participando das demais atividades do PEAa. Esta atividade que deveria ser central na programação permanece alheia ao processo, funcionando mais como um produtor e distribuidor de materiais do que a que deveria ser sua função, a de estabelecer uma política de informação e educação para o Município de São Paulo em relação ao combate do vetor.

Desta forma podemos concluir da primeira pergunta: *Fale um pouco sobre a estratégia adotada pelo município de São Paulo para a implantação do PEAa*, que as estratégias adotadas e sobretudo as circunstâncias de sua implantação, fizeram com que ficassem seriamente prejudicadas as funções públicas estatais, não delegáveis, tais como a regulação, supervisão e de controle, no que toca ao combate ao vetor da dengue.

Conclusão da segunda questão

Os DSCs referentes à segunda questão abordam dois grandes temas: o PEAA como modelo para o controle do vetor da Dengue e a decisão de contratar uma empresa para executar as ações de controle do vetor.

Podemos concluir que ao perguntarmos ao gerentes sobre o modelo ideal que deveria ser implantado na capital para o controle da dengue e erradicação do vetor *Aedes aegypti*, com exceção um DSC, que discutiu a participação popular e comunitária, as demais representações apontam como modelo ideal o próprio PEAA, porém com um processo de gerenciamento diferente do que foi adotado aqui na capital. Para uma delas trata-se simplesmente de ajustar o que foi feito; para outra, de acertar a relação Estado-Prefeitura; finalmente, para uma terceira, são as estruturas públicas que devem gerenciar o processo. Assim, o PEAA enquanto modelo é, ao que parece, tacitamente aceito nestas três representações.

No que toca à questão da contratação da empresa verificamos que dois DSCs não contestam tal opção, um deles não aborda o tema e outro se posiciona fortemente contra, colocando como opção desejável o reforço das estruturas públicas existentes, no caso o CCZ.

Vale ressaltar que em relação as ações estatais, indelegáveis, não houve qualquer contestação por parte dos gerentes entrevistados. O que variou foi o grau e a forma de descentralização das ações do PEAA.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES

6.1 Conclusões Gerais

6.1.1 Introdução

O desenvolvimento deste trabalho leva a crer que sair, hoje, em busca da Saúde Coletiva no Município de São Paulo não é, evidentemente, uma tarefa fácil. A busca então, neste contexto não é propriamente um fim em si mas uma estratégia para descrever a Saúde Coletiva no Município de São Paulo e para ajudar a construí-la coerentemente.

Mas, a despeito de uma certa "virtualidade" do objeto, ao longo do trabalho ficou demonstrado que existem hoje todas as condições para que haja, efetivamente, Saúde Coletiva no Município de São Paulo. As bases legais, institucionais, ideológicas e técnico-sanitárias estão dadas e disponíveis para que tudo isso se concretize e se articule, conseguindo-se dar cumprimento às políticas públicas, ainda que seja preciso considerar - para que saúde coletiva não apareça como um constructo utópico, um mero objeto de desejo - as condições históricas atuais, radicalmente influenciadas pelos fenômenos da globalização e da crise do Estado.

A análise histórica da saúde pública, como mostra Rosen ⁽⁶²⁾ revela certas continuidades na linha do tempo, notadamente no que toca às oposições público x privado; saúde individual x saúde coletiva; saúde das pessoas x saúde das cidades. Estas oposições continuam hoje, na ordem do dia, manifestando-se na realidade atual do Município de São Paulo que, no período analisado, revela forte influência do PAS e do movimento da Reforma do Estado, que aparecem como marcos referenciais ou contextuais porque condicionam toda a discussão do que, no campo da saúde, deve ficar sob controle estritamente público estatal e do que poderia ser descentralizado para outros setores.

As questões colocadas no início do trabalho, que diziam respeito a como e com quem ficariam as ações de saúde de interesse coletivo que ocorrem, atualmente, no âmbito do Município de São Paulo, revelam, nos dados levantados, a influência maior destes condicionantes.

Acredita-se contudo que o tema – pela sua amplitude – pode ser melhor discutido se desmembrado em tópicos. É o que se fará a seguir.

6.1.2 Bases legais

Foi observado no Município de São Paulo, no período analisado, um distanciamento flagrante entre a base legal sobre a qual se apoia a saúde e as ações concretas de saúde. A despeito das bases legais terem um caráter eminentemente coletivo, este conceito é aplicado na prática de maneira bastante restrita, ficando afeito apenas a alguns serviços e não ao sistema como um todo.

Na capital de São Paulo, os serviços não têm, como regra geral, um enfoque que se possa considerar como de caráter coletivo. O PAS, que influi na organização das práticas da saúde pública no período analisado, pode ser considerado como um grande "pronto atendimento", sem maior preocupação com o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ou programáticas que configuravam uma preocupação constante da década anterior da saúde coletiva no município de São Paulo.

Uma das explicações possíveis para esta mudança de enfoque na atuação do poder público no campo da saúde está ligada ao fato de não se ter conseguido, no âmbito do município de São Paulo, atender ao volume de problemas de saúde apresentado pela população, fazendo, portanto, com que a questão da "doença", pelo seu caráter emergencial, passasse a ter prioridade em relação a questão da "saúde". Desta maneira o poder público não conseguiu equacionar o dilema da atenção individual frente à atenção coletiva, dando prioridade a primeira em detrimento à segunda. Esta equação, com o PAS, ficou consolidada, sem solução.

As bases legais da saúde no Brasil foram consubstanciadas na chamada Constituição Cidadã, no período final do Estado desenvolvimentista brasileiro. No momento em que o modelo de Estado desenvolvimentista entra em crise, deixa um vácuo que, acredita-se, foi ocupado, de maneira inegavelmente hábil, do ponto de vista político eleitoral, pelo PAS.

O PAS surge em flagrante contradição com o SUS, como uma alternativa prática à crise do sistema de atenção à saúde, alternativa vista pela população como uma forma "moderna" (que, no plano simbólico aparece sob a forma de "plano de

saúde” dos pobres, com “carteirinha”, etc.) de resolver seus problemas imediatos de saúde (ou melhor, de doença).

A saúde coletiva é, então, deixada de lado, ficando relegada aos princípios “teóricos” afixados na lei. Na esfera municipal, as estruturas legais de saúde coletiva continuaram coexistindo com as do PAS, de forma desarticulada, como um rede paralela sem qualquer investimento do poder público.

A crise da implantação do PAS deixa aberta, de novo, a possibilidade do SUS ser efetivamente implantado no Município de São Paulo, como uma forma adequada de encaminhar a questão da saúde coletiva, sem prejuízo da atenção às questões mais imediatas do atendimento à doença.

6.1.3 Organização de serviços públicos de saúde coletiva

Os capítulos III e IV descrevem os principais serviços de saúde coletiva em atuação no território do Município de São Paulo. São serviços federais, estaduais e municipais.

Pode-se observar que a rede oficial de serviços de saúde coletiva parece maior e mais complexa do que se poderia supor a primeira vista. Isso é importante porque significa que estes serviços estão formalmente criados e com atribuições legais para que sejam concretizados, mesmo que, na prática, estas atribuições estejam sendo apenas parcialmente desenvolvidas. Pode-se concluir que a rede oficial de serviços de saúde coletiva atuante na capital de São Paulo constitui-se em um importante patrimônio público a ser preservado.

Mas neste universo de serviços de saúde coletiva, extenso e compartimentalizado, encontram-se serviços federais, estaduais e municipais coexistindo no território do Município de São Paulo. Nesse sentido, um projeto de avaliação destas estruturas seria desejável no sentido de se verificar se trata-se de superposição, complementariedade ou suplementariedade de ações.

A mesma constatação pode ser feita em relação à área específica da saúde, onde as estruturas municipais e estaduais têm inúmeras superposições, uma vez que o processo de municipalização da saúde na capital, até o ano de 1999, encontrava-se em negociação, havendo muitas dúvidas se, de fato, seria completamente efetivado. A

título de exemplo, vale ressaltar o que vem ocorrendo especificamente em relação à vigilância epidemiológica, onde os territórios geográficos de atuação da vigilância são divididos entre os técnicos estaduais e municipais, para a realização de visitas domiciliares.

Em muitos momentos, as estruturas são frágeis, estando à mercê dos poderes executivos, sobretudo, dos municipais de plantão, que as e reestruturam com instrumentos legais de segunda ou terceira hierarquia, como portarias, indicando ações de caráter mais político do que técnicas.

6.1.4 PEAa no Município de São Paulo: uma experiência de parceria no campo da saúde coletiva

A administração pública sempre utilizou como expediente a contratação de serviços de caráter temporário para resolver demandas específicas. O que o estudo do caso do PEAa no Município de São Paulo revela de novo é o processo de parceria de serviços tradicionalmente executados pelo Estado. Trata-se de uma experiência ímpar, que merece ser analisada mais em detalhe, pois a parceria revelou-se, no caso, como privatização.

Já foram apontados em seções anteriores deste trabalho os motivos alegados pela administração, para contratação de uma empresa para a execução de ações do PEAa, e por meio da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, as críticas dos gerentes que participaram deste processo. O que se deseja ressaltar é que o que permitiu, no Município de São Paulo, a vigência e até uma relativa aceitação desta experiência de parceria foi de uma lado, o clima ideológico que marcou o país e que deu margem, entre outras coisas, à proeminência do tema da Reforma do Estado e do Aparelho de Estado e, por outro, como ingredientes especificamente paulistanos, o Modelo PAS e o malufismo. Estas foram as condições conjunturais em que se deu a privatização do controle do vetor *Aedes* na capital.

Há que ressaltar contudo, que este modelo, de inspiração privatizante, não é generalizadamente aceito: vimos que, para uma das representações coletadas através dos DSCs, o município deveria ter optado por reforçar a estrutura pública pertinente, ou seja, o CCZ.

Mas para outras duas das representações, a entrada do Consórcio TB-TOP Serviços Ltda, não parece ter constituído razão para o fracasso da implantação deste modelo de parceria que se evidenciou como privatização de serviços na capital. Estas representações não consideravam que o modelo de parceria, em si, fosse inadequado para um município com as proporções de São Paulo. O modelo adotado de parceria para a execução dos serviços de controle do *Aedes* atenderia grande parte da demanda relativa a este controle na capital.

