

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

EAESP - ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

BRUNO MARTINELLI CASULLI

GOVERNANÇA DE MÚLTIPLOS NÍVEIS NA ÁREA DA SAÚDE

o desafio das áreas metropolitanas

SÃO PAULO

2014

BRUNO MARTINELLI CASULLI

GOVERNANÇA DE MÚLTIPLOS NÍVEIS NA ÁREA DA SAÚDE
o desafio das áreas metropolitanas

Relatório apresentado ao
GVpesquisa e ao CNPq - Conselho
Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico, como
resultado final do Programa
Institucional de Bolsas de Iniciação
Científica - PIBIC

Orientador: Professor Peter K. Spink

SÃO PAULO

2014

Agradecimentos

Este processo de aprendizado não teria sido possível sem a participação de algumas instituições e pessoas. Dessa forma, gostaria de agradecer:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - pelo importante incentivo financeiro concedido ao longo dos últimos doze meses através da bolsa de estudos, fundamental para a realização dos trabalhos;

Ao GVpesquisa - e especialmente à Isolete Rogeski Barradas - por todo comprometimento, auxílio e compreensão em relação aos alunos durante o extenso período de construção dos relatórios;

Aos professores Álvaro Escrivão Junior, Ana Maria Malik, Fernando Abrucio e Fernando Burgos, pelas disciplinas ministradas durante o 5º semestre da graduação em Administração Pública, essenciais ao desenvolvimento do projeto;

À Prefeitura de São Paulo, por abrir as portas e possibilitar uma rica imersão institucional a partir da *Semana Universitária*;

A Mário Reali, ex-presidente do consórcio do Grande ABC e atual assessor especial da Secretaria de Relações Internacionais e Federativas do Município de São Paulo, tão relevante para o melhor entendimento de questões sensíveis à articulação metropolitana;

Ao meu grande amigo Vitor Moneo, parceria rara e importante para o compartilhar de muitas expectativas e angústias referentes ao tema de pesquisa;

À minha família, por compreender tantos períodos de ausência, principalmente quando eu escolhia a madrugada enquanto eles optavam pelo dia;

E ao professor-orientador Peter Spink, imprescindível para o meu crescimento como pesquisador e para a compreensão de tantas questões caras e relevantes à administração pública atual - seja a partir da governança metropolitana, do necessário processo de descentralização, da histórica invisibilidade das periferias ou da ampla lista de vulnerabilidades urbanas presentes em um município como o de São Paulo.

Sumário

1. Campo de estudo	8
2. Pergunta da pesquisa	8
3. Objetivos	8
4. Escopo resumido	8
5. Metodologia	11
6. Contribuição pretendida	14
7. Estrutura do relatório	14
8. Referencial teórico	15
O novo regionalismo e a governança de múltiplos níveis	16
As teses e experiências brasileiras	18
Consórcios intermunicipais.....	19
Perspectiva histórico-institucional sobre os consórcios.....	21
As formas de cooperação	22
9. Atividades que demonstraram-se fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa	23
Importância das disciplinas ministradas no 5º semestre da graduação em AP	23
Curso de Inverno - Ferramentas quantitativas para geoinformação	24
Aplicação - Projeto Cidades Invisíveis	25
Apresentações: Fórum Social Sul e Ministério Público (Fevereiro/2014)	26
10. Descrição da lógica organizacional da saúde - União, estados e municípios	27
Percurso a partir da Constituição Federal de 1988	27
11. Organização da saúde no estado e no município de São Paulo	33
A regionalização da saúde no estado de São Paulo	33
A saúde no município de São Paulo	36
12. A organização da Região Metropolitana de São Paulo e a saúde	38
13. A questão epidemiológica e a dengue	41
Diferenciação entre os termos <i>endemia</i> e <i>epidemia</i>	41

A epidemiologia como campo de estudo	42
O perfil epidemiológico brasileiro	44
Fontes de dados quanto à distribuição das doenças e dos agravos à saúde	44
Lista de Notificação Compulsória - LNC	45
A dengue segundo a Organização Mundial da Saúde.....	45
Implantação de nova classificação para diagnóstico de dengue - OMS	46
Tipos de vírus, sintomas, diagnóstico e formas de evitar a proliferação	47
Mobilização nacional contra a dengue - Ministério da Saúde	48
LIRAA 2013 - Situação dos municípios brasileiros	49
Depósitos predominantes com larvas do mosquito da dengue	50
Estratégias federais de combate à dengue no biênio 2013-2014	51
Experiência pessoal em relação ao diagnóstico da dengue.....	52
14. A complexidade de articular-se a partir da questão epidemiológica	53
A dengue e o município de São Paulo	53
A dengue e o estado de São Paulo	55
Evolução da dengue na RMSP.....	58
Análise das páginas web dos municípios da Rota dos Bandeirantes	65
Município de Barueri	66
Município de Osasco.....	66
Município de Jandira.....	67
Município de Carapicuíba.....	67
Município de Itapevi	68
Município de Santana de Parnaíba.....	68
Município de Pirapora do Bom Jesus	68
Breves considerações sobre a análise.....	68
15. A dengue nas atas dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs)	69
Reuniões ordinárias do CGR do Alto Tietê e Guarulhos.....	70

Reuniões ordinárias do CGR dos Mananciais	71
Reuniões ordinárias do CGR da Rota dos Bandeirantes.....	72
Considerações sobre as atas das reuniões dos Colegiados de Gestão Regional	73
16. Os consórcios intermunicipais da RMSP	74
17. Análise a partir de diálogos estabelecidos em campo.....	77
A articulação entre os municípios da Região Metropolitana e as experiências de consórcio	77
Centralização x Descentralização - A estruturação das subprefeituras no município de SP e sua importância para uma melhor governança metropolitana	83
Secretaria de Relações Governamentais do município de SP.....	89
18. Conclusão	90
19. Referências bibliográficas.....	95
20. Apêndices.....	104
Apresentação do Projeto Cidades Invisíveis ao Ministério Público	104
21. Anexos.....	114
Lei Complementar que estabelece a Região Metropolitana de São Paulo.....	114

Índice de figuras e tabelas

Figura 01: a área metropolitana de SP e seu contexto.....	12
Tabela 01: fatores que favorecem a governança e a governabilidade regional.....	18
Tabela 02: a distribuição de consórcios por área e tamanho municipais.....	20
Tabela 03: <i>macrofunções</i> gestoras na Saúde.....	29
Figura 02: financiamento federal, estadual e municipal do SUS.....	30
Figura 03: estrutura institucional e decisória do SUS.....	31
Figura 04: Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de SP.....	34
Figura 05: organograma da Secretaria Estadual de Saúde de SP.....	35
Figura 06: as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município de SP.....	36
Figura 07: organograma da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) do município de SP.....	38
Figura 08: Região Metropolitana de SP e (Sub)regiões.....	39
Tabela 04: as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) da RMSP.....	40
Figura 09: as Regiões de Saúde da RMSP.....	41
Figura 10: mapeamento da dengue no município de SP (2013).....	55
Tabela 05: capacidade instalada da SUCEN para a RMSP.....	57
Tabela 06: quadro estrutural da SUCEN, GVEs e GVSs na RMSP.....	58
Figuras 11 e 12: incidência de casos autóctones de dengue por 100 mil habitantes na RMSP (2003-2004).....	61
Figuras 13 e 14: incidência de casos autóctones de dengue por 100 mil habitantes na RMSP (2005-2006).....	62
Figuras 15 e 16: incidência de casos de dengue por 100 mil habitantes na RMSP (2007-2008).....	63
Figuras 17 e 18: incidência de casos de dengue por 100 mil habitantes na RMSP (2009-2010).....	64
Figura 19: incidência de casos de dengue por 100 mil habitantes na RMSP (2011).....	65
Figura 20: os consórcios da RMSP.....	76

1. Campo de Estudo

O foco deste trabalho está situado na área de discussão sobre gestão metropolitana e é estimulado pela necessidade urgente de se encontrar formas de articulação de políticas e ações públicas que possam permitir uma melhor equidade na qualidade de vida populacional. Dado que o desafio de gestão das áreas metropolitanas consta na agenda de muitos países, há o reconhecimento de que esta discussão é ao mesmo momento local, nacional e internacional.

2. Pergunta da Pesquisa

O estudo toma como eixo de análise um tema pouco trabalhado na literatura sobre serviços públicos e gestão de áreas urbanas extensas: a possibilidade de acontecimentos emergenciais que extrapolam a capacidade de resposta de um único município, exigindo uma resposta coletiva em âmbito intermunicipal. No caso específico, está em foco o campo da saúde pública e a conectividade entre os diferentes níveis de governança presentes - municipal, metropolitano, estadual e federal.

3. Objetivos

. Compreender quais são os mecanismos e esforços criados no âmbito da área metropolitana da Grande São Paulo no campo da saúde, para lidar coletivamente – de alguma maneira – com desastres potenciais de escala interjurisdicional tanto em termos preventivos como também resolutivos.

. Analisar até que ponto a discussão teórica recente sobre a governança de múltiplos níveis poderia oferecer uma moldura conceitual que ajuda a articular questões urgentes de fornecimento de serviços e ações coletivas no âmbito metropolitano brasileiro de forma mais efetiva que as alternativas teóricas anteriores.

4. Escopo resumido

A crescente urbanização do planeta e mais especificamente da América Latina é tema de comentário constante – raramente positivo – ao ponto de ser tratada muitas vezes como descritor único da vida moderna – com direito a fotos de favelas em justaposição com elegantes blocos de apartamentos. Estimativas de taxas de

urbanização mundial de 50,5%¹ são produtos de variações entre 40,0% na África e Ásia e 82,1% e 79,6% na América do Norte e na América Latina (no caso do Brasil, em torno de 84%).

Não há dúvida que uma porcentagem importante dos moradores da Terra encontra-se em cidades com significativas manchas urbanas, e que parte destas cidades – normalmente as mais extensas, conurbadas e com múltiplas jurisdições – recebem por diversas razões o descritor adicional de *metropolitana*. Com base em dados de 2009, as Nações Unidas identificam pelo menos 277 cidades no mundo com populações de mais de 1,5 milhão e 606 com mais de 750.000. Em 1950, das 30 maiores cidades do mundo, dois terços estavam em países desenvolvidos; hoje, são menos de um quarto. Em todos estes casos, por cidades grandes entende-se também territórios urbanos que agregam ou se espalham por diversas outras jurisdições. Mas é igualmente importante enfatizar que o termo *urbano* é usado em muitas outras situações.

No caso brasileiro, a definição de *urbano* utilizada pelo IBGE refere-se ao perímetro urbano conforme definido por cada município. Tal definição raramente é restrita às áreas de edificação contínua, também ignorando outras vilas e povoados presentes no território local. Há uma proporção grande da população brasileira (36%) em municípios com menos de 50.000 habitantes (muitos dos quais com menos de 10.000 habitantes), cujo perfil é majoritariamente mais rural que urbano; por volta de 22% em municípios entre 50.000 e 200.000 habitantes com perfil mais urbano, mas também com áreas rurais; uma porcentagem similar em municípios de 200.000 e 1.000.000 habitantes, basicamente urbanos; e algo em torno de 20% em municípios com mais de 1.000.000 de habitantes.

Em todos há desafios de gestão e de organização de serviços públicos que demandam a competência de negociar e sustentar relações interorganizacionais entre os diferentes níveis federativos ou entre entes federativos do mesmo nível. Se numa área metropolitana a questão do dia é transporte coletivo intermunicipal, a questão em municípios de pequeno porte populacional poderia ser de gestão de bacias hidrográficas ou de serviços hospitalares de saúde. No lado positivo, o dos desafios respondidos, há experiências inovadoras em todos os níveis que demonstram a capacidade dos gestores públicos locais brasileiros criarem soluções e tanto articularem como implementarem

¹ UN World Urbanization Prospects, 2009, <http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>

planos de ação. Há, entretanto, uma parte desta ecologia de *urbanos* que, no Brasil e em outros países do mundo, sempre chama a atenção e gera preocupação entre os pesquisadores e observadores da arena urbana, não simplesmente pelo seu tamanho, mas por ser um exemplo quase que contrafactual da competência de gestão local: as grandes conurbações multijurisdicionais metropolitanas. As definições acerca de seu tamanho variam e as definições sobre o que é ser metropolitano também (Spink, Teixeira & Clemente 2006; Spink, Ward & Wilson, 2012; Keene, 2011). Em alguns países, como o Brasil, a expressão faz parte da linguagem institucional formal, e em outros é simplesmente uma categoria estatística.

As áreas metropolitanas são, em geral, os lugares em que encontra-se uma proporção alta de centros de excelência empresarial, as principais universidades e centros de pesquisa, a grande maioria das organizações não governamentais engajadas com questões de direitos e com a qualidade dos serviços públicos, as redes de associações locais de base comunitária e territorial, e governos municipais cujos gestores e técnicos administrativos são normalmente bem qualificados, trabalham com orçamentos significativos e têm acesso fácil ao mundo internacional das redes de gestão de cidades. Portanto, informação e recursos não são o que falta. Ao mesmo tempo, estas mesmas áreas são vistas – quase de maneira uniforme na bibliografia internacional – como a última fronteira administrativa ainda não conquistada e cujos segredos de gestão permanecem um mistério. Intervenções por governos nacionais não se consolidam ou são mudadas depois de um tempo; experiências (sub)regionais são contidas por ações locais, e iniciativas locais cruzam com outros interesses de outras esferas de governo (Rodriguez-Acosta & Rosenbaum, 2005; Lefèvre, 2009; Spink, Ward & Wilson, 2012). Se, por um lado, podemos dizer que – no âmbito brasileiro –, com todas as dificuldades, a administração local começa a caminhar em busca de soluções práticas para as questões da vida cotidiana, o mesmo não poderá ser dito sobre as questões intermunicipais nas grandes conurbações.

No caso brasileiro, os resultados em relação às grandes conurbações são pífios (Souza, 2003; Spink, Teixeira, Clemente 2009). Entretanto, as grandes áreas metropolitanas são ao mesmo tempo concentradoras de grande parte das riquezas das sociedades modernas e concentradoras de uma proporção significativa das desigualdades socioeconômicas expressas em termos de educação, saúde, habitação, renda e exclusão social. Nacionalmente, somadas as populações das diferentes regiões

metropolitanas, temos uma situação em que 39% dos cidadãos estão literalmente empilhados em 1,9% do território com um quadro de indicadores sociais, econômicos e coletivos assustadores, conforme demonstra o trabalho de monitoramento do Observatório das Metrôpoles (Ribeiro e Santos Junior, 2007).

Em um texto escrito para a revista *Science* em 1968, o biólogo Garrett Hardin argumentou que há uma classe de problemas humanos que não possui “solução técnica”. São problemas do tipo “ganhar para perder”, em que todos os ganhadores agindo em interesse próprio virarão, como consequência coletiva de suas ações, perdedores – entretanto, são incapazes de perceber o caminho que está pela frente. O título do texto – *The Tragedy of the Commons* – foi uma referência ao mesmo tempo à dificuldade de achar soluções técnicas para o compartilhamento de bens comuns que dependiam unicamente das pessoas envolvidas e para a dimensão solene – dramática – da inevitabilidade do desastre pendente.

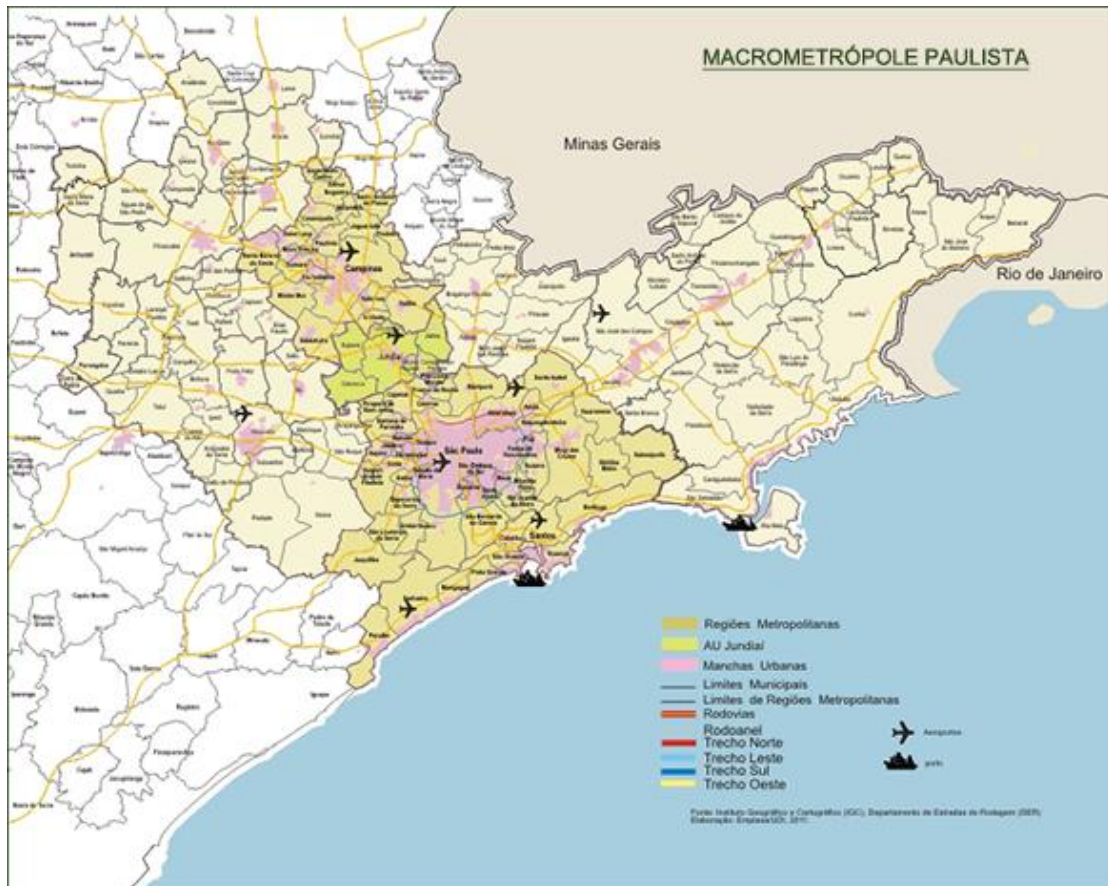
Qual é o papel da comunidade acadêmica quando se enfrenta situações assim: “sem solução técnica”? Posto em perspectiva, a chamada de Hardin era, corretamente, um alerta à tendência nos Estados Unidos durante a década de 1960, no período áureo da política pública, de apelar sempre para as propostas dos *think tanks* e analistas de políticas públicas, e sobre a valorização da contribuição científica às questões do desenvolvimento. Ao mesmo tempo, duvida-se que Hardin queira dizer: “não temos nada a contribuir”. Afinal, seu próprio artigo buscou alertar para uma discussão necessária. O que fez foi inverter a ordem dos papéis ao propor que, em certas questões, o conhecimento sobre possibilidades não deveria substituir o desejo moral de ações públicas.

5. Metodologia

A proposta desde o início procurou focalizar a maneira em que certos desafios de ordem potencialmente trágicos estão sendo discutidos no âmbito interjurisdicional na área metropolitana da Grande São Paulo e, onde pertinente, dentro de partes do contexto maior do espaço de conexões atuais e potenciais que a Empresa Paulista de Planejamento Metropolitana (EMPLASA) chama como macrometrópole. Utilizou-se a definição operacional de desastre da 'Estratégia Internacional para Redução de Desastres das Nações Unidas', de 2009:

“A serious disruption of the functioning of a community or a society involving widespread human, material, economic or environmental losses and impacts, which exceeds the ability of the affected community or society to cope using its own resources.” (UNISDR, 2009 p.9)

Figura 01: A área metropolitana de São Paulo e seu contexto.



Fonte: EMPLASA (2011).

Mesmo sendo um estudo de uma área geográfica específica, a análise da maneira em que certas questões diferentes com aspectos potencialmente trágicos são tratadas institucional, organizacional e interorganizacionalmente permite um trabalho de contraste e comparação interna, dado que outras variáveis serão constantes. É reconhecido que outros fatores ficarão de fora, mas, lembrando os conselhos de Dahl (1947), talvez seja preciso uma teoria metropolitana para São Paulo, uma para o Rio de Janeiro, uma para o Grande Recife e assim por diante, antes de se discutir uma teoria brasileira.

Assim, tendo em vista o que foi colocado anteriormente, o foco do trabalho diz respeito à saúde coletiva e à questão das epidemias. A lógica de organização formal da área metropolitana para saúde é a mesma encontrada em outras partes do estado de SP e nos demais. Cada município possui sua própria Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, são agregadas em (sub)regiões de saúde dentro da região metropolitana como um todo. Entretanto, apesar dessa lógica, de um lado independente e de outro interdependente, a distribuição de serviços resolutivos e também os especializados é altamente desfavorável à grande maioria dos municípios e altamente favorável a uma parte do município de São Paulo. A localização dos hospitais ao longo do espigão da Avenida Paulista reflete, claramente, decisões e crenças históricas sobre a importância de “ar e ventilação” na cura da doença em décadas passadas, mas nem por isso a tendência deixou de existir. Setenta por cento dos leitos hospitalares (e a quase totalidade dos mais avançados) para a região estão localizados na cidade capital; duas ou três vezes o número de leitos por mil habitantes de algumas das outras (sub)regiões. A pergunta é, portanto, como os atores de saúde e os demais gestores metropolitanos lidam com esta distribuição de recursos e as minitragédias presentes? Entre os diferentes recortes possíveis, escolheu-se a questão do controle e prevenção das epidemias - mais especificamente, a questão epidemiológica e a complexidade da dengue.

Como ponto de partida, foi essencial a análise do trabalho realizado pelo Observatório de Saúde da Região Metropolitana, uma iniciativa conjunta do Ministério de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo e da Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo. O Observatório tem como foco apoiar “os espaços institucionais de articulação entre os diferentes atores responsáveis pelo funcionamento e aprimoramento contínuo do SUS”.

Os procedimentos adotados para a realização do trabalho seguiram o seguinte caminho:

- Acompanhamento de jornais, periódicos e outros documentos de domínio público cujo foco fosse a área metropolitana, para identificar a maneira como essas questões são discutidas e por quem (ver Spink, 1999, para uma discussão mais detalhada sobre o uso de documentos).
- Identificação de bases de dados, informações e estatísticas disponíveis em cada área temática.

- Análise de mapas interorganizacionais descritivos de cada arena para facilitar a identificação de organizações-chave.
- Realização de entrevistas iniciais com informantes conhecidos para identificar outros informantes e para buscar apoio nos demais contatos necessários.
- Utilização da técnica "bola de neve" para acessar diferentes partes da arena interorganizacional, procurando-se discutir questões sobre:
 - . o mapeamento interorganizacional;
 - . os desafios e as possibilidades de eventos negativos;
 - . as experiências anteriores de coordenação interorganizacional (sucessos e insucessos) e as necessidades e possibilidades futuras;
 - . as opiniões próprias sobre a necessidade de coordenação interjurisdicional no âmbito da área metropolitana e o peso relativo dos fatores identificados em Lippi, 2011 (Cooperação entre atores governamentais, baixa polarização entre municípios, envolvimento das Câmaras Legislativas, participação e validação pela sociedade civil, arranjos institucionais, tópicos que mobilizam demandas metropolitanas, recursos de fontes de financiamento e liderança política);
 - . a identificação de outros informantes e atividades relevantes a serem acompanhadas.
- Abertura quanto a possibilidades do pesquisador ser convidado a participar de eventos e reuniões interessantes ao desenvolvimento do trabalho, com a probabilidade de entrevistas semiestruturadas e diálogos realizados em grupo.

6. Contribuição pretendida

Esta iniciação científica tem como objetivo contribuir para o adensamento de conhecimentos sobre as questões de gestão metropolitana no Brasil, assim como ajudar a fortalecer o programa de trabalho no CEAPG sobre vulnerabilidades urbanas.

7. Estrutura do relatório

Após tais considerações introdutórias, é importante apresentar a forma em que o trabalho foi estruturado. Após análise de referencial teórico sobre governança

metropolitana, junto a atividades que demonstraram-se fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa, buscou-se descrever a lógica organizacional da saúde no Estado brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988 - e, depois, mais especificamente, no município, no estado e na região metropolitana de São Paulo. Estabelecida tal compreensão, o relatório debruçou-se sobre o recorte epidemiológico e a questão da dengue, para entendimento da complexa necessidade articulatória metropolitana em diversos níveis, de forma ampla e efetiva, não somente no âmbito da saúde.

8. Referencial Teórico

A fundação alemã Konrad Adenauer - no Brasil desde 1969 - possui uma série de cadernos que visa debater temas de interesse público, relacionados ao desenvolvimento de uma sociedade mais democrática. Em tal sentido, o Volume 4 do ano 2011, *Municípios e Estados: Experiências com Arranjos Cooperativos*, organizado por Peter Spink, José Mario Brasiliense Carneiro e Marco Antonio Carvalho Teixeira, mostrou-se extremamente útil e de fundamental importância para a análise do presente estudo, uma vez que possui como objetivo apontar instituições, organizações e arranjos que consigam solucionar problemas de alta complexidade, seja em caráter local, regional, nacional ou internacional. Nessa busca, os autores destacam o sistema federativo como estrutura flexível e criativa de poder, capaz de responder aos desafios de governança dos espaços intermunicipais e interestaduais.

No que tange a cooperação e a governança interjurisdicional, Spink (2011) elucida que cidades grandes podem ser entendidas como territórios urbanos e conurbados que agregam ou se espalham por diversas outras jurisdições. O autor atenta para o fato de que somadas as populações das diferentes regiões metropolitanas brasileiras, 39% dos cidadãos encontram-se em uma área equivalente a 1,9% do território nacional. No mesmo sentido, Lippi (2011) lembra que segundo dados do IBGE de 2010, o Brasil contaria com 36 regiões metropolitanas, compostas por 590 municípios e cerca de 80 milhões de habitantes, os cerca de 40% da população do país afirmados por Spink. Entretanto, apesar das tentativas, ainda não há consenso entre órgãos de pesquisa quanto ao parâmetro para se considerar o que vem a ser de fato uma região metropolitana.

Tais regiões possuem diferentes níveis de complexidade, com variações demográficas e territoriais. A teoria deve, assim, levar em conta as particularidades de áreas distintas, não havendo regra única, mas, sim, heterogeneidade. Os desafios de gestão e de organização de serviços públicos que demandam a competência de negociar e sustentar relações interorganizacionais cooperativas entre os diferentes níveis federativos - ou de níveis iguais - são complexos e de difícil realização.

A partir de tamanha complexidade já observada por autores diversos, dá-se a discussão sobre os conceitos em torno das abordagens de governança e novas formas de ação pública no âmbito metropolitano. Tal caracterização dispõe de sistemas complexos de atores, com bases de legitimidade diferentes, em formas de associação, parceria e negociação territorial. A inclusão de grupos de interesse distintos, como governos locais, setor privado e agências públicas e governos de outros níveis é um fato, e, dessa forma, o termo 'governança' mostra-se muito abrangente, possuindo diferentes abordagens com ênfase processual e de interconectividade (Spink, 2011).

O Novo Regionalismo e a Governança de Múltiplos Níveis

Tendo em vista as abordagens sobre o termo, o Novo Regionalismo emerge nos EUA e enfatiza a construção de uma governança interjurisdicional através de processos colaborativos com participantes públicos e privados, com compromissos de compartilhar a resolução de problemas metropolitanos. Citados por Spink (2011), os autores Vogel e Nezelkewicz (2002, p.108) caracterizam-no da seguinte forma:

Presunção de que as cidades centrais e subúrbios são interdependentes. Em termos da agenda de políticas públicas, estão preocupados com os problemas da mancha urbana extensiva, disparidades de renda entre as cidades centrais e os subúrbios, segregação racial, falta de habitação com preços viáveis, problemas de trânsito e degradação ambiental. Reconhecendo a dificuldade em criar governos metropolitanos, enfatizam estratégias de governança em vez de reforma governamental compreensiva.

Savitch e Vogel (2000), também citados por Spink (2011), complementam:

Governança sugere que instituições existentes podem ser engajadas em maneiras novas e que a cooperação pode acontecer de maneira fluida e voluntária

entre localidades e que pessoas podem melhor se regular através de organizações vinculadas horizontalmente.

Já a governança de múltiplos níveis é apresentada por Spink (2011) como produto dos desenvolvimentos supranacionais e interterritoriais no âmbito da União Europeia. Também citados pelo autor, Peters e Pierre (2001) apresentam-na como intercâmbios negociados e não hierárquicos entre instituições no nível transnacional, nacional, regional e local. Em tal sentido, Best (2011) chama atenção para a questão federalista, em que diferentes níveis precisam saber cooperar. A autora lembra que tal modelo conceitual é significativo para o caso brasileiro, já que o modelo federal do país é extremamente cooperativo, com corresponsabilização de estados, municípios e governo federal. Hooghe e Marks (2003) propõe dois tipos de governança de múltiplos níveis, de acordo com Spink (2011): um, que enfatiza as comunidades de pessoas em determinada base territorial - distritos em municípios, municípios em estados; outro, que enfatiza a tarefa ou a área de política pública: saúde, educação, transporte.

Ainda quanto à questão da governança e da governabilidade regional, Lippi (2011) lembra da dicotomia metropolitana estabelecida por Lefèvre (2009). Uma discussão interessante, pois, se por um lado, a literatura acadêmica assegura ser a metrópole o lugar para se tratar questões políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais comuns aos municípios, por outro, há a necessidade de acrescentar que tal instituição metropolitana praticamente não existe politicamente - sendo, assim, não governável. Lippi, ainda, ao reunir extensa bibliografia sobre o tema, enumera uma série de fatores que favorecem a governança e a governabilidade regional, como: cooperação entre os atores governamentais, inexistência de polarização entre os municípios, envolvimento dos legislativos municipais, participação e validação da sociedade civil, existência do arranjo institucional, assunto organizador das demandas da região metropolitana, recursos e fontes de financiamento, existência de liderança política.

Tabela 01: Lippi (2011) *Para melhor leitura, aumentar a visualização do arquivo.

Tabela 1. Fatores que favorecem a governança e governabilidade regional		
Fatores	Principais Argumentos	Principais Autores
Cooperação entre os atores governamentais	A cooperação é necessária para a resolução de problemas que extrapolam fronteiras territoriais. Deve superar o "jogo de soma zero". Deve garantir que as relações não sejam assimétricas e com imposição de interesses. A cooperação pode reduzir a desigualdade entre governos locais e favorecer a eficiência econômica.	Alves, 2001; Klink, 2009; Brandão, 2008; Garson, 2009
Inexistência de polarização entre os municípios	A polarização numa relação horizontal entre municípios pode sugerir relações políticas dominantes, que em cenário de municipalismo autônomo não favorecem a ação coletiva e cooperada.	Spink, Teixeira & Clemente (2009)
Envolvimento dos legislativos municipais	A atuação legislativa nas áreas metropolitanas está sujeita aos legislativos municipais ou aos interesses dos deputados estaduais em se engajar no projeto metropolitano. Além de comprometer as políticas de interesse regional, deixa ao executivo a função essencial de proposição de políticas públicas.	Alves (2001)
Participação e validação da sociedade civil	A boa governança em regiões metropolitanas depende também do envolvimento e participação da sociedade civil. O direito do cidadão à voz deve ser preservado na democracia, mesmo diante de uma representação indireta dos executivos municipais, como é no espaço metropolitano.	Rolnik & Somekh (2000); Azevedo & Mares Guia (1999); Rojas (2008); Garson (2009).
Existência do arranjo institucional	Os arranjos institucionais atuais não respondem satisfatoriamente às demandas metropolitanas. Mas ainda deve-se uma atenção às alianças e alternativas institucionais, pois elas favorecem que políticas importantes mudem de escala e passem a ser mais eficazes.	Klink (2009); Lefèvre (2009); Rolnik & Somekh, (2000)
Assunto organizador das demandas da região metropolitana	Algumas políticas têm como característica a necessidade de atuação coletiva, e somente desta forma elas serão efetivas, pois extrapolam as fronteiras municipais, como exemplo: saneamento básico, resíduos sólidos, segurança pública, transporte.	Azevedo & Mares Guia (1999); Lefèvre (2009); Spink, Teixeira & Clemente (2009); Klink (2005)
Recursos e fontes de financiamento	A inexistência de recursos e fontes de financiamento é reconhecida como um dos principais fatores limitantes de políticas e ações metropolitanas.	Spink, Teixeira & Clemente (2009); Garson (2009)
Existência de liderança política	Os líderes, ou também empreendedores políticos, possibilitam a ação coletiva dos governos locais, pois são fundamentais no papel de articulação e cooperação.	Garson (2009); Caldas (2007); Machado (2009)

As teses e experiências brasileiras

Segundo análise de Spink (2011), no Brasil, a cooperação intermunicipal deu-se inicialmente de maneira mais específica quanto ao âmbito metropolitano. O autor observa que a história da legislação brasileira em relação a questões metropolitanas é muito influenciada pela lógica reformista, ao propor grandes agendas de serviços a serem coordenadas por conselhos e agências metropolitanas. Em tal sentido, a Lei Complementar nº 14, de 8 de junho de 1973 (em anexo), que estabelece as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba,

Belém e Fortaleza, enfatiza os poderes centralizadores do governo federal - à época militar - para a criação de 'regiões metropolitanas' e para a 'promoção de planejamento integrado e prestação de serviços comuns de interesse metropolitano'. Ainda sobre o assunto de criação discricionária quanto às regiões metropolitanas, Spink observa que a Constituição Cidadã de 1988 - de caráter descentralizador - pouco faz para modificar a situação, realocando a responsabilidade de criação das RM's para os estados. Assim, o ato de criação discricionário por parte do governo federal e posteriormente dos estados evidencia uma situação em que municípios diversos são agregados a uma categoria regional específica queiram ou não. Como exceção à regra, há o caso dos municípios da Baixada Santista, que solicitaram por iniciativa própria a criação de sua região metropolitana.

