

# **MOMENTO APSP - 1**

---

**O município tem acertado como gestor de saúde?**

----O----

**Entrevista:**

**José Enio Servilha Duarte**  
Presidente do COSEMS

----O----

**Reportagem:**

**Integração de programas para incluir cidadãos**

----O----

**APSP 2001 Agenda de cursos e VII Congresso Paulista de Saúde Pública**

----O----

**POLÊMICA**

**Terence (PSF/PACS: astúcia neoliberal?) e Dimitrov (Saúde da Família Sim! E daí?) escrevem sobre PSF.**

----O----

**E MAIS:**

**Notas**

## **O MUNICÍPIO COMO GESTOR DE SAÚDE: REALIDADE OU PROJETO?**

### ***ENTREVISTA COM JOSÉ ENIO SERVILHA DUARTE***

Para entrevistar José Enio Servilha Duarte, atual secretário de saúde de Marília (SP) e presidente do Conselho de Secretários de Saúde do Estado de São Paulo, o **MOMENTO APSP** reuniu Ana Maria Malik, Álvaro Escrivão, ambos da Fundação Getúlio Vargas, Jorge Kayano, do Instituto Polis, Paulo Capucci, da Associação Paulista de Saúde Pública e Paulo Elias, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). O grupo conversou com José Enio durante três horas e meia na sede da APSP, em São Paulo, sobre a municipalização da saúde e os caminhos da saúde pública na visão dos municípios. Segue os principais trechos da entrevista.

#### **MOMENTO APSP: Qual é a situação do COSEMS hoje e como foi seu encontro com a instituição?**

**JOSÉ ENIO:** Conheci mais de perto o COSEMS há quatro anos, quando comecei a participar, como Secretário Municipal de Saúde, das suas reuniões. Posteriormente, ocupei cargos na diretoria e atualmente sou presidente em exercício da instituição, que desde 1995 está instalada na sede da Secretaria de Estado da Saúde, onde ocupa 2 salas. Do ponto de vista do apoio administrativo a estrutura é mínima, mas está começando a adquirir corpo. Creio que nos próximos anos deverá crescer ainda mais em virtude da presença cada vez maior que o COSEMS obtém na implantação do SUS. O papel desempenhado pela instituição tem sido, principalmente, o