Especificamente, os problemas com o modelo adotado para o controle do vetor da Dengue na capital foram os seguintes:

- **A fragilidade das Comissões**

A administração pública tem, tradicionalmente, adotado o modelo de Comissões quando deseja estudar ou controlar um problema no qual a realidade apresenta -se multifacetada. A experiência tem mostrado que, em muitos casos - e o controle do *Aedes* na capital foi um deles - que as comissões têm baixo poder de resolutividade mostrando-se inoperantes. Existe, portanto, a necessidade de se apontar para um novo modelo administrativo de atuação em casos de problemas complexos e que exijam a participação de vários setores.

- **esvaziamento e a "burocratização"²² das estruturas públicas**

Grande parte do fracasso do modelo adotado esteve ligado ao fato das estruturas públicas terem sido esvaziadas de funções próprias, já que o poder público não conseguiu atuar devido à precariedade de recursos materiais e institucionais que foram disponibilizados para executar o papel que lhe competia e ao despreparo dos recursos humanos frente às novas tarefas impostas pelas novas realidades.

Outra maneira de dificultar a atuação das estruturas públicas formais, também já discutida em seção anterior, diz respeito a criação de mecanismos de formalização excessivamente burocráticos que impediam a execução adequada do papel destas instâncias da administração. Foram criados tantos mecanismos puramente burocráticos que a instituição perdeu a capacidade de atuar adequadamente e em tempo.

---

²² O termo burocratização está entre aspas porque refere-se na realidade às disfunções da burocracia.

Assim, o papel fundamental a ser desempenhado pelas estruturas públicas neste tipo de modelo, que seria o controlador, regulador e gerenciador ficou gravemente comprometido.

- **Desarticulação das estruturas públicas e privadas**

As estruturas públicas envolvidas no processo de controle do vetor e da dengue no Município de São Paulo foram: CCZ, NRZ, CEPI e NEPIs. As estruturas que poderiam ser denominadas como “privadas” envolvidas neste processo foram: a rede PAS de postos, hospitais e Pronto Socorros e o Consórcio TB-TOP Serviços Ltda. A execução do controle da dengue na capital, portanto, dependia de que todas estas estruturas estivessem articuladas entre si.

Foi estabelecido um fluxo de informações entre estas estruturas de tal forma que acarretou falhas, tanto no processo de supervisão, como na atuação da empresa em campo. Um ponto de estrangulamento importante ocorreu e continua ocorrendo entre a rede PAS, que recebe o doente e deveria notificar aos NEPIs correspondentes da existência de suspeito de dengue. A partir desta notificação, deveriam ser acionados todos os mecanismos de controle da doença, inclusive a empresa, para possível detecção do vetor no local de moradia do suspeito. Ocorre – e este detalhe ilustra perfeitamente o momento conjuntural por que passou e continua passando o Município de São Paulo - que a rede PAS foi concebida com um enfoque de serviços de saúde de caráter meramente curativo- a despeito das referências meramente retóricas à “prevenção” presentes na Lei do PAS - sem qualquer componente de vigilância epidemiológica; desta forma, mesmo com o CEPI e os NEPIs tentando treinar a rede de postos, hospitais e Pronto Socorros do PAS, na realidade, a notificação de suspeitos nunca teria sido feita adequadamente.

Este importante ponto de estrangulamento no controle do *Aedes aegypti* não apareceu no conjunto de depoimentos coletados, o que sugere a necessidade de investigações posteriores dirigidas a outros setores, como os NEPIs, para a complementação desta pesquisa.

Outro elemento dificultador da articulação entre as estruturas públicas e privadas foi a não aceitação pelos técnicos da rede pública da presença da empresa, para a execução do controle do *Aedes*, que se deve tanto ao esvaziamento e sucateamento a

que foram submetidas estas estruturas públicas, quanto ao não preparo dos técnicos sobre seu novo papel de supervisor e coordenador de serviços contratados.

Acrescida a esta dificuldade, que tanto o CCZ como os NRZ manifestaram desde o início do processo, é importante lembrar que as ações de controle de zoonoses encontram-se ainda muito centralizadas no CCZ; isto não ocorre nos NEPIs, onde as ações regionais de controle do doente encontram-se totalmente descentralizadas, pois estes já estão equipados, sendo capazes de produzir as informações regionalmente. No caso dos NRZ, sequer a parte de informática foi implantada, encontrando-se estas estruturas totalmente dependentes do órgão central. O próprio CCZ²³ não tem controle total das informações que são produzidas, até então, pela PRODAM.

Além dos problemas apontados acima, o ponto mais importante da desarticulação das estruturas está relacionado à concepção de serviços de vigilância. No caso da dengue, por exemplo: trata-se do controle de apenas uma doença e, no entanto, estão envolvidas duas redes paralelas: por um lado o CEPI e NEPIs controlando os doentes e, por outro, o CCZ e os NRZ controlando o vetor. Acredita-se que há necessidade de ser revista esta compartimentalização em estruturas diferentes para atender a um mesmo problema.

Não se trata, assim, de se posicionar a favor ou contra a adoção da descentralização de certos serviços e, sim, de como este processo tem sido realizado. Como alguns DSCs sugerem, é necessário que as estruturas públicas sejam aparelhadas e treinadas para este novo papel antes de se lançarem em experiências deste tipo, pois há o risco de que modelos que poderiam eventualmente ser utilizados para dar nova agilidade a administração, sejam vistos, em si mesmos, como inadequados.

6.2 Perspectiva futuras

As perspectivas para o campo da Saúde Coletiva devem ser pensadas em duas grandes vertentes. A primeira buscaria novos caminhos administrativos e gerenciais e a segunda um novo universo conceitual e de valores para este campo.

---

²³ O CCZ²³, somente em meados de maio a junho de 2000, passou a ter controle das informações sobre o *Aedes* na capital.

Pensar uma proposta de Saúde Coletiva para uma metrópole como São Paulo, nos dias de hoje, exige, inicialmente, uma reflexão que busque solucionar o dilema: unidade-diversidade. As soluções gerenciais e administrativas propostas até o momento não deram conta de atender a demanda de uma cidade com a complexidade e a diversidade presentes neste município. O paradoxo aparente é que um município como este não pode ser pensado como uma unidade, mas também não pode deixar de sê-la. Desta forma, o principal desafio da Capital de São Paulo é implementar a unidade dentro da diversidade.

Resolver este desafio não é uma questão simples, e as sucessivas mudanças de forma de gerenciamento, em especial na área da saúde, em São Paulo, têm mostrado que os administradores preocupados com a questão, até o momento não conseguiram o modelo ideal.

A Saúde Coletiva na cidade de São Paulo necessita do desenvolvimento de um projeto que a estruture em unidades regionais, com grande grau de autonomia tanto gerencial e administrativa como financeira. As unidades centralizadas da administração teriam função de coordenação, controle, regulação e definição das políticas públicas a serem desenvolvidas pela estruturas regionalizadas. Isto levaria a um avanço da Administração Pública.

Além de ser necessário pensar regionalmente, é também necessário pensar integradamente. Portanto, considerando o contexto de regionalização, é preciso implementar um novo modelo de planejamento baseado em problemas ou riscos à saúde, nos quais os setores envolvidos atuassem conjuntamente.

Na segunda vertente, pensar em Saúde Coletiva exige que se aceite a saúde e a doença como fenômenos sociais e psicossociais e, também, como fenômenos urbanos, que apresentam distintos “*timings*”, ocorrendo de modo superposto no mesmo espaço urbano redefinido, segundo Milton Santos ⁽⁶⁶⁾, como meio científico-tecnológico. Numa metrópole como São Paulo há, e haverá sempre, um tempo emergencial da saúde e da doença, a ser respeitado. Urbes deste porte geram e gerarão sempre um sem número de situações emergenciais, para as quais há que ser montado um competente e eficiente sistema de atendimento, da mesma forma que um igualmente competente e ágil sistema preventivo de vigilância ⁽⁴²⁾.

Este “*timing*” emergencial implica em ver a doença como ameaça sempre grave e externa, que surge como irrupção de eventos mais ou menos imprevistos, que colocam a cidade e o seu sistema de saúde numa posição defensiva. É necessário montar sistemas de defesa contra a doença quando ela se configura como uma ameaça à coletividade, vinda de fora. E a mega urbe, pelo seu tamanho e complexidade, será sempre mais vulnerável à ameaça externa do que as aglomerações de pequeno e médio porte.

Por outro lado, ver a doença apenas como uma ameaça externa à coletividade implica numa opção extremamente problemática e arriscada, na medida em que a necessária montagem de barreiras sanitárias tecnologicamente cada vez mais sofisticadas gera uma permanente sensação de impotência frente a uma doença cada vez mais difícil de ser enfrentada. Para sair deste círculo vicioso, não há outro recurso senão entender que a doença não é apenas, nem principalmente, algo que ameace a coletividade **de fora** mas que é, sobretudo, algo gerado no ventre da própria mega-urbe e que se reproduz no caldo de cultura das escolhas, dos hábitos e vícios cotidianos dos cidadãos, bem como no funcionamento de alguns órgãos ou instituições que conformam as grandes metrópoles.

Este entendimento implica em enfrentar a doença considerando um “*timing*” mais dilatado e uma atitude não - como no modelo vigente - defensiva, mas sim ofensiva, buscando atingir as causas mais primárias e gerais da doença, que estão ligadas aos modos urbanos atuais de viver, de produzir, de morar, de estudar, de trabalhar, de se locomover.

Não se trata pois de apostar na tecnologia contra a doença (na “vitória final” contra o câncer, contra a AIDS, etc), nem de cercar a cidade de barreiras sanitárias e nem, como nos primórdios da Saúde Pública, em “tratar a cidade” (seus rios, seus cemitérios, seus depósitos de lixo, suas ruelas, suas casas) mas sim de reinventá-la e redesenhá-la da perspectiva da saúde dos cidadãos que nela e dela vivem.

Tal é a proposta da Promoção de Saúde e de seus desdobramentos como o movimento das Cidades Saudáveis e das instituições (Escola, Fábrica, Hospital, Mídia, etc.) promotoras de saúde, acoplados ambos à perspectiva do desenvolvimento ecologicamente orientado.