Tal medida hierárquica e reformista de formação das regiões metropolitanas, entretanto, não surtiu resultados animadores quanto à maior articulação entre os municípios participantes. O compartilhamento de responsabilidades e a resolução de problemas comuns continuam sendo motivos de preocupação para a gestão pública. Spink (2011) afirma de maneira categórica que a experiência brasileira de reforma metropolitana geral, ao converter as áreas metropolitanas em *regiões formais com atributos, conselhos e agências* foi até o presente momento mal sucedida.

Apesar disso, há exemplos pontuais de resolução mais local através de arranjos cooperativos em áreas mais específicas, como de saneamento ou transporte, que usam mecanismos de associação ou de consórcio. Além de tais experiências interessantes, Spink aponta a importância de se fazer referência ao trabalho de acompanhamento das regiões metropolitanas organizado pela rede de pesquisadores do Observatório das Metrôpoles - pois realizam importantes contribuições para o entendimento de problemas caros à sociedade e ao poder público.

Consórcios Intermunicipais

Em direção às experiências mais relevantes quanto a arranjos cooperativos, os consórcios intermunicipais aparecem com papel de destaque na discussão acadêmica atual (Spink, 2011). A abrangência de tal mecanismo no país, tanto em áreas de conurbação como em municípios rurais de pequeno porte populacional, é proeminente (Cruz, 2002, apud Spink, 2011).

Spink (2011) aponta a importância da presença dos consórcios intermunicipais por três razões. Primeiro, desde as experiências iniciais em SP, nas décadas de 1960 e 1970, até 2005 - com a criação da Lei de Consórcios -, o processo de consolidação de tal instrumento aconteceu sem legislação específica. Atualmente, a lei que regulamenta os consórcios públicos procurou oferecer incentivos para sua criação, mas, mesmo assim, a grande maioria permanece com seus arranjos associativos anteriores - uma vez que a entrada é facultativa. Segundo, as mesmas regiões metropolitanas que demonstram pouco êxito cooperativo apresentam consórcios de diferentes tipos relacionados a tópicos variados - e alguns, em oposição à situação do conjunto metropolitano, possuem êxito significativo. Para elucidar tal fato, a Região Metropolitana de SP, formada por 39 municípios, apresenta cinco consórcios hoje em operação, sendo que há também dez outros consórcios com áreas de abrangência fora dos limites formais da região metropolitana paulistana. Assim, dos 39 municípios constituintes da RM, somente 1 permanece sem inserção em consórcios, o município de São Paulo. A terceira e última razão sobre a importância dos consórcios: tais arranjos possuem heterogeneidade nos formatos utilizados, não havendo exclusividade normativa em seu arranjo institucional. Apesar disso, o autor chama atenção para o fato de que a maioria tende para o lado técnico e administrativo, com pouca participação da sociedade civil, sugerindo que o assunto de governança em múltiplos níveis possui um longo caminho a ser trilhado (Rolnik e Somekh, 2004, apud Spink, 2011).

Tabela II. A distribuição de consórcios por área e tamanho municipal

População per 1,000	Número de municípios	Saúde	Educação	Habitação	Cultura	Des. Urbano
Total	5.565	2323	398	170	336	847
até 10	2.551 (46%)	1241 (53%)	144 (36%)	59 (38%)	109 (32%)	316 (37%)
10 – 20	1.370 (24%)	531 (23%)	102 (26%)	38 (22%)	91 (27%)	183 (22%)
20 – 50	1.055 (19%)	355 (15%)	92 (23%)	48 (29%)	85 (26%)	211 (25%)
50 – 100	316 (6%)	116 (5%)	26 (7%)	8 (5%)	31 (8%)	68 (8%)
100 – 500	233 (4%)	73 (3%)	25 (6%)	13 (5%)	19 (6%)	61 (7%)
500 +	40 (1%)	7 (1%)	9 (2%)	3 (2%)	2 (1%)	8 (1%)

Fonte: IBGE, Pesquisa Básica de Informações Municipais (2009)

Tabela 02: Spink (2011) *Para melhor leitura, aumentar a visualização do arquivo.

A análise da tabela anterior evidencia um interessante fato para a realização deste trabalho. Dos 5565 municípios brasileiros analisados em 2009, 4074 - ou seja, 73,2% - passavam por uma experiência de consórcio. Mais impressionante ainda é o número de municípios com arranjos consorciativos na área de saúde - tema principal desta pesquisa. Dos 4074, 2323 - cerca de 57% - tinham consórcios relacionados à área. Entretanto, das 40 cidades nacionais com mais de 500 mil habitantes, somente sete - cerca de 18% - possuíam o arranjo intermunicipal em tal campo. Em cidades de 100 a 500 mil habitantes, o número aumenta para cerca de 31% - de acordo com a tabela do IBGE, 73 dentre 233 municípios.

Sem perder de vista as outras formas de estratégias de coordenação interjurisdicional, Spink (2011) aponta que as experiências consorciativas são apenas a parte mais visível de uma variedade de arranjos experimentados na base de tentativa e erro - há ainda convênios, contratos de gestão, comitês de bacia, agências e câmaras interfederativas. Esse conjunto de experiências colaborativas, em muito estimulado pela Constituição Federal de 1988 e sua ênfase na descentralização, área de governança e controle social, estariam, como afirma Klink (2009, apud Spink, 2011), passando por um processo de construção coletiva, a partir de negociações de conflitos entre escalas e atores distintos. Em tal sentido, Spink conclui: *a busca pelo aperfeiçoamento e aprofundamento de tais arranjos disponíveis seria mais lógico e interessante que a criação de novos e espalhafatosos arcabouços institucionais.*

Perspectiva histórico-institucional sobre os consórcios

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu novas configurações de competências aos municípios, tanto em termos de direitos como em termos de responsabilidades. A descentralização federativa obrigou tais entes a assumirem a execução de muitas política públicas, antes realizadas por governos estaduais e federal.

Dessa forma, além da cooperação vertical entre as unidades federativas, vários municípios inovaram e criaram novas formas de organização para a prestação de serviços a partir da cooperação horizontal em forma de consórcio, como visto anteriormente. Ainda, desde o final da década de 1980 surgiram outras iniciativas de articulação microrregional, envolvendo outros atores além do poder público municipal, como entidades de caráter privado e sociedade civil (Cruz, Araújo e Batista, 2011).

As formas de cooperação intermunicipal - consórcios, associações, agências - surgiram como opções para viabilização de serviços comuns importantes que ultrapassam os limites de seus territórios, permitindo o auxílio na racionalização das atividades de maneira conjunta e na organização das administrações públicas municipais.

Mais uma vez, chama atenção a relevância de tais arranjos para determinadas áreas da gestão pública. Saúde - tema deste trabalho - e recursos hídricos são importantes exemplos de experiência na organização de sistemas descentralizados para realização de atendimento, atividades e serviços especializados, assim como para execução de obras e aquisição de insumos (Cruz, Araújo e Batista, 2011).

As formas de cooperação

A cooperação horizontal intragovernamental ou intersetorial significa o compartilhamento de ações e a soma de esforços entre diferentes setores e agências de uma mesma esfera de governo (Farah, Jacobi, 2000). Tal arranjo cooperativo é de extrema importância para a administração pública, mas nem sempre é efetivo. Muitos dos problemas de gestão governamental estão associados à falta de diálogo entre secretarias e ministérios. Já a cooperação horizontal intergovernamental diz respeito ao compartilhamento de ações e soma de esforços entre entes de uma mesma esfera de governo - sejam municípios, estados ou países. Tal cooperação é questão central para uma governança metropolitana (Cruz, Araújo e Batista, 2011).

A cooperação vertical intragovernamental compreende ações e soma de esforços comuns entre as diversas esferas de governo de um Estado nacional quanto à implementação de uma política pública. O programa de transferência de renda *Bolsa Família*, em tal sentido, possui aspectos múltiplos, que dizem respeito às áreas de saúde, educação e assistência social, além de sua gestão ser realizada de forma descentralizada, com esforços tanto da União como de estados e municípios. A cooperação vertical intergovernamental é relativamente mais simples, pois o compartilhamento de ações e soma de esforços entre as diversas esferas de governo de um Estado Nacional compreendem políticas públicas de uma área específica. Como exemplo, o Programa Saúde da Família é uma política pública federal organizada pelo Ministério da Saúde, mas com desdobramentos nos estados e implementação dos municípios (Cruz, Araújo e Batista, 2011).

9. Atividades que demonstraram-se fundamentais para a realização da pesquisa

Experiência referente às disciplinas ministradas no 5ª semestre da graduação em AP

Além da importância do que já foi analisado anteriormente, há que se destacar a relevância do conteúdo de algumas disciplinas da nova graduação em Administração Pública para a realização desta pesquisa. A convergência ampla com os temas do presente trabalho demonstra uma interessante interdisciplinaridade oferecida pelo curso.

Em *Município, Poder e Instituições Locais* - Professor Fernando Burgos - o objetivo central da disciplina foi o debate sobre os principais aspectos da gestão municipal no Brasil. Em tal sentido, aproximando-se do tema de articulação metropolitana, compreender como agem as instituições locais e quais são os mecanismos de concentração e distribuição de poder no âmbito regional tornou-se uma importante contribuição. Além da rica bibliografia utilizada, houve a realização de um amplo trabalho sobre a administração pública no município de Bragança Paulista - com possibilidade de diagnósticos quanto à dificuldade de cooperação tanto horizontal como vertical na prefeitura.

Em *Federalismo, Descentralização e Políticas Públicas* - disciplina ministrada pelo Professor Fernando Abrucio - analisou-se a opção federativa como forma de organização do Estado Nacional e seus reflexos na produção e implementação de políticas públicas. A experiência brasileira e a descentralização estabelecida pela Constituição Federal de 1988 foram analisadas a partir de cinco áreas que dizem respeito às relações intergovernamentais: educação, assistência social, segurança pública, desenvolvimento regional e saúde - as duas últimas são objetos de estudo desta pesquisa em específico. Ainda houve a realização de um trabalho que analisou justamente o desenvolvimento econômico e as dificuldades articulatórias dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo.

Por último, em *Política Pública e Gestão de Serviços em Saúde* - Professores Álvaro Escrivão Jr. e Ana Maria Malik - houve uma ampla discussão acerca do Sistema de Saúde Brasileiro e seu principal componente, o SUS. Entender o Sistema Único de Saúde a partir da CF de 1988 e de sua legislação complementar foi objetivo central da disciplina. A conexão com o presente trabalho foi estabelecida pelos complexos desafios enfrentados pelos gestores públicos das três esferas de governo - municípios,

estados e União. Assim, compreender o papel de cada um dos entes na busca por articulação e cooperação efetivas, junto à complementação das responsabilidades, foi fator fundamental para o entendimento da organização de uma rede regionalizada, hierarquizada e eficiente. Nesse sentido, a importância da disciplina foi essencial, uma vez que o objetivo deste trabalho diz respeito à compreensão de fenômenos potencialmente trágicos a partir da articulação metropolitana na área da saúde - epidemias.

Curso de Inverno - Ferramentas Quantitativas para Geoinformação

De forma adicional, ao cursar a disciplina de Estatística com o Professor Eduardo de Rezende Francisco, durante o 1º semestre de 2013, o pesquisador obteve interesse especial por uma área que já considerava importante. Desde o início da graduação em Administração Pública, buscou-se atrelar o conhecimento adquirido nas matérias obrigatórias à atração por questões de ordem urbana – em especial, referentes à cidade de São Paulo. Neste contexto, houve atenção especial para a utilização de ferramentas estatísticas que pudessem auxiliar na realização de trabalhos sobre o tema urbano.

Logo na primeira atividade monitorada da disciplina, foi dada a oportunidade de se realizar um estudo comparativo entre os 96 distritos do município de São Paulo - tendo em vista a cidade como um todo complexo, repleto de diferenças e especificidades. As regiões administrativas foram analisadas coletivamente a partir da distribuição de população total, densidade demográfica, domicílios urbanos totais, IDH, classificação do IDH, renda familiar, homicídios e empregos formais. Além disso, para verificação complementar e posterior, algumas variáveis relativas à distribuição dos equipamentos culturais municipais foram retiradas do banco de dados da Rede Nossa São Paulo.

Gráficos, tabelas, clusters e boxplots permitiram uma análise geográfica da divisão da cidade, com visíveis apontamentos de desigualdade entre as cinco regiões: norte, sul, leste, oeste e centro. Entretanto, a falta de instrumentos que permitissem tal visualização em um mapa, com os equipamentos culturais concentrados na região central em oposição às áreas periféricas favelizadas, era frustrante.

Após o término da disciplina de Estatística, a Escola de Inverno 2013 ofereceu um curso também ministrado pelo Professor Eduardo, chamado *Ferramentas Quantitativas para Geomarketing e Geoinformação*. De modo complementar e preliminar, foi justamente uma oportunidade para estudar instrumentos que permitissem a visualização das desigualdades urbanas em um mapa - tendo em vista a importância da compreensão do espaço geográfico para esclarecimento de questões caras e centrais à administração pública.

A partir de Sistemas de Informação Geográfica (GIS) - principalmente via programas como ArcView e BatchGeo, atrelados a dados já georreferenciados pelo Centro de Estudos da Metrópole (shapes) - houve a possibilidade de se visualizar como diversos problemas de ordem urbana e social estavam distribuídos pelo município de São Paulo.

Aplicação ao projeto *Cidades Invisíveis*

Junto à Escola de Inverno, por coincidência, o pesquisador teve a oportunidade de entrar em dois projetos que permitiriam a utilização das ferramentas que havia aprendido: este PIBIC, sobre governança metropolitana, e uma pesquisa mais abrangente sobre vulnerabilidades urbanas e desafios para a ação pública, também orientada pelo Professor Peter Spink, em um eixo nomeado *Cidades Invisíveis*:

O foco do projeto é o desenvolvimento de mecanismos e a construção de indicadores e bases de informação para apoiar a discussão sobre o grau de conectividade entre os diferentes serviços públicos localizados no espaço territorial submunicipal de grandes áreas urbanas e a identificação dos mecanismos de governança democrática presentes. Terá como território de estudo inicial os distritos da subprefeitura de M'Boi Mirim no município de São Paulo, com ênfase nos serviços mais importantes do dia a dia dos moradores de qualquer região: saúde, educação, assistência social, esporte, cultura, lazer, segurança pública e as utilidades básicas de água, luz, esgoto e resíduos sólidos. Possui como meta a promoção de estratégias de conectividade que aprofundem a democracia de base territorial.

Dessa forma, a análise plena de uma das subprefeituras periféricas do município de São Paulo, com mais de 550 mil habitantes distribuídos em dois grandes distritos - Jardim Ângela e Jardim São Luis -, permitiu a constatação de um processo

caro à cidade: o de invisibilização das periferias urbanas. A ausência do poder público por um longo período de tempo e a falta de coordenação entre subprefeituras e secretarias municipais - decorrente de uma estrutura administrativa centralizadora, como será visto mais à frente - são consequências de um modelo de desenvolvimento urbano discricionário, com diminuição do papel do Estado nas políticas urbanas e cumprimento de interesses particulares. Há, nesse aspecto de desenvolvimento, a dominação dos territórios a partir da vontade expressa por determinado conjunto de atores, o que provoca, dentre outras consequências, a exclusão territorial, a marginalização, a favelização e a desigualdade entre centro e periferia.

No que diz respeito à experiência da pesquisa em si, além do trabalho com diversos indicadores que permitiram comparar a subprefeitura de M'Boi Mirim a grandes municípios brasileiros - porém, estes com maior visibilidade, aparato institucional e disponibilidade de recursos/infraestrutura - buscou-se mapear os serviços públicos mais importantes para o cotidiano da população. A elaboração de um mapa do município de São Paulo, com destaque para a subprefeitura de M'Boi Mirim e seus dois distritos - Jardins Ângela e São Luis -, permitiu observar a distribuição territorial de equipamentos essenciais aos cidadãos, como UBS's, AMA's, CAPS, hospitais municipais, CRAS, CREAS, rede conveniada de assistência social, escolas municipais, estaduais, particulares, ensino profissionalizante, CEU's e bibliotecas. Além da distribuição dentro da subprefeitura e seus dois distritos, pôde-se compreender as desigualdades urbanas locais - escassez de equipamentos e áreas favelizadas - comparadas ao restante da cidade, ou até mesmo a municípios que teriam o mesmo porte. Tornou-se clara também a extrema dificuldade em coletar dados e informações quanto aos equipamentos públicos disponibilizados por secretarias diversas. O acesso aos endereços necessários para a construção do mapa não foi tarefa simples.

Apresentações: Fórum Social Sul e Ministério Público

A apresentação do projeto *Cidades Invisíveis* - presente ao final deste relatório, no item 20. *Apêndices* - foi realizada em duas oportunidades. A primeira, em outubro de 2013, no Fórum Social Sul, dentro da Sociedade Santos Mártires, localizada no Jardim Ângela, tanto para sociedade civil organizada como para cidadãos comuns e acadêmicos; e a segunda, para o Ministério Público do Estado de São Paulo, em fevereiro de 2014, com a presença do Procurador-Geral Márcio Fernandes Elias Rosa,

tendo em vista a soma de esforços para a aprovação de um projeto que visa instalar Promotorias Comunitárias em áreas de vulnerabilidade urbana da Zona Sul do município paulistano - aproximando o poder público e os cidadãos.

Tais empenhos demonstram a importância de uma gestão municipal presente nas periferias da cidade - de forma descentralizada. Ainda mais quando compreende-se as áreas periféricas do município central como verdadeiros pontos de conectividade entre este e os demais representantes da Região Metropolitana.

10. Descrição da lógica organizacional da Saúde - União, Estados e Municípios

A análise inicial do Sistema de Saúde Brasileiro foi auxiliada pela disciplina ministrada pelos Professores Álvaro Escrivão Jr. e Ana Maria Malik. A leitura de parte da bibliografia, conversas informais e apresentações em sala de aula são parte fundamental desta descrição.

Percurso a partir da Constituição Federal de 1988

A definição mais ampla de saúde como política pública social diz respeito à Constituição Federal de 1988. É no processo brasileiro de redemocratização que inúmeras demandas por uma sociedade mais justa e igualitária - com ampliação e extensão de direitos sociais - são recuperadas, discutidas e redefinidas. Nesse caminho, há o início da formação de um sistema de proteção ao cidadão mais abrangente que a noção de seguridade social até então estabelecida. A nova rede de atenção à saúde pretendia universalizar o acesso e expandir sua cobertura - através de maior comprometimento do Estado e da sociedade para o financiamento. Os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde - SUS - garantidos pela Constituição a partir de 1988 foram complementados por toda uma legislação infraconstitucional e normatizações que deram posteriormente operacionalidade ao complexo sistema.

A política de saúde no Brasil até 1988 restringia o acesso aos serviços públicos pela situação de trabalho do cidadão - seu vínculo contributivo. Após a promulgação da Constituição Cidadã, uma importante mudança relacionada ao alcance das ações e dos serviços públicos de saúde é firmada. Independentemente da condição socioeconômica do usuário, o acesso à saúde passou a ser de caráter universal.

Dessa forma, a Constituição Federal, em seu artigo 196, afirma:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à (i) redução do risco e da doença e de outros agravos e ao (ii) acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação(...)"

Ainda no mesmo sentido, a Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, artigo 2º, complementa:

"A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício(...)"

Junto à criação de um sistema de saúde público, universal, integral, gratuito e participativo, a Constituição brasileira adotou um modelo de Estado federativo complexo e único no mundo, com forte discurso descentralizador - consequência do período autoritário - e novo papel do municípios - agora também considerados entes autônomos e iguais entre si, assim como União e estados/distrito federal. Dessa forma, há um aumento significativo da carga de responsabilidades em nível local, uma vez que o município passa a ser o implementador das políticas públicas, enquanto a União fica com uma importante função de coordenação e financiamento. Há aqui uma discussão a ser considerada posteriormente sobre o papel dos estados no federalismo brasileiro e na lógica da saúde - vistos muitas vezes de maneira negativa por não desempenharem sua posição intermediária e essencial na articulação entre governo federal e municípios.

Tendo o modelo federativo brasileiro em vista, tais diretrizes organizativas de descentralização com comando único em cada uma das esferas de governo são estendidas à área da saúde. A trajetória do SUS, como reflexo disso, aponta para um sistema descentralizado, com autonomia dos governos locais e interdependência dos entes federados, que possuem ligação por via de fóruns federativos, divisão de funções quanto ao nível de complexidade e estímulos nacionais para a realização de políticas públicas locais.

“Macro-funções” gestoras na saúde			
Ação	MS	Gestor Estadual	Gestor Municipal
Formulação de políticas de saúde e planejamento estratégico	+++	+++	+++
Planejamento do sistema regionalizado	++	+++	++
Realização de investimentos e adoção de projetos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades	+++	+++	+++
Normatização e elaboração de instrumentos técnicos de apoio ao planejamento e gestão	+++	+++	+ / ++
Cooperação técnica e financeira	+++	+++	- / +
Gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde	+	+	+++
Controle e avaliação do sistema de saúde	+++	+++	+++
Controle e avaliação dos serviços públicos e privados	+	++	+++

Tabela 03: Álvaro Escrivão Jr. (2014)

Vale ressaltar ainda uma questão central no que diz respeito ao papel dos municípios na Federação e no SUS. Há uma enorme heterogeneidade entre as 5565 cidades brasileiras, tanto em termos de porte - 70% apresentam população inferior a 20 mil habitantes - como em termos de capacidade tributária ou desenvolvimento político, econômico e social. Quando o Sistema Único é criado e passa a ser operacionalizado, fica estabelecido que os municípios, além de implementadores das políticas públicas, seriam responsáveis pela atenção básica à saúde. O processo de descentralização foi orientado por diretrizes operacionais definidas pelo Ministério da Saúde, com a edição das Normas Operacionais Básicas 1/93 e 1/96. A habilitação de municípios ao Sistema proposta pela NOB/93 não ocorreu de maneira uniforme e muitos ficaram de fora, mas o cenário apresentou avanços como o estabelecimento das Comissões Intergestores Bipartite no âmbito dos estados e Tripartite no âmbito da União, institucionalizando-se assim um importante espaço de negociação e pactuação entre os níveis gestores do SUS (Lavras, 2011).

No entanto, como citado, a incapacidade financeira de muitos municípios não dava conta das novas responsabilidades, sendo necessário o importante auxílio econômico do governo federal através da edição da NOB/96 e a posterior instituição do PAB - Piso de Atenção Básica - fixo e variável, além do incentivo de adesão ao

Programa Saúde da Família. Ficou escancarada, assim, a dependência quase absoluta por transferências de recursos tanto federais como estaduais por parte dos novos entes federativos. Além disso, os governos locais sofriam dificuldades quanto à baixa capacidade institucional, técnica, gerencial e financeira.



Figura 02: Álvaro Escrivão Jr. (2014)

No final da década de 1990, a organização regional do Sistema de Saúde caracterizou-se como de extrema importância para a redução de sua fragmentação histórica. Em tal sentido, a Norma Operacional da Assistência à Saúde/2001 (NOAS/2001) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde/2002 (NOAS/2002) definiram a regionalização como estratégia fundamental para a reorganização da atenção à saúde. De maneira convergente, foi determinada a formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) pelos estados, o que indicava a execução do SUS em uma perspectiva local-regional (Lavras, 2011). Entretanto, ainda assim, a desigualdade entre regiões é fator determinante para a fragmentação do sistema.

Em 2006, o *Pacto pela Saúde* foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Concordado pelas três esferas de gestão, que aderiram ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), instituiu-se uma série de reformas no SUS a partir de metas e compromissos para cada um dos entes federativos. Tal marco foi resultado de ampla discussão dentro do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS - e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.



Figura 03: Álvaro Escrivão Jr. (2014)

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo do Pacto pela Saúde é promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. São três as suas dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa dos SUS e o pacto de gestão. Mais uma vez, a importância da cooperação intergovernamental é citada, pois o pacto constitui um processo de colaboração permanente entre os diversos gestores e de negociação local, regional, estadual e federal. Mais à frente será explicada a discussão sobre as Redes Regionais de Atenção à Saúde, estabelecidas pelo pacto, em busca de maior compreensão das regionalidades, de forma a considerar a diversidade dos territórios, a complementaridade entre as regiões e a integralidade da atenção.

De forma resumida, o Pacto pela Vida, em consequência do Pacto pela Saúde, contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008):

- Atenção à saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS;

- Promoção da saúde;
- Fortalecimento da atenção básica;
- Saúde do trabalhador;
- Saúde mental;
- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- Saúde do homem.

A quarta meta prioritária diz respeito ao objeto de estudo deste trabalho - para maior entendimento dos desafios de articulação nas áreas metropolitana. O pacto formalizou como prioridade o controle sobre doenças emergentes e endemias. Mais especificamente sobre a dengue, estabelece: planos de contingência para atenção aos pacientes - a serem elaborados e implantados nos municípios prioritários -, e a busca pela redução da infestação predial por *Aedes aegypti* para menos de 1% em 30% dos municípios prioritários - relação do número de imóveis positivos para o mosquito pelo número de imóveis pesquisados.

Para dar sequência à discussão, é importante reafirmar que o SUS aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira - como exemplo, o sistema é responsável pela cobertura universal de vacinação no país - e, além disso, foi determinante para a conscientização da população quanto ao direito da saúde vinculado à cidadania. Apesar disso, dado seu tamanho e complexidade, o Sistema Único continua a possuir muitos desafios no que diz respeito à garantia de acesso universal, qualificado e equitativo. A transição de um modelo de atenção anteriormente centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços não é tarefa fácil, mas, sim, das mais complexas e desafiadoras.

11. Organização da Saúde no estado e no município de São Paulo

A regionalização no estado de São Paulo

A estruturação de redes regionais de assistência à saúde que permitissem maior integralidade da atenção à saúde e a utilização racional dos recursos existentes - evitando desperdícios decorrentes da fragmentação - foram objetivo central e fundamental do Pacto pela Saúde estabelecido em 2006. Em tal sentido, para operacionalizar a cooperação entre os entes, criou-se o Colegiado de Gestão Regional (CGR), caracterizado, segundo cartilha do Ministério, como *espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva* (Escrivão; Kishima; Zanatta, 2014).

Em 2007, houve o início da implementação do Pacto pela Saúde no estado de São Paulo. A revisão de seu Plano Diretor Regional (PDR), dada a partir de Oficinas Regionais com a participação de todos os municípios paulistas, junto à elaboração do Plano Estadual da Saúde (PES) 2008 - 2011, dividiu seu território em 64 regiões de saúde, que, segundo o Pacto, representam *recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados do território* (Escrivão; Kishima; Zanatta, 2014). Após tais esforços, foram conduzidas discussões para a elaboração do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, documento que apresentou responsabilidades e prioridades sanitárias de cada município e oficializou a adesão dos entes ao Pacto pela Saúde.

Para melhor compreensão da estrutura regional, na página seguinte há um mapa referente às Redes Regionais de Atenção à Saúde e aos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo:

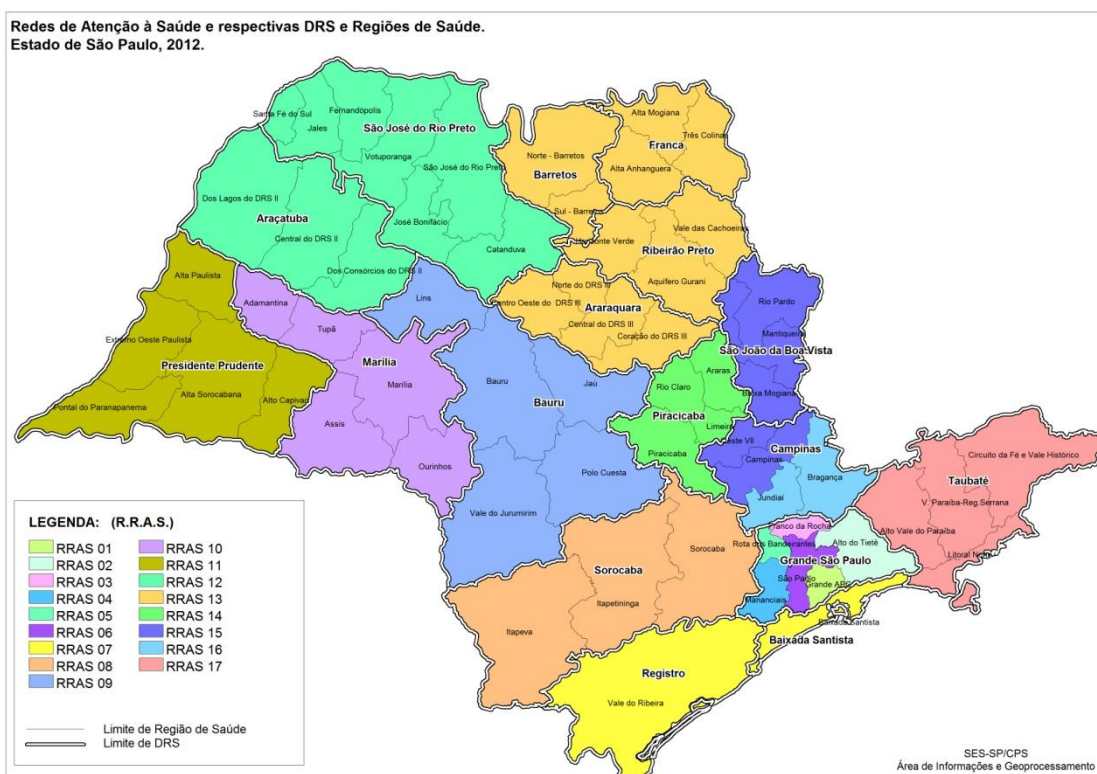


Figura 04: Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS) - Secretaria de Saúde do Estado de SP (2014);

Depois de todo esse processo, como previsto, foram estabelecidos os Colegiados de Gestão Regional em São Paulo. Os Colegiados são formados por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada Região de Saúde (RRAS) - secretários municipais de saúde e técnicos -, e por representantes estaduais dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo (Escrivão; Kishima; Zanatta, 2014). Como exemplo e para elucidar esta pesquisa, a Região Metropolitana de São Paulo, a Grande SP, é composta por 6 RRAS, e diz respeito ao Departamento Regional de Saúde I do Estado de SP (DRS-I).

Em estudo ainda não publicado, mas já disponibilizado para utilização dentro da FGV, Álvaro Escrivão Junior, Carolina Zanatta e Vanessa Kishimae estudam o Colegiado de Gestão Regional como um possível instrumento facilitador de cooperação intergovernamental e operacionalização da política de regionalização da saúde. Eram participantes das reuniões do CGR estudado pelos autores os seguintes membros do DRS estadual: secretária executiva, diretora de planejamento, articuladores da atenção básica, representantes da vigilância sanitária e epidemiológica, além do próprio diretor de departamento regional. Como representantes dos municípios participaram: os

secretários de saúde dos municípios da região e representantes técnicos das respectivas secretarias. Em algumas reuniões, estavam presentes também técnicos do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS) - com o objetivo de auxiliar tecnicamente as discussões nas reuniões de colegiado, como apoio aos gestores municipais (Escrivão; Kishima; Zanatta, 2014).

O valor da pesquisa em relação a tal instrumento é, desse modo, de fundamental importância, pois analisa a potencialidade de um órgão cooperativo a partir de sua atuação, resultados alcançados e principais desafios enfrentados. As relações e pactos intergovernamentais a partir do CGR são essenciais para a manutenção do controle e da negociação em um ambiente federativo (Escrivão; Kishima; Zanatta, 2014).

O estudo citado já adianta que 60% do conteúdo discutido nas reuniões do CGR discutido pelos autores entre 2007 e 2010 trata-se de caráter informativo. Entretanto, apesar desse aspecto, o espaço também é relevante como ambiente para troca de experiências entre gestores municipais e como arena criadora de oportunidades para os municípios reivindicarem demandas em relação ao gestor estadual. Compreender a estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo também demonstra-se importante, uma vez que alguns atores - CCD e SUCEN - aparecerão em futura discussão sobre a dengue e as atas dos CGRs da RMSP.

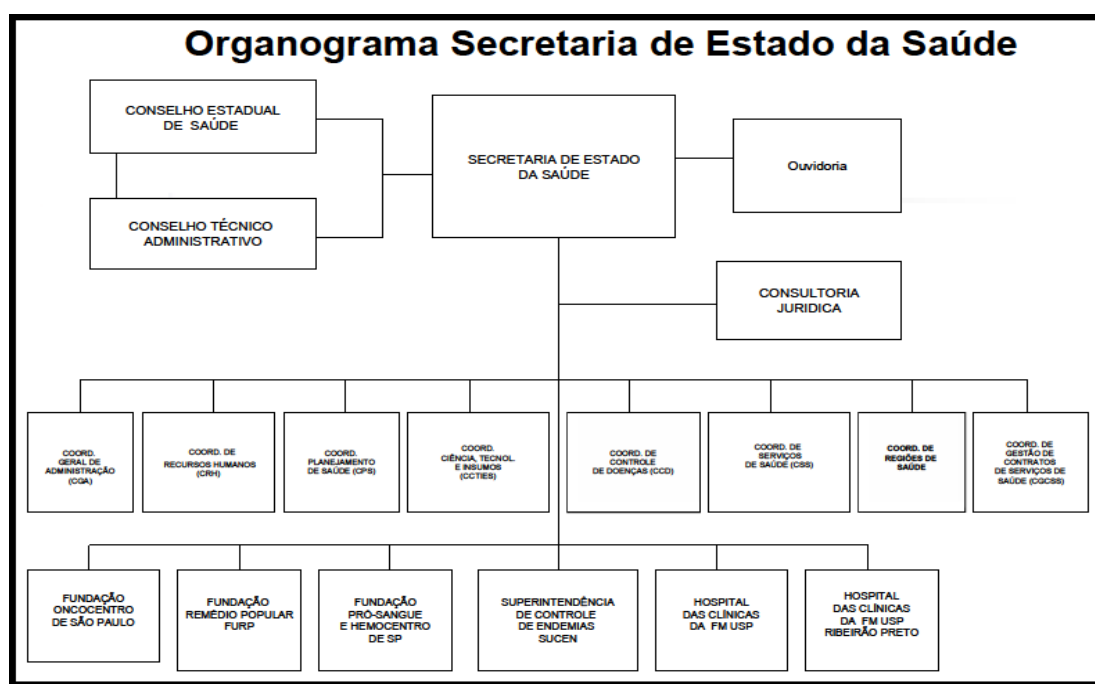


Figura 05: Organograma da Secretaria Estadual de Saúde de SP; Fonte: SES (2014);

A saúde no município de São Paulo

Hoje, o município paulistano organiza-se em 5 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS's): Centro-Oeste, Leste, Norte, Sul e Sudeste, que englobam os 96 distritos administrativos da cidade.

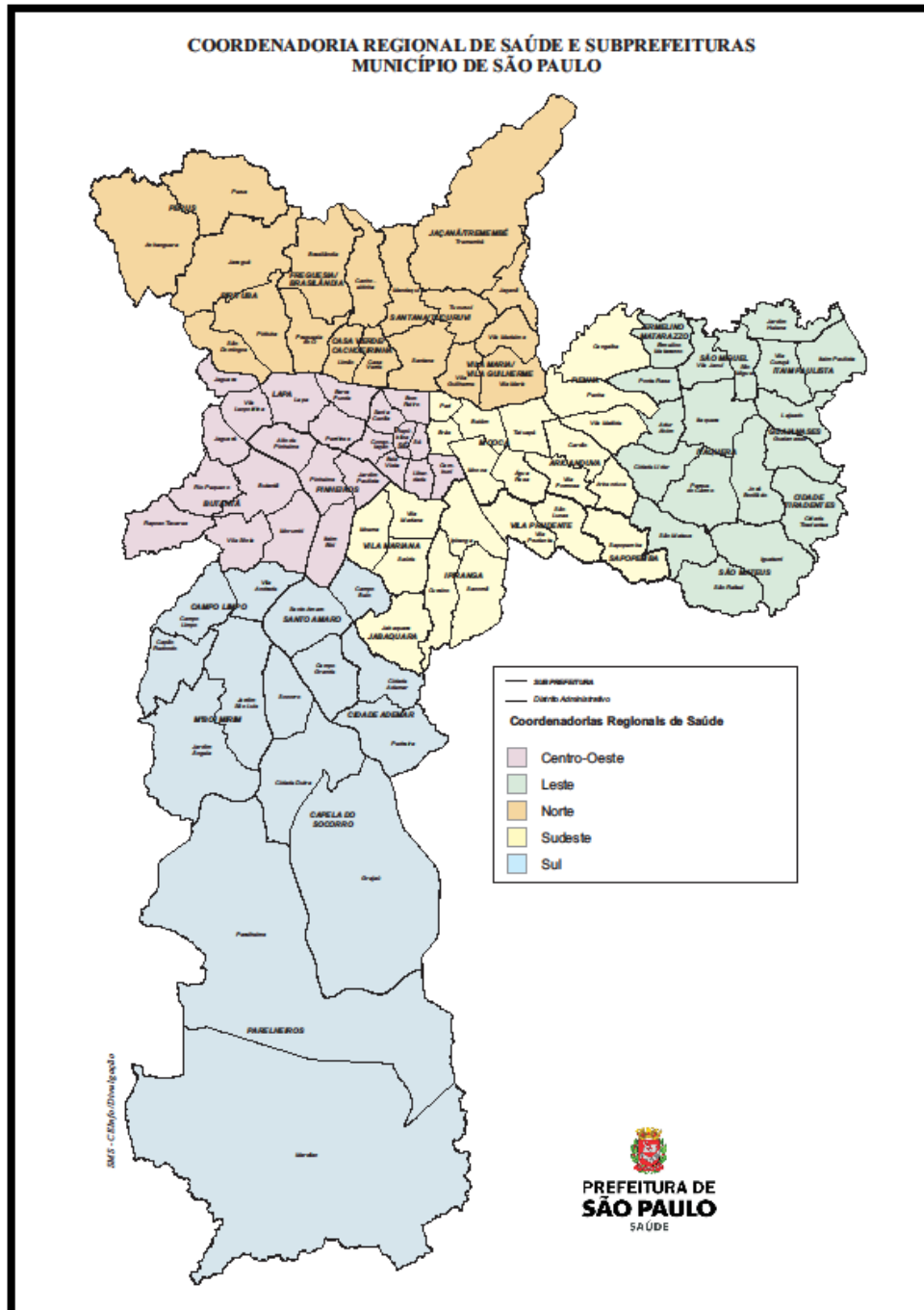


Figura 06: as Coordenarias Regionais de Saúde do município de SP; (Fonte: CEInfo - Secretaria de Saúde do município de SP) *Para melhor leitura, aumentar a visualização do arquivo;

Dentre outras, a Secretaria Municipal de Saúde possui duas coordenações especialmente importantes para a realização deste trabalho: a CEInfo e a COVISA.

A CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação - foi criada em 2001, a partir da reintegração do município de SP ao Sistema Único de Saúde. Neste contexto, tinha como objetivo compreender a epidemiologia a partir de práticas de planejamento, gestão e intervenção assistencial ou preventiva, promovendo a produção e o uso da informação para políticas públicas de saúde em benefício da coletividade.

A Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) agrega diversas estruturas - gerências - do campo da vigilância em saúde, como o Centro de Controle de Doenças (CCD) e o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), além das Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS), que são unidades descentralizadas da COVISA presentes nas cinco regiões do município de SP. Assim, estão em constante diálogo com as Coordenadorias Regionais de Saúde já estabelecidas na cidade. Segundo o site da Secretaria Municipal de SP, são 26 SUVIS atuantes nas áreas de vigilância ambiental - controle de dengue, roedores e outros animais -, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica - controle de doenças epidêmicas e vacinação. Além de possuírem as três áreas de atuação apresentadas, desenvolvem ações educativas e preventivas junto à população.

As gerências da COVISA - CCD e CCZ -, além de atuarem na coordenação, planejamento e desenvolvimento de ações referentes a seus campos, investigam casos ou surtos relacionados a situações de doenças epidemiológicas ou agravos à saúde de notificação compulsória.

De forma adicional, é importante registrar que o município de SP faz parte de uma Rede Regional de Atenção à Saúde na qual é representante único. A escolha pela divisão municipal em 5 coordenadorias regionais evidencia a necessidade de descentralização em uma cidade com tamanha dimensão e complexidade. Isso facilita o diálogo com as outras Redes Regionais de Atenção à Saúde da Região Metropolitana.

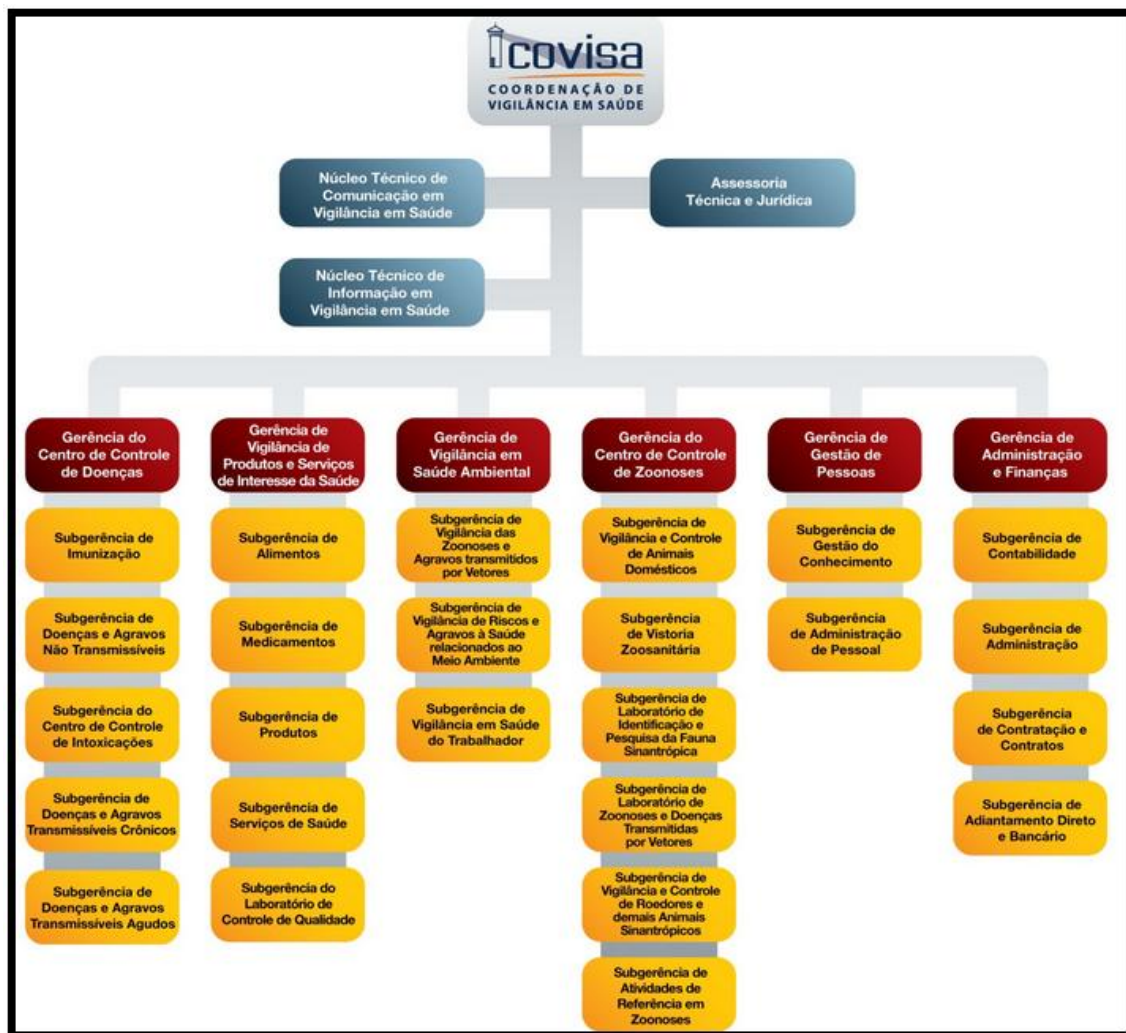


Figura 07: Organograma da Coordenação de Vigilância em Saúde; Fonte: COVISA (2009);

12. A organização da Região Metropolitana de São Paulo e a saúde

A Região Metropolitana de São Paulo é composta por 39 municípios e em 2012 abrigava 19,9 milhões de habitantes, cerca de um décimo da população brasileira (IPEA, 2013). Dentre os nove municípios com mais de 500 mil habitantes no estado de São Paulo, cinco estão na Região Metropolitana Paulista: São Paulo, Guarulhos, São Bernardo do Campo, Santo André e Osasco. Atualmente, através da aprovação da Lei Complementar nº 1139/2011, a Região Metropolitana de São Paulo é dividida em cinco (sub)regiões, sendo o município de São Paulo 'integrante' de todas as (sub)regiões estabelecidas:

- Norte: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã;
- Leste: Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano;

- Sudeste: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul;
- Sudoeste: Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeçerica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista;
- Oeste: Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana do Parnaíba.

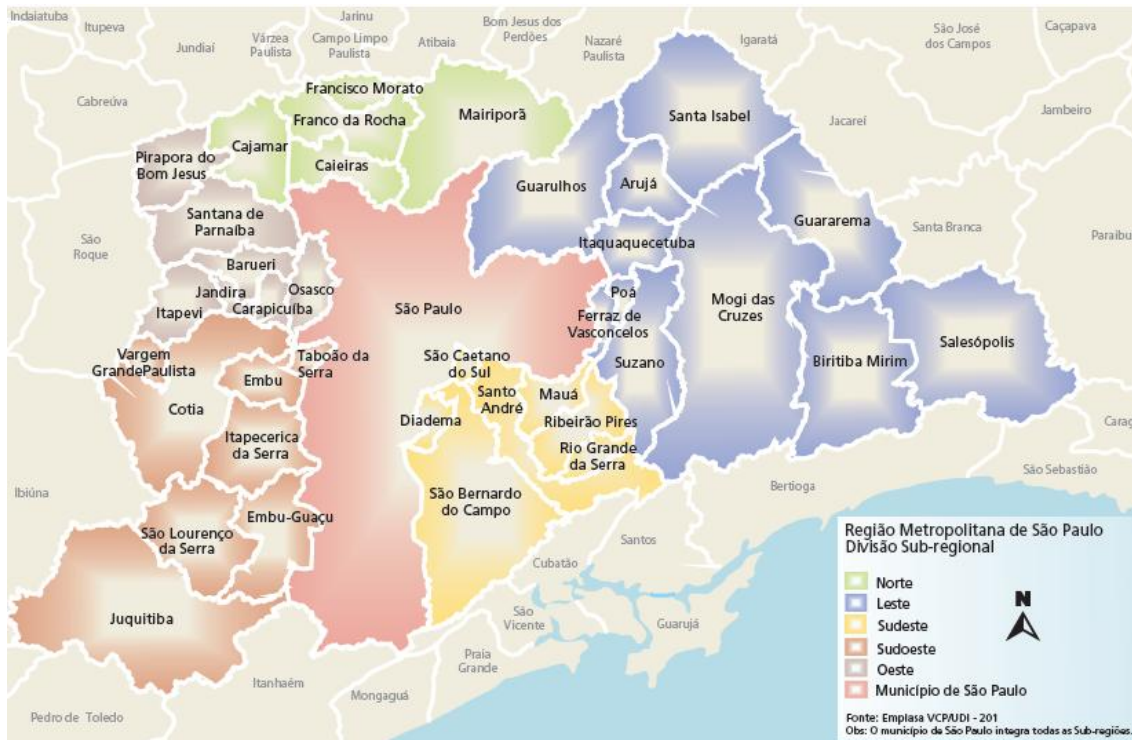


Figura 08: RMSP e (Sub)regiões; Fonte: EMPLASA VCP/UDI - 201; *Para melhor leitura, aumentar a visualização do arquivo.

Na mesma época e através da mesma lei, o governo do estado de São Paulo criou uma Secretaria de Desenvolvimento Metropolitano no âmbito de reorganizar a região e preencher uma histórica lacuna quanto à governança. Dentre outras providências, a lei instituiu: um Conselho de Desenvolvimento - formado por representantes das 39 cidades da RMSP e responsável por deliberar sobre programas e planejamento; as Câmaras Temáticas - vinculadas ao Conselho de Desenvolvimento; o Conselho Consultivo da Região Metropolitana de São Paulo; e, como foi visto, a divisão da RM em cinco (sub)regiões. Ainda foi prevista a criação de uma Agência de Desenvolvimento Metropolitano e de um Fundo de Desenvolvimento.

Este marco legal inicialmente representou um avanço para a governança da RMSP, pois instituiu um órgão específico do poder executivo para tratar do tema, o que poderia facilitar o diálogo com os poderes públicos municipais e trazer mais legitimidade ao processo. À época, a EMPLASA passou a responder à Secretaria de Desenvolvimento Metropolitano, assim como em 2013 houve a criação do Fundo Metropolitano. No mesmo período, o atual prefeito do município de São Paulo, Fernando Haddad, assumiu a presidência do Conselho de Desenvolvimento da RM.

Contudo, em fevereiro de 2014, o governo do estado, em meio a uma política de redução de custos, extinguiu a Secretaria de Desenvolvimento Metropolitano, a qual passou a ser uma (sub)secretaria da Casa Civil. Esse retrocesso impossibilitou a criação da Agência de Desenvolvimento anteriormente citada.

No que diz respeito à organização da saúde, tendo em vista o tamanho e a importância da Região Metropolitana, há seis Redes Regionais de Atenção à Saúde - todas estabelecidas a partir do processo de descentralização do SUS. Como aspecto interessante, as cinco RRAS concordam com a divisão administrativa estabelecida em lei para as cinco (sub)regiões metropolitanas. Tal distribuição evidencia que não houve coincidência, mas sim intenção de se constituir um recorte próximo. Com essa observação foi possível compreender o avanço da saúde no âmbito de uma organização regional - descentralizada. Apesar de serem iguais, cada uma das regiões de saúde da RM recebe um nome específico: Norte = Franco da Rocha; Leste = Alto do Tietê; Sudeste = Grande ABC; Sudoeste = Mananciais e Oeste = Rota dos Bandeirantes.

Rede Regional de Atenção à Saúde	Regiões de Saúde	Número de municípios	População 2010
1	Grande ABC	7	2.551.328
2	Guarulhos, Alto do Tietê	11	2.663.739
3	Franco da Rocha	5	517.675
4	Mananciais	8	986.998
5	Rota dos Bandeirantes	7	1.710.732
6	São Paulo	1	11.253.503

Tabela 04: As Redes Regionais de Atenção à Saúde na Região Metropolitana de SP; Fonte: SES - Coordenadoria das Regiões de Saúde; Organização: Fátima Palmeira Bombarda;

Importante salientar que cada uma dessas regiões de saúde da área metropolitana possui um Colegiado de Gestão Regional (CGR) próprio.



Figura 09: As Regiões de Saúde da Região Metropolitana de SP; Fonte: Observatório de Saúde da RMSP (2014);

13. A questão epidemiológica e a dengue

Após a apresentação da lógica organizacional da saúde, serão expostas informações sobre o estudo epidemiológico e sobre a dengue, para posterior melhor compreensão das dificuldades de articulação metropolitana.

Diferenciação entre os termos *endemia* e *epidemia*

A palavra *endemia* diz respeito à média de incidência de determinada doença nos últimos anos. Pode-se dizer, por exemplo, que no estado de Rondônia a média endêmica habitual em relação à Malária é alta. Escrivão (2014) aponta que há uma

configuração de fatores sociais, ambientais e governamentais que determina a endemia. E a atuação pública pode alterar a incidência da doença para mais ou para menos.

Já o termo *epidemia* deve ser utilizado quando a média de incidência da doença - o número endêmico anteriormente analisado - cresce consideravelmente. Entender o significado técnico de tais palavras é importante, uma vez que informações relacionadas ao tema circulam periodicamente nos veículos de comunicação. Muitas vezes não há quadros epidêmicos - crescimento alto do nº de casos -, mas endemias preocupantes.

A dengue é um fenômeno que na maioria das vezes começa de forma epidêmica, transformando-se em doença endêmica após estabilização em números altos.

A epidemiologia como campo de estudo

A epidemiologia é apresentada por Escrivão (2014) como ciência aplicada à solução de problemas de saúde. O professor cita duas definições mais comuns na literatura. A primeira, de caráter menos abrangente, diz respeito à epidemiologia como o estudo da distribuição da doença e dos determinantes de sua prevalência na população humana. A segunda, de forma mais ampla, trata a epidemiologia como ciência responsável pelo estudo do processo de saúde-doença na comunidade - através de análise distributiva, compreensão de fatores determinantes para prevalência e proposição de medidas específicas para prevenção, controle e erradicação.

Assim, o autor avalia a epidemiologia como uma ferramenta científica para a produção e análise de informações úteis à sociedade, com acúmulo de conhecimento necessário para tomada de decisões no planejamento, na administração e na avaliação de políticas relacionadas ao campo da saúde pública. Nesse processo, há o reconhecimento de que doenças epidemiológicas não possuem causas únicas, mas sim múltiplas. A ampliação da importância dada a fatores ambientais e relacionados ao hospedeiro é determinante para a compreensão de problemas de saúde considerados complexos - influência de fatores sociais e geográficos.

No sentido de elucidar essa multiplicidade de fatores importantes para o estudo epidemiológico, Escrivão (2014) aponta o que são os determinantes sociais da saúde e da doença, e como as condições de vida e trabalho da sociedade são influências definitivas para o desenvolvimento das enfermidades. Uma vez reconhecidos tais fatores, a saúde pública deve preocupar-se em intervir efetivamente também sobre eles.

As reflexões atuais mais importantes sobre a saúde das populações apontam para o aumento de sua complexidade e para a exigência de intervenções intersetoriais, dadas as inúmeras e complexas relações entre o campo da saúde e os demais campos da vida social, econômica, cultural ou política de uma região.

Para efetivar a prevenção e o combate às doenças epidemiológicas, há uma necessidade de organiza-se em rede. Nesse sentido, o autor aponta os níveis de complexidade de atenção à saúde necessários em uma rede: primário, secundário e terciário - com ações, programas e serviços de promoção à saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação de doenças. O nível primário de atenção - básico - pode ser considerado a porta de entrada da rede de atenção à saúde. Pensar seu funcionamento é estruturar o caminho dos outros níveis de complexidade, e promover uma boa atenção primária significa reduzir desigualdades de acesso, promover hábitos de vida mais saudáveis e qualitativos, reduzir ameaças e problemas de saúde - assim como o efeito das doenças e seus agravos -, e ampliar o desenvolvimento social. Todos esses benefícios, constata Escrivão, opõem-se a uma visão equivocada de que tal nível de atenção seria menos importante por estar relacionado a exigências tecnológicas menores. Trata-se do oposto, é de fundamental importância justamente por realizar um trabalho de prevenção e por ser porta de acesso. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e o Programa Saúde da Família (PSF) são os principais exemplos deste nível de atenção. É a partir de tal estruturação básica que se organiza o restante da rede, com as atenções de média complexidade (nível secundário) - hospitais e centros de referência - e alta complexidade (nível terciário) - hospitais especializados.

Assim, as redes de atenção à saúde - como pôde ser visto na divisão estadual por RRAS e DRS - devem ser entendidas como influência definitiva à organização de sistemas locais e regionais. Essa constatação acarreta uma atuação mais cooperativa entre as unidades de saúde, de modo a possibilitar a garantia do acesso e do atendimento integral dos usuários. O funcionamento pleno da rede exige ação cooperativa e interdependente, com coordenação a partir da atenção primária à saúde. A partir desse entendimento são definidos os moldes da regionalização - com a demarcação: da microárea de abrangência de um agente comunitário, da área de alcance de uma equipe de saúde da família ou de uma unidade básica de saúde, da região de saúde que possui abrangência a procedimentos de média complexidade, ou da macrorregião de saúde que possuirá auto-suficiência em procedimentos de alta complexidade.

Dessa forma, Escrivão reforça o raciocínio de que o uso das técnicas epidemiológicas para identificar os grupos populacionais e as áreas de maior vulnerabilidade, assim como para conhecer determinantes e fatores causais das enfermidades, é fundamental para guiar a aplicação dos recursos em programas e atividades de saúde. Nesse sentido, apesar da saúde já ter passado por um processo de descentralização no Brasil, o Estado, em seus diversos outros níveis, não acompanhou tal mudança. Tal cenário evidencia uma necessidade cara aos gestores de saúde, a busca pela articulação e pelo diálogo com outros setores no sentido de estimular a resolução de problemas de maior complexidade.

O perfil epidemiológico brasileiro

Um estudo realizado em 2007 pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães de Pernambuco e pelo Instituto de Pesquisa pelo Desenvolvimento da França atentou para um perfil epidemiológico nacional de desigualdades (Escrivão, 2014). Embora o país tenha conseguido elevar alguns padrões básicos de bem-estar social - como o aumento da expectativa de vida e a queda expressiva da mortalidade infantil -, ainda apresentava diferenças acentuadas entre regiões e classes sociais. Atualmente, o Brasil possui um quadro de expansão das doenças crônicas não transmissíveis - como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares -, ao mesmo tempo em que convive com taxas de incidência e de mortalidade altas para algumas doenças infecciosas transmissíveis, como tuberculose, hanseníase e esquistossomose - apesar destas serem passíveis de controle e erradicação. As doenças evitáveis por vacina encontram-se em redução acentuada, estão sob controle ou já foram erradicadas.

Fontes de dados quanto à distribuição das doenças e dos agravos à saúde

Muitas são as dificuldades encontradas no Brasil para obtenção de acesso a dados relativos à distribuição de doenças e agravos à saúde (Escrivão, 2014). Somente uma série de casos específicos possuem notificação compulsória. No caso, doenças transmissíveis que requerem ações imediatas para controle. A lista nacional de doenças que exigem notificação compulsória quando identificadas leva em consideração a magnitude, o potencial de disseminação, a severidade, a relevância social e econômica, a vulnerabilidade, o valor da notificação (necessidade de conhecer caso a caso, estratégias alternativas), a inclusão na política de saúde, o compromisso internacional, e a necessidade de notificação também internacional.

Em 2011, o Ministério da Saúde definiu a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública que exigem notificação compulsória em todo território nacional, estabelecendo uma lógica de critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (Escrivão, 2014).

Tradicionalmente, a aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde tem se concentrado nos programas de controle das doenças de notificação compulsória, através da prática da vigilância epidemiológica, um instrumento destinado ao contínuo acompanhamento e análise da ocorrência de doenças e problemas de saúde particularmente importantes, visando subsidiar o gerenciamento de programas de intervenção. Tal prática torna-se evidente na análise epidemiológica sobre a dengue.

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. **Dengue**;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doença de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos adversos pós-vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus HIV;
22. Influenza Humana por novo subtipo;
23. Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em gestantes;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Corona Vírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola;
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

A dengue segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

Segundo a OMS, a dengue é a doença tropical que mais rapidamente se espalha no mundo, podendo representar uma ameaça de pandemia - epidemia amplamente disseminada. Em comunicado de 2012, a organização caracterizou-a como a doença viral transmitida por vetor - o mosquito *Aedes aegypti* - de mais rápida propagação no

planeta, apresentando potencial epidêmico em muitos países, principalmente os asiáticos. A incidência da doença aumentou trinta vezes em relação há 50 anos - e dados da OMS apontam para cerca de 50 milhões de pessoas infectadas anualmente em todos os continentes. Os casos são registrados a cada ano por 100 países, principalmente na Ásia, África e América Latina. Em um mundo mais globalizado, com ampla circulação de pessoas e bens, além das alterações climáticas, a enfermidade possui maior possibilidade de disseminação. Está presente em mais de 125 países - número maior que o da Malária, doença tropical mais conhecida.

Ainda segundo a OMS, são cerca de 1,5 milhões de hospitalizações e 25 mil mortes por ano. Entretanto, a própria organização reconhece que os números sobre a doença podem ser muito maiores, uma vez que esta se espalha rapidamente. Estudo da Universidade de Oxford, publicado na Revista Nature, aponta para aproximadamente 390 milhões de pessoas infectadas por ano no planeta, sendo que cerca de 95 milhões apresentariam algum tipo de manifestação clínica - das mais sutis às mais graves.

Implantação de nova classificação para diagnóstico de dengue - Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alterou as classificações para diagnóstico de dengue buscando facilitar o reconhecimento da doença de maneira mais efetiva. Desse modo, a categorização antiga - dengue clássica, dengue com complicações, febre hemorrágica e síndrome do choque da dengue - será substituída gradualmente no Sistema Único de Saúde através de capacitação e treinamento dos agentes públicos. Durante o ano de 2014 a doença já deve passar a ser diagnosticada como: dengue, dengue com sinais de alarme e dengue grave.

Dentre os motivos para a mudança, profissionais de saúde indicam que a antiga classificação possuía muitos itens e subitens que dificultavam o diagnóstico. Tal questão, em relação a uma doença que pode avançar rapidamente para quadros clínicos graves, é central para diminuir casos com óbito. O principal argumento quanto à alteração é justamente a maior facilidade em realizar o diagnóstico, unindo questões práticas e teóricas.

Tipos de vírus, sintomas, diagnóstico e formas de evitar a proliferação

O vírus da dengue é transmitido pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Seus hábitos são diurnos e sua proliferação é dada a partir de depósitos de água parada acumulada. Muitos não sabem que a grande maioria das infecções pelo vírus é assintomática. Quando aparecem, os sintomas costumam evoluir a partir de três quadros clínicos: dengue clássica, forma mais comum, similar à gripe; dengue hemorrágica, mais grave, caracterizada por alterações na coagulação sanguínea; e a chamada síndrome do choque associada à dengue, forma mais rara, mas que pode levar à morte se não houver atendimento especializado. Tal divisão no diagnóstico, como observado anteriormente, foi revista pela OMS.

Existem quatro sorotipos diferentes do vírus da dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. Todos podem causar desde a forma clássica da doença até as mais graves. Muitos especialistas em epidemiologia apontam que o recente avanço do vírus tipo 4 da dengue no Brasil é uma ameaça à saúde pública. Mas não pelo fato do vírus ser por si só mais ou menos perigoso que as outras variações. Como foi falado, qualquer um deles pode causar todos os quadros clínicos conhecidos. A questão fundamental diz respeito à ação de mais um tipo de vírus em relação às pessoas.

A cada vez que um indivíduo adquire uma variação do vírus da dengue, ele não pode mais ser infectado pelo mesmo tipo, pois o organismo cria imunidade. Dessa forma, na vida, uma pessoa só pode ser diagnosticada com dengue quatro vezes - pois só existem quatro variações, e todas as vezes que se pega a doença o organismo adquire resistência ao tipo do vírus invasor. Por exemplo, um indivíduo que adquiriu dengue devido ao vírus tipo 3 só pode possuir novamente a doença se for causada pelos tipos 1, 2 ou 4. Desse modo, fica evidente o problema de que quanto mais vírus existirem em circulação em determinada localidade, maior será a probabilidade de haver infecções.