Reinventar e redesenhar uma cidade como São Paulo da perspectiva da Promoção da Saúde é, por certo, uma tarefa que vai exigir tempo e imaginação dos cidadãos, dos profissionais (não apenas os do chamado campo da saúde) e dos governantes mas que, por outro lado, insere-se numa perspectiva imediata de corrida contra este mesmo tempo já que, a cada dia que passa, o adiamento desta tarefa vai, com o agravamento geométrico dos problemas, tornando-a cada vez mais complexa.

Ver a doença como uma ameaça de curto prazo, mas fazer isso considerando um contexto muito mais amplo como o da Promoção de Saúde, onde se busca conhecer e enfrentar as causas mais básicas do adoecer coletivo, eis as grandes linhas de uma nova estratégia para se conseguir algo que hoje parece uma distante utopia: viver muito e bem em São Paulo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Brasil. Constituição da república federativa do Brasil.** Rio de Janeiro: DP&A, 1998.
2. **Brasil. Constituição do Brasil, com a reforma de 1969.** Rio de Janeiro: IBAM, 1969
3. **Buss PM, Carvalho AI, Silva DS, Stotz EN, Rivera FJU, Ferreira JR et al . Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina.** Rio de Janeiro; 1998
4. **Câmara Municipal de São Paulo. Representação encaminhada ao excelentíssimo presidente do egrégio tribunal de contas do município de São Paulo.** São Paulo: 29 de abril de 1998.
5. **Câmara Municipal de São Paulo. Reunião ordinária da comissão de administração pública.** São Paulo: 23 de junho de 1999.
6. **Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciência & Saúde Coletiva** 1996; 1(1):104-121.
7. **Castiel LD. Saúde pública.** [site on-line] 03/02/1999 disponível em <<http://www.manginhos.ensp.fiocruz.br>>
8. **Centro Nacional de Epidemiologia. CENEPI A situação epidemiológica da dengue no Brasil** Boletim Epidemiológico ano III, nº 1 janeiro-fevereiro e março de 1998.
9. **Centro Nacional de Epidemiologia. CENEPI. Guia de Vigilância Epidemiológica Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Específicos. Dengue** [site on line]disponível em <<http://www.fns.gov.br>>
10. **Chiesa AM. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância.** São Paulo;1999 [tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

- 11.Cohn A, Elias PE, coordenadores. **O público e o privado na saúde- o PAS em São Paulo**. São Paulo: Cortez; 1999.
- 12.Dallari S G. **Os Estados Brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
- 13.Dallari SG. **O conceito jurídico de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1995.
- 14.Donalisio MR. **O dengue no espaço habitado**. São Paulo: Hucitec/ Funcraf; 1999.
- 15.Fabbro ALD. **Estudo epidemiológico do dengue em Ribeirão Preto no período 1990-1997**. Ribeirão Preto; 1997. [Tese de doutorado- Faculdade de Medicina da USP- Ribeirão Preto].
- 16.Fundação Oswaldo Cruz. IEC- Informação Educação e Comunicação. **Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá**. Brasília; (DF):1996.
- 17.Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3^a; São Paulo: Atlas; 1996.
- 18.Glasser CM. **Estudo da infestação do estado de São Paulo por *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus***. São Paulo; 1997. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]
- 19.Gouveia R. **Código de Saúde. Lei Complementar 791/95**. São Paulo, 1997.
- 20.Governo do Estado de São Paulo. **Outorga e fiscalização de uso dos recursos hídricos** [on-line], disponível em <<http://www.recursoshidricos.sp.gov.br>> [17/08/99]
- 21.Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde** [on-line], disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br>> [24/08/99]
- 22.Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. {on line] disponível em <http://www.sucen.sp.gov.br>> [02/09/99]

23. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line]
disponível em <http://www.saude.sp.gov.br> [1/08/99]
24. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line]
disponível em <<http://www.fesima.sp.gov.br>> [02/09/99]
25. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line]
disponível em <<http://www.biológico.br>> [02/09/99]
26. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. {on line}
disponível em <http://www.emilioribas.sp.gov.br> [02/09/99]
27. Governo do Estado de São Paulo. **Código de saúde do Estado de São Paulo**.
São Paulo: Imesp, 1995.
28. Governo do Estado de São Paulo. Constituição Federal (extratos). In:
Conferência Estadual de Saúde São Paulo: 1991.
29. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde** [on-line]
disponível em <<http://www.cip.saude.sp.gov.br>> [28/08/99]
30. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line]
disponível em <<http://www.sucen.sp.gov.br>>[02/09/99]
31. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line] ,
disponível em <<http://www.ial.sp.gov.br>> [28/08/1999]
32. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line] ,
disponível em <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>> [28/08/1999]
33. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde**. [on line] ,
disponível em <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br>> [28/08/1999]
34. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Fundação do
Desenvolvimento Administrativo. **Secretaria de Estado da Saúde: concepção,
organização e funcionamento**. São Paulo: FUNDAP; 1997

35. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria de Recursos Hídricos, Saneamento e Obras.** [on-line], disponível em < <http://www.recursoshidricos.sp.gov.br>> [17/08/99]
36. Governo Federal. **Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis** [on-line], disponível em < <http://www.ibama.gov.br>> [11/08/99]
37. Hori J. **Modelo de gestão compartilhada** [Apresentado ao V Congresso Paulista da Saúde Pública; 1997; Águas de Lindóia, Brasil].
38. Instituto Pasteur. **Histórico-missão geral atividades atuais- missão no âmbito da CIP- objetivos alcançados- entraves e perspectivas.** São Paulo: 1999.
39. Laurell AC. **Estado e políticas sociais no neo-liberalismo.** São Paulo: Cortez; 1995. Avançando em direção ao passado: a política social do neo-liberalismo; p. 151-244.
40. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs; 2000.
41. Lefèvre F, Lefèvre AMC. **DSC passo a passo** [son line], disponível em <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> [02/04/2000]
42. Lefevre F. Saúde como bem social. Prefeitura do Município de São Paulo- Secretaria Municipal da Saúde. In: **Conferência Municipal de Saúde de São Paulo - termos de referência propostas & moções.** São Paulo: PRODAM; 1999.p.62-63.
43. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Aparelho de Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho de estado.** Brasília; (DF), 1996.
44. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília; (DF): 1994.

- 45.Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde**. 2ª ed. Brasília; (DF): 1991.
- 46.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Plano diretor de erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil** .Brasilia; (DF): OPS;1996.
- 47.Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de dengue. Vigilância epidemiológica e atenção ao doente**. 2ª ed; Brasília; (DF): DEOPE; 1996.
- 48.Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Intensificação das Ações de Controle do Dengue**. Brasília; (DF): 1995.
- 49.Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano diretor de erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil manual de normas técnicas**. 2ª ed; Brasília; (DF): 1998.
- 50.Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **1º Termo aditivo 97-98 e 2º Termo aditivo de 98 e 99** [on line] disponível em <<http://www.saude.gov.br>>[28/01/2000].
- 51.Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Soc.** 1994; 3:5-22.
- 52.Nunes ED. Saúde coletiva: revisando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciênc. Saúde Coletiva** 1996; 1: 55-69.
- 53.O ocidente brasileiro. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 1999 maio 23; Caderno Mais.
- 54.Organizações Sociais: a publicização do país. **Jornal do Conassem** 1997 ago.
- 55.Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública** 1998; 32: 299-316.

56. Pas vai pagar R\$ 40 mil a gerenciadoras. Dinheiro equivale ao pagamento do serviço de assessoria prestado pelas empresas aos 14 módulos do plano. **Folha de São Paulo**, São Paulo 1997 fev.13
57. Pereira LCB. **Crise econômica e reforma do estado no Brasil**. São Paulo: Editora 34; 1996.
58. Prefeitura do Município de São Paulo. **Guia de serviços públicos**. [on-line], disponível em < <http://www.prodiam.sp.gov.br> > [10/07/99].
59. Prefeitura do Município de São Paulo. **O que somos e o que fazemos**. [on-line] disponível em < <http://www.prodiam.sp.gov.br> > [08/08/1999].
60. Prefeitura do Município de São Paulo. **Guia de serviços públicos**. [on-line], disponível em < <http://www.prodiam.sp.gov.br> > [25/07/99].
61. Promotoria pede inquérito sobre PAS. Órgão investiga compras e pagamento feitos com dinheiro público sem licitação, o que considera inconstitucional. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 1997 fev.7.
62. Rosen G. **Uma história da saúde pública**. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, Hucitec/ABRASCO; 1994.
63. Sá ENC, Ramos CRS, Avelino EL, Ascherman L, Costa MJTO, Silva ZP. **O Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. Departamento de Prática de Saúde Pública; 1996. (Série Monográfica. Eixo de Política, Planejamento e Administração 1).
64. Sa ENC, Simioni AMC, Ramos CRS, Costa MJTO, Silva ZP. Êxodo forçado de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em decorrência da implantação do PAS- plano de atendimento à saúde, In: Motta C, Oliveira JEG, Parizi R, Monteleone PPR, Paiva EV, Dallari DA et al. **PAS: o avesso da saúde**, São Paulo: SIMESP; 1997. p. 59-94.

- 65.Santos L. **Reforma administrativa no contexto da democracia**. Brasília (DF): Diap/Arko Advice Editorial; 1997.
- 66.Santos M. **Técnica espaço tempo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
- 67.Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **O Guia Turístico Oficial da Cidade de São Paulo. Instituto Butantan**. [on line], disponível em <<http://www.spguia.com.br/butantan>>[18/09/1999].
- 68.Secretaria de Estado da Saúde. Instituto Pasteur. **Instituto Pasteur 95 anos – 1903-1998**. São Paulo; 1998 .
- 69.Secretaria de Serviços e Obras. **O lixo no Município de São Paulo**. [on-line] disponível em <http://www.prodham.sp.gov.br> [07/7/1999].
- 70.Secretaria Municipal da Saúde. **Centro de Controle de Zoonoses- ações de vigilância sanitária**. São Paulo; 1999.
- 71.Secretaria Municipal da Saúde. **Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação**. São Paulo; 1999.
- 72.Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação. **Dengue**. São Paulo; 1997.
- 73.Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação. **Relatório anual de dengue-1999**. São Paulo; 2000.
- 74.Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de execução de meta física PEAA. Período de 18/05 98 a 30/04 99**. São Paulo; 1999.
- 75.Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de erradicação do *Aedes aegypti* do Município de São Paulo**. São Paulo: 1997.
- 76.Secretaria Municipal da Saúde. **Saúde em São Paulo. Estatísticas PRO-AIM** [on line] disponível em <<http://www.prodham.sp.gov.br/sms/estatist/proaim>> [09/09/99].

77. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação. **Dengue no Brasil**. São Paulo; 1998.
78. Secretaria Municipal da Saúde. **Dengue, informe epidemiológico, ano de 1997**. São Paulo; 1998.
79. Secretaria Municipal da Saúde. **Evolução histórica da manifestação do *Aedes aegypti* no Município de São Paulo** [on line] disponível em <www.prodiam.sp.gov.br/sms/instituc/ccz> [09/09/99].
80. Secretaria Municipal da Saúde. **PAS, plano de atendimento à saúde. Resumo executivo**. São Paulo; 1995.
81. Secretaria Municipal da Saúde. **PAS, plano de atendimento à saúde. Declaração dos direitos do cidadão**. São Paulo; 1996.
82. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* do Município de São Paulo**. São Paulo; 1997.
83. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório preliminar. 4º Sub Comissão para Reorganização de Serviços de Saúde para o Município de São Paulo**. São Paulo; 1999.
84. Secretaria Municipal da saúde. **Saúde em São Paulo**. [on line], disponível em <<http://www.prodiam.sp.gov.br>> [09/09/99].
85. Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema integrado municipal de saúde SIMS**. São Paulo: 1999.
86. Simioni AMC. **O gerenciamento de recursos humanos em saúde como processo social**. São Paulo; 1996. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
87. Superintendência de controle de endemias. Centro de vigilância epidemiológica. Centro de Controle de Zoonoses. **Programa de prevenção e controle da dengue e febre amarela no Município de São Paulo**. São Paulo; 1993.

88. Uga MAD. **Ajuste e política social: a experiência latinoamericana**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública; 1994. (Série de Estudos , Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde II).
89. Vasconcelos E. **Estrutura das organizações: estruturas tradicionais, estruturas para a inovação, estrutura matricial**. 2 ed. São Paulo: Pioneira; 1989.
90. Westphal MF, Lefevre F, Pereira IMB, Pelicioni MCF, et al. **As estratégias de promoção de saúde no Brasil: possibilidade de fortalecimento e investimento na formação de pessoal**. São Paulo: FSP/USP; 1998.
91. World Health Organization. Division of Control of Tropical Diseases. **Dengue and DHF prevention and control** [on line], disponível em <<http://www.who.int/ctd/html/dengueburtre.html>> [15/11/99/08].

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

Legislação:

- 1-São Paulo (Estado). Decreto Estadual nº 24.565, de 27 de maio de 1985- Cria e organiza, na Secretaria da Saúde o Centro de Vigilância Epidemiológica. **Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento.** São Paulo, fevereiro de 1987. p 92.
- 2-São Paulo (Estado). Decreto Estadual 26.048 de 15 de outubro de 1986. Extingue unidades da Secretaria da Saúde, dispõe sobre o Centro de Vigilância Sanitária e dá providências correlatas. **Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento.** São Paulo, fevereiro de 1987. p96.
- 3- São Paulo (Estado). Decreto Estadual nº 52.505 de 29 de julho de 1970. Dispõe sobre a organização do Instituto Pasteur, da Coordenadoria dos Serviços Técnicos Especializados, da Secretaria de Estado da Saúde, e providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 30 jul.1970.
- 4- São Paulo (Estado). Decreto Estadual nº 33.408 de 25 de junho de 1991. Transforma o Hospital "Emílio Ribas " da Secretaria da Saúde em Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" e dispõe sobre sua estruturação, organização e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 26 jun.1991.
- 5- São Paulo. Lei municipal nº 10.311 de 22 de abril de 1987. Dispõe sobre a reestruturação da Secretaria Municipal de Abastecimento e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 23 abr. 1987. p.3 .

- 6- São Paulo. Decreto nº 21.845 de 03 de janeiro de 1986. Reativa a Secretaria Municipal de Abastecimento e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 4 jan. 1986. p.1 .
- 7- São Paulo. Decreto nº 35.928 de 6 de março de 1996. Reestrutura ao Programa de Silêncio Urbano- PSIU, instituído pelo Decreto 34.569 de 6 de outubro de 1994, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 7 mar. 1996. p.1 .
- 8- São Paulo . Decreto nº 16.530 de 13 de março de 1980- Cria a Coordenadoria Municipal de Abastecimento e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 março1980. p.1.
- 9- São Paulo. Decreto nº 14 316 de 4 de fevereiro de 1977. Reorganiza parcialmente a estrutura administrativa da Prefeitura e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 5 fev.1977. p.1.
- 10- São Paulo. Decreto nº 34.569 de 6 outubro de 1994. Institui o “Programa Silêncio Urbano PSIU”, visando controlar e fiscalizar o ruído excessivo que possa interferir na saúde e bem estar da população, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 7 out.1994. p.1.
- 11- São Paulo (Estado). Decreto nº 33.116 de 13 de março de 1991. Dispõe sobre a organização do Instituto Butantã e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 14 março1991.
- 12- São Paulo (Estado). Decreto nº 39.125 de 30 de agosto de 1994. Aprova a Regulamentação da Superintendência de Controle de Endemias SUCEN. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. São Paulo, 31 ago.1994.
- 13- São Paulo (Estado). Decreto nº 43.037 de 15 de abril de 1998. Extingue a Coordenadoria da Pesquisa Agropecuária, reorganiza os Institutos de Pesquisa da

Secretaria de Agricultura e Abastecimento e dá providências Correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 16 abr.1998.

14- São Paulo. Lei nº Municipal 8764 de 18 de agosto de 1978. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria de Higiene e Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 19 ago.1978.

15- São Paulo . Decreto nº 27.724 de 6 de abril de 1989. Altera a denominação, reorganiza a Secretaria de Higiene e Saúde- SHS, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 7 abr.1989.

16- São Paulo. Lei nº10.869 de 17 de julho de 1990. Dispõe sobre a estrutura dos Distritos de Saúde do Campo Limpo e de Ermelino Matarazzo, da Secretaria Municipal da Saúde; cria cargos e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 18 jul.1990.p.1-7.

17- São Paulo. Lei nº10.955 de 28 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a estrutura dos Distritos de Saúde de Vila Maria, Butantã, Sapopemba e Vila Matilde da Secretaria Municipal da Saúde; cria cargos e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 29 jan.1991.p.1-6.

18- São Paulo. Portaria nº 646 de 9 de abril de 1997 Reorganização da estrutura do Gabinete de SMS. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 9 abr.1997.p.21.

19- São Paulo. Portaria nº 2007 de 3 de setembro de 1998 – Altera a Portaria nº 646/97 no que diz respeito às atividades de Assessoria de Planejamento e Orçamento e Coordenadoria Administrativa e Financeira e estabelece em linhas gerais as atividades dos servidores que prestam serviços em áreas técnicas. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 3 set.1998.

- 20- São Paulo. Portaria nº 2494 de 14 de novembro de 1998. Dispõe sobre os setores da Divisão Técnica de Contabilidade SMS-2 da Coordenadoria Financeira e Orçamentária do Gabinete de SMS. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 nov.1998
- 21- São Paulo. Portaria nº 2589 de 26 de novembro de 1998. Cria a Secretaria Executiva do Conselho Municipal da Saúde. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 26 nov.1998
- 22- São Paulo. Portaria nº 142 de 6 de março de 1999. Define competências e atribuições da ASPLAN/ Núcleo de Desenvolvimento de Sistemas. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 mar.1999.
- 23- São Paulo. Apostila à Portaria nº 2007/98 de 6 de março de 1999. Subordina a Divisão Técnica de Transportes à Chefia de Gabinete e a Divisão Técnica de suprimento e a Divisão Técnica de Estoque Central à Coordenadoria Financeira e Orçamentária. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 mar.1999.
- 24- São Paulo. Portaria nº 617 de 6 de março de 1999. Dispõe sobre as Assistências, Comissões e Seções e respectivos responsáveis da Divisão Técnica de Suprimentos. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 mar.1999.
- 25- São Paulo. Decreto nº 37.847 de 4 de março de 1999. Cria o Sistema Integrado Municipal de Saúde- SMS e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 5 mar.1999.p.1
- 26- São Paulo (Estado).Protocolo de Intenções 2 de junho de 1999. Protocolo de intenções, que entre si celebram o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria do Estado da Saúde e o Município de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, visando a implantação do Plano

Conjunto de Pré –Municipalização dos Serviços e Ações de Saúde do Sistema Único de Saúde- SUS/SP, no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2 jun. 1999.Seção I,p.14.

27- São Paulo. Resolução Conjunta de SMS/SES nº 1 de 30 de julho de 1999. Estabelece normas para a transferência de serviço de Saúde a cargo da Secretaria Estadual para a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 31 jul.1999.

28- São Paulo. Portaria nº1613 de 06 de agosto de 1999. Constitui comissão com a finalidade de reorganizar serviços de saúde para o Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 agost.1999.p.15.

29- São Paulo. Portaria nº1656 de 06 de agosto de 1999. Promove o remanejamento de categorias profissionais da saúde para as Unidades de Atenção Primária de Saúde. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 agost.1999.p.14

30- São Paulo. Portaria Intersecretarial nº 225/99 de 4 de setembro de 1999. Estabelece critérios e procedimentos para a realocação de servidores efetivos e admitidos pertencentes aos quadros QPS, QPP e QPA, oriundos da Secretaria Municipal da Saúde- que por ocasião da Implantação do PAS foram removidos para as diversas secretarias do Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 4 set.1999.

31- São Paulo. Decreto nº38.185 de 30 de julho de 1999. Altera o decreto 36.007 de 11 de abril de 1996. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 31jul.1999.p.1.