Nesse sentido, a possibilidade da reincidência da doença passa a ser mais provável, e este é um fator de preocupação. Quando há um segundo episódio, os sintomas se manifestam de maneira mais rígida pois já há certa sensibilização do sistema imunológico, que dá uma resposta mais acentuada. Essa reação mais firme do organismo é um problema, pois pode causar inflamações que aumentam o risco de lesões nos vasos sanguíneos, podendo haver evolução para um quadro de dengue

hemorrágica. Como aconteceu na primeira reincidência, um terceiro episódio poderia ser ainda mais grave, e um quarto caso ainda mais perigoso que o terceiro.

Aos primeiros sintomas da dengue - febre, dor de cabeça, dores nas articulações e no fundo dos olhos -, a recomendação do Ministério da Saúde é procurar o serviço de saúde mais próximo e não promover automedicação, uma vez que o uso de remédios por conta própria pode mascarar os sintomas, dificultando o diagnóstico da doença.

A Prefeitura do município de São Paulo lembra que o combate à dengue é uma responsabilidade dos governos, em seus três níveis - municipal, estadual e federal -, e da coletividade. Somente a ação conjunta e coordenada pode evitar o avanço da doença. O nível municipal, como será visto, deve possuir um sistema de vigilância epidemiológica da doença e de controle do mosquito. Para isso, deve contar com o financiamento e a coordenação de programas e metas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Complementarmente, o estado deve se responsabilizar pela coordenação da vigilância epidemiológica, por medidas de controle em casos de epidemia e capacitação de pessoal para o trabalho de vigilância e controle, além de estimular pesquisas na área.

A população - que deve ser estimulada a partir de medidas educativas e conscientizadoras - é parte essencial no controle da dengue, uma vez que evita sua proliferação eliminando os criadouros do mosquito. Para evitar a proliferação do *Aedes aegypti*, é importante que os cidadãos verifiquem o adequado armazenamento de água, o acondicionamento do lixo despejado e a eliminação de todos os recipientes inutilizados que possam acumular água e virar depósitos para o inseto. Além disso, é de fundamental importância que estes cobrem o mesmo cuidado dos gestores locais com o ambiente público: recolhimento regular do lixo nas ruas, fiscalização de estabelecimentos como borracharias e limpeza de terrenos abandonados, praças ou cemitérios.

Mobilização nacional contra a dengue - Ministério da Saúde

Em campanha de mobilização nacional contra a dengue, a Secretaria de Vigilância em Saúde - parte integrante do Ministério da Saúde - realizou uma apresentação sobre o mapeamento da dengue no Brasil, no dia 19 de novembro de 2013, com a presença do ex-ministro Alexandre Padilha e de seu ex-secretário Jarbas Barbosa.

Tal exposição deu-se em torno principalmente do Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti*, o LIRAA. A pesquisa que dá forma ao indicador identifica focos de infestação e a dispersão do mosquito em sua forma larvária, apontando regiões de maior risco e orientações para controle e prevenção. Além disso, explicita em que tipos de depósito as larvas foram encontradas, auxiliando no combate à disseminação da doença.

O secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, reforçou a importância de se verificar antecipadamente onde estão os principais focos de infestação, tendo em vista o tempo para ação das instituições públicas. Com base nos dados, o LIRAA orienta quais tipos de ação o gestor local deve adotar. Barbosa afirma que direcionar o olhar somente para o número de casos de dengue não é suficiente, uma vez que tais números apresentam um panorama do passado. O LIRAA é fundamental pois mostra em quais lugares pode haver maior incidência no ano seguinte. Além de mostrar onde estão as maiores incidências dentro do município, o mapa revela qual o depósito predominante.

Participaram da última edição 1315 municípios - 6% a mais que em 2012. Para realizar o LIRAA, cada município brasileiro recebe anualmente do governo federal um incentivo financeiro. O repasse é feito desde 2011, e aqueles que deixam de apresentar os relatórios deixam de receber o recurso. Capitais e municípios de regiões metropolitanas, municípios com mais de 100 mil habitantes e cidades com grande fluxo de turistas e de fronteira são considerados prioritários pelo Ministério da Saúde.

O levantamento é realizado três vezes ao ano, a nível municipal, estadual e federal. Saber como está o índice de infestação predial do mosquito - relação do número de imóveis positivos para a larva do mosquito pelo número de imóveis pesquisados - é de extrema importância para elaborar planos de ação contra a doença. O realizar da pesquisa acontece a partir da divisão do município em grupos de 9 mil a 12 mil imóveis de características comuns. Em cada um dos estratos são pesquisados 450 imóveis. Os que possuem índices de infestação predial inferiores a 1% estão em condições satisfatórias; de 1% a 3,9% estão em situação de alerta; e os que apresentarem nível superior a 4% são considerados em situação de risco de surto.

LIRAA 2013 - Situação dos municípios brasileiros

Aproximadamente 1 milhão e 477 mil casos de suspeita de dengue foram registrados no ano passado, o que representa um aumento de 54,6% em relação a 2010.

A região Sudeste concentra o maior número de casos: 63,4%. Vale ressaltar que a área concentra a maior população do país, com aproximadamente 85 milhões de habitantes segundo o IBGE. Quatro estados reúnem 68% das notificações: Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás - três na região Sudeste e um logo ao lado, na região Centro-Oeste. Apesar do aumento de suspeitas, o Ministério da Saúde informou que houve redução em 61% dos casos graves, além da diminuição em 30% do número de hospitalizações em relação ao mesmo ano.

No mesmo caminho dos números apresentados, o ex-ministro Alexandre Padilha direcionou sua fala para a redução dos óbitos em comparação aos anos anteriores. Tal resultado, segundo Padilha, seria fruto do esforço do Ministério da Saúde e dos gestores locais em reforçar a assistência médica ao paciente com dengue. Sobre o aumento dos casos de suspeita, o então ministro creditou tal fato a dois fatores: as transições nos governos municipais e a proliferação do vírus tipo 4 da dengue, que, ao ressurgir, aumenta a quantidade de indivíduos suscetíveis. Esse sorotipo afetou bastante a Região Sudeste - principalmente Minas Gerais e Rio de Janeiro -, além de Goiás.

Segundo o ministro, 1315 municípios realizaram o LIRAA e encaminharam seus relatórios ao Ministério da Saúde. Destes, 633 encontram-se em situação satisfatória; 525, em situação de alerta; e 157, em situação de risco. De todas as regiões, a Nordeste é que concentra maior número de municípios em situação de risco: 125. Dentre as capitais brasileiras, 11 estão em situação de alerta, enquanto três configuram situação de risco: Rio Branco (AC), Porto Velho (RO) e Cuiabá (MT). Sete, dentre elas São Paulo, ainda não apresentaram os dados, e seis estão com índices satisfatórios.

Depósitos predominantes com larvas do mosquito da dengue

Nas regiões Norte e Nordeste houve maior índice de contaminação em depósitos de armazenamento de água. Nas regiões Centro-Oeste e Sul, os depósitos predominantes eram em lixo. Na região Sudeste, a maior incidência dava-se em depósitos domiciliares.

José Gomes Temporão, ainda ministro da Saúde em 2009, reafirma a necessidade de que as pessoas tenham consciência sobre a importância do que devem fazer dentro de casa. A informação sobre a existência de três reservatórios principais onde o mosquito se desenvolve deve ser amplamente divulgada não somente pela rede

de saúde, mas também de educação. Dos três reservatórios apontados, o lixo é o principal local de proliferação do mosquito. Em cidades sujas, a probabilidade de se ter criadouros dispersos é muito grande - enquanto municípios limpos são mais protegidos contra a dengue. Em segundo lugar, tendo em vista as várias áreas no Brasil em que ainda não há água de qualidade na torneira da casa das pessoas 24 horas por dia, estoca-se o líquido em recipientes que, se não forem bem vedados, normalmente transformam-se em criadouros. O terceiro reservatório mais comum está no quintal, em pratos de vasos de plantas, em calhas entupidas, em lajes e em pneus, que acumulam água após a chuva.

Estratégias de combate à dengue no biênio 2013-2014

O Ministério da Saúde, junto à Secretaria de Vigilância, aumentou o nível de investimento para o controle da dengue. Em 2013, mais de R\$363 milhões foram repassados aos municípios do país para realização de vigilância, prevenção e controle da doença - crescimento de 110% em relação a 2012. Vale ressaltar aqui o quanto tal montante representa para cada uma das 5565 cidades brasileiras caso todas tenham recebido: aproximadamente R\$65 mil. Em contrapartida, os municípios devem cumprir metas como: assegurar a quantidade adequada de agentes para o controle de endemias, garantir a cobertura das visitas domiciliares por tais agentes e realizar o LIRAA.

O ex-ministro Alexandre Padilha, em sua apresentação, declarou que o Ministério da Saúde tem procurado não esperar o começo dos casos e das transmissões de dengue, que ocorrem principalmente de janeiro a maio, para mobilizar a sociedade civil e o conjunto dos prefeitos e secretários municipais de saúde nas ações de combate à doença.

Além do maior repasse aos municípios, o Ministério organizou a distribuição de insumos contra o mosquito: 100 mil kg de larvicida - para ação em depósitos com água - e 227 mil litros de adulticida - a partir do popular 'carro fumacê', utilizado em casos emergenciais para eliminação do mosquito adulto.

De maneira complementar, mudar a realização do diagnóstico da doença conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde em 2014, capacitar os profissionais de saúde para lidar com os novos procedimentos, revisar o guia de vigilância epidemiológica (dezembro/2013), implementar o novo Sistema Nacional de

Notificações (Sinan), elaborar planos de contingência junto a videoconferências regionais e fortalecer a articulação com as secretarias de saúde tanto estaduais como municipais são medidas estratégicas que evidenciam a importância do controle da dengue na agenda do governo a partir do Ministério da Saúde. A campanha de mobilização nacional contra a dengue também foi amplamente veiculada no verão deste ano em TVs, Rádios, Mídia Impressa, Internet e Redes Sociais.

Atentar para anos de eleição municipal também é uma medida expressamente recomendada pelo Ministério da Saúde. As equipes de transição dos governos municipais devem utilizar os dados do LIRAA para atuar no combate à dengue assim que assumirem. Não afrouxar no controle e evitar a descontinuidade das ações contra a doença são medidas apresentadas como fundamentais.

Experiência pessoal em relação ao diagnóstico de dengue

Após toda a análise anterior, é possível contar uma experiência que despertou reflexão durante os trabalhos.

Em junho deste ano, o relator desta pesquisa foi a um Pronto Socorro com alguns sintomas como náusea, vômitos, mal-estar e dores em todo o corpo. A primeira suspeita da médica em relação aos sinais foi de dengue. Para ter um diagnóstico rápido, ela logo pediu um exame que normalmente não é feito na rede pública, e, em menos de uma hora, foi possível constatar que não havia contaminação pelo *Aedes*. Um fato nisso tudo, entretanto, é interessante. Apesar do plano de saúde cobrir todo o atendimento no Hospital Sírio Libanês, local de atendimento, não houve cobertura em relação ao exame identificador de dengue. Antes de autorizar o exame, o recomendado pela médica foi que o paciente, para ter certeza logo do diagnóstico, não se preocupasse e pagasse, para posteriormente solicitar reembolso ao convênio.

Depois de todo o processo, há o pensamento quanto à rapidez com que descobriram que não havia diagnóstico de dengue. Uma das informações mais lidas em todo o tempo de pesquisa faz referência justamente ao difícil diagnóstico da doença nos hospitais públicos, com indícios amplos de que tal demora resulta em mais mortes. No SUS - e por sinal também em muitos outros hospitais da rede privada - aguarda-se mais para haver confirmação da doença. O custo do exame, como indicou a falta de cobertura por parte do plano de saúde, deve ser alto.

14. A complexidade da articular-se a partir da questão epidemiológica

A dengue e o município de SP

Informações colhidas no site da Prefeitura de São Paulo demonstram que a atual gestão - junto a anteriores - preocupa-se com a possibilidade de eclosão de uma epidemia de dengue no município. Dentre os fatores de preocupação, cita epidemias em outros estados e em municípios próximos, aumento do número de casos importados - não autóctones - e constante intercâmbio de pessoas do município para outras regiões do país. Dessa forma, buscou-se compreender a organização do município frente às situações de epidemia presentes no país. O portal descreve que a Secretaria Municipal de Saúde instituiu uma Comissão Municipal e Comissões Regionais de Prevenção e Controle à dengue e Erradicação do *Aedes aegypti* - com atuações que deveriam ser intersecretariais e interinstitucionais.

O site cita também a criação, pelo Governo Federal, do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* - PEAA, implantado no município de São Paulo após celebração de convênio entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura, ainda em maio de 1998. Com o objetivo de equacionar as ações do Plano no município, os 96 Distritos Administrativos foram divididos em **DA's infestados** pelo *Aedes aegypti* e **DA's não infestados**. De acordo com a Prefeitura, as atividades desenvolvidas nas áreas infestadas são:

- Visita aos imóveis - chamada de ação casa a casa -, com o objetivo de identificar, eliminar quando possível e tratar criadouros em potencial existentes;

- Fornecimento de orientações pertinentes aos moradores sobre as condutas a serem adotadas para a não proliferação do *Aedes aegypti*. A periodicidade para a realização de visitas a cada imóvel é de aproximadamente 3 meses, e esses períodos são denominados "ciclos";

- Identificação de locais - borracharias, cemitérios, etc. - que, por suas características, tornam-se criadouros em potencial para a proliferação do mosquito e os denominados pontos estratégicos - locais visitados quinzenalmente para a avaliação de presença do *Aedes aegypti* com adoção de medidas cabíveis para delimitação e eliminação de foco;

Já nas áreas pertencentes ao extrato de DA's não infestados, são desenvolvidas as seguintes ações:

- Delimitação de foco, com a finalidade de verificar a extensão de uma área infectada e executar as ações inerentes para a sua eliminação;
- Atendimento à notificação da presença de mosquito, para avaliar se é ou não *Aedes aegypti* e adoção das medidas pertinentes;
- Verificação da presença ou não de *Aedes aegypti* na residência e suas áreas periféricas em casos de suspeita e/ou confirmação de dengue, para impedir o risco de disseminação da doença.

A Prefeitura através de sua Secretaria Municipal de Saúde realiza muitas de suas ações preventivas, como já foi observado anteriormente, a partir da CEInfo e da COVISA - Coordenação de Vigilância em Saúde -, que, em 2011, contava com 2,7 mil agentes de zoonoses e 6 mil agentes comunitários de saúde. Novamente, medidas como visitas de casa em casa, tratamentos de pontos estratégicos e imóveis especiais, descentralização dos agentes de prevenção e controle, elaboração de mapa com as áreas com maior risco de transmissão e a criação do Labzoo (Laboratório próprio do Centro de Controle Zoonoses - CCZ) para diagnóstico específico de dengue, com liberação ágil de resultados, parecem ser importantes - mas não completamente suficientes - para um maior controle da doença no município.

Em informe sobre a dengue, de abril/2014, a Prefeitura de São Paulo atenta para a situação epidemiológica da doença na cidade. Até 08/04 havia transmissão de dengue em 81 dos 96 distritos administrativos do município (DAs) - e 48% dos casos autóctones ocorriam especificamente em 5 distritos: Jaguaré, Lapa, Rio Pequeno, Vila Jacuí e Tremembé. É especialmente interessante obter tais dados, uma vez que três desses distritos encontram-se na Zona Oeste do município, em áreas próximas aos também problemáticos municípios da Zona Oeste da Região Metropolitana de SP - Rota dos Bandeirantes. Isso logo será observado um pouco mais à frente, nas páginas seguintes.

Apesar de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde possuírem planos de contingência, em 2013, um mapeamento da doença na cidade já indicava maior preocupação quanto à Zona Oeste.

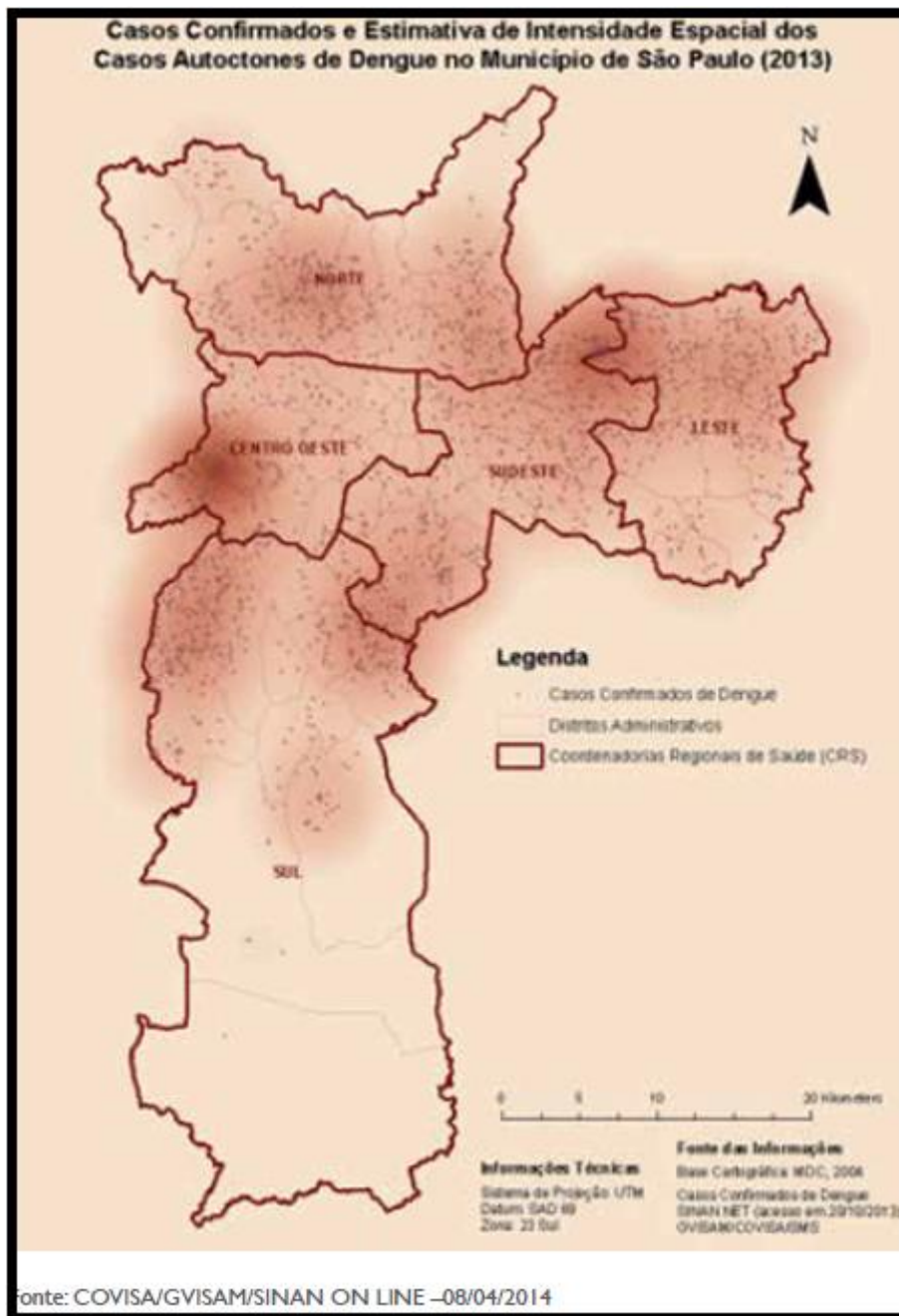


Figura 10: Mapeamento da dengue no município de SP em 2013;

A dengue e o estado de São Paulo

Tendo em vista o recorte previsto neste trabalho e a anterior apresentação do organograma da Secretaria Estadual de Saúde de SP (página 36), é possível destacar a atuação da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) - com seus Centros de Vigilância Sanitária (CVS) e Epidemiológica (CVE) - e da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), além da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). O Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) possui a missão de coordenar e normatizar

o sistema de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo. As atribuições do CVE são basicamente o monitoramento das doenças e agravos à saúde junto a seus fatores condicionantes, também visando implementar ações que permitam o controle de tais questões.

A partir de seminário realizado em sala de aula - para a disciplina Política Pública e Gestão de Serviços em Saúde - sobre os Centros de Vigilância Epidemiológica e a regionalização da Saúde no Estado de SP, foi possível compreender alguns pontos importantes para esta pesquisa.

O CVE atua no estado de São Paulo por meio de 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE). Tais unidades, atuantes em todas as regiões do estado, implementam as ações de controle e de monitoramento das doenças e agravos à saúde. É a partir dessa estrutura que o CVE consegue aproximar-se dos municípios do estado de SP, de forma a ganhar efetividade no monitoramento e no controle das doenças. Subordinados ao CVE, os GVEs atuam de forma muito próxima aos Centros de Vigilância Sanitária (CVS). Há municípios que possuem somente um Centro integrado de Vigilância em Saúde - com união das áreas sanitária e epidemiológica.

Como foi observado anteriormente, todas as unidades de saúde brasileiras possuem o dever de informar a ocorrência de doenças previstas na Lista de Notificações Compulsórias. Somente dessa forma a Coordenadoria e o Centro de Vigilância Epidemiológica conseguem atuar. Entretanto, apesar da mobilização dos GVEs e do CVE, não há hierarquia de tais órgãos em relação aos municípios acompanhados, e tal característica diz respeito ao pacto federativo brasileiro. Assim, cabe aos gestores locais atentar ou não às solicitações das instituições de representação da Saúde do estado de SP. Isso evidencia que uma boa gestão municipal - articulada e interessada na melhoria do controle de doenças junto a outras cidades - é fundamental.

De forma complementar, a SUCEN - Superintendência de Controle de Endemias - também possui o caráter institucional de complementar as ações municipais para o controle de doenças e agravos à saúde. Assim, executa atividades de: avaliação de densidade larvária em municípios e regiões para acompanhar a sazonalidade, a tendência dos níveis de infestação e os recipientes positivos predominantes; capacitação dos profissionais do controle de vetores; supervisão às atividades

desenvolvidas pelos municípios; ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; repasse de inseticidas para tratamento químico e repasse de equipamento para nebulização. A instituição também realiza pesquisas e atividades necessárias ao avanço científico e tecnológico, cooperando tecnicamente e financeiramente com os municípios. Além disso, as equipes de controle de vetores municipais normalmente estão alocadas no serviço de zoonoses e são capacitadas e supervisionadas pela SUCEN.

Como ainda será observado, os Grupos de Vigilância Epidemiológica e a SUCEN, representantes do governo do estado, possuem importante papel dentro dos Colegiados de Gestão Regional.

Cargo/Função	Carga Horária/horas	Quantidade total
Encarregado 1 - Setor	6	1
Encarregado de equipe	6	15
Encarregado de Manutenção	6	1
Desinsetizador	6	50
Agentes de Endemias FUNASA	6	4
Oficial operacional (motorista)	8	10
Assistente Técnico de Saúde	6	4
Educador de Saúde Pública	6	2
Engenheiro Agrônomo	8	1
Engenheiro Químico Sanitarista	8	1
Enfermeira	6	1
Pesquisador Científico	8	1
Técnico de Apoio a Pesquisa Científica e Tecnológica(TAPCT)	6	2
Biologista	6	1
Oficial a Pesquisa Científica Tecnológica	6	1
Auxiliar de serviços gerais	8	3
Médico Veterinário	8	1
Oficial Administrativo	8	11
Desenhista	8	1
Técnico de Laboratório	6	1
Guarda de Endemias FUNASA	6	5
Microscopista FUNASA	6	1
TOTAL		118

Tabela 05: capacidade instalada da SUCEN para a RMSF; Fonte: Regional 1 -SUCEN;

DRS	RRAS	CGR	GRUPO DE VIGILÂNCIAS		REGIONAL
			EPIDEMIOLÓGICA	SANITÁRIA	SUCEN
1 CAPITAL	1 ABC	ABC	7 ABC	7 ABC	1 RMSP
	2 ALTO TIETÊ	ALTO TIETÊ	8 MOGI DAS CRUZES	8 MOGI DAS CRUZES	
	3 FRANCO DA ROCHA	FRANCO DA ROCHA	9 FRANCO DA ROCHA	9 FRANCO DA ROCHA	
	4 MANANCAIS	MANANCAIS	10 OSASCO	10 OSASCO	
	5 ROTA DOS BANDEIRANTES	ROTA DOS BANDEIRANTES			
	6 SÃO PAULO	SÃO PAULO	1 CAPITAL	1 CAPITAL	

Tabela 06: quadro estrutural da SUCEN, GVEs e GVSs na Região Metropolitana de São Paulo;

Fonte: SUCEN (2012);

O governo de São Paulo, em seu *Plano contra a dengue 2013-2014*, faz algumas recomendações importantes a seus gestores em saúde - que deveriam influenciar diretamente no modo como o estado articula-se aos municípios no combate à dengue. Dentre os incentivos: efetiva participação de representantes estaduais nas reuniões organizadas pelos Colegiados de Gestão Regional de Saúde, garantia de fluxos de informação que garantam as ações de vigilância e controle, planejamento estratégico e integrado entre as áreas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, efetiva orientação técnica e necessidade de integração de esforços no planejamento das ações contra a dengue.

Evolução da dengue na Região Metropolitana de São Paulo

A partir de mapas elaborados e disponibilizados pelo Observatório de Saúde da Região Metropolitana de SP, foi possível compreender melhor a evolução da dengue na área da metrópole paulistana - com destaque para a maior fragilidade de alguns municípios presentes em certas RRAS especificamente (para lembrar a divisão metropolitana por região de saúde, visualizar página 42). Em análise de 2003 a 2011 pode-se verificar quais são as prefeituras mais reincidentes quanto às notificações. Antes, é importante diferenciar a série de 2003 a 2006 e a sequência de 2007 a 2011. Na primeira, os mapas do Observatório identificam somente casos autóctones de dengue - adquiridos dentro do próprio município - por 100 mil habitantes. Na segunda, são identificados casos autóctones, não autóctones, em branco ou indeterminados por 100 mil habitantes.

No ano de 2003, os municípios de Osasco, Carapicuíba, Barueri, Jandira e Itapevi apresentaram de 100 a 200 casos autóctones de dengue para cada 100 mil habitantes. Cotia, Santana do Parnaíba e Guarulhos identificaram entre 20 e 50 casos.

No ano de 2004, Guarulhos, Carapicuíba e Cajamar apresentaram entre 0 e 20 casos autóctones de dengue para cada 100 mil habitantes.

Em 2005, Guarulhos, Osasco, Carapicuíba, Barueri, Jandira e Taboão da Serra constataram entre 0 e 20 casos autóctones de dengue para cada 100 mil habitantes.

Em 2006, Embu das Artes identificou entre 100 e 200 casos autóctones para cada 100 mil. Taboão da Serra, entre 20 e 50. Osasco, Barueri, Carapicuíba, Jandira, Santana do Parnaíba e Itapevi, entre 0 e 20 casos.

Em 2007, Osasco, Barueri, Jandira, Itapevi, Embu e Taboão apresentaram entre 100 e 1000 casos no total, somando notificações de episódios autóctones, não autóctones, em branco na lista de notificações ou indeterminado. Guarulhos, entre 80 e 100 casos.

Em 2008, Itapevi apresentou entre 100 e 1000 casos no total de casos, enquanto Jandira, entre 60 e 80 episódios.

Em 2009, Taboão e Santana do Parnaíba apresentaram entre 20 e 40 eventos ao total.

No ano de 2010, Arujá, Guarulhos e Taboão constataram entre 100 e 1000 casos na totalidade. Enquanto Barueri, Franco da Rocha e São Paulo, entre 60 e 80 ocorrências.

Por fim, em 2011, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba e Francisco Morato apresentaram entre 100 e 1000 episódios ao todo. Osasco, Barueri, Cotia, Embu, Guarulhos e Cajamar, entre 80 e 100 casos.

Dessa forma, em nove anos de análise, seja a partir somente de casos autóctones ou da totalidade de episódios, os quinze municípios que apareceram de maneira mais recorrente quanto ao número de casos de dengue foram: Guarulhos, 6 vezes; Barueri, 6 vezes; Osasco, 5 vezes; Jandira, 5 vezes; Taboão da Serra, 5 vezes; Carapicuíba, 4 vezes; Itapevi, 4 vezes; Santana de Parnaíba, 4 vezes; Embu das Artes, 3

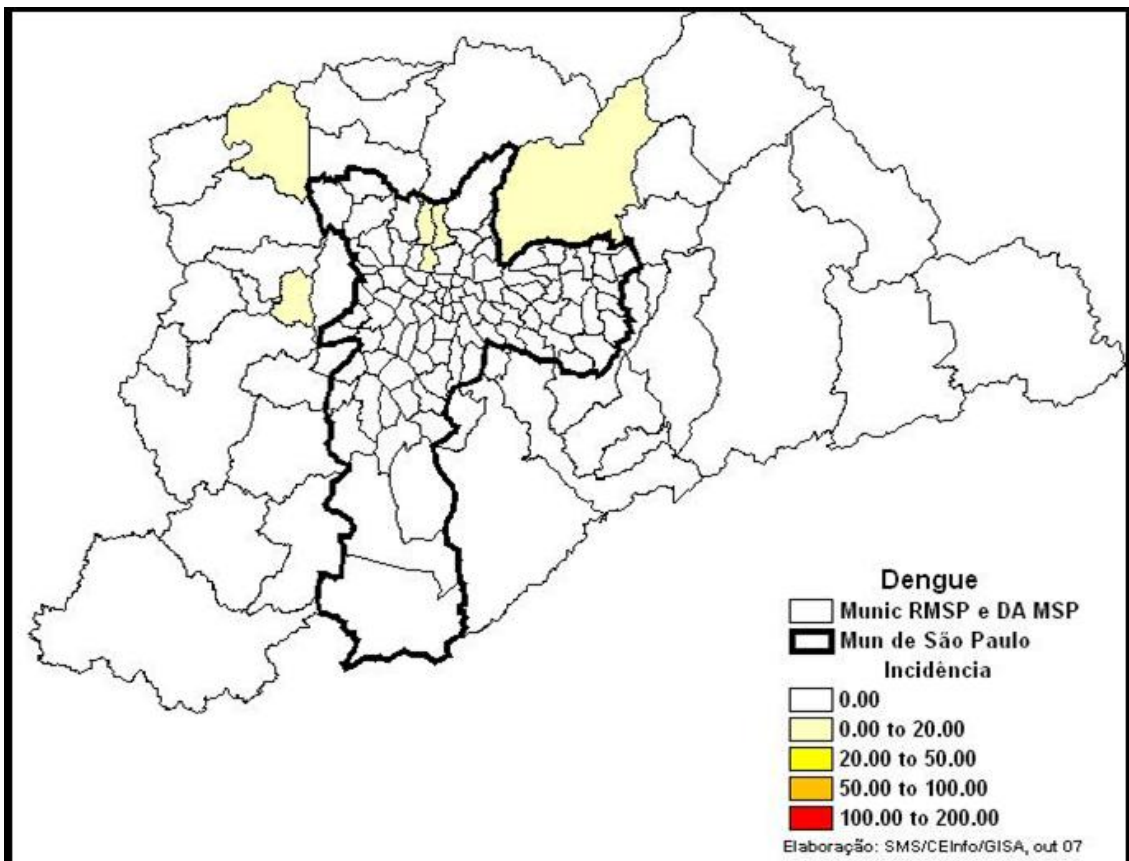
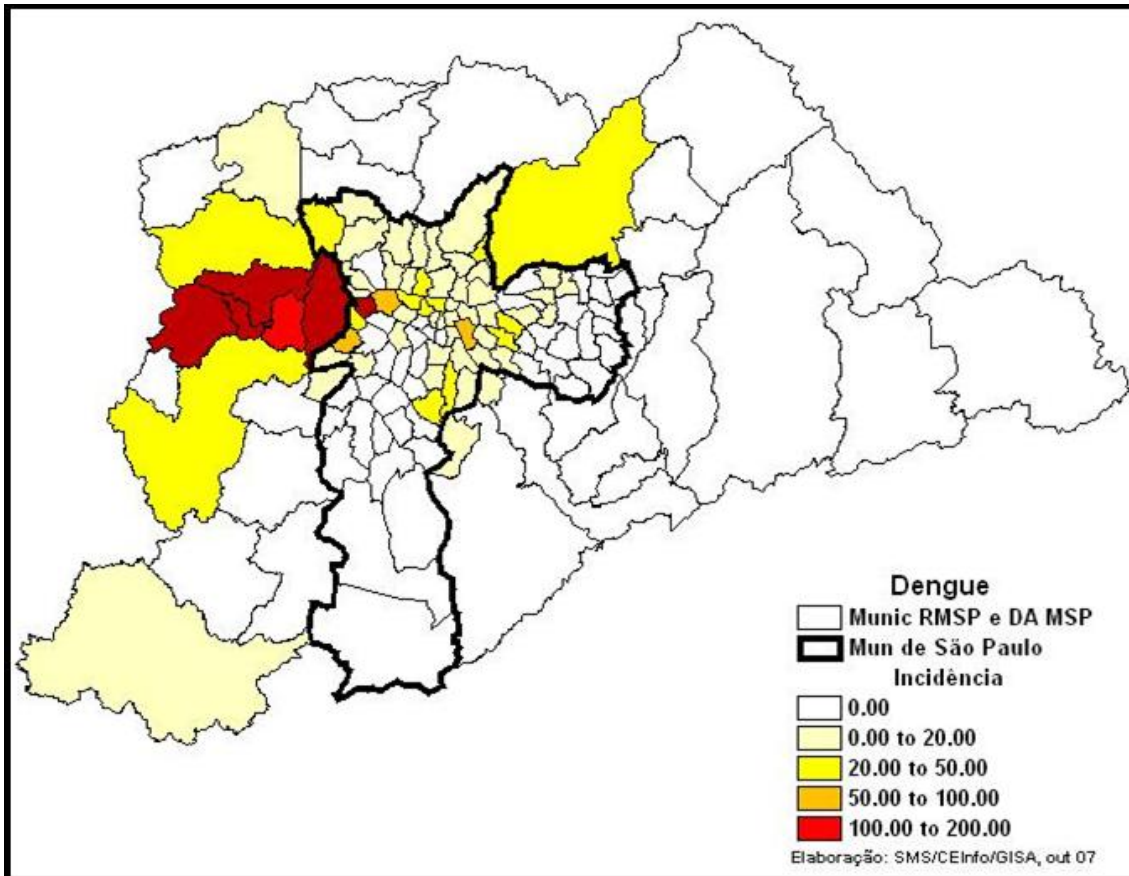
vezes; Cotia, 2 vezes; Cajamar, 2 vezes; Arujá, 1 vez; Franco da Rocha, 1 vez; Pirapora do Bom Jesus, 1 vez; e Francisco Morato, 1 vez. São Paulo, a cidade central, deve ser analisada com maior cuidado, uma vez que muitos de seus grandes distritos administrativos e subprefeituras possuem interface com outros municípios potencialmente vulneráveis. Mesmo assim, como foi observado em mapa (página 56), a Zona Oeste da cidade coincidiu em 2013 com a Região Oeste / Rota dos Bandeirantes quanto à suscetibilidade à dengue.

Como registro que valida a afirmação anterior, as notificações de dengue referentes à Região Oeste / Rota dos Bandeirantes também em 2013 apresentaram 798 casos. O município de Carapicuíba constatou 214 casos e liderou o ranking, seguido por Osasco, com 194, e por Barueri, com 186. Nos demais municípios, a incidência foi menor. Itapevi somou 92 registros, enquanto Jandira registrou 69. Houve ainda 40 registros em Cotia, dois em Santana de Parnaíba e 1 em Pirapora do Bom Jesus. Importante ressaltar que de todos os casos, 661 foram autóctones e 137 importados. Segundo o Grupo de Vigilância Epidemiológica de Osasco, a alta na área foi de 475% sobre 2012, quando o saldo foi de 168 registros.

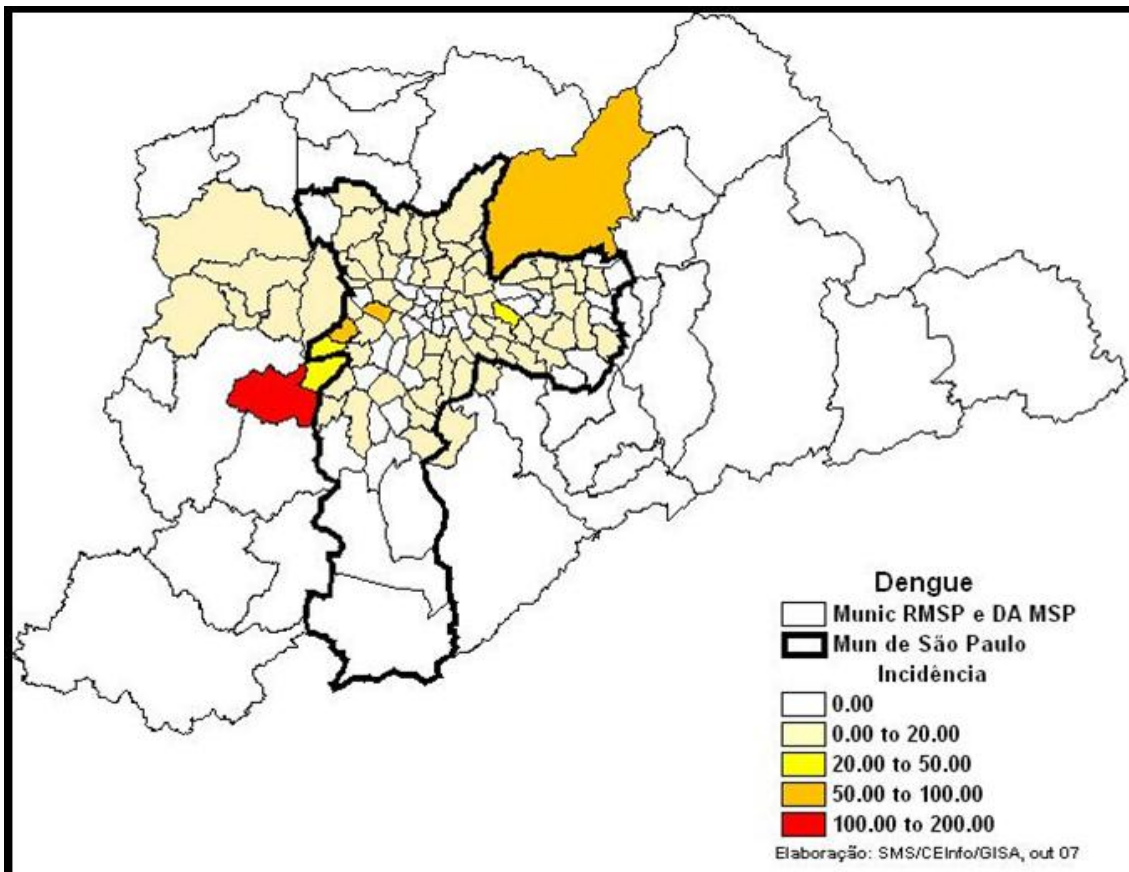
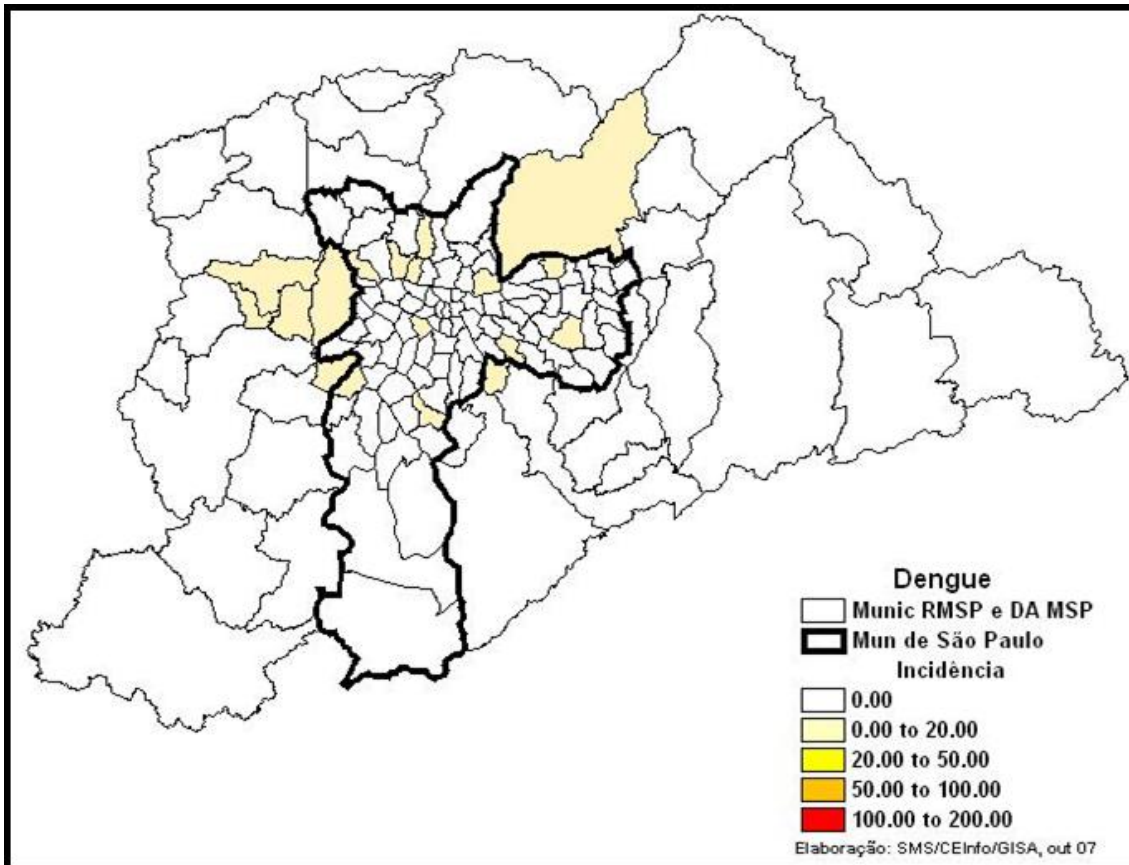
Assim, dos quinze municípios identificados como mais significativos quanto ao número de casos de dengue, 7 estão na Região Oeste / Rota dos Bandeirantes (todos: Barueri, Osasco, Jandira, Pirapora do Bom Jesus, Carapicuíba, Itapevi e Santana de Parnaíba); três, na Sudoeste / Mananciais (Taboão da Serra, Embu e Cotia); três, na Norte / Franco da Rocha (Cajamar, Franco da Rocha e Francisco Morato); e dois, na Leste / Alto do Tietê (Guarulhos e Arujá). Impressiona o fato da região do Grande ABC não possuir nenhum município na lista - uma vez que a área é historicamente associada à exemplar articulação decorrente de seu consórcio.

A distribuição dos eventos manifestou a importância em direcionar um olhar mais atento à Região Oeste / Rota dos Bandeirantes e suas áreas circunvizinhas. Nas páginas a seguir, todos os mapas fornecidos pelo Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo que permitiram a análise anterior podem ser observados.

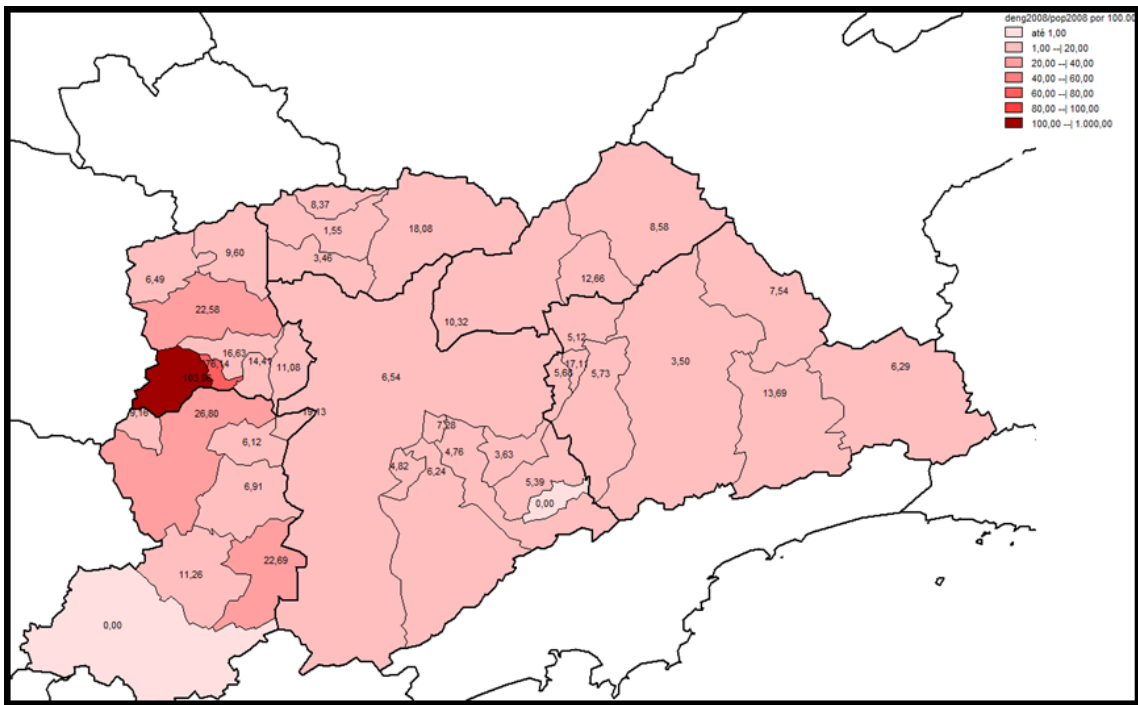
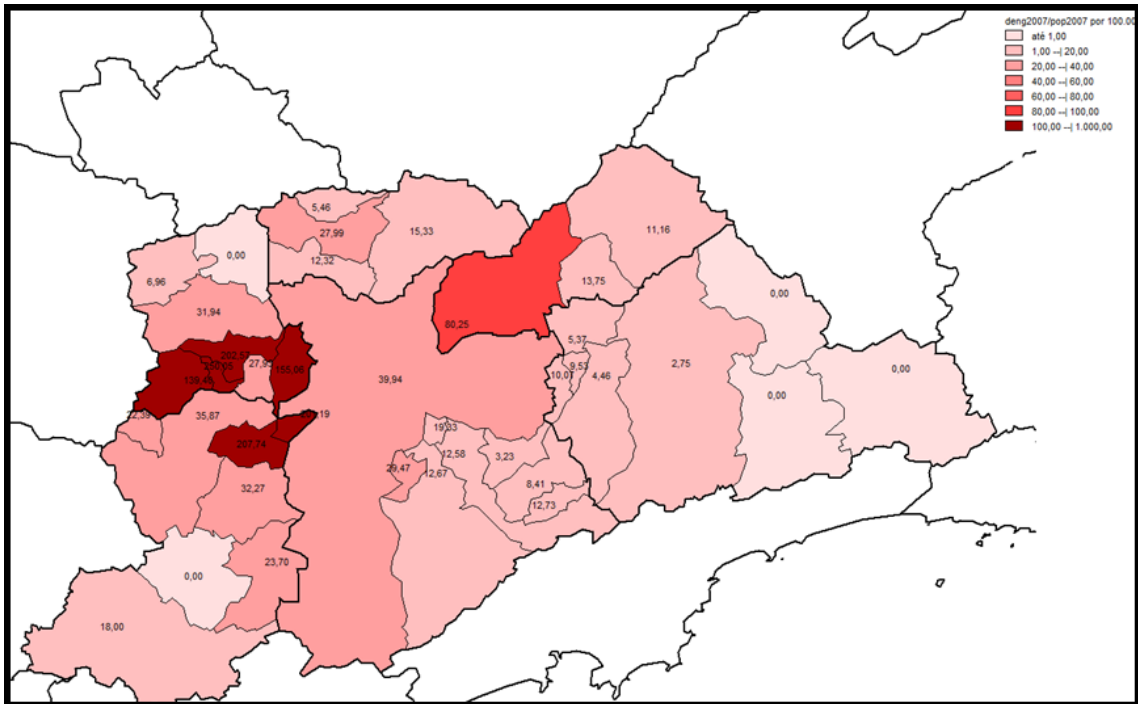
Figuras 11 e 12: Incidência de casos autóctones de dengue por 100 mil habitantes (2003 - 2004)



Figuras 13 e 14: Incidência de casos autóctones de dengue por 100 mil habitantes (2005 - 2006)



Figuras 15 e 16: Incidência de casos de dengue por 100 mil habitantes (2007 - 2008)



Figuras 17 e 18: Incidência de casos de dengue por 100 mil habitantes (2009 - 2010)

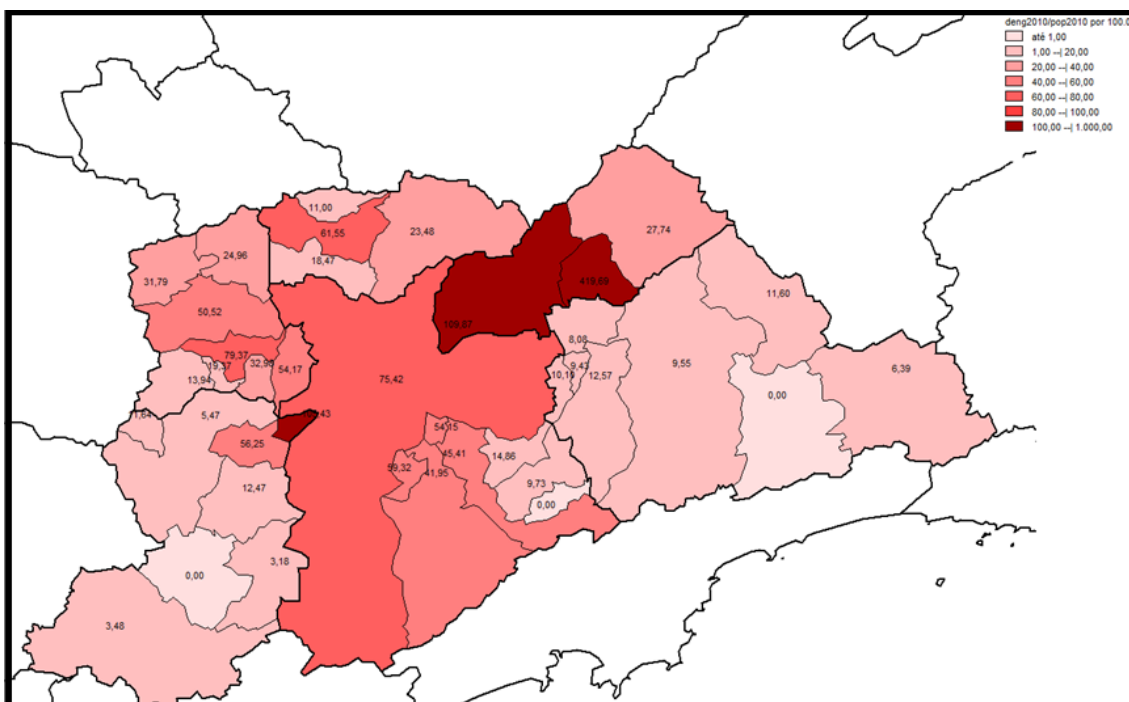
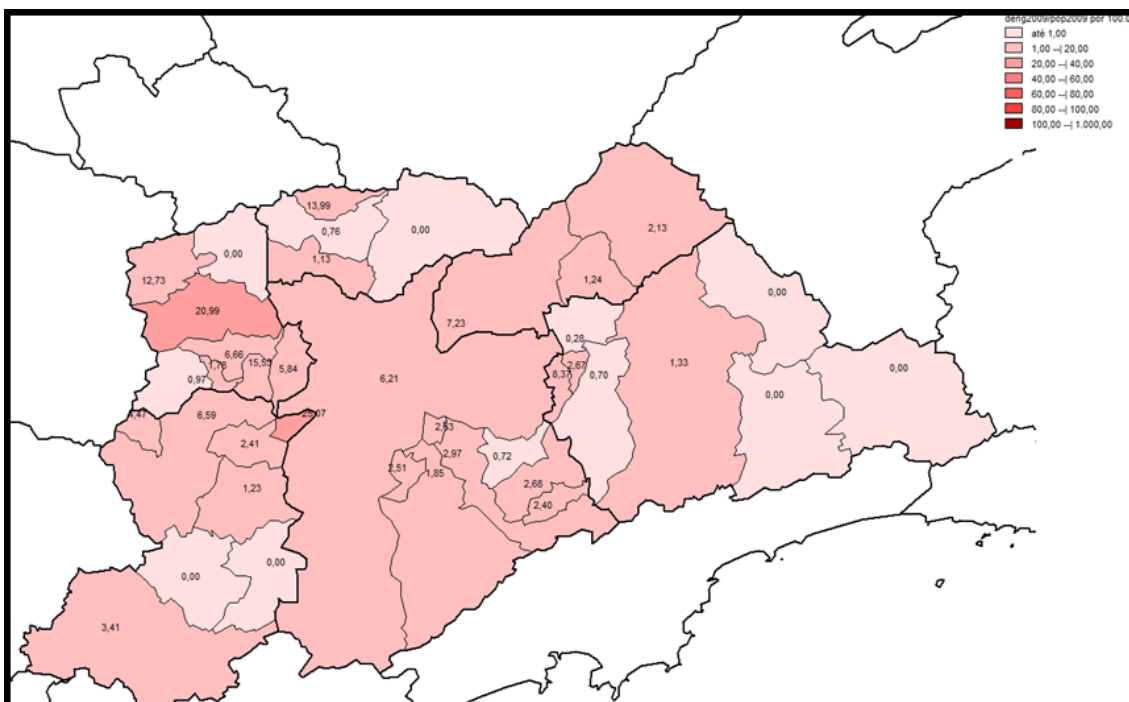
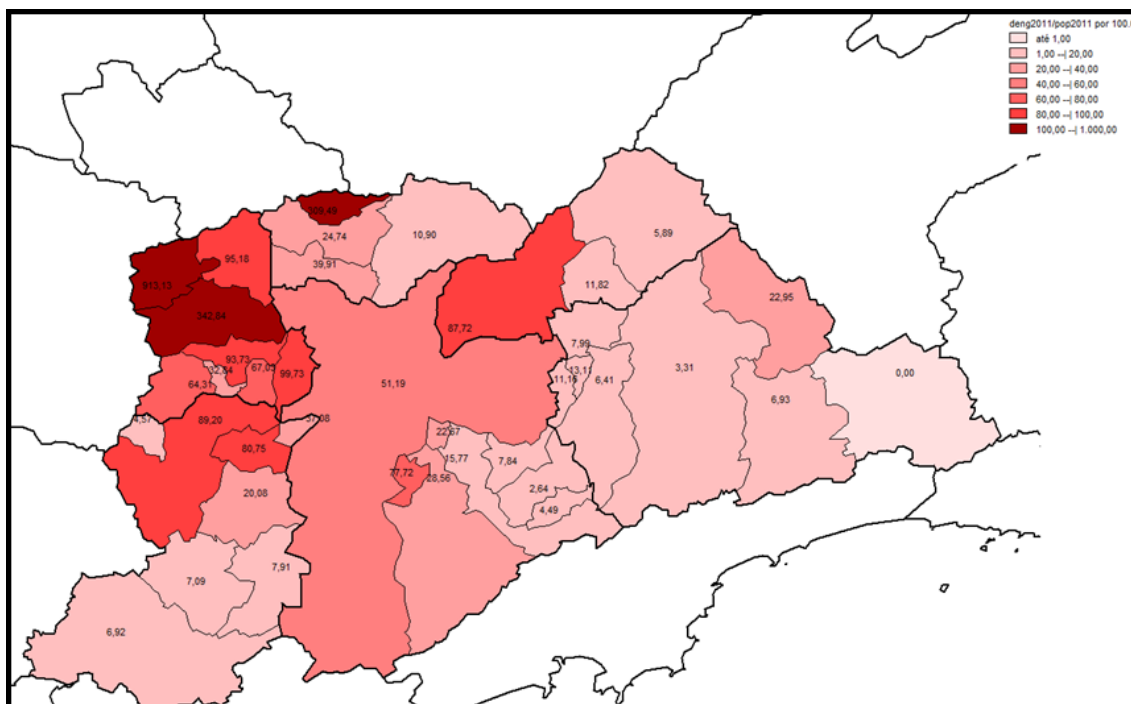


Figura 19: Incidência de casos de dengue por 100 mil habitantes (2011)



Desse modo, tendo em vista a incidência repetitiva de casos de dengue - autóctones e não autóctones - por uma sequência considerável de tempo, a focalização sobre a Região Oeste / Rota dos Bandeirantes em relação ao problema epidemiológico pareceu um direcionamento viável e interessante para a futura discussão sobre as dificuldades de articulação metropolitana tanto no âmbito da saúde como em outras áreas.

Análise das páginas web dos municípios da Região Oeste / Rota dos Bandeirantes

Um dos demais passos escolhidos pelo estudo para tentar compreender como os municípios demonstram preocupação quanto à dengue caminhou em direção aos sites das prefeituras identificadas como mais vulneráveis. Buscou-se analisar as páginas oficiais como documentos de domínio público que dizem respeito ao modo como a gestão municipal atenta para sua própria agenda de problemas, para seu território e para sua população. Dessa forma, a pesquisa atentou para o relato do que pôde ser visto e o que não se viu, tendo em vista a ideia de quantos cliques um cidadão comum precisaria dar para ter acesso a informações importantes relacionadas ao combate e à prevenção da dengue em sua região. Mais à frente também será discutido o consórcio - CIOESTE - criado por estes mesmos municípios durante o ano de 2013. Infelizmente, até a conclusão deste estudo, não havia página oficial referente à iniciativa.

* Município de Barueri - Aproximadamente 240 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

0. O portal da Prefeitura de Barueri, em meio a notícias diversas, não possuía informações relacionadas à dengue em sua página inicial.

1. Ao acessar o link da Secretaria de Saúde, informações sobre H1N1 e HIV. Na barra lateral: uma guia sobre combate à dengue.

2. Disposição de informações resumidas sobre sintomas e combate ao mosquito dentro de casa. Falta de instruções quanto à rede de atenção à saúde em caso de suspeita da doença.

3. Na área de atendimento da Secretaria: visualização de link referente ao Departamento Técnico de Vigilância Epidemiológica.

4. Área do Centro de Prevenção e Combate à dengue: horários de atendimento, telefones e endereços. Falta de informações quanto aos equipamentos de saúde municipais.

5. Na área de busca por notícias do site, uma referente à dengue na primeira página: *Barueri intensifica combate à dengue com ajuda do Exército*, sobre soldados que sairiam às ruas juntamente com agentes da saúde, tendo em vista a dificuldade de entrarem em condomínios fechados. Distribuição de notificações da Secretaria de Saúde aos síndicos e proprietários.

6. Na página da notícia, informações sobre a realização de palestras sobre dengue. Interessados precisariam somente pedir mais detalhes via e-mail.

7. Disque dengue: notificações, reclamações e outros serviços.

* Município de Osasco - Aproximadamente 690 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

0. Nenhuma referência à dengue encontrada na página principal.

1. No portal da Secretaria de Saúde: um destaque para ações de combate e prevenção à doença, referente ao dia 15/04.

2. Ainda no site da Secretaria de Saúde, um link para o Centro de Controle de Zoonoses.

3. Na página do Centro de Controle de Zoonoses: informações gerais e até bem detalhadas sobre a dengue. Ainda, notícias relacionadas a mutirões desempenhados em bairros prioritários.

4. Visualização de interessante destaque referente à Câmara Técnica de Saúde do novo Consórcio Intermunicipal do Oeste - CIOESTE.

5. Amplo portal com guia de serviços diversos. Encontrados endereços e informações relacionados a equipamentos da rede de atenção à saúde municipal. Ausência de mapas, pouca navegabilidade.

* Município de Jandira - Aproximadamente 108 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

0. Pela primeira vez na página principal, ao fim do site, uma chamada na área de *Campanhas: '10 minutos contra a dengue'*.

1. A campanha tratava de uma iniciativa educacional sobre como manter-se protegido do mosquito. Elaboração simples. Publicação em 6 de fevereiro.

2. Nas duas primeiras páginas de busca por notícias relacionadas à cidade: nada sobre a dengue.

3. No final da página da Secretaria de Saúde: Vigilância Epidemiológica e Zoonoses.

4. Endereços e telefones dos órgãos relacionados e nada sobre a doença especificamente. Ausência de informações quanto à rede de atenção à saúde disponível.

* Município de Carapicuíba - Aproximadamente 373 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

0. Na página principal do site: amplo destaque para palestras relacionadas ao combate à dengue.

1. Chamada visual com telefone de contato municipal exclusivo para o assunto da dengue. Disponibilização de e-mail também exclusivo para tratar da questão.

2. Na página sobre as palestras: cronograma de ações quanto à prevenção e ao combate.

3. No site da Secretaria de Saúde, destaque: *15 dicas contra a dengue*. Indicação de telefone para contato.

4. Mecanismo de busca eficiente, direcionando os links disponíveis sobre dengue.

5. Central de serviços municipais: área de saúde cedendo o endereço de seus equipamentos. Lista com horários e dias de funcionamento, telefones e características de atendimento. Sem mapas.

* Município de Itapevi - Aproximadamente 200 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

1. Nenhuma informação na página principal. Site pouco elaborado.
2. Link para a Secretaria de Saúde.
3. Pequeno espaço destinado à informação: *o perigo da água parada em vasos e pneus*.
4. Duas notícias simples na página de busca datadas do final de abril e começo de janeiro.

* Município de Santana de Parnaíba - Aproximadamente 108 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

1. Enorme destaque já na página inicial: *em caso de qualquer um dos sintomas exemplificados, procurar um médico ou um posto de saúde*.
2. Vídeo de campanha contra a dengue também na página principal.
3. Entretanto, site não possui link para a Secretaria de Saúde. Completa ausência de endereços e informações quanto aos equipamentos da rede de atenção à saúde.

* Município de Pirapora do Bom Jesus - Aproximadamente 15 mil habitantes (Censo/IBGE-2010)

1. A página principal apresentou somente um link direcionado à área de Vigilância Epidemiológica. Disponibilização de telefone e endereço do órgão.
2. Site da Secretaria de Saúde indisponível. Problemas no link.

Breves considerações sobre a análise

Após navegar nas sete páginas oficiais referentes às prefeituras, torna-se clara a ausência de mecanismos relacionados à tecnologia da informação e comunicação (TIC) no que diz respeito ao mapeamento de serviços - em alguns casos, há listas com maiores informações quanto a áreas diversas, não somente saúde, em outros, não há sequer a relação de aparelhos ofertados ou a própria página referente à Secretaria de Saúde

municipal. Tal conjuntura lembrou a realização do projeto *Cidades Invisíveis*, em que a coleta de dados e informações sobre os diversos serviços disponibilizados pelo município de São Paulo para georreferenciamento foi extremamente dificultosa. Hoje, felizmente, a situação do portal da prefeitura paulistana mudou para melhor. Fazer a identificação dos equipamentos públicos de uma área é etapa essencial para compreendê-la.

Somente um destaque ao recém criado Consórcio Intermunicipal do Oeste / CIOESTE também chamou atenção - apesar desta única referência dizer respeito justamente a uma Câmara Técnica de Saúde. A disponibilização de canais exclusivos para diálogo sobre o assunto - tanto telefones como e-mails - foi vista com bons olhos. É fundamental que as informações de prevenção e combate venham, como houve em alguns casos, junto a canais que permitam maior proximidade do poder público em relação aos cidadãos.

Entretanto, tendo em vista o debate que se construiu ao longo dos últimos anos em torno de governo eletrônico - e-gov -, tanto no Brasil como internacionalmente, o que se vê relacionado à tecnologia da informação e comunicação nos municípios da Rota dos Bandeirantes parece muito pouco. Os dados públicos são ferramenta fundamental para a transformação de governos - e o aumento das demandas dos cidadãos em relação ao acesso a informações, transparência e participação encontra-se na discussão sobre dados e governos mais abertos. Apesar de a maioria das organizações governamentais possuir como fator comum a abundância de dados, na maioria dos casos, as agências fecham-se em seus próprios sistemas e estruturas organizacionais, não permitindo diálogo entre diferentes setores. Tais estruturas, para atender de modo eficiente e dinâmico às expectativas da sociedade, precisam mudar tal lógica de simples acúmulo de dados, pensando em extrair informações úteis tanto para suas agências como para a sociedade - isso permite o desenvolvimento de um governo mais inteligente e atento às demandas de seus cidadãos.