32- São Paulo. Decreto nº 22.071 de 31 de março de 1.986. Cria e estrutura o Centro de Controle de Zoonoses e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 12 mar.1999.p.1.

- 33- São Paulo. Portaria nº 1.623 de 06 de agosto de 1999. Estabelece que todas as despesas efetuadas para a execução dos serviços nos Módulos do PAS, para serem efetivadas, devem ser submetidas e apreciadas pelos respectivos Conselhos de Gestão e Controladorias. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 ago.1999.p.15.
- 34- São Paulo. Portaria nº 2936/96 de 01 de novembro de 1996- SMS-G/ASPLAN/CEPI. Constitui a Comissão Municipal de Prevenção e Controle ao Dengue. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 1 nov.1996.p.14
- 35- São Paulo. Portaria nº 2937 de 01 de novembro de 1996-SMS-G/ASPLAN/CEPI. Cria as Comissões Regionais de prevenção e Controle ao Dengue. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 1 nov.1996.p.14
- 36- São Paulo. Portaria nº 4390 de 28 de dezembro de 1996. Nomeia os integrantes da Comissão Municipal de Prevenção e Controle ao Dengue. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 28 dez.1996.p.17
- 37- São Paulo. Comunicado Municipal nº 01/97 ASPLAN/CEPI de 9 de janeiro de 1997. Divulga a Composição das Comissões Regionais de prevenção e Controle ao Dengue. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 9 jan.1997.p.
- 38- Brasil. Decreto Federal nº 1.934 de 18 de junho de 1996. Cria as Comissões Executiva Nacional e Consultiva de Avaliação e Acompanhamento do Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 19 jun. 1996.Seção 1, p.10775.
- 39- São Paulo. Ata. Assunto: abertura de envelopes do programa de Erradicação do *Aedes aegypti*. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 6 mar.1998.p.40

- 40- São Paulo. Portaria SMS.G nº 1035/98. Designa o Centro de Controle de Controle de Zoonoses e os Núcleos Regionais de Zoonoses da Secretaria para supervisionar os trabalhos a serem executados pela empresa responsável pela execução do Plano de Erradicação do *Aedes*. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 29 abr.1998.p.19
- 41- São Paulo. Processo nº1997-0.267.450-6. Extrato do Termo de Contrato 01/98. Contratante: PMSP/SMS. Contratada Consórcio Transbraçal-Prestação de Serviços Indústria e Comércio Ltda e Top Services Recursos Humanos e Assessoria Empresarial Ltda. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 29 abr.1998.p.19
- 42- São Paulo. Extrato do Termo Aditivo 02/98 processo 1997-0.267.450-6. Alteração do Contrato 01/98. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 28 maio.1998.p.19
- 43- São Paulo. Treinamento para supervisores do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 22 maio1998.
- 44- São Paulo. Alteração do Contrato 01/98. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 27 maio 1998.p.21
- 45- São Paulo. Portaria nº 1531/98 SMS.G . Cria a comissão Interinstitucional de Avaliação Técnica das Atividades do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 9 jul.1998.p.19
- 46- São Paulo. Portaria nº 1847/98 SMS.G. Determina que as ações de Educação em Saúde relativas as doenças de Notificação Compulsória quer em âmbito de

SMS, quer junto a outras Secretarias passam a ser de responsabilidade do CEPI.

Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 12 agost.1998.

- 47- São Paulo. Lei Municipal nº12.468 de 16 de setembro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade de borracharias e empresas de recauchutagem adotarem medidas para evitar a existência de criadouros para o *Aedes* e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 16 set.1997.

- 48- São Paulo. Decreto nº37.820 de 17 de fevereiro de 1999. Regulamenta a Lei 12.468 de 16 de setembro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade de borracharias e empresas de recauchutagem adotarem medidas para evitar a existência de criadouros para *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 18 fev.1999.

- 49- São Paulo. Concorrência Pública nº 04/98 Processo nº 1997.0267-450.6 Assunto: Licitação por concorrência seleção da melhor proposta para a execução de serviços de apoio operacional e fornecimento de recursos humanos, veículos e equipamentos e materiais para implantação e execução do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* na Cidade de São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo.

- 50- São Paulo. Aditamento contratual. Processo nº 1997.0267-450.6 Assunto: aditamento ao contrato 01/98 prorrogação do ajuste por mais doze meses, de 28/04/1999 a 27/04/2000. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 12 jun.1999.

- 51- São Paul. Extrato do termo aditivo- DOM de 29-10 99 Processo nº 1997.0267-450.6. Prorrogação do contrato 01/98 por doze meses. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 29 out.1999.p.16.

- 52- São Paulo. Convocação – DOM de 30 de maio de 1998 Assunto: convocação de 70 servidores das ARS para desenvolverem atividades junto aos respectivos Núcleos de Zoonoses, para realizarem ações de supervisão dos trabalhos do PEAA no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 30 maio 1998.
- 53- São Paulo. Instrução Normativa. Fluxo da Notificação Rápida dos Casos suspeitos c/ou confirmados de Dengue. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 12 set. 1998. p.13
- 54- São Paulo. Instrução Normativa. 13/96- ASPLAN/CEPI. Sistema de notificação rápida dos casos suspeitos c/ou confirmados de dengue. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 28 dez. 1996. p.17.
- 55- Brasil. Portaria nº 1.399 DOU de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que refere às competências da União, estados e municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 16 dez. 1999. Seção 1, p.21.
- 56- São Paulo. Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. Regulamenta a Lei nº 11.866, de 13 de setembro de 1995, que institui o “Plano de Atendimento à Saúde- PAS”, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 17 nov. 1995.
- 57- São Paulo. Plano PAS, termo de convênio. Convênio que entre si firmam a Prefeitura do Município de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, os profissionais da saúde, reunidos nas cooperativas Cooperpas-8 e os profissionais da saúde nível médio reunidos na Coopermed-8, ambos da região de Pirituba/Perus. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 16 dez. 1995. p.12.

- 58- São Paulo. Lei nº 10.315 de 30 de abril de 1987- Dispõe sobre a limpeza pública do município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 1 maio 1987.
- 59- São Paulo. Lei nº 10.746 de 12 de setembro de 1989- Introduz modificações na Lei nº 10.315. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 13 set. 1987.
- 60- São Paulo. Decreto nº 35.657 de 9 de novembro de 1995. Dispõe sobre a coleta, transporte e destinação final dos resíduos sólidos em aterros sanitários ou em incineradores municipais não abrangidos pela coleta regular, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 10 dez. 1995.
- 61- São Paulo. Lei nº 10.142 de 2 de outubro de 1986. Transfere da Secretaria Geral das Subprefeituras – SEGESP para a Secretaria de Serviços e Obras-SSO, a fiscalização do disposto nos artigos 15 a 25 da Lei nº 9.560, de 8 de dezembro de 1982, cria os cargos que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 3 out. 1986.
- 62- São Paulo. Decreto nº 37.066 de 15 de setembro de 1997. Regulamenta o inciso IV do artigo 3º da Lei nº 10.315, de abril de 1987, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 16 set. 1997. p.2.
- 63- Brasil. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 16 dez. 1999. Seção 1, p.21.
- 64- São Paulo (Estado). Decreto Estadual nº 40.083, de 15 de maio de 1995. Organiza as Direções Regionais de Saúde, extingue 41 (quarenta e um) Escritórios

Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 16 maio 1995. Seção I, p 5.

65- São Paulo. Decreto nº35.726 de 28 de novembro de 1995. Aprova minuta padrão do termo de convênio a que se refere o artigo 7º da lei nº11.866, de 13 de setembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 29 nov. 1995.

66- São Paulo. Decreto nº35.810 de 16 de janeiro de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Centro, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 17 jan. 1996.p.4

67- São Paulo. Termo de convênio que entre si firmam a Prefeitura do Município de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, os profissionais da saúde de nível superior reunidos na cooperativa Cooperpas10 e os profissionais de nível médio reunidos na Cooperpas 10, ambos na região de Campo Limpo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 17 abr. 1996.p.22.

68- São Paulo. Decreto nº35.056 de 3 de maio de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Saúde/Ipiranga/Sapopemba, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 4 maio 1996.p.1.

69- São Paulo. Decreto nº35.057 de 3 de maio de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Múoca/ Vila Matilde, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 4 maio 1996.p.1.

- 70- São Paulo. Decreto nº36.058 de 3 de maio de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde São Miguel Paulista, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 4 maio 1996.p.1.
- 71- São Paulo. Decreto nº36.099 de 23 de maio de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Santana, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 24 maio 1996.p.1.
- 72- São Paulo. Decreto nº36.100 de 23 de maio de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Butantã/Lapa, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 24 maio 1996.p.1.
- 73- São Paulo. Decreto nº36.156 de 13 de junho de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Ermelino Matarazzo, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 jun. 1996.p.20.
- 74- São Paulo. Decreto nº36.147 de 13 de junho de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Tatuapé/Penha, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 jun. 1996.p.20.
- 75- São Paulo. Decreto nº36.148 de 13 de junho de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Jabaquara, para a implementação do Plano de Atendimento

à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 jun. 1996.p.20.

76- São Paulo. Decreto de 13 de junho de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Saúde Brasilândia/Cachoeirinha, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 jun. 1996.p. .

77- São Paulo. Decreto 36.146 de 13 de junho de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Santo Amaro, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 14 jun. 1996.p. 20 .

78- São Paulo. Decreto nº de 17 de abril de 1996. Cria o Módulo de Atendimento à Itaquera/Guaianazes, para a implementação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS, instituído pela Lei nº11.866 de 13 de setembro de 1995, regulamentada pelo Decreto nº 35.664 de 16 de novembro de 1995. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 18 abr. 1996.p. .

79- São Paulo (Estado). Decreto nº 27.576, de 11 de novembro de 1987. Cria o Conselho Estadual de Recursos Hídricos, dispõe sobre o Plano Estadual de Recursos Hídricos e o Sistema Estadual de Gestão de Recursos Hídricos e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 12 nov. 1987.

80- São Paulo (Estado). Decreto nº 7.663, de 30 de dezembro de 1991. Estabelece normas de orientação à Política Estadual de Recursos Hídricos bem como ao Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 31 dez. 1991.