15. A dengue nas atas dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs)

Como observado anteriormente - a partir da lógica organizacional da saúde no estado de SP e de estudo realizado por Escrivão, Kishima e Zanatta (2014) -, os Colegiados de Gestão Regional são importantes instâncias representativas do diálogo regional conquistado pela área da saúde. Tendo em vista tal característica, a pesquisa

procurou ter acesso às atas das reuniões realizadas pelos Colegiados da RMSP. O decorrer da pesquisa levou à obtenção de documentos referentes a três CGRs da área metropolitana: Alto Tietê - Região Leste, Mananciais - Região Sudoeste e Rota dos Bandeirantes - Região Oeste. Todos relacionados ao ano 2012. A análise das atas teve como objetivo compreender como a dengue apareceu durante tal período nas discussões entre os municípios constituintes dos CGRs. Importante salientar que a análise, tendo em vista a natureza do documento observado, depende da condição do texto descritivo apresentado pelos relatores.

Reuniões ordinárias do Colegiado de Gestão Regional do Alto Tietê e Guarulhos

Em um total de onze reuniões ordinárias realizadas pelo CGR entre março e dezembro, mensalmente, a dengue apareceu como assunto em nove oportunidades. Entretanto, nunca apresentou-se na fala dos representantes municipais. Somente de forma sistemática, através dos informes da SUCEN - Superintendência de Controle de Endemias -, um dos órgãos representantes da Secretaria de Saúde do governo do estado de SP no colegiado:

- Março/2012. Representante da SUCEN informou a realização da Semana de mobilização contra a dengue, com atividades a serem divulgadas pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado. Deu ênfase também à ocorrência de três casos autóctones de dengue na Região Metropolitana.
- Abril/2012. Informe da SUCEN sobre a menor transmissão de dengue no ano de 2012.
- Maio/2012. A superintendência de Controle de Endemias avisou que dos 39 municípios da RMSP, 16 apresentaram notificação de casos de dengue Tipo 4. Citou, entre estes, alguns municípios do Colegiado.
- Junho/2012. Em novo informe sobre o número de ocorrências da doença na Região Metropolitana, dos 39 municípios, 23 registraram casos de dengue. Constatou-se que na RRAS do Alto Tietê os casos ocorreram em Guarulhos, Itaquaquetuba e Santa Isabel. Aviso de que, como Guarulhos era considerado município prioritário pelo Ministério da Saúde, este participaria do Plano de Contingência organizado pelo governo federal.
- Julho/2012. A SUCEN informou ao Colegiado quanto à realização de uma atividade avaliatória das ações de combate à dengue executadas no 1º semestre/2012, para

projeção das atividades do período seguinte. Tal processo contaria com a participação das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica do estado de SP. Também houve a informação de ocorrência de dengue Tipo 4 no município de Santos.

- Setembro/2012. A SUCEN apresentou o relatório de avaliação das atividades de vigilância e controle da dengue nos municípios do CGR. As informações presentes no relatório diziam respeito às cidades com infestação por *Aedes aegypti*, à avaliação das densidades larvárias - Índice de Breteau -, à composição das equipes municipais de prevenção à dengue e aos pontos estratégicos de cobertura contra a doença.

- Outubro/2012. A superintendência lembrou que na apresentação do relatório feita ao CGR, os números demonstraram a redução da infestação de dengue, principalmente em função de um período de seca. Informou também sobre o Plano de Intensificação das Ações contra a dengue, de acordo com o Ministério da Saúde. Houve a recomendação de que a eliminação dos criadouros pode ser alcançada através de mutirões.

- Novembro/2012. O órgão estadual informou a realização da Semana de mobilização contra a dengue. Entregou aos secretários municipais documentos contendo sugestões de ações para um plano de intensificação na Região Metropolitana da Grande São Paulo.

- Dezembro/2012. Mais informações sobre a realização da Semana de mobilização contra dengue em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. Aviso de que o índice de infestação na RRAS do CGR ficou em nível recomendado. Recomendação para que as ações de combate à dengue, realizadas nos meses de outubro e novembro, se estendessem até o Carnaval, principalmente em função da chegada das chuvas.

Reuniões ordinárias do Colegiado de Gestão Regional dos Mananciais

Em um total de nove reuniões ordinárias realizadas pelo CGR entre março e novembro - não houve acesso às atas de janeiro, fevereiro e dezembro -, a dengue apareceu como assunto em três oportunidades. Novamente, apresentou-se na fala dos representantes da Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN:

- Abril/2012. A SUCEN informou sobre a situação da dengue na região.

- Junho/2012. O órgão informou o agendamento de uma reunião com os representantes municipais para discutir os processos de prevenção à dengue. Atentou para a necessidade de trabalhos educativos junto à sociedade.

- Agosto/2012. A superintendência fez alguns comentários sobre a reunião com todos os municípios do Colegiado em relação ao combate à dengue - neste ponto, importante registrar, a ata não especifica o que foi comentado.

Reuniões ordinárias do Colegiado de Gestão Regional da Rota dos Bandeirantes

No total de dez reuniões ordinárias mensais realizadas pelo CGR entre fevereiro e novembro - não foi possível acessar as atas de janeiro e dezembro -, a dengue apareceu como assunto nove vezes. Igualmente aos outros dois colegiados observados, o tema surgiu novamente na fala de representantes da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). Entretanto, desta vez nos documentos também foram identificados os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVEs), que, como já apresentado anteriormente, estão ligados ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria Estadual de Saúde de SP. A seguir, os momentos em que a dengue foi citada:

- Fevereiro/2012. Houve a informação de um GVE quanto ao quadro epidemiológico da dengue na região. Solicitação de pauta para a próxima reunião do CGR: avaliação das ações e atividades realizadas na Rota dos Bandeirantes para o controle da dengue.

- Março/2012. Avaliação das atividades e ações realizadas contra a dengue, por parte da SUCEN.

- Abril/2012. Informe de um GVE quanto à capacitação educacional sobre dengue por ensino à distância. SUCEN noticiou o aumento dos casos de dengue na região.

- Maio/2012. A superintendência informou a realização de reunião com os municípios da região com o intuito de monitorar a dengue e avaliar o primeiro semestre do ano. Entrega de planilha com dados informativos sobre a situação de cada município.

- Junho/2012. Distribuição de planilhas por parte de um GVE com informações sobre os casos de dengue na região.

- Julho/2012. A SUCEN apresentou avaliação das atividades de vigilância e controle da dengue. Aviso sobre a necessidade de plano de intensificação para a Região Metropolitana.

- Setembro/2012. Informação da SUCEN sobre agendamento de reunião que visava um plano de intensificação para a Região Metropolitana de SP.

- Outubro/2012. A superintendência estadual informou que no plano de intensificação de combate à dengue elaborado para quatorze municípios da Região Metropolitana, sete eram da Rota dos Bandeirantes - ou seja, todos.

- Novembro/2012. A SUCEN informou sobre a realização da Semana de mobilização contra a dengue. Municípios deveriam encaminhar à superintendência quais ações ocorreriam durante a Semana. Além disso, aviso de que houve uma reunião entre a superintendência e os treze municípios com maior índice de infestação da Região Metropolitana - à época, Jandira era a única cidade da Rota dos Bandeirantes na lista. Notícia de que havia preocupação com o município de Pirapora do Bom Jesus devido às condições apresentadas pela cidade em última visita. Uma vez por semana técnicos da SUCEN estariam indo a Pirapora para intensificação das ações de combate e controle da dengue. Grupo de Vigilância Epidemiológica distribuiu informe sobre a dengue.

Considerações sobre as atas das reuniões dos Colegiados de Gestão Regional

Alguns pontos durante a análise das atas dos CGRs chamaram atenção. O caráter informativo da SUCEN e posteriormente dos GVEs na busca pela articulação entre estado e municípios da região metropolitana foi de imediato uma surpresa. Tornase clara também, na fala dos atores indicados, a participação de todos os entes federados - Municípios, Estados e União - no combate à dengue. Pôde-se observar citações quanto a planos tanto federais como estaduais em cooperação com os municípios.

Entretanto, além dessa tentativa de cooperação vertical, esperava-se a cooperação horizontal, entre os próprios municípios, na busca pelo combate à dengue. Neste sentido, muito questionou-se a ausência completa de fala própria das cidades em relação à doença. Talvez, por já estar institucionalizado que, sistematicamente, serão os órgãos estaduais os responsáveis por abordar o tema junto a todos os municípios presentes. Aqui, foi possível lembrar dos questionamentos relacionados ao papel dos estados no pacto federativo. Nas atas dos Colegiados de Gestão Regional, muito em

decorrência do processo histórico de descentralização na saúde, o governo do estado de SP - através da SUCEN e do CVE - demonstra estar presente. Apesar disso, como foi observado em páginas anteriores, há incentivos para a ação dos municípios, mas não há garantia de ação. É necessário ressaltar também que muitas das informações vistas nas atas já eram naturais a este relatório de pesquisa, uma vez que a organização da saúde e da epidemiologia foi amplamente considerada.

Ademais, os colegiados tratam de uma área específica. Como foi exaustivamente visto, a dengue é uma doença complexa, de múltiplas causas. Demanda ações multidisciplinares, entre vários setores da administração pública, não bastando somente a articulação de uma pasta.

Em estudo sobre os CGRs, Escrivão, Kishima e Zanatta (2014) ajudam a compreender mais alguns pontos. Observam que, apesar de haver participação dos colegiados na decisão de alguns temas para as regiões de saúde, a instância ainda apresenta pouca governabilidade quanto à definição de políticas de saúde para uma área interjurisdicional em parceria com os governos federal e estadual. Ainda, os autores comentam que há participação mais tímida de municípios com menor porte - o que seria esperado, por exemplo, no CGR Rota dos Bandeirantes, com a cidade de Pirapora do Bom Jesus, detentora de aproximadamente 15 mil habitantes.

Dessa forma, apesar do pouco poder decisório, não é possível deixar de considerar os CGRs como uma importante instância de diálogo intermunicipal e metropolitano. Tal exemplo de articulação em busca do desenvolvimento e de relações intergovernamentais no âmbito da saúde é fundamental para a apreciação de outras áreas da administração pública. A cooperação regional deve ser indispensável para a discussão de assuntos caros à sociedade, como a epidemiologia. No caso, a união dos municípios em torno da gestão da saúde torna-os mais fortes perante os outros entes federativos.

16. Os consórcios intermunicipais da RMSP

Como já foi visto, os consórcios representam arranjos cooperativos muito interessantes em direção à busca por uma articulação metropolitana horizontal e eficiente. Mapear quais são as experiências presentes na Região Metropolitana de São Paulo torna-se portanto questão importante para esta pesquisa.

Atualmente, são cinco os consórcios inteiramente pertencentes à Região Metropolitana de São Paulo - há municípios integrantes da região que também são consorciados a outras cidades de fora. Das 39 prefeituras constituintes da área metropolitana, 38 estão incluídas em alguma experiência consorciativa. Somente um município não encontra-se em tal tipo de arranjo: São Paulo.

O recorte dos cinco consórcios intermunicipais da metrópole já possui delimitações conhecidas. As fronteiras que dizem respeito a todos são exatamente iguais às divisões das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), assim como são semelhantes à organização estabelecida em lei para o que se considera hoje cada uma das cinco (sub)regiões metropolitanas. A seguir, é possível verificar os cinco consórcios intermunicipais, associados às suas respectivas regiões de saúde (RRAS) e (sub)regiões metropolitanas:

- Consórcio Intermunicipal da Bacia do Juqueri (CIMBAJU) = RRAS Franco da Rocha = (Sub)região Norte;
- Consórcio de Desenvolvimento dos Municípios do Alto Tietê (CONDEMAT) = RRAS Alto Tietê = (Sub)região Leste;
- Consórcio Intermunicipal do Oeste (CIOESTE) = RRAS Rota dos Bandeirantes = (Sub)região Oeste;
- Consórcio Intermunicipal Grande ABC = RRAS do Grande ABC = (Sub)região Sudeste;
- Consórcio Intermunicipal da Região Sudoeste (CONISUD) = RRAS Mananciais = (Sub)região Sudoeste;

A descoberta da semelhança entre os recortes foi uma constatação instigante para o desenvolver da iniciação científica. A sobreposição das divisões políticas - estabelecidas por lei em 2011 - em relação às redes regionais de atenção à saúde (RRAS) não era esperada. Menos ainda uma justaposição tripla: com todos os consórcios sobrepondo-se igualmente às outras duas abordagens. Na próxima página, um mapa de tais arranjos intermunicipais foi disponibilizado:

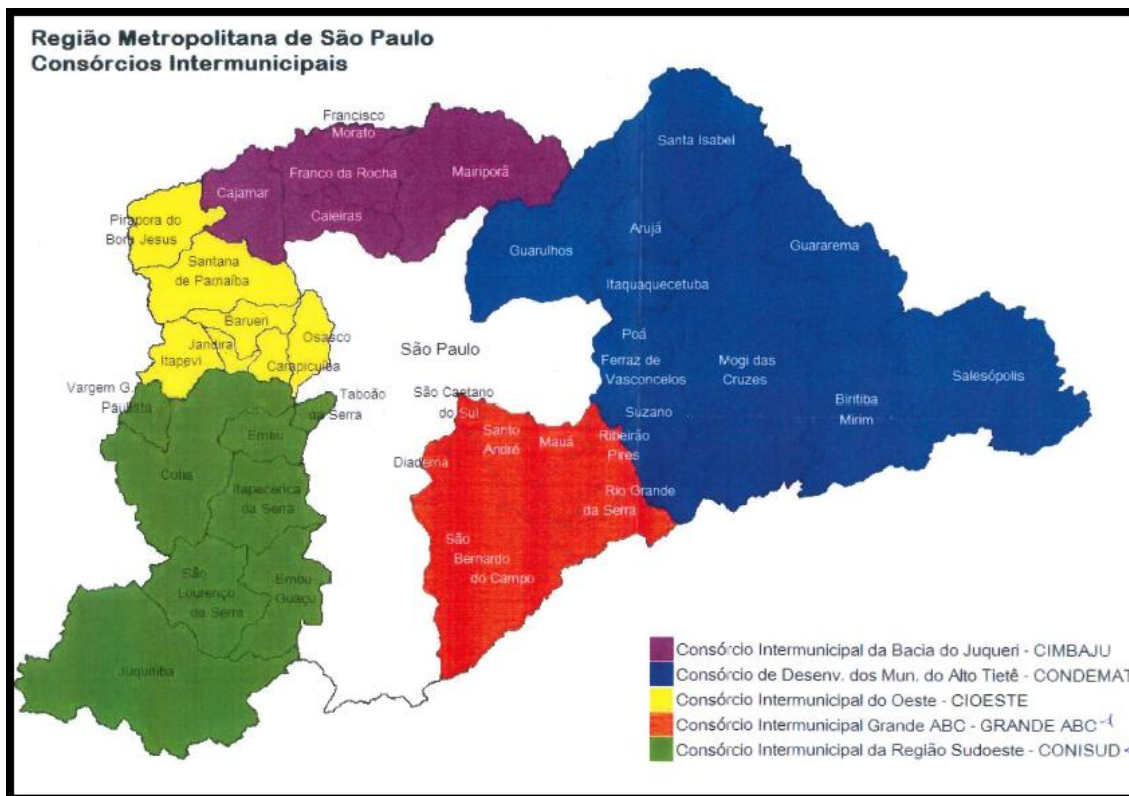


Figura 20: Os consórcios intermunicipais da RMSP; Fonte: Secretaria de Relações Internacionais e Assuntos Federativos (2014);

O debate em relação aos consórcios aparecerá ainda mais à frente no relatório. Entretanto, já é possível adiantar algumas questões relativas especificamente ao Consórcio Intermunicipal do Oeste (CIOESTE) - considerado mais importante para a pesquisa devido à discussão colocada sobre a epidemiologia e a dengue. A instituição não possui página web oficial, mas algumas informações interessantes puderam ser colhidas em portais de jornais locais. Como comparação, os consórcios CONISUD, CONDEMAT e Grande ABC já disponibilizam seus sites oficiais na rede. Vale registrar que este último destaca-se quanto à organização de informações institucionais e de agenda - muito em decorrência de sua importância histórica e pioneirismo no debate sobre articulação metropolitana.

O CIOESTE foi criado em maio de 2013, tendo como objetivo a busca por cooperação entre municípios para elaboração de políticas públicas que levem em consideração demandas regionais. Até janeiro de 2014, a mobilidade urbana apareceu como principal pauta discutida entre os prefeitos das oito cidades. Já em junho de 2013 - como resposta às manifestações populares - o consórcio decidiu pela redução e unificação das tarifas dos ônibus municipais de cada cidade representante. Além de

reuniões entre prefeitos, há o incentivo por encontros entre técnicos municipais que discutam pautas específicas - para posterior aprovação ou não em um colegiado dos líderes do poder executivo municipal.

No que diz respeito à saúde, em maio deste ano o consórcio reuniu-se com o ministro Arthur Chioro, para dialogar sobre possíveis parcerias entre municípios e governo federal. Nesta discussão pensou-se mais efetivamente a Câmara Temática de Saúde do consórcio, de forma a melhor organizar as demandas relacionadas à área. No caso, seria a aparição de mais uma interessante instância de discussão sobre o tema.

Em seguida, no mês de junho houve a definição de um seminário sobre saúde pública a ser realizado ainda em agosto. O marco das apresentações de tal evento seria a disponibilização de um mapa atualizado das redes municipais de saúde dos oito municípios consorciados. Além da apresentação do panorama regional - com volume de investimentos e atendimentos, número de unidades de atendimento e profissionais - o consórcio debateria experiências de sucesso de gestão compartilhada na área da saúde, com a presença do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel-CE (CPSRCAS), do Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde - MG e do consórcio intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). Estabelecer a conexão das políticas de saúde na região é medida essencial para o atendimento integral e efetivo dos cerca de dois milhões de habitantes da área intermunicipal estudada. Tais iniciativas tornam o olhar sobre as experiências de consórcio ainda mais convidativo. Esta alternativa condizente à busca por uma articulação metropolitana mais efetiva é reiteradamente lembrada por pesquisadores e gestores da área pública.

17. Análise a partir de diálogos estabelecidos em campo

A articulação entre os municípios da Região Metropolitana e as experiências de consórcio

Mário Reali, assessor especial de assuntos federativos na Secretaria Municipal de Relações Internacionais e Federativas de São Paulo (SMRIF), foi prefeito de Diadema e também atuou como presidente do Consórcio Intermunicipal do ABC. Em debate sobre o Plano Diretor Estratégico e a Região Metropolitana, realizado pela Associação Casa da Cidade, junto a outros importantes atores que poderiam falar sobre o tema com propriedade - Nabil Bonduki, Eduardo Marques e Carlos Neder -, pôde-se

obter um contato mais próximo para posterior realização de entrevista na sede da Prefeitura do município de São Paulo.

Algumas questões importantes que surgiram ao longo da pesquisa puderam ser melhor compreendidas a partir do diálogo estabelecido com Reali: as dificuldades quanto à articulação efetiva entre as próprias secretarias do município, as subprefeituras e as cidades da Região Metropolitana; o papel do estado de São Paulo como ator essencial para a discussão do tema e sua relação com a área - tendo em vista a Secretaria de Desenvolvimento Metropolitano, criada pela atual gestão em 2011 e posteriormente desintegrada; a dificuldade em lidar com as disparidades de força local; o relacionamento da Secretaria de Assuntos Federativos com a Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras; e, por fim, a visão da Prefeitura em relação aos cinco consórcios estabelecidos na área metropolitana - e a posição institucional sobre a não participação de São Paulo em qualquer um deles.

Ao saber do tema da pesquisa, Reali logo apresentou os consórcios CIOESTE e CONISUD como exemplos organizacionais recentes estimulados por outros arranjos de sucesso, como o da região do Grande ABC. Neste sentido, o ex-presidente do consórcio apontou que estímulos a tais formas de articulação devem ser criados, buscando-se sempre uma dinâmica de participação e debate intermunicipal. De forma complementar, atentou quanto ao fato dos consórcios serem uma criação voluntária, enquanto o Conselho de Desenvolvimento estabelecido pelo estado de SP é compulsório. Apesar de considerar a divisão metropolitana por regiões de saúde um avanço no processo de busca por maior diálogo intermunicipal, devido à semelhança de características territoriais, identifica e salienta a existência de disparidades. Como exemplo, cita a região do Alto Tietê, que possui o segundo maior município da metrópole - Guarulhos - dividindo atenção com cidades de menor porte, como Mogi das Cruzes, Salezópolis ou Suzano. Apesar de pensar em tais dificuldades, compreende que as outras regiões de saúde possuem muitas semelhanças e vínculos: a região Norte / Franco da Rocha é uma área historicamente com menos recursos e com restrições ambientais, devido à Serra da Cantareira; a região Sudoeste / Mananciais também demonstra-se próxima em características, já que possui extensa área de preservação e dificuldades financeiras.

A exemplo do que tem acontecido nos últimos anos, há um consenso entre os gestores da Secretaria de que deve-se procurar recortes regionais semelhantes para além

da área da saúde - historicamente mais bem organizada, descentralizada e hierarquizada. Como foi observado por Escrivão (2014), uma estrutura regionalizada de equipamentos, como prevê o SUS, é de fundamental importância. O pensamento regionalizado viabiliza a distribuição inteligente dos diversos aparelhos públicos. Os esforços devem caminhar neste caminho em todas as áreas da administração pública. Quando não há esse direcionamento regional, há dificuldades.

Para Reali, até mesmo quando trata-se de uma área mais organizada, como a Saúde, há questões caras à organização intermunicipal. Muitas vezes a relação entre os aparelhos do estado e dos municípios, aponta, é dificultosa e unilateral - com hospitais de referência e equipamentos estaduais espalhados pela RM sem compreensão dos reais problemas dos municípios e suas demandas. A partir disso, o que foi feito pelo consórcio do Grande ABC é tido como exemplo. O Grupo Técnico de Saúde, coordenado por Arthur Chioro - ex-secretário de saúde de São Bernardo do Campo, ex-presidente do CONSEMS-SP (Conselho dos Secretários de Saúde do Município de SP), e atualmente ministro da saúde - trabalhou na identificação de todos os equipamentos de atenção básica da região - com definição dos mais estratégicos - para pensar a saúde de maneira mais integrada, como uma rede. Neste ponto, torna-se interessante lembrar da reunião entre Chioro e o CIOESTE, como observado em tópico anterior.

O gestor público exemplifica o problema ao citar sua experiência como prefeito de Diadema. O Hospital Municipal da cidade localiza-se em um bairro muito próximo a São Bernardo, dispondo de 200 leitos hospitalares e Pronto Socorro. O resultado do pensamento de forma não conjunta é previsível: um hospital municipal que pretende atender somente aos seus cidadãos absorve a demanda de uma região inteira.

Ao fazer o mapeamento de todos os equipamentos de saúde do ABC, buscou-se resolver os problemas intermunicipais de forma a atender efetivamente todas as demandas locais. Assim, o estabelecimento de acordos entre as próprias prefeituras, para compreensão das áreas de maior vulnerabilidade quanto à saúde e dos fluxos populacionais locais, permitiu posterior direcionamento da ação pública quanto aos serviços oferecidos para a sociedade, com organização das demandas.

Tal desenho também possibilitou a criação de um diálogo mais efetivo com os governos estatal e federal. A força em apresentar uma demanda regional para os demais entes federados - são sete municípios juntos: Santo André, São Bernardo, São Caetano,

Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra - traz possibilidades claramente mais concretas quanto ao acesso a recursos para financiamento de equipamentos com maior nível de complexidade.

Ao observar a dificuldade de articulação dentro do próprio município de São Paulo - divisão em 31 subprefeituras, 96 distritos, 11 milhões de habitantes, além da existência de muitos recortes diferentes área a área -, a questão federativa mostra-se de extrema importância tanto para o funcionamento interno da cidade como para a real viabilização de um diálogo metropolitano, uma vez que as periferias das regiões Norte, Sul, Leste e Oeste possuem ampla ligação com os municípios vizinhos - não há lógica fronteiriça, o fluxo de pessoas entre distritos e municípios da área conurbada é intenso. Tal reflexão, em convergência ao observado na pesquisa anteriormente citada e disponível na sessão 20. *Apêndices* - sobre distritos e subprefeituras serem cidades invisíveis -, possibilita imaginar o município de São Paulo como ele próprio uma espécie de Região Metropolitana.

Pensar a organização da saúde e de todas as outras áreas na metrópole também requer compreender arranjos institucionais dentro do município central. Organizar o diálogo dentro da própria Prefeitura de São Paulo seria medida fundamental para a realização de maiores avanços na metrópole como um todo - uma vez que os municípios vizinhos já começaram a buscar saídas próprias para a resolução de seus problemas, através de organizações consorciativas. O recorte da saúde pensado a partir da dengue permite a visualização de muitos problemas quanto à articulação intermunicipal. Basta visualizar os altos índices de incidência na Zona Oeste nos últimos dez anos.

Neste sentido, Reali atenta para o eixo Bandeirantes-Anhanguera e para o número de casos autóctones e não-autóctones. Como já foi observado neste relatório, a relação da dengue é delicada exatamente por exigir uma fina articulação entre municípios, estados e União. Não basta cuidar somente da própria localidade, pois o mosquito não respeita jurisdição, e as pessoas que adquirem a doença também não deixam de estar em trânsito.

Tendo em vista todas essas questões, evidencia-se a importância de uma secretaria como a de Relações Internacionais e Assuntos Federativos - inexistente até a eleição de Fernando Haddad. A equipe, apesar de pequena, tenta se estruturar para promover o almejado diálogo e a maior integração entre os municípios. Este passo

inicial permite que pesquisadores, cidadãos e gestores públicos - preocupados com essa dicotômica governança metropolitana - vislumbrem maiores perspectivas quanto à construção de novos caminhos.

O desafio do diálogo interno, aos olhos de Reali, é ainda maior, apesar de na área da saúde já haver uma estrutura organizativa estabelecida, com a divisão do município por cinco coordenadorias regionais, que dialogam entre si e com as outras Regiões de Saúde da Região Metropolitana. A questão do movimento pendular entre centralização e descentralização do município, tendo em vista as últimas gestões - Luíza Erundina, Paulo Maluf/Celso Pitta, Marta Suplicy, José Serra/Gilberto Kassab, Fernando Haddad - será melhor analisada mais à frente, mas, como já é possível apreender, tal descontinuidade afeta o modo como as instituições públicas municipais lidam com a questão da governança da metrópole. Neste sentido, Reali entende que a descentralização municipal deveria ser um programa de Estado, não de governo. Diadema, a cidade em que foi prefeito, possui 400 mil habitantes, número semelhante ao da subprefeitura de Cidade Ademar, região periférica com estreitos laços quanto à região do ABC. Uma estrutura centralizadora não viabiliza densidade político-administrativa adequada para uma maior governança do município e da metrópole. Estabelecendo mais exemplos, municípios como os de Embu das Artes, Cotia e Itapeverica da Serra possuem uma relação muito próxima das regiões de M'Boi Mirim, Parelheiros e Capela do Socorro - com mesmo padrão ocupacional e compartilhamento de vulnerabilidades urbanas. Tais semelhanças possibilitam uma sintonia muito grande para discutir e equacionar problemas de divisa.

Novamente tendo em vista a experiência adquirida em relação aos consórcios, Reali aponta que, se houvesse maior cruzamento das secretarias municipais quanto aos territórios, através de subprefeituras mais fortes, seria possível imaginar a efetividade de experiências consorciativas entre elas próprias, na busca de maior resolubilidade dos problemas locais - como exemplo, um consórcio entre subprefeituras da Zona Leste, outro entre subprefeituras da Zona Sul, e assim por diante. Essas representações regionais da cidade central poderiam dialogar com os outros cinco consórcios metropolitanos - CONISUD, Grande ABC, CIOESTE, CONDEMAT e CIMBAJU. Como será observado mais adiante, tal disponibilização é extremamente dificultosa e exige amplo esforço político. Todavia, tendo em vista a importância da governança metropolitana como um todo, e, conseqüentemente, da cooperação na área da saúde,

mais especificamente em relação ao combate à dengue, tal cenário não deixa de ser um caminho a ser percorrido pela administração pública da cidade. Todos os cinco consórcios metropolitanos possuem uma linhagem multitemática, com a criação de grupos técnicos responsáveis por uma visão intermunicipal mais abrangente. O diálogo efetivo com a cidade central a partir das localidades e dos temas deve ser almejado.

Quando a estrutura da pasta foi montada, Reali afirma que buscou-se diálogo com a Secretaria de Coordenação das Subprefeituras. Uma das primeiras reuniões intersecretarias foi com os subprefeitos do município, principalmente pensando-se tais problemas de divisa e integração territorial. Apesar da receptividade em relação à conversa, o assessor especial explica que a desestruturação das subprefeituras como instituição capaz de tornar a gestão mais descentralizada é evidente, sendo, atualmente, uma prestadora de serviços triviais - como poda de árvores, limpeza urbana e asfaltamento. Assim, a falta de autonomia é problema determinante.

O Sistema Único de Saúde, aos olhos de Reali, possui amplo acúmulo de governança em relação a outras áreas. Apesar disso, não é suficiente somente a sua estruturação para a resolução de problemas complexos como a dengue. As comissões técnicas regionais, como os Colegiados de Gestão Regional de saúde, são importantíssimas, mas, sozinhas, não solucionam questões de ordem multidisciplinar e de caráter cooperativo.

Reali afirma que o papel do governo do estado deve ser revisto. Acredita não adiantar que o presidente do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano seja o prefeito de SP, enquanto a Secretaria Executiva do Conselho é a EMPLASA. Só andarão juntos em busca de maior articulação metropolitana se houver esforço político de ambos os entes federados. Em tal sentido, a extinção da Secretaria de Desenvolvimento Metropolitano por parte do governo demonstrou o contrário. Ainda visando mais caminhos para além do Conselho do governo do estado, Reali lembra que o Plano Diretor Estratégico prevê um conselho de política urbana, com participação de representantes do município e dos cinco consórcios da região metropolitana.

Por fim, há um reconhecimento de que o trabalho é árduo e complexo. O município depende da vontade política dos governantes - e o problema aumenta quando se lembra que há ano eleitoral de dois em dois anos, criando-se dificuldades para o diálogo entre prefeitos e governador. Todavia, como este trabalho tem deixado claro,

Reali observa que as experiências de consorciamento são uma realidade para a Região Metropolitana de São Paulo e para o Brasil, enxergando resultados positivos e boas perspectivas.

Centralização x Descentralização - A estruturação das subprefeituras no município de SP e sua importância para uma melhor governança metropolitana

Entre os dias 14 e 18 de julho, a Prefeitura de São Paulo promoveu uma *Semana Universitária* com o objetivo de estreitar os laços entre a gestão pública municipal e a comunidade acadêmica, além de contribuir para a formação de estudantes de graduação e pós-graduação com interesse na área de políticas públicas. A Semana possibilitou aos 30 participantes escolhidos através de processo seletivo uma maior vivência quanto ao cotidiano técnico e político da cidade. Foram cinco dias de intensa programação que permitiu a possibilidade de diálogos com importantes gestores públicos da atual administração municipal, dentre secretários, chefes de gabinete e técnicos.

Nesse contexto, duas aproximações foram importantes e contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa. Um diálogo com Roberto Garibe, atual secretário de Infraestrutura Urbana e Obras do Município (SIURB) - especialista em políticas públicas e gestão de governo, mestre em Administração Pública pela Fundação Getulio Vargas -, e José Pivatto, secretário-adjunto de Relações Governamentais da Prefeitura.

Garibe coordenou o projeto de descentralização municipal na gestão da ex-prefeita Marta Suplicy (2001-2004), e tinha como objetivo debater com os participantes da *Semana Universitária* o processo de estruturação das subprefeituras em São Paulo ao longo das últimas administrações. Aproximando-se do que foi comentado anteriormente, a pesquisa procurou estabelecer um olhar atento à construção da governança municipal, para entender, de forma complementar, a também complexa governança metropolitana de São Paulo.

A proposta de reforma pensada pela gestão de Marta Suplicy demonstrou-se bastante radical levando-se em consideração a excessiva centralização municipal resultante dos mandatos Maluf/Pitta. Como já analisado, a ideia de descentralização no Brasil está amplamente associada ao processo de redemocratização, e o marco por tal busca pôde ser observado na promulgação de uma Constituição altamente

descentralizadora, tanto em relação aos entes federativos como aos sistemas de políticas públicas - saúde, assistência social, educação, etc.