- 81- São Paulo (Estado). Decreto nº40.082, de 15 de maio de 1995. Dá nova organização às atividades de coordenação regional de saúde, extingue as Coordenações Regionais de Saúde 3,4 e 5 e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 16 mai. 1995. Seção I, p.2.
- 82- São Paulo (Estado). Decreto nº41.100, de 21 de agosto de 1996. Altera a subordinação de unidades que especifica, da Secretaria da Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 22 ago. 1996. Seção I, p.2.
- 83- São Paulo (Estado). Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 17 jul. 1969.
- 84- - São Paulo. Lei nº10.477 de 23 de abril de 1988. Dispõe sobre disciplina e fiscalização dos serviços de limpeza de fossa sépticas e poços de absorção (fossas negras), e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 23 abr. 1988. p.1.
- 85- São Paulo. Lei nº 5.869 de 27 de novembro de 1961. Desdobra a Secretaria de Higiene e Saúde e Secretaria do Abastecimento, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 30 nov. 1961. p.1.
- 86- São Paulo. Decreto nº 25.544 de 14 de março de 1988. Regulamenta a fiscalização sanitária de gêneros alimentícios no município de São Paulo- Código Sanitário Municipal de Alimentos e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 15 mar. 1988. p.1. retificado em 10 de mai. 1988. p.5.
- 87- São Paulo. Lei nº 10.085 de 17 de junho de 1986. Autoriza a celebração de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras

providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 18 jun. 1986. p.1.

88- São Paulo. Lei nº 10.153 de 7 de outubro de 1986. Dispõe sobre a fiscalização sanitária de gêneros alimentícios no Município de São Paulo, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 15 mar. 1988. p.1. retificado em 8 de out. 1986. p.1.

89- São Paulo. Decreto nº 25.544 de 14 de março de 1988. Regulamenta a fiscalização sanitária de gêneros alimentícios no município de São Paulo- Código Sanitário Municipal de Alimentos e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 15 mar. 1988. p.1. retificado em 10 de mai. 1988. p.5.

90- São Paulo. Lei nº 11.426 de 18 de outubro de 1993. Cria a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente SVMA; cria o Conselho Municipal do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável - Cades. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 23 out. 1993. p.1. retificada em 1 de mar. De 1994. p.2.

91- São Paulo. Decreto nº 37.063 de 15 de setembro de 1997. Regulamenta a lei 11.728 de 22/02/1995, com alterações introduzidas pela lei 12.150, de 10/07/1966 que dispõe da obrigatoriedade de proprietários ou responsáveis pelos estabelecimentos de gêneros alimentícios portar habilitação de conhecimento de normas técnicas em manipulação de alimentos nos termos do Decreto nº 25.544 de 14/03/1988. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 16 set. 1997. p.1.

92- São Paulo. Lei nº 11.866, de 13 de setembro 95. Institui o “Plano de Atendimento à Saúde- PAS”, e de outras providências; **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 14 de set. 1995.

93- São Paulo (Estado). Lei nº10.083 de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. São Paulo, 24 set. 1998. Seção I, p.1.

CAPÍTULO 8

ANEXOS

expansão

ANEXO 1

agência
virtual

2011

Serviços
à Comunidade
Serviços
ao Usuário

entre

metas
compromissos

a empresa

finanças

fornecedores

notícias

mapa do site

População Atendida (Milhões de Habitantes)

Serviços	94	95	96	97	98
Água	16,2	17,0	17,5	18,2	18,7
Esgotos	11,9	12,5	12,9	14,1	15,0

METAS EMPRESARIAIS

Metas e Desafios

Índices de atendimento

População Atendida

Ligações de água e Esgoto

Programa de
economia de água
em edifícios.

ANEXO 2

a empresa

finanças

fornecedores

notícias

mapa do site

Ligações de Água e Esgotos (Milhões de unidades)

Serviços	94	95	96	97	98
Água	4,0	4,1	4,3	4,6	4,9
Esgotos	2,7	2,8	3,0	3,2	3,5

METAS EMPRESARIAIS

Metas e Desafios

Índices de atendimento

População Atendida

Ligações de água e Esgoto

Conheça o maior
empreendimento
de saneamento
ambiental do Brasil.

ANEXO 3

COMPANHIA DE SANEAMENTO BÁSICO DO ESTADO DE SÃO PAULO - SABESP

ABASTECIMENTO DE ÁGUA E COLETA DE ESGOTOS

Divisão Regional	ÁGUA			ESGOTOS		
	Ligações (un)	Economias (un)	Rede (km)	Ligações (un)	Economias (un)	Rede (km)
Butantã	147.725	230.456	1.410,20	105.691	163.500	948,67
Campo Limpo	92.730	134.321	637,09	58.027	85.203	563,51
Capela do Socorro	106.507	140.392	959,87	54.296	74.073	368,02
Freguesia do O	147.550	204.858	874,53	118.175	159.900	831,80
Ipiranga	94.775	146.682	663,94	83.527	128.639	463,62
Itaquera	124.700	209.627	1.038,81	88.820	164.980	832,73
Pinheiros Lapa	71.175	151.462	1.265,88	68.703	148.048	1.117,00
Mooca	152.563	211.623	1.174,40	138.991	194.206	1.071,87
Penha	128.833	166.341	945,88	105.520	136.550	884,16
Pirituba Perus	111.487	138.279	890,12	65.262	82.994	565,83
Santana	87.181	135.455	729,05	66.571	107.862	437,29
Santo Amaro	175.422	266.325	1.682,17	128.927	194.713	1.106,36
São Mateus	97.306	133.542	651,82	64.847	91.678	467,18
São Miguel	174.193	216.228	1.163,45	129.225	160.230	1.006,81
Sé	59.270	240.598	640,17	57.959	239.024	554,66
Vila Maria	121.509	156.194	766,32	105.388	136.143	603,38
Vila Mariana	77.020	201.616	744,04	74.321	197.472	713,12
Vila Prudente	89.630	121.431	403,30	77.546	103.725	397,49
TOTAL SÃO PAULO	2.059.576	3.205.430	16.641,04	1.591.796	2.568.940	12.933,50

- 1997

Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP

ABASTECIMENTO DE ÁGUA E COLETA DE ESGOTOS

ROL COMUM

ATENDIMENTO COMERCIAL	ÁGUA (TL0 + TL1)		ESGOTOS (TL1 + TL2)	
	Ligações (UN)	Economias (UN)	Ligações (UN)	Economias (UN)
BUTANTÃ	92.430	140.287	75.192	111.259
CAMPO LIMPO	101.457	133.786	65.821	87.500
CAPELA DO SOCORRO	113.900	136.179	59.164	72.293
FREGUESIA DO Ó	153.868	194.776	129.916	164.642
IPIRANGA	68.694	93.095	63.221	85.684
ITAQUERA	34.557	57.327	26.242	47.753
PINHEIROS / LAPA	54.677	86.439	53.218	84.530
MOOCA	66.636	83.679	64.357	80.670
PENHA	186.550	234.454	157.183	200.348
PIRITUBA	99.996	127.733	74.575	96.047
PERUS	19.764	21.384	9.561	10.394
SANTANA	95.425	133.606	71.347	106.839
SANTO AMARO	84.833	129.530	74.957	114.222
SÃO MATEUS	67.967	82.018	51.899	63.526
SÃO MIGUEL	103.132	118.746	79.137	91.770
VILA MARIA	123.077	152.420	108.477	135.059
VILA MARIANA	65.426	97.365	60.845	90.899
VILA PRUDENTE	70.531	83.943	64.924	76.866
PRAÇA DA ÁRVORE	65.426	97.365	60.845	90.899
JARDINS	54.813	161.768	54.077	160.926
TATUAPÉ	63.941	78.014	60.074	73.552
ARICANDUVA	69.892	88.388	60.098	75.585
AMERICANÓPOLIS	98.165	128.746	57.989	76.278
GUAIANAZES	68.342	82.926	49.268	59.623
ITAIM PAULISTA	67.339	79.916	53.802	62.688
CIDADE TIRADENTES	20.073	49.475	15.505	44.544
TOTAL SÃO PAULO	2.110.911	2.873.365	1.701.694	2.364.396

Dados atualizados até mês 8/1999 - Tela CIGPE

QUADRI.XLS

Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP

ABASTECIMENTO DE ÁGUA E COLETA DE ESGOTOS

GRANDE CONSUMIDOR

UNIDADE DE NEGÓCIO	ÁGUA (TL0 + TL1)		ESGOTOS (TL1 + TL2)	
	Ligações (UN)	Economias (UN)	Ligações (UN)	Economias (UN)
CENTRO	7.198	246.656	7.046	245.847
NORTE	1.063	17.094	937	16.302
SUL	1.000	16.233	854	16.518
LESTE	500	5.494	382	4.829
OESTE	831	17.461	670	16.032
TOTAL	10.592	302.938	9.889	299.528

Dados atualizados até mês 8/1999 Teia CFEKK

TOTAL GERAL			
ÁGUA (TL0 + TL1)		ESGOTOS (TL1 + TL2)	
Ligações (UN)	Economias (UN)	Ligações (UN)	Economias (UN)
2.121.503	3.176.303	1.711.583	2.663.924

ANEXO 4

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS
DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA

TABELA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS PRODUZIDOS - ANUAL DE 1996							
MÊS	DOMICILIAR	VARRIÇÃO	SAÚDE	INDUSTRIAL	ENTULHO	DIVERSOS	TOTAL
DEZ/96	313.958,500	38.521,245	4.700,780	29.391,160	136.923,785	36.038,830	559.534,300
NOV/96	277.876,470	40.795,610	4.653,730	26.723,940	189.049,525	34.224,570	573.323,845
OUT/96	286.076,250	36.249,680	4.825,150	27.688,480	194.731,605	34.799,160	584.370,325
SET/96	261.821,590	34.265,405	4.559,730	24.923,200	181.789,105	32.074,650	539.433,680
AGO/96	266.378,860	35.588,860	4.690,790	25.088,470	207.650,020	34.293,420	573.690,420
JUL/96	262.414,020	34.471,885	4.750,110	25.193,310	205.204,725	37.985,590	570.019,640
JUN/96	242.012,830	30.454,185	4.256,640	22.235,000	207.392,720	29.693,760	536.045,135
MAI/96	260.227,610	33.690,975	4.603,450	24.023,420	247.220,590	32.690,620	602.456,665
ABR/96	263.512,100	30.821,620	4.592,160	26.468,640	224.899,620	34.039,120	584.333,260
MAR/96	272.179,640	29.616,600	4.592,490	28.301,850	158.386,560	30.273,700	523.350,840
FEV/96	258.386,220	30.064,250	4.178,530	26.789,410	156.718,680	26.841,150	502.978,240
JAN/96	280.584,220	30.006,110	4.389,810	29.061,910	201.028,268	27.247,060	572.317,378
TOTAL	3.245.428,310	404.546,425	54.793,370	315.888,790	2.310.995,203	390.201,630	6.721.853,728
MEDIA MENSAL	270.452,359	33.712,202	4.566,114	26.324,066	192.582,934	32.516,803	560.154,477

Notas:

1-Domiciliar - inclui resíduo coletado na limpeza de feiras-livres

2-Diversos - inclui escória dos Incineradores e rejeito das Usinas de Compostagem

3-Quantidades de 1996 extraídas do sistema SIGIL após consistência dos dados de todas as unidades de destino realizada em Janeiro de 1997

ANEXO 5

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS
DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA - LIMPURB

Destinação dos resíduos sólidos Primários - Jan a Dez/96						
Destino/ Resíduos	Aterro Sanitário	Aterro Inerte	Usina	Incinerador	Transbordo	TOTAL
Domiciliar	756.862,490	-	606.999,380	29.646,260	1.948.869,480	3.342.377,610
Varrição	83.333,490	35.547,430	-	-	275.380,740	394.261,660
Entulho	347.851,030	1.269.303,680	-	-	-	1.617.154,710
Hospitalar	-	-	-	51.565,310	-	51.565,310
Farmácia	-	-	-	3.228,060	-	3.228,060
Feira/Poda	59.622,778	8.494,740	365,690	-	16.841,020	85.324,228
Diversos	52.702,630	-	-	42,470	57,800	52.802,900
Industrial	311.465,190	-	-	4.181,400	-	315.646,590
TOTAL	1.611.837,608	1.313.345,850	607.365,070	88.663,500	2.241.149,040	5.862.361,068

Percentual da Destinação dos resíduos sólidos Primários - Jan a Dez/96						
Destino/ Resíduos	Aterro Sanitário	Aterro Inerte	Usina	Incinerador	Transbordo	TOTAL
Domiciliar	22,64%	0,00%	18,16%	0,89%	58,31%	100,00%
Varrição	21,14%	9,02%	0,00%	0,00%	69,85%	100,00%
Entulho	21,51%	78,49%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Hospitalar	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Farmácia	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Feira/Poda	69,88%	9,95%	0,43%	0,00%	19,74%	100,00%
Diversos	99,81%	0,00%	0,00%	0,08%	0,11%	100,00%
Industrial	98,68%	0,00%	0,00%	1,32%	0,00%	100,00%

ANEXO 6

tipo de gestão
Secretaria de Estado da Saúde SP

◀ RETORNA   AVANÇA ▶

DIR I - CAPITAL		
Município	Código IBGE	Tipo de Gestão
1 SÃO PAULO	3550308	Sem Habilitação

NÚCLEOS DA DIR I - CAPITAL

Núcleo I

Núcleo II

Núcleo III

Núcleo IV

Núcleo V

ANEXO 7

DIR I - CAPITAL (Núcleo I)	
Município	Código IBGE
1 Alto de Pinheiros	3550308-02
2 Barra Funda	3550308-06
3 Bela Vista	3550308-07
4 Bom Retiro	3550308-09
5 Brás	3550308-10
6 Butantã	3550308-12
7 Cambuci	3550308-14
8 Consolação	3550308-26
9 Itaim Bibi	3550308-35
10 Jaguará	3550308-40
11 Jaguaré	3550308-41
12 Jardim Paulista	3550308-45
13 Lapa	3550308-48
14 Liberdade	3550308-49
15 Morumbi	3550308-54
16 Pari	3550308-56
17 Perdizes	3550308-60
18 Pinheiros	3550308-62
19 Raposo Tavares	3550308-65
20 República	3550308-66
21 Rio Pequeno	3550308-67
22 Santa Cecília	3550308-69
23 Sé	3550308-78
24 Vila Leopoldina	3550308-88
25 Vila Sônia	3550308-94

DIR I - CAPITAL (Núcleo II)	
Município	Código IBGE
1 Campo Belo	3550308-15
2 Campo Grande	3550308-16
3 Campo Limpo	3550308-17
4 Capão Redondo	3550308-19
5 Cidade Ademar	3550308-22
6 Cidade Dutra	3550308-23
7 Grajaú	3550308-30
8 Jardim Ângela	3550308-43
9 Jardim São Luís	3550308-46
10 Marsilac	3550308-52
11 Parelheiros	3550308-55
12 Pedreira	3550308-58
13 Santo Amaro	3550308-71
14 Socorro	3550308-79
15 Vila Andrade	3550308-83

DIR I - CAPITAL (Núcleo III)	
Município	Código IBGE
1 Cidade Líder	3550308-24
2 Cidade Tiradentes	3550308-25
3 Ermelino Matarazzo	3550308-28
4 Guaianazes	3550308-31
5 Iguatemi	3550308-33
6 Itaim Paulista	3550308-36
7 Itaquera	3550308-37
8 Jardim Helena	3550308-44
9 José Bonifácio	3550308-47
10 Lajeado	3550308-96
11 Parque do Carmo	3550308-57
12 Ponte Rasa	3550308-64
13 São Mateus	3550308-73
14 São Miguel	3550308-74
15 São Rafael	3550308-75
16 Vila Curuçá	3550308-84
17 Vila Jacuí	3550308-87

DIR I - CAPITAL (Núcleo IV)		
	Município	Código IBGE
1	Anhanguera	3550308-03
2	Brasilândia	3550308-11
3	Cachoeirinha	3550308-13
4	Casa Verde	3550308-21
5	Freguesia do Ó	3550308-29
6	Jaçanã	3550308-39
7	Jaraguá	3550308-42
8	Limão	3550308-50
9	Mandaqui	3550308-51
10	Perus	3550308-61
11	Pirituba	3550308-63
12	Santana	3550308-70
13	Tremembé	3550308-81
14	Tucuruvi	3550308-82
15	Vila Guilherme	3550308-86
16	Vila Maria	3550308-89
17	Vila Medeiros	3550308-92
18	São Domingos	3550308-95

DIR I - CAPITAL (Núcleo V)		
	Município	Código IBGE
1	Água Rasa	3550308-01
2	Aricanduva	3550308-04
3	Arthur Alvim	3550308-05
4	Belém	3550308-08
5	Cangaíba	3550308-18
6	Carrão	3550308-20
7	Cursino	3550308-27
8	Ipiranga	3550308-34
9	Jabaquara	3550308-38
10	Moema	3550308-32
11	Moóca	3550308-53
12	Penha	3550308-59
13	Sacomã	3550308-68
14	São Lucas	3550308-72
15	Sapopemba	3550308-76
16	Saúde	3550308-77
17	Tatuapé	3550308-80
18	Vila Formosa	3550308-85
19	Vila Mariana	3550308-90
20	Vila Matilde	3550308-91
21	Vila Prudente	3550308-93

CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇAS POR UF E PERÍODO ESPECIFICADO E ACUMULADO NO ANO, BRASIL, 1997 E 1998

UF/Região	QUADRO 1 AIDS		QUADRO 2 COQUELUCHE				QUADRO 3 DENGUE				QUADRO 4 DIFTERIA			
	1997	1998/1999	Período	1997	Período	1998	Período	1997	Período	1998	Período	1997	Período	1998
Brasil	18.971	13.916	403	1.304	67	889	5.022	240.875	9.874	508.924	6	108	8	89
Norte	314	270	338	829	10	253	2.946	18.181	1.313	31.352	1	20	1	6
Roraima	40	21	...	...	...	...	-	55	-	8	...	...	...	...
Acre	14	9	...	...	...	...	-	-	-	-	...	...	...	...
Amazonas	147	152	335	819	10	253	-	-	1.249	19.044	1	20	1	6
Roraima	14	15	...	...	...	...	13	370	9	234	...	...	...	...
Pará	46	26	...	...	...	...	2.913	17.001	14	10.629	...	...	...	...
Amapá	30	20	...	...	...	...	-	-	-	-	...	...	...	...
Tocantins	23	27	3	10	...	...	20	755	41	1.437	...	...	...	...
Nordeste	1.943	2.068	6	82	1	57	1.723	188.891	7.425	238.676	1	22	2	17
Maranhão	158	143	...	...	...	...	138	6.073	347	11.445	...	...	...	...
Piauí	84	72	...	...	...	...	31	2.841	21	14.305	...	...	...	...
Ceará	302	543	-	17	1	14	537	5.750	215	10.200	...	...	2	8
Rio Grande do Norte	109	125	-	23	-	4	-	22.788	263	14.137	...	...	...	...
Paraíba	110	153	...	...	...	...	89	50.421	125	57.354	-	4	...	1
Pernambuco	478	541	-	30	-	28	181	40.020	5.435	83.130	-	10	...	...
Alagoas	99	68	-	3	-	2	-	7.133	171	8.242	-	7	...	8
Sergipe	84	76	...	...	...	...	687	8.572	634	26.677	...	...	...	...
Bahia	519	357	6	9	-	9	60	45.263	214	14.186	1	1	...	...
Sudeste	12.018	6.865	17	86	20	192	91	20.287	771	218.902	1	18	2	20
Minas Gerais	1.227	723	...	...	...	...	30	4.434	553	142.563	-	6	...	...
Espírito Santo	260	178	...	...	13	92	19	11.492	134	39.098	...	...	...	...
Rio de Janeiro	2.767	2.102	17	86	3	46	33	2.496	56	26.784	1	12	1	8
São Paulo	7.764	3.862	...	...	4	54	9	1.865	28	10.457	...	...	1	12
Sul	3.465	3.419	20	167	22	239	1	721	42	2.551	1	41	3	40
Paraná	924	820	2	17	5	59	-	716	40	2.446	-	9	1	10
Santa Catarina	930	750	8	104	13	69	1	5	-	-	-	10	...	14
Rio Grande do Sul	1.611	1.849	10	46	4	111	-	-	2	105	1	22	2	16
Centro-Oeste	1.231	874	22	140	14	128	261	12.025	323	16.443	2	7	...	6
Mato Grosso do Sul	197	198	...	...	10	31	112	4.520	68	2.511	...	...	...	1
Mato Grosso	275	189	4	16	-	21	71	3.325	134	7.437	...	2	...	...
Goiás	481	264	5	48	-	32	49	3.492	100	4.467	1	1	...	1
Distrito Federal	278	223	13	76	4	44	29	688	21	2.028	1	4	...	4

Quadro 1: Casos de AIDS segundo o período de diagnóstico e local de residência, 1997 e 1998/1999 (1999 - dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02/1999). Fonte: SES e MS/DST/AIDS. Quadro 2: Casos de Coqueluche notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: SES e MS/FNS/CENEPI. Quadro 3: Casos de Dengue notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: SES e MS/FNS/DEOPE. Quadro 4: Casos de Difteria notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: SES e MS/FNS/CENEPI.

UF/Região	QUADRO 5 FEBRE TIFOIDE				QUADRO 6 LEISHMANIOSE VISCERAL				QUADRO 7 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR				QUADRO 8 LEPTOSPIROSE			
	Período	1997	Período	1998	Período	1997	Período	1998	Período	1997	Período	1998	Período	1997	Período	1998
Brasil	25	216	7	119	181	2.139	239	1.809	2.887	24.483	817	9.929	58	2.731	2	1.502
Norte	17	67	5	46	13	126	12	126	911	9.455	446	4.202	4	474	...	31
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	136	1.189	129	990	-	-	...	-
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	46	345	11	231	-	109	...	15
Amazonas	16	62	5	46	-	-	-	-	177	1.903	22	488	1	45	...	5
Roraima	-	-	-	-	-	10	1	8	10	262	10	223	-	5	...	-
Pará	-	-	-	-	4	36	4	37	405	4.578	263	1.688	-	240	...	-
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-	93	651	11	436	3	74	...	11
Tocantins	1	5	-	-	9	80	7	81	44	527	...	146	-	1	...	-
Nordeste	7	116	2	42	160	1.670	209	1.540	988	8.110	206	2.211	3	746	...	186
Maranhão	-	-	-	-	11	86	62	426	526	3.955	129	879	-	18	...	-
Piauí	-	-	-	-	10	161	19	161	5	65	9	85	-	-	...	-
Ceará	-	3	1	8	5	111	15	130	269	2.222	...	381	-	96	...	42
Rio Grande do Norte	2	9	-	5	8	104	15	96	-	7	...	12	-	11	...	3
Paraíba	-	-	-	8	7	63	4	50	10	181	...	53	-	35	...	1
Pernambuco	2	77	-	12	-	115	19	86	43	589	68	541	-	231	...	39
Alagoas	-	22	1	6	6	70	8	69	23	118	...	17	-	36	...	13
Sergipe	-	2	-	-	7	111	12	59	1	39	...	4	3	61	...	-
Bahia	3	3	-	3	106	1.049	55	463	111	1.934	...	239	-	258	...	88
Sudeste	-	13	-	13	8	128	14	87	237	1.741	57	1.989	15	734	-	667
Minas Gerais	-	-	-	-	8	126	12	81	165	1.133	...	1.344	-	43	...	26
Espírito Santo	-	2	-	1	-	1	-	1	39	209	57	455	-	21	...	1
Rio de Janeiro	-	11	-	2	-	1	2	5	27	260	...	110	11	303	...	191
São Paulo	-	-	-	10	-	-	-	-	6	139	...	-	4	367	...	449
Sul	1	13	-	16	-	-	-	-	32	361	...	...	32	667	2	604
Paraná	-	1	-	4	-	-	-	-	32	361	...	...	13	293	...	48
Santa Catarina	1	11	-	11	-	-	-	-	-	-	...	...	19	347	...	142
Rio Grande do Sul	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	...	...	-	27	2	414
Centro-Oeste	-	7	-	2	-	15	4	56	519	3.816	108	1.598	4	110	...	14
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	-	7	4	41	421	3.150	93	1.292	-	4	...	3
Mato Grosso	-	3	-	1	-	-	-	5	61	295	15	191	-	2	...	-
Goiás	-	1	-	-	-	4	-	10	37	357	...	113	-	2	...	1
Distrito Federal	-	3	-	1	-	4	-	-	-	14	-	2	4	102	...	10

Quadro 5: Casos de Febre Tifoide notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado no período de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: SES e MS/FNS/CENEPI. Quadro 6: Casos de Leishmaniose Visceral notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado no período de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: SES e MS/FNS/DEOPE. Quadro 7: Casos de Leishmaniose Tegumentar notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado no período de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: MS/FNS/CENEPI/CNDS. Quadro 8: Casos de Leptospirose notificados no mês de outubro de 1997 e de 1998 e total acumulado no período de janeiro a outubro de 1997 e de 1998. Fonte: SES e MS/FNS/CENEPI/SINAN.

ANEXO 9

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA PESQUISA E INFORMAÇÃO-CEPI

Nº DE CASOS DE DENGUE, POR DISTRITO ADMINISTRATIVO, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 1997 A 1999

<i>DISTRITO</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Água Rasa</i>	1	1	-	2
<i>Alto de Pinheiros</i>	1	-	-	1
<i>Anhanguera</i>	-	1	3	4
<i>Aricanduva</i>	-	3	-	3
<i>Artur Akvím</i>	-	1	2	3
<i>Bela Vista</i>	1	1	-	2
<i>Belem</i>	-	-	1	1
<i>Brás</i>	-	1	1	2
<i>Brasilândia</i>	6	4	-	10
<i>Butantã</i>	1	-	1	2
<i>Cachoeirinha</i>	3	-	-	3
<i>Cambuci</i>	2	1	-	3
<i>Campo Belo</i>	1	-	1	2
<i>Campo Grande</i>	-	1	-	1
<i>Campo Limpo</i>	2	-	2	4
<i>Cangaíba</i>	-	-	1	1
<i>Capão Redondo</i>	1	2	1	4
<i>Carrão</i>	1	2	-	3
<i>Cidade Ademar</i>	-	1	-	1
<i>Cidade Tiradentes</i>	-	4	-	4
<i>Consolação</i>	1	12	2	15
<i>Cursino</i>	1	1	-	2
<i>Ermelino Matarazzo</i>	-	1	-	1
<i>Freguesia do Ô</i>	-	1	-	1

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA PESQUISA E INFORMAÇÃO-CEPI

<i>Grajaú</i>	1	2	4	7
<i>Iguatemi</i>	1	-	-	1
<i>Ipiranga</i>	-	1	2	3
<i>Itaim Bibi</i>	1	1	1	3
<i>Itaim Paulista</i>	-	1	3	4
<i>Itaquera</i>	3	1	3	7
<i>Jabaquara</i>	3	1	2	6
<i>Jaçanã</i>	1	1	1	3
<i>Jaguare</i>	1	-	6*	7
<i>Jaraguá</i>	2	-	1	3
<i>Jardim Ângela</i>	-	4	1	5
<i>Jardim Helena</i>	1	3	-	4
<i>Jardim Paulista</i>	-	-	3	3
<i>Jardim São Luis</i>	-	3	5	8
<i>José Bonifácio</i>	-	2	-	2
<i>Lapa</i>	-	1	1	2
<i>Lajeado</i>	-	3	1	4
<i>Liberdade</i>	1	-	1	2
<i>Limão</i>	-	2	-	2
<i>Mandaqui</i>	-	1	1	2
<i>Moema</i>	4	3	4	11
<i>Móoca</i>	2	2	-	4
<i>Morumbi</i>	-	1	-	1
<i>Parelheiros</i>	-	1	-	1
<i>Pedreira</i>	4	-	1	5
<i>Penha</i>	1	3	1	5
<i>Perdizes</i>	1	2	-	3

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA PESQUISA E INFORMAÇÃO-CEPI

<i>Perus</i>	-	-	1	1
<i>Pinheiros</i>	1	-	-	1
<i>Pirituba</i>	-	1	-	1
<i>Raposo Tavares</i>	1	1	1	3
<i>República</i>	1	5	2	8
<i>Rio Pequeno</i>	-	-	1	1
<i>Sacomã</i>	-	-	1	1
<i>Santa Cecília</i>	1	2	1	4
<i>Santana</i>	-	-	1	1
<i>Santo Amaro</i>	2	3	-	5
<i>Sapopemba</i>	1	3	-	4
<i>São Domingos</i>	-	2	-	2
<i>São Lucas</i>	2	-	-	2
<i>São Mateus</i>	-	-	2	2
<i>São Miguel</i>	-	-	1	1
<i>São Rafael</i>	1	-	-	1
<i>Saúde</i>	2	-	5	7
<i>Socorro</i>	-	-	1	1
<i>Tatuapé</i>	-	3	-	3
<i>Tremembé</i>	2	2	1	5
<i>Tucuruvi</i>	1	-	1	2
<i>Vila Andrade</i>	-	1	-	1
<i>Vila Curuçá</i>	-	1	-	1
<i>Vila Formosa</i>	-	3	-	3
<i>Vila Guilherme</i>	-	1	1	2
<i>Vila Maria</i>	1	1	-	2
<i>Vila Mariana</i>	1	8	2	11

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA PESQUISA E INFORMAÇÃO-CEPI

<i>Vila Matilde</i>	1	1	-	2
<i>Vila Medeiros</i>	4	3	-	7
<i>Vila Sonia</i>	-	1	2	3
<i>Outros</i>	2	6	17	25
<i>Total</i>	73	125	98	296

*casos autóctones

FONTE CEPI-2000

Mapa das ARS do Município de S. Paulo

Mapa das ARS do Município de S. Paulo

DISTRIBUIÇÃO DE ARMADILHAS

PERÍODO: JANEIRO/2000

FONTE: CCZ

ROEDORES/VETORES/CPD