À luz da Constituição de 1988, é possível compreender a história da centralização e descentralização da cidade de São Paulo como um movimento pendular. O novo contexto de redemocratização, junto à já antiga urbanização desigual e acelerada - típica das metrópoles brasileiras -, à falta de planejamento e à defesa sistemática de interesses privados acima dos públicos, trouxe para o cenário municipal o paradigma da descentralização. A partir disso, Garibe afirma que pode-se observar uma tendência: gestões conservadoras centralizam, administrações progressistas dão maior autonomia ao poder local.

As duas experiências mais significativas e marcantes para a cidade quanto ao assunto nas últimas três décadas dizem respeito às gestões de Luiza Erundina (1989-1992) e Marta Suplicy (2001-2004), ambas eleitas pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

A busca por maior descentralização durante o mandato de Erundina passou por um processo conturbado, uma vez que o Poder Executivo não possuía apoio político na Câmara dos Vereadores. Dessa forma, não conseguiu aprovar legislação referente às arrojadas mudanças propostas para a organização da Prefeitura, com Orçamento Participativo, criação de Núcleos de Planejamento e maior poder às Subprefeituras - medidas rapidamente revertidas durante o governo Maluf.

Na gestão Marta, a questão do apoio político para a realização de uma reforma institucional, como a buscada por Erundina, transformara-se. O ambiente de completa desconfiança em relação à coalizão malufista, após muitos escândalos de corrupção durante o governo Celso Pitta, viabilizaram a vitória do campo progressista tanto nas eleições para o Poder Executivo como para o Legislativo - maioria na Câmara Municipal. O cenário, então, era propenso à realização de mudanças na forma como a administração pública estava disposta.

Durante a gestão, foram quatro os secretários que estiveram à frente da pasta das Subprefeituras, com cada um ficando aproximadamente um ano no cargo. Entretanto, apesar das mudanças no comando, a equipe técnica de coordenação do projeto de descentralização sempre foi mantida. Em um primeiro momento, a maior ambição de todos dizia respeito à elaboração de uma Lei que garantisse a efetivação de

todo o processo de descentralização. De acordo com Garibe, ingenuamente, acreditava-se que a aprovação de um dispositivo legal - como não houve durante a gestão Erundina - resolveria a questão de continuidade quanto à política.

Além de pensar a estrutura do dispositivo legal, houve a preocupação de se montar uma equipe forte para o processo de negociação política em relação a cada uma das secretarias que precisariam passar por reformas estruturais, uma vez que buscava-se o fortalecimento do poder local via subprefeituras. Roberto Garibe foi enfático ao descrever a dificuldade gigantesca em se efetivar o diálogo dentro da Prefeitura, entre as secretarias de governo, que sofreriam mudanças estruturais resultantes da descentralização - principalmente em relação a tamanho, orçamento e pessoal. Ao mesmo tempo, a negociação tornou-se ainda mais difícil ao ter que contemplar forças políticas que foram aliadas no processo de eleição, mas que não eram do partido.

Assim, foi necessário compreender a importância de cada uma das Secretarias, estabelecendo diálogos horizontais e apresentando o cronograma de todo o processo, o projeto, o mapeamento das atividades e as novas realidades orçamentárias.

Como exercício de comparação, Garibe demonstrou quanto do orçamento municipal esteve destinado à Secretaria de Coordenação das Subprefeituras durante o último ano da gestão Marta, e quanto estaria direcionado atualmente com Haddad, mantidas as proporções. Em 2004, de um total orçamentário de 11 bilhões para a cidade, aproximadamente 4,5 bi estavam direcionados às subprefeituras. Seria como se hoje, dos cerca de 44 bilhões, 20 bi estivessem à disposição dos subprefeitos.

O dado ilustrativo demonstra a importância e a magnitude de toda a nova estrutura que estava sendo montada. As subprefeituras passariam a ser protagonistas da execução das políticas públicas, administrando pessoal, sistema de compras e fazendo a manutenção da cidade, enquanto as secretarias teriam o papel condutor de elaboração das políticas. Além disso, cada uma das subprefeituras foi composta coordenadorias temáticas que cuidavam das áreas de desenvolvimento social (assistência, cultura, esportes), planejamento (administração, orçamento e pessoal), manutenção da cidade, obras, educação e saúde.

Assim, as secretarias estariam tematicamente presentes em cada uma das subprefeituras, o que resolveria uma questão cara à cidade ainda hoje: a dificuldade de

planejamento territorial em relação a pastas distintas - a recorrente questão dos recortes diversos para um mesmo território. O diálogo efetivo entre as secretarias do município pode ser compreendido como caminho fundamental para a resolução de problemas multidisciplinares e complexos. Desse modo, se antes não havia planejamento territorial por parte das secretarias, pois cada uma dividia os territórios como bem entendesse, a partir de seus respectivos recortes temáticos - saúde, educação, assistência social, etc. -, naquele momento, haveria o planejamento local de forma integrada. Com maior atenção às especificidades e demandas locais. Na época, ainda houve cuidados para que o recorte das subprefeituras se sobrepusesse ao recorte dos setores censitários, o que daria maior isonomia às informações e aos instrumentos de planejamento.

A descentralização das secretarias para cada uma das 31 subprefeituras, como pode-se imaginar, foi um processo extremamente complicado, pois exigiu mudanças profundas nas estruturas centralizadoras até então comuns à gestão municipal. Em quatro anos houve um esforço muito forte para se fechar uma equação política e administrativa extremamente complexa. Além disso, direcionar e lidar com os recursos humanos já distribuídos pela administração pública municipal foi um desafio - diferentes perfis de servidores, vagas interessantes agora disponíveis nos quadros das subprefeituras, distribuídas por todo o município, e processos de seleção.

Todo esse esforço, ao final de quatro anos, de acordo com Garibe, permitiu a existência mínima de um novo esqueleto de subprefeituras, montado para dar início a um processo efetivo de descentralização. Secretarias que pensassem, planejassem e elaborassem políticas públicas - com estabelecimento de diretrizes -, enquanto subprefeituras coordenavam e executavam tais políticas em seus territórios. Tal organização matricial exigiria diálogos constantes e encontros periódicos entre representantes das lideranças territoriais e das secretarias, de acordo com a emergência e a complexidade das diretrizes e dificuldades para a aplicação local.

Como resultado imediato, Garibe compreende que novos espaços de participação social foram construídos. A descentralização e o empoderamento local aproximam a esfera pública e a população. Como consequência, tem-se o desdobramento de questões relacionadas a demandas locais antes não atendidas pelo poder estatal.

Em meio a tantas novidades, entendia-se que uma vez montada a nova estrutura burocrática, junto aos dispositivos legais aprovados pelo Poder Legislativo, não haveria como retroceder. Entretanto, com a derrota nas eleições, toda a organização não durou sequer um mês do mandato seguinte. Com alguns decretos, desmontou-se toda a estrutura anteriormente disponibilizada. E tudo centralizou-se novamente.

A partir da experiência tão rica e instigante relatada por Garibe, pôde-se observar que uma visão de organização da cidade está constantemente em jogo. Descentralizar ou centralizar diz respeito a criar canais de participação e diálogo. Quanto mais próximo o poder público é dos cidadãos, maiores são as demandas e as requisições por uma cidade mais justa e democrática. A visão de que deixar as estruturas descentralizadas pode ser ruim, uma vez que todos os participantes já estariam cooptados por setores políticos e sociais mais à esquerda é um equívoco. E Garibe expõe que muitas vezes tal pensamento foi compartilhado em diálogos necessários para a transição governamental. Dessa forma, tudo o que havia sido estruturado foi perdido.

Após duas gestões fortemente centralizadoras e conservadoras - Serra/Kassab, em que as subprefeituras foram sucateadas - novamente abre-se espaço para a ação de uma Prefeitura atrelada mais fortemente aos movimentos sociais e à descentralização. Apesar da expectativa em torno de mudanças, o cenário político em busca da maior descentralização é distinto do encontrado há doze anos.

Na visão de Garibe, a descentralização deve acabar por ocorrer de forma mais lenta, sem a mesma radicalidade. Obviamente, hoje os subprefeitos não são militares e possuem aparatos políticos de intermediação com as demandas da população, como os recém criados Conselhos Participativos, formalizados em todas as 31 subprefeituras da cidade de São Paulo. Nesse sentido, parece clara a visão do gestor quanto à continuidade das políticas públicas. Não seriam a burocracia ou a lei os garantidores da estrutura descentralizada, mas a sociedade acostumada a participar, cada vez mais exigente quanto à criação de canais descentralizados, democráticos e efetivos.

Da estrutura anteriormente construída pouco sobrou. A gestão Marta possuía o anseio de que os melhores quadros da administração pública municipal quisessem estar nas subprefeituras. Hoje acontece o contrário. Os bons gestores, mais capacitados, estão nas áreas centralizadas, enquanto os piores estão nas localidades - o que evidencia ainda

mais o processo de invisibilidade das periferias do município - são as cidades invisíveis. As subprefeituras não possuem peso decisório, sendo necessário reverter o processo de esvaziamento.

Assim, o caminho a ser percorrido atualmente é diferente. E passa pelo processo de dar condições aos interlocutores sociais, seja no planejamento do Programa de Metas, na elaboração do Plano Diretor Estratégico, na nova Secretaria de Direitos Humanos do Município ou nos Conselhos Participativos.

Como já foi visto durante o diálogo com Mário Reali, o processo interno de organização do município é determinante para a compreensão de sua relação com as outras cidades da região metropolitana. Quando questionado sobre a necessidade de maior articulação intermunicipal, Garibe respondeu que o ideal seria as próprias subprefeituras estabelecerem as relações metropolitanas com as jurisdições vizinhas, uma vez que a identidade regional sobre os problemas e demandas muitas vezes é semelhante, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade. Na gestão petista anterior havia o pensamento de se colocar os subprefeitos como representantes da Prefeitura em reuniões com os consórcios metropolitanos, como o do Grande ABC. Pensar em consorciamento de subprefeituras também seria algo a vislumbrar. Novamente, houve o reconhecimento durante o processo de realização da pesquisa de que é impossível administrar efetivamente o município de São Paulo de maneira centralizada. Tal decisão, além de tudo, prejudica ainda mais a tentativa de se construir uma governança metropolitana. Para Garibe, o argumento de que São Paulo possui 31 cidades invisíveis dentro dela própria basta e evidencia a necessidade pela descentralização.

De forma complementar, o secretário afirma que um dos maiores desafios da gestão municipal é fazer com que as diversas secretarias dialoguem. Lembra que algumas subprefeituras planejavam eventos multidisciplinares para que todas as áreas estivessem presentes e dialogassem com os cidadãos. Além disso, salienta que uma das dificuldades centrais para o processo de descentralização dizia respeito à necessidade de o subprefeito ser um ator político forte para entender tantas complexidades e para medir as demandas do seu território. Segundo ele, tal figura é um tipo de gestor difícil de ser encontrado, não estando pronto em qualquer lugar e a qualquer hora - há necessidade de 31 bons subprefeitos.

Quando questionado sobre a estrutura da regionalização da saúde, tanto no município como na região metropolitana e no estado de São Paulo, também identifica na área uma maior experiência em governança, principalmente em decorrência da descentralização do SUS. EM tal sentido, o gestor da saúde compreenderia melhor a intersetorialidade das áreas e a necessidade de capilaridade por todas as regiões. O planejamento integrado da saúde às outras áreas é uma necessidade. De acordo com sua experiência à frente do processo de descentralização, a saúde foi a área que melhor compreendeu o processo de descentralização municipal. Hoje, apesar da experiência em governança, e apesar de haver a divisão por Coordenadorias no município e por Regiões de Saúde na metrópole, é evidente que ainda falta capacidade de diálogo para a solução de problemas mais complexos, multidisciplinares e interjurisdicionais - como a dengue. Garibe insiste na questão do planejamento territorial multidisciplinar efetivo, e afirma que as diretorias locais de territórios de saúde se ressentem de não poderem discutir de forma organizada seus territórios com outras áreas, uma vez que os recortes são diferentes - o que torna o diálogo ainda mais dificultoso. Como simples exemplo, lamenta que em uma única região de saúde pode haver duas subprefeituras, três distritos, áreas distintas da assistência social, de educação e etc.

Secretaria de Relações Governamentais do município de SP

O secretário-adjunto da Secretaria de Relações Governamentais, José Pivatto, explicou que o diálogo estabelecido pela pasta diz respeito principalmente à Câmara Municipal - indicações, emendas e projetos de lei -, às outras Secretarias Municipais e às Subprefeituras.

Além da busca por essa articulação dentro do próprio governo e com o Poder Legislativo, estão atentos à aproximação com os diversos movimentos populares da cidade, à consolidação dos Conselhos Participativos do município e ao Conselho da Cidade - órgão consultivo formado por 138 cidadãos representantes de movimentos sociais, entidades de classe, empresários, cientistas e pesquisadores, artistas e lideranças religiosas -, canal de diálogo também criado pela atual gestão.

Tendo em vista justamente o diálogo com Roberto Garibe, que foi analisado anteriormente, é importante compreender que a Secretaria de Relações Governamentais também está atenta aos Conselhos Participativos criados nas 31 subprefeituras do município. De acordo com Pivatto, foram eleitos 1133 conselheiros - 20 deles

imigrantes. Tal iniciativa faz parte do processo de descentralização, fortalecimento local e revalorização das subprefeituras. Como já observado, este é o caminho escolhido pela atual gestão da cidade. Apesar de não possuírem poder deliberativo, os Conselhos são a construção de mais um novo canal de diálogo com a sociedade e suas demandas, em direção a uma descentralização gradual e consciente.

Está em processo o desafio de se institucionalizar tais canais para o fortalecimento da democracia participativa. Apesar dos Conselhos serem previstos desde a Lei Orgânica dos Municípios, de 2004, foram somente implementados agora, visando-se maior participação, transparência e fiscalização por parte da população. Novamente, ao olhar de Pivatto, o fortalecimento descentralizador do município de SP teria influência significativa na relação do municípios com as demais cidades da região metropolitana.

18. Conclusão

Doenças como a dengue continuam trazendo problemas à saúde pública, apesar da repercussão midiática e do conhecimento em relação às suas causas. A resposta para tal dificuldade diz respeito a algo evidenciado por esta pesquisa: seu alto nível de complexidade para efetiva prevenção e combate. Poder público e sociedade possuem a obrigação de enfrentar com cuidado, preocupação e de forma atenta os problemas trazidos pelos quatro tipos do vírus. São imprescindíveis, assim, ações no território, no meio ambiente e no comportamento da população. Isso evidencia a impossibilidade de superar o tema se a ação pública estiver somente no âmbito da área da saúde. Além disso, a dengue exige cooperação horizontal intragovernamental - compartilhamento de ações e soma de esforços entre diferentes setores de uma mesma esfera de governo - e horizontal intergovernamental - no caso, entre os municípios de uma mesma região. Também há a exigência de cooperação vertical intergovernamental - entre municípios, estado e União - para eficaz implementação de políticas públicas relacionadas à prevenção e ao combate, como o LIRAA.

Ademais, um sistema de saúde deve possuir uma visão abrangente: controle das doenças, meio ambiente, aspectos socioeconômicos e educativos. Uma rede de serviços de saúde deve possuir unidades básicas, hospitais e estrutura especializada. A dengue depende tanto de um sistema de saúde com visão integral como de uma rede de serviços ampla e acessível. Ela é determinada pelo meio, pelo comportamento das

pessoas e pela assistência médica. Compreender com clareza como as secretarias de governo precisam estar articuladas junto à sociedade e ao território torna-se necessidade imperativa.

O recorte estabelecido pela pesquisa demonstra a importância e a atualidade do tema relativo à governança metropolitana. Compreender melhor um fenômeno como o da dengue, que não respeita limites administrativos e jurisdicionais, colabora de forma significativa para o debate sobre a necessidade de uma articulação intermunicipal mais efetiva. As Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) na metrópole e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) no município de São Paulo fazem um trabalho conjunto, mas insuficiente. Os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) também demonstraram-se interessantes instâncias de diálogo entre municípios de uma mesma região. Mas somente em seu âmbito não conseguirão superar um problema de causas variadas. Assim, apontar para instituições, organizações e arranjos que consigam solucionar problemas de alta complexidade, seja em caráter local, regional, nacional ou internacional não é tarefa simples. Nessa busca, o destaque para o sistema federativo como estrutura flexível e criativa de poder, capaz de responder aos desafios de governança dos espaços intermunicipais e interestaduais, torna-se evidente - principalmente no caso brasileiro. A questão metropolitana está no centro do debate sobre cooperação e governança interjurisdicional.

A teoria, como afirmou Spink (2011), deve levar em conta as particularidades de áreas distintas, não havendo regra única, mas, sim, heterogeneidade. Os desafios de gestão e de organização de serviços públicos que demandam a competência de negociar e sustentar relações interorganizacionais cooperativas entre os diferentes níveis federativos - ou de níveis iguais - são complexos e de difícil realização. Quanto à questão da governança e da governabilidade regional, é necessário lembrar novamente da instigante dicotomia metropolitana estabelecida por Lefèvre (2009). Se por um lado a literatura acadêmica assegura ser a metrópole o lugar para se tratar questões econômicas, políticas, sociais, culturais e ambientais comuns aos municípios constituintes, por outro, há a necessidade de acrescentar que tal instituição metropolitana praticamente não existe politicamente - sendo, assim, não governável. A pesquisa, durante todo o processo de construção do relatório, sentiu com peso tal constatação.

Entretanto, a área da saúde demonstrou-se realmente complexa e bem organizada, com acúmulo de experiências quanto à governança. Além disso, os exemplos de resolução mais local através de arranjos cooperativos que usam mecanismos de consórcio também ficaram evidentes. Os consórcios intermunicipais multitemáticos aparecem com papel de destaque na discussão acadêmica e nos diálogos com gestores municipais.

A experiência consorciativa no Grande ABC, analisada por Bresciani (2011), com início na década de 1990 junto à posterior criação da Câmara Regional do Grande ABC, além da Agência de Desenvolvimento Econômico do grande ABC, com ênfase na superação da crise econômica da década de 1980 - responsável pelos altos índices de desemprego na região industrial - são experimentos cooperativos de enorme interesse público - além de estarem inseridos dentro da RMSP. Neste sentido, Bresciani, assim como Reali e Lippi (2011), adianta um fator importante para o sucesso de um arranjo consorciativo: a necessidade de esforços políticos para uma cooperação ampla e efetiva - no caso, o diálogo e empenho estabelecidos entre o Prefeito Celso Daniel e o Governador Mário Covas, figuras políticas determinantes para o caminhar da experiência. A morte dos dois em meados da década de 2000 foi definitivamente responsável por um refluxo na articulação da região, apesar dos evidentes avanços e do pioneirismo em comparação aos outros quatro consórcios da RMSP. Tais esforços são essenciais também para o sucesso da articulação metropolitana na cidade como um todo - prefeito Fernando Haddad, hoje, representante do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, e governador Geraldo Alckmin, que assumia em 2011 um papel de protagonismo logo abandonado.

Desse modo, apesar da experiência metropolitana ser em muitos aspectos frustrante, como afirmou Nabil Bonduki em palestra na Associação Casa da Cidade, em maio de 2014, as alternativas de articulação local que se colocam são muito válidas e importantes. Não havendo governabilidade, como sugere Lefèvre (2009), surgem as opções de arranjos cooperativos que podem tornar essas regiões mais governáveis. Ao analisar São Paulo o que se vê é uma RM imposta, que dispõe de municípios muito distintos entre si, fator determinante para a falta de cooperação. Entretanto, há uma ampla implementação de consórcios normalmente formados por municípios com perfil social e econômico mais similar, deixando-se assim a cidade central à parte. Esta, por sua vez, possui um mecanismo próprio - muito dificultoso por si só - que não consegue

integrar nem as 31 subprefeituras que a integram, além do diálogo intersecretarial também extremamente problemático. Aqui, ao citar a estrutura centralizadora e ineficiente do município de São Paulo, torna-se importante voltar aos argumentos apresentados por Roberto Garibe. A descentralização do poder administrativo no município central da região metropolitana transformaria a busca pela efetiva governança em uma realidade mais próxima. A invisibilidade das periferias torna o diálogo intermunicipal ainda mais angustiante. Em busca disso, a iniciativa da atual prefeitura em viabilizar os Conselhos Participativos em cada uma das 31 subprefeituras é fundamental.

No que diz respeito ao papel do governo do estado, a criação de uma Secretaria de Desenvolvimento Metropolitano, o maior protagonismo deste na articulação entre municípios e a reorganização da RM em 2011 poderiam de certa forma ter ofuscado a iniciativa dos consórcios como instrumento de cooperação. Nesse sentido, tendo em vista futuras investidas do governo estadual em relação à questão - uma vez que houve recuo - os consórcios devem ser incluídos dentro dos mecanismos institucionais propostos pelo estado. A criação de um órgão de governo deve dar maior legitimidade à RM, e uma iniciativa não deve excluir a outra. O diálogo horizontal deve sempre ser procurado, com a inclusão dos cinco consórcios da região nos processos de deliberação. Neste sentido, tal instância não deve ser vista como uma autoridade em si, capaz de impor decisões aos municípios, mas sim como uma arena de construção conjunta de alternativas, apoiadas na cooperação horizontal e vertical. O estado seria importante ator para alinhar as iniciativas provenientes dos municípios e auxiliá-los com sua maior capacidade técnico-administrativa.

Buscou-se, dessa forma, compreender como a articulação intermunicipal acontece tendo em vista um tema tão sensível e complexo como a saúde. Aos olhos do autor, o alto grau de dificuldade imposto por esta tarefa tornou-se claro. As relações metropolitanas não polarizadas em um ambiente federativo como o brasileiro e a construção de arranjos cooperativos próprios demonstraram-se de essencial importância para a busca de uma efetiva governança. Além disso, há um evidente sentimento de satisfação ao pensar o quanto pôde-se aprender sobre a governança metropolitana e as dificuldades quanto à horizontalidade do diálogo intermunicipal, a complexidade organizacional na área da saúde, a necessidade de descentralização no município de São Paulo para resolução de vulnerabilidades caras à sociedade ou sobre a epidemiologia e a

dengue como fenômeno complexo e de difícil resolução. Mais instigante ainda é pensar o quanto tal realização demonstrou-se interdisciplinar - alinhando muitas questões relativas à atual Administração Pública. Longe de esgotar tais questões, o que se observa é uma vontade ampla de estudar mais profundamente o tema em futuros trabalhos de pesquisa - seja em um trabalho de conclusão de curso ou em um mestrado acadêmico.

19. Referências Bibliográficas

Livros, artigos de revistas acadêmicas e de caráter institucional:

BEST, Nina. A experiência do Grande Recife no Consórcio de Transporte Metropolitano. In: *Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

BLANCO, Ismael. & GOMÀ, Ricard. La crisis del modelo de gobierno tradicional: Reflexiones en torno a la governance participativa y de proximidad. In: *Gestión y Política Pública*, vol. XII, n.1, 2003.

BRESCIANI, Luis Paulo. Tradição e transição: o caso do consórcio intermunicipal Grande ABC. In: *Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

COSTA, Marco Aurélio; TSUKUMO, Isadora Tamo Lemos (Orgs.) "40 anos de Regiões Metropolitanas no Brasil". Brasília: IPEA, 2013.

CRUZ, Maria do Carmo M. T. In: SPINK, Peter, BAVA, Silvio Caccia, PAULICS, Veronika (Orgs.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Instituto Pólis e Programa Gestão Pública e Cidadania – Eaesp/FGV, 2002.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo; ARAÚJO, Fátima Fernandes; BATISTA, Sinoel. Consórcios numa perspectiva histórico-institucional. In: *Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

DAHL, R. The Science of Public Administration: three problems. *Public Administration Review*, 7, winter, 1-11, 1947.

DOWBOR, Ladislau. O que é poder local. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ESCRIVÃO, Álvaro; KISHIMA, Vanessa Carolina; ZANATTA, Carolina. "O Colegiado de Gestão Regional como Estratégia para Aprimorar as Relações Intergovernamentais e Fortalecer o Sistema Único de Saúde". Ainda não publicado, acesso em sala da aula, 2014.

ESCRIVÃO, Álvaro. "Informações em Saúde e Epidemiologia Gerencial". São Paulo: apostila de uso interno e exclusivo da FGV - EAESP, 2014.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Governo local, políticas públicas e novas formas de gestão pública no Brasil, 2000.

FARAH, Marta F. Santos; JACOBI, Pedro. *Governos locais e cooperação inter e intragovernamental no Brasil*, 2000. 23 p.

FRANZESE, CIBELE & ABRUCIO, FERNANDO LUIZ. "Efeitos Recíprocos entre Federalismo e Políticas Públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação". In: HOCHMAN, Gilberto & FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. (Org.). "Federalismo e Políticas Públicas no Brasil". 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora da Fio Cruz, 2013, v. , p. 361-386.

HARDIN, G. (1968) The Tragedy of the Commons. *Science*, 162, 1243-1248

HOOGHE, L & MARKS, G. Unravelling the Central State, but how? Types of Multi-level Governance. *American Political Science Review*, vol.97, n. 2, p. 233-243, Maio, 2003.

IBAÑEZ, N; ELIAS. P.E.M.; SEIXAS, P.H.D..(Orgs.) "Política e gestão pública em saúde". São Paulo: Hucitec/Cealag, 2011.

KEENE, D. (2011) Ideas of the metropolises. *Historical Research* 84,225, 379-398.

KLINK, J.J. Novas governanças para as áreas metropolitanas. O panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro. *Cadernos Metrôpole*, 11,22, 415- 433, 2009.

LEFÉVRE, C. (2009) Governar as metrópoles: questões, desafios e limitações para a construção de novos territórios políticos. *Cadernos Metropole*, 11,2,299-318.

LIPPI, Mariana Ferreti. Governança e governabilidade regional: uma análise da Região Metropolitana da Baixada Santista. In: *Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

LOSADA, Paula. "Potencialidades da cooperação intergovernamental para a gestão das regiões metropolitanas do Brasil". In: F. Magalhães (Ed.), *Regiões metropolitanas no Brasil: Um paradoxo de desafios e oportunidades*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2010, p. 169-195.

MENDES, Eugênio Vilaça; "As redes de atenção à saúde". Rev Med Minas Gerais 2008; 18 (4 Supl 4):S3-S11.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue". Brasília, Distrito Federal: 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Levantamento rápido de índices para Aedes aegypti - LIRAA - para vigilância entomológica do Aedes aegypti no Brasil: metodologia para avaliação dos índices de Breteau e predial e tipo de recipientes". Brasília, Distrito Federal: 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Caderno de Diretrizes: objetivos, metas e indicadores 2013 - 2015". Brasília, DF: 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assessoria de Comunicação Social. "LIRAA 2013 por regiões. Índices Municipais." Coletiva - dengue. Brasília, DF: 19.11.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Pacto pela Saúde: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão." Brasília, DF: 2007.

MORAES, Paulo Roberto; "As áreas tropicais úmidas e as febres hemorrágicas virais". Universidade de São Paulo - FFLCH - Departamento de Geografia. São Paulo, 2007.

MOTTA, Diana Meirelles da; MIRANDA, Zoraide Amarante Itapura de. *Governança Metropolitana na Região Metropolitana de São Paulo*. In: COSTA, Marco Aurélio; TSUKUMO, Isadora Tamo Lemos (Orgs.). "40 anos de Regiões Metropolitanas no Brasil". Brasília: IPEA, 2013.

OSTROM, V., TIEBOUT, C.M. & WARREN, R. (1961) *The American Political Science Review*, 55,4,831-842.

PETERS, G & PIERRE, J. Developments in Intergovernmental Realitions: towards multi-level governance. *Policy & Politics*, 29, 2, 131-135, 2001.

RIBEIRO, L.C.de Q. & SANTOS JUNIOR, O.A. (2007) (orgs) *As metrópoles e a questão social brasileira*. Rio de Janeiro: Revan/FASE.

- RODRIGUEZ-ACOSTA, C.A & ROSENBAUM, A (2005) Local Government and the Governance of Metropolitan Areas in Latin America. *Public Administration & Development*. 25, 295-306.
- ROLNIK, Raquel; PINHEIRO, Otilie Macedo. Ministério das Cidades, Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia. Plano diretor participativo: guia para elaboração pelos municípios e cidadãos. Ministério das Cidades, 2004
- ROLNIK, R & SOMEKH, N. Governar as Metrôpoles: dilemas da rescentralização. In: QUEIROZ RIBEIRO, L.C.de (org). *A Metrôpole: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2004. p.111-124.
- SAVITCH, H.V. & VOGEL, R.K. Paths to new regionalism. *State and Local Government Review*, 32, 3, 158-168, 2000.
- SOUZA, C. (2003) Regiões Metropolitanas: condicionantes do regime político. *Lua Nova*, 59, 137-159.
- SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n.2, p. 27-41, 2004.
- SPINK, P. K. (1999) Análise de documentos de domínio pública. In SPINK, M.J.P. (org) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Cortez.
- SPINK, Peter K.; CLEMENTE, Roberta & KEPPKE, Rosane. Governo local: o mito da descentralização e as novas práticas de governança. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 61-69, 1999.
- SPINK, P.K. TEIXEIRA, M.A. CLEMENTE, R. (2006) Institution & Action: a study of metropolitan governance in Brazil. *Anais do II ENAPG*, São Paulo, 1-14.
- SPINK, P.K. TEIXEIRA, M.A. CLEMENTE, R. (2009) Governança, Governo ou Gestão: o caminho das ações metropolitanas. *Cadernos Metropole*, 11, 22, 453-477.
- SPINK, P,K. WARD, P. M. & WILSON, R.A. (2012) *Metropolitan Governance in the Federalist Americas: Case Studies and Strategies for Equitable and Integrated Development*. Notre Dame Indiana: University of Notre Dame Press

SPINK, Peter. Cooperação e Governança Interjurisdicional: conceitos em discussão. In: SPINK, P; CARNEIRO, J. M.B; TEIXEIRA, M.A.C. (Orgs.). *Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

STRELEC, Thamara; FONSECA, Francisco. Alcances e limites dos consórcios públicos: um balanço da experiência consorciativa no estado de São Paulo. In: *Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

VIANA, A. L. d' Á. ; IBAÑEZ, N.; ELIAS, PEM; LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V ; IOZZI, F. L. . "Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva", v. 22, p. 92-106, 2008.

VOGEL, R.K. & NEZELKEVICZ, N. Metropolitan Planning Organizations and the New Regionalism: The Case of Louisville. *Publius*, 32, 1, 107-129, 2002.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Global strategy for dengue prevention and control: 2012 - 2020." Genova, Switzerland: 2012.

Reportagens, matérias, artigos de imprensa online, conteúdos de blogs e redes sociais:

Apresentação sobre situação da dengue no Brasil (19/11/2013). Ministério da Saúde.

Disponível em:

<<http://pt.slideshare.net/MinSaude/coletiva-dengue-1911-revisada-jbok#>> Acesso em 25/02/2014.

Casos de dengue caem 77% em São Paulo. Portal da Prefeitura de São Paulo.

Disponível em:

<<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/agosto/casos-de-dengue-caem-77-em-sp>> Acesso em: 03/03/2014.

Casos de dengue quase triplicam no país em 2013. UOL Notícias Saúde. Disponível

em:

<<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/10/25/casos-de-dengue-quase-triplicam-em-2013.htm>> Acesso em: 03/03/2014.

Cientistas investigam por que a dengue está se espalhando pelos EUA. Fonte: BBC

Brasil. Disponível em:

<<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2013/11/18/cientistas-investigam-por-que-a-dengue-esta-se-espalhando-pelos-eua.htm>> Acesso em: 03/03/2014.

Dengue. Portal Drauzio Varella. Disponível em:

<<http://drauziovarella.com.br/drauzio/artigos/dengue-2/>>

Acesso em: 03/03/2014.

Dengue tem potencial de se transformar em pandemia mundial, adverte OMS. Portal

Terra. Disponível em:

<<http://saude.terra.com.br/dengue-tem-potencial-de-se-transformar-em-pandemia-mundial-adverte-oms,2fb53898b2a3c310VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>>

Acesso em: 03/03/2014.

Dengue: informe técnico. Secretaria de Estado de Saúde - Centro de Vigilância Epidemiológica - Divisão de Zoonoses. Disponível em:

<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/dengue_inf2103.htm>

Acesso em: 02/03/2014.

Dengue é doença tropical de propagação mais rápida, diz OMS. O Estado de São Paulo - Saúde. Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,dengue-e-doenca-tropical-de-propagacao-mais-rapida-diz-oms,985050,0.htm>>

Acesso em 03/03/2014.

Dengue: municípios têm até 15 dias para concluir o LIRAA. Portal: Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Disponível em:

<<http://www.saude.rr.gov.br/index.php/servicos-e-informacoes/noticias/noticias-outubro-2013/354-dengue-municipios-tem-ate-dia-15-para-concluir-o-liraa>>

Acesso em: 03/03/2014.

Dengue: SP está com a situação sob controle. Prefeitura de São Paulo. Disponível em:

<<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/noticias/dengue-sp-esta-com-a-situacao-sob-controle/?searchterm=dengue>>

Acesso em 25/02/2014.

Doze cidades mineiras apresentam alto índice de infestação pela dengue em janeiro. Estado de Minas. Disponível em:

<http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/01/29/interna_gerais,492913/doze-cidades-mineiras-apresentam-alto-indice-de-infestacao-pela-dengue-em-janeiro.shtml>

Acesso em 04/03/2014.

Doenças tropicais são combatidas, mas dengue ainda preocupa, diz OMS. Portal G1. Disponível em:

<<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/01/doencas-tropicais-sao-combatidas-mas-dengue-ainda-preocupa-diz-oms.html>> Acesso em: 04/03/2104.

Jandira corre risco de epidemia de dengue segundo Saúde do Estado. Webdiário. Disponível em:

<http://www.tvcidadenet.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2244:jandira-corre-risco-de-epidemia-de-dengue-segundo-saude-do-estado&catid=36:jandira&Itemid=59> Acesso em 05/03/2014.

Mapa da dengue aponta 157 municípios em situação de risco e 525 em alerta. Blog da Saúde - Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33253-mapa-da-dengue-aponta-157-municipios-em-situacao-de-risco-e-525-em-alerta>>

Acesso em: 04/03/2014.

Ministério da Saúde divulga mapa da dengue no Brasil. Portal Terra Notícias. Disponível em:

<<http://noticias.terra.com.br/brasil/ministerio-da-saude-divulga-mapa-da-dengue-no-brasil,cb0abf56e4072410VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>>

Acesso em: 03/03/2014.

OMS lança a Estratégia Global para prevenção e controle da dengue, 2012-2020. OMS Brasil. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2991&Itemid=1>

Acesso em: 27/02/2014.

Palestra apresenta nova classificação dos quadros de dengue a profissionais da Saúde. Portal no Ar. Disponível em:

<<http://portalnoar.com/palestra-apresenta-nova-classificacao-dos-quadros-de-dengue-a-profissionais-da-saude/>> Acesso em 03/03/2014.

Portal Ceinfo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria de Saúde. Disponível em:

<<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo>>

Portal Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Disponível em:

<<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>>

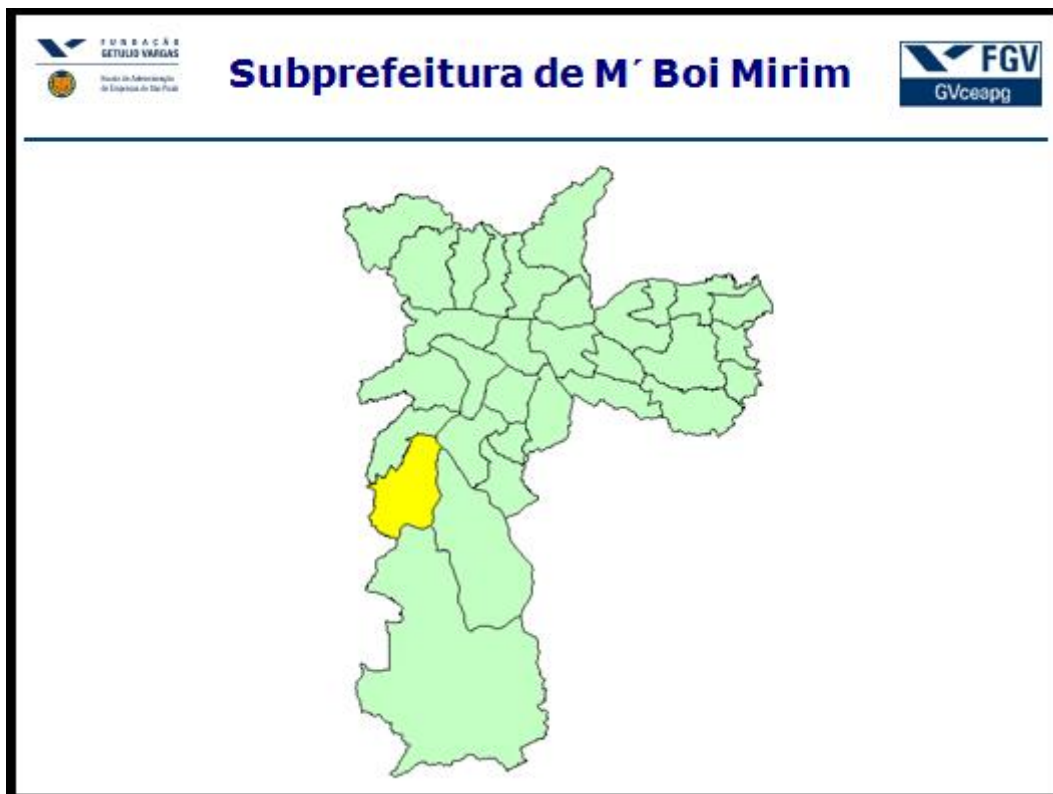
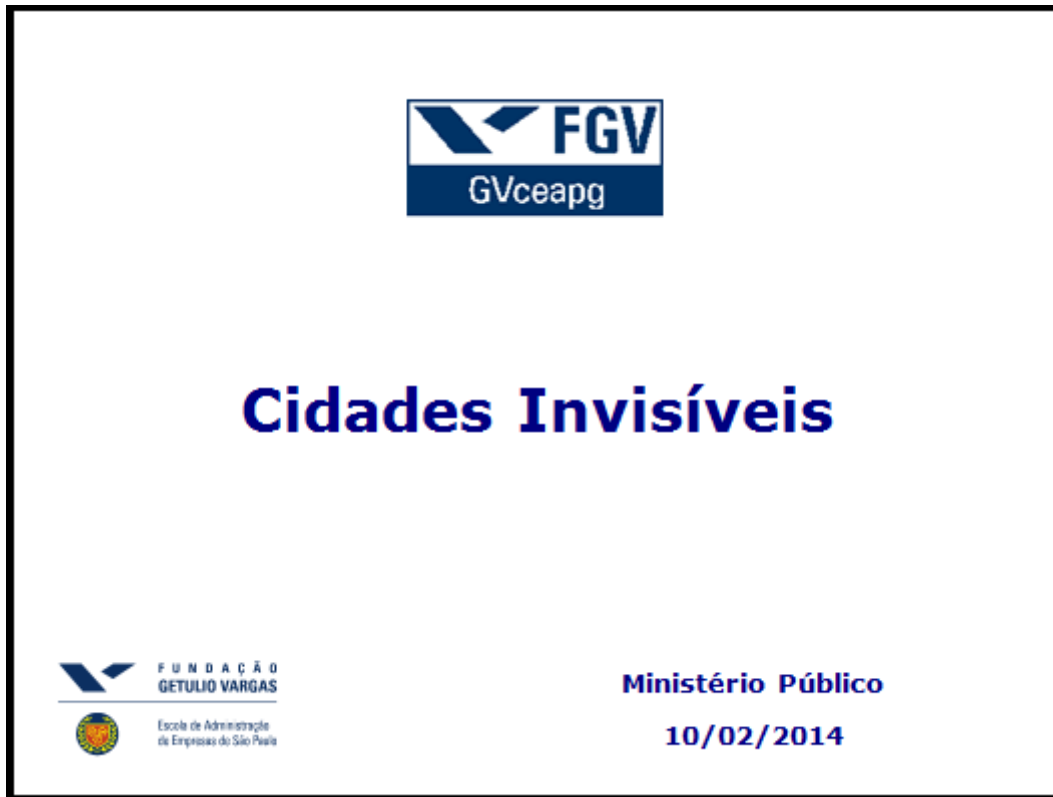
Portal Secretaria de Estado de Saúde - Centro de Vigilância Epidemiológica. Disponível em:

<<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>>

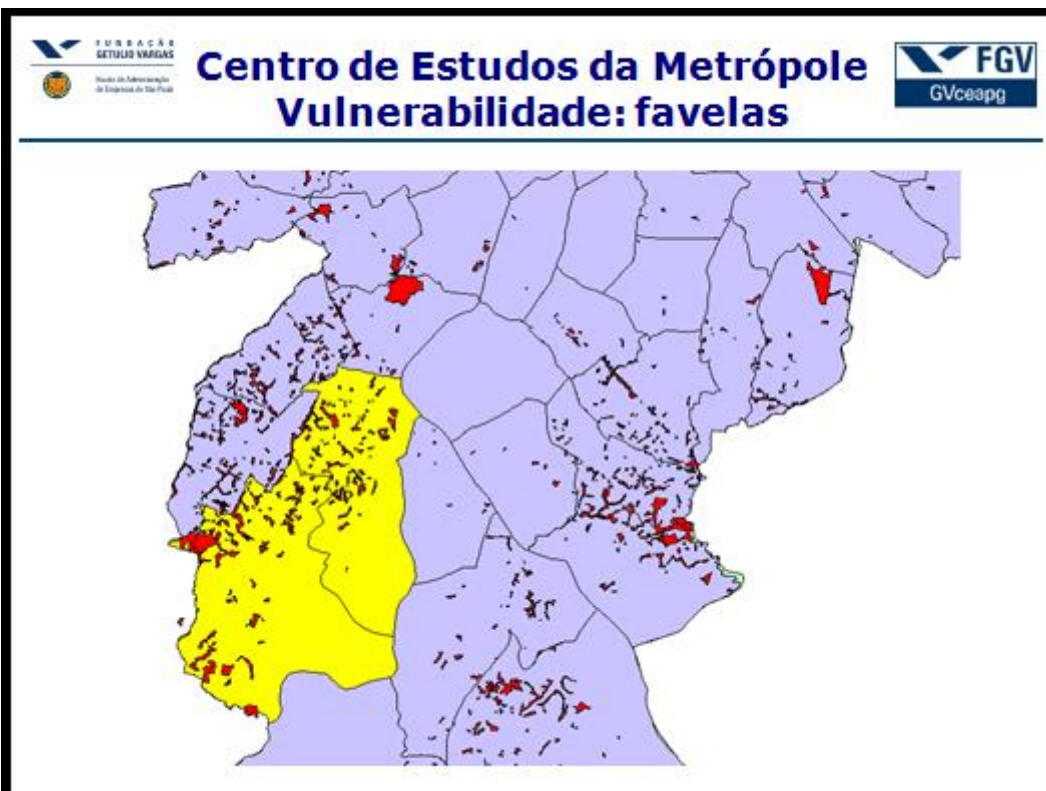
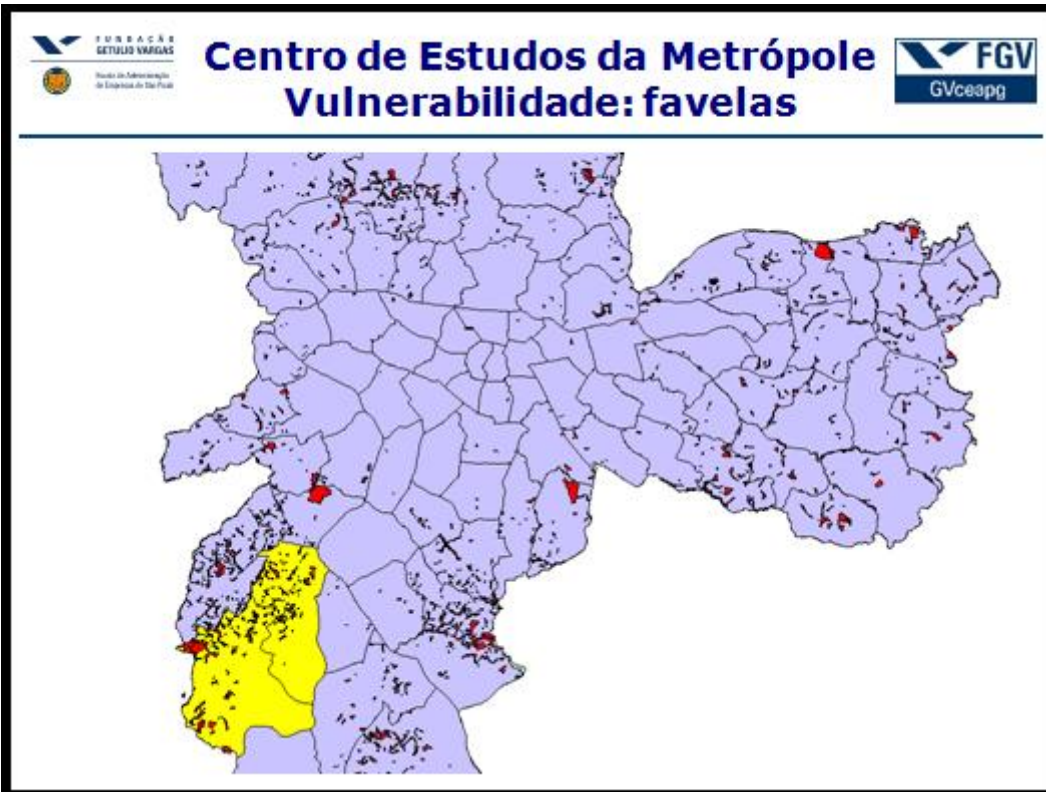
The global distribution and burden of dengue. Revista Nature. Disponível em:
<<http://www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/full/nature12060.html>> Acesso em:
03/03/2014.

20. Apêndices

Apresentação do Projeto Cidades Invisíveis para o Ministério Público:

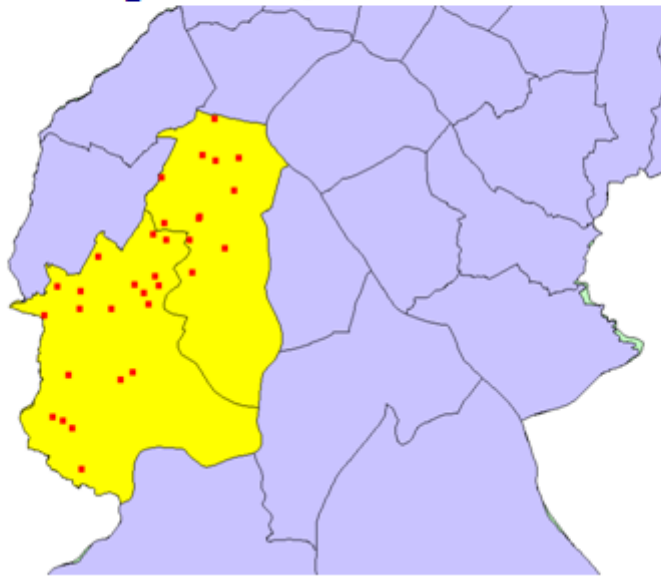








◆ Jardim Ângela: 20 / Jardim São Luís: 12



◆ 9 AMA's e 1 AMA Especialidades



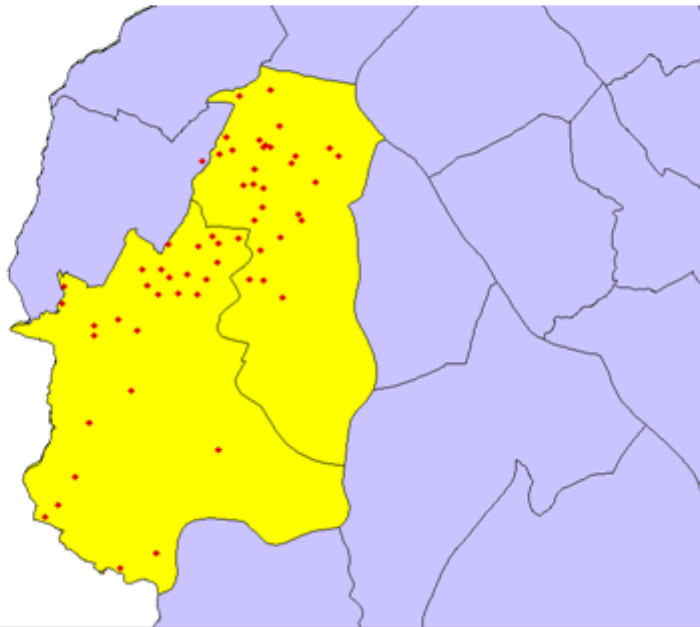
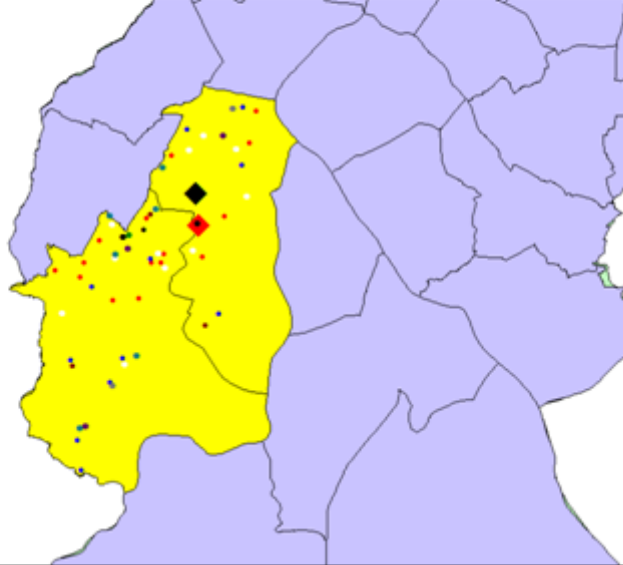
Saúde: Hospitais Municipais – Em M'Boi, somente após 2007

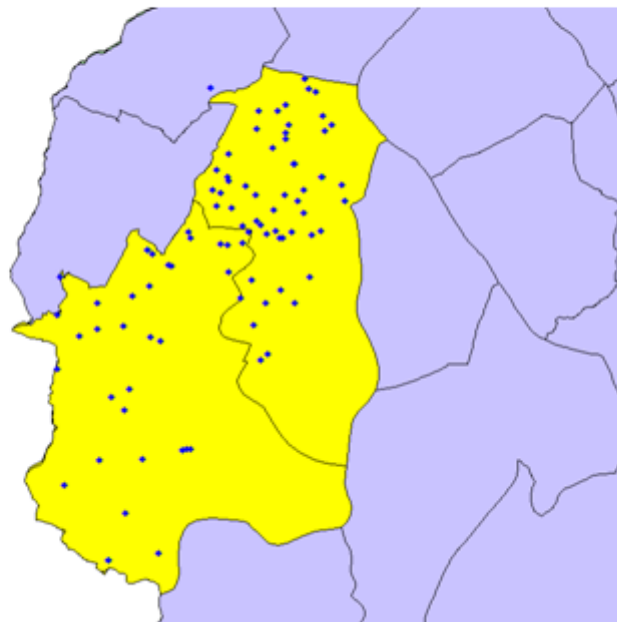
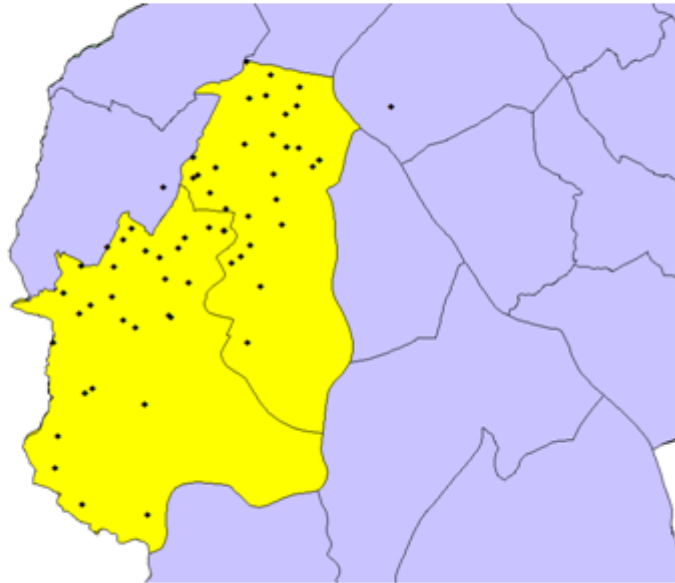


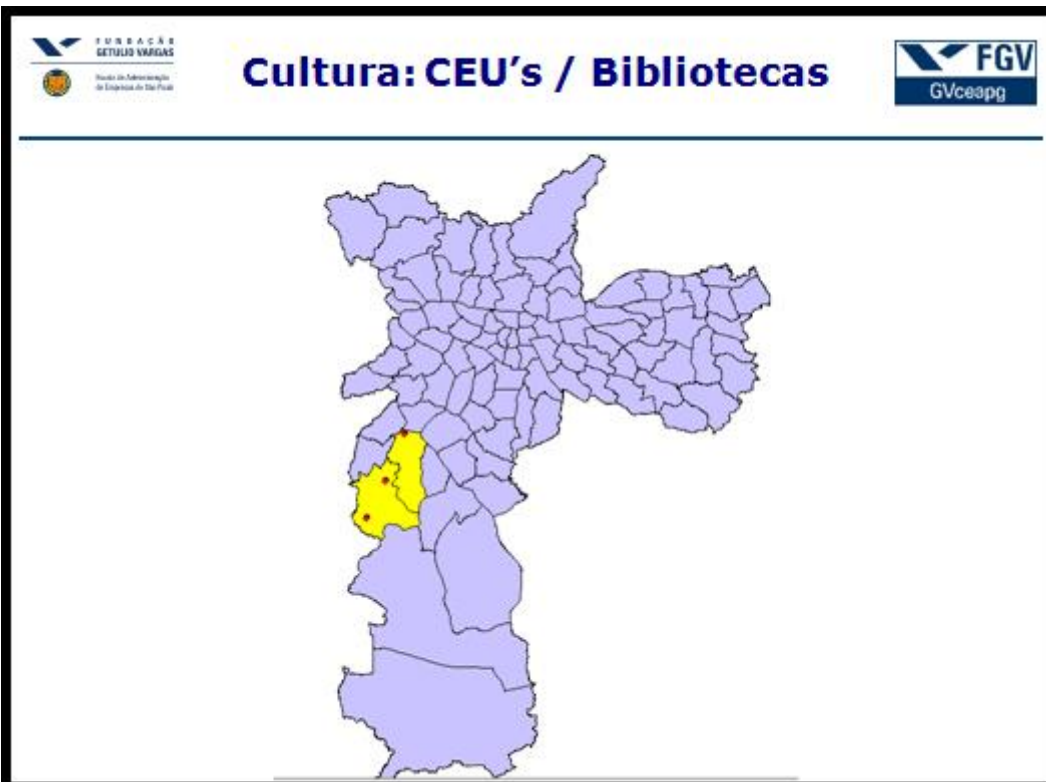
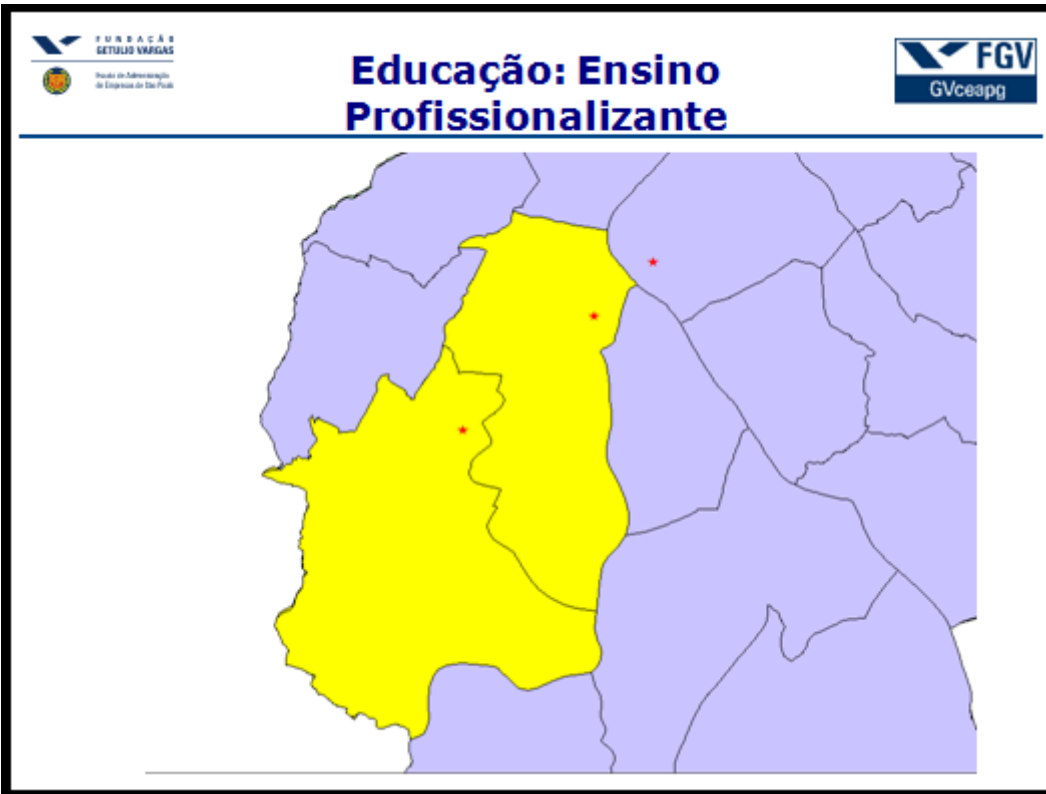
Assistência Social: CRAS-CREAS

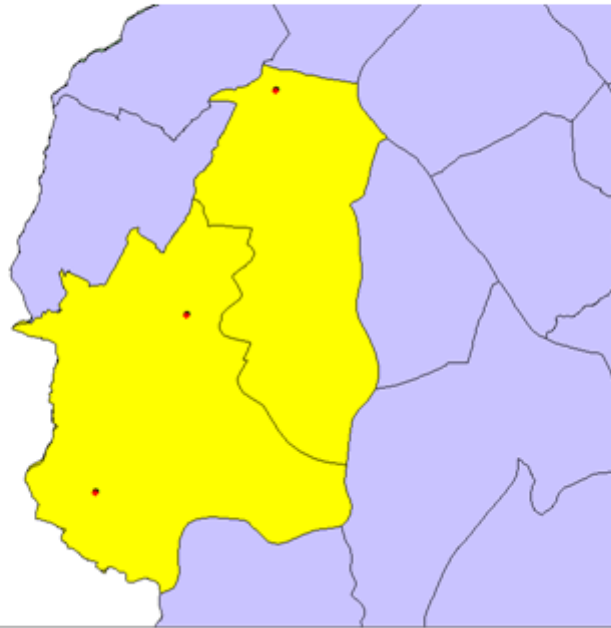


◆ 76 serviços conveniados;









- ◆ **População x Estrutura;**
- ◆ **Ausência de equipamentos ?**
- ◆ **Acessibilidade ?**
- ◆ **Dificuldade de acesso à informação para construção de banco de dados;**

21. Anexos

Lei Complementar que estabelece a Região Metropolitana de São Paulo, dentre outras:

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI COMPLEMENTAR Nº 14, DE 8 DE JUNHO DE 1973

Estabelece as regiões metropolitanas de São
Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre,
Recife, Salvador, Curitiba, Belém e
Fortaleza.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º - Ficam estabelecidas, na forma do [art. 164 da Constituição](#), as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza.

§ 1º - A região metropolitana de São Paulo constitui-se dos Municípios de:

São Paulo, Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Suzano e Taboão da Serra.

§ 2º - A região metropolitana de Belo Horizonte constitui-se dos Municípios de:

Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano.

§ 3º - A região metropolitana de Porto Alegre constitui-se dos Municípios de:

Porto Alegre, Alvorada, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Viamão.

§ 4º - A região metropolitana de Recife constitui-se dos Municípios de:

Recife, Cabo, Igarassu, Itamaracá, Jaboatão, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata.

§ 5º - A região metropolitana de Salvador constitui-se dos Municípios de Salvador, Camaçari, Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz.

§ 6º A região metropolitana de Curitiba constitui-se dos Municípios de:

Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Bocaiúva do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Piraquara, São José dos Pinhais, Rio Branco do Sul, Campina Grande do Sul, Quatro Barras, Mandirituba e Balsa Nova.

§ 7º A região metropolitana de Belém constitui-se dos Municípios de:

Belém e Ananindeua.

~~§ 8º A região metropolitana de Fortaleza constitui-se dos Municípios de:~~

~~Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Pacatuba e Aquiraz.~~

§ 8º A região metropolitana de Fortaleza constitui-se dos municípios de: Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Maracanaú, Pacatuba e Aquiraz. [\(Redação dada pela Lei Complementar nº 52, de 1986\).](#)

§ 9º - O valor do salário mínimo nos Municípios integrantes de uma região metropolitana será igual ao vigente na Capital do respectivo Estado.

~~Art. 2º - Haverá em cada região metropolitana um Conselho Deliberativo e um Conselho Consultivo, criados por lei estadual.~~

~~§ 1º - O Conselho Deliberativo constituir-se-á de 5 (cinco) membros de reconhecida capacidade técnica ou administrativa, nomeados pelo Governador do~~

~~Estado, sendo um deles dentre os nomes que figurem em lista tríplice feita pelo Prefeito da Capital e outro mediante indicação dos demais Municípios integrantes da região metropolitana.~~

Art. 2º - Haverá em cada Região Metropolitana um Conselho Deliberativo, presidido pelo Governador do Estado, e um Conselho Consultivo, criados por lei estadual. [\(Redação dada pela Lei Complementar nº 27, de 1973\).](#)

§ 1º - O Conselho Deliberativo contará em sua composição, além do Presidente, com 5 (cinco) membros de reconhecida capacidade técnica ou administrativa, um dos quais será o Secretário-Geral do Conselho, todos nomeados pelo Governador do Estado, sendo um deles dentre os nomes que figurem em lista tríplice organizada pelo Prefeito da Capital e outro mediante indicação dos demais Municípios integrante da Região Metropolitana.[\(Redação dada pela Lei Complementar nº 27, de 1973\).](#)

§ 2º - O Conselho Consultivo compor-se-á de um representante de cada Município integrante da região metropolitana sob a direção do Presidente do Conselho Deliberativo.

§ 3º - Incumbe ao Estado prover, a expensas próprias, as despesas de manutenção do Conselho Deliberativo e do Conselho Consultivo.

Art. 3º - compete ao Conselho Deliberativo:

I - promover a elaboração do Plano de Desenvolvimento integrado da região metropolitana e a programação dos serviços comuns;

II - coordenar a execução de programas e projetos de interesse da região metropolitana, objetivando-lhes, sempre que possível, a unificação quanto aos serviços comuns;

Parágrafo único - A unificação da execução dos serviços comuns efetuar-se-á quer pela concessão do serviço a entidade estadual, que pela constituição de empresa de âmbito metropolitano, quer mediante outros processos que, através de convênio, venham a ser estabelecidos.

Art. 4º - Compete ao Conselho Consultivo:

I - opinar, por solicitação do Conselho Deliberativo, sobre questões de interesse da região metropolitana;

II - sugerir ao Conselho Deliberativo a elaboração de planos regionais e a adoção de providências relativas à execução dos serviços comuns.

Art. 5º - Reputam-se de interesse metropolitano os seguintes serviços comuns aos Municípios que integram a região:

I - planejamento integrado do desenvolvimento econômico e social;

II - saneamento básico, notadamente abastecimento de água e rede de esgotos e serviço de limpeza pública;

III - uso do solo metropolitano;

IV - transportes e sistema viário,

V - produção e distribuição de gás combustível canalizado;

VI - aproveitamento dos recursos hídricos e controle da poluição ambiental, na forma que dispuser a lei federal;

VII - outros serviços incluídos na área de competência do Conselho Deliberativo por lei federal.

Art. 6º - Os Municípios da região metropolitana, que participarem da execução do planejamento integrado e dos serviços comuns, terão preferência na obtenção de recursos federais e estaduais, inclusive sob a forma de financiamentos, bem como de garantias para empréstimos.

Parágrafo único - É facultado ao Poder Executivo federal, incluir, entre as diretrizes e prioridades a que alude o [art. 25, § 1º, alínea a da Constituição](#), a participação dos Municípios na execução do planejamento integrado e dos serviços comuns da região metropolitana.

Art. 7º - Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de junho de 1973; 152º da Independência e 85º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI

Alfredo Buzaid

Antônio Delfim Netto

João Paulo dos Reis Velloso

José Costa Cavalcanti

Este texto não substitui o publicado no DOU de 11.6.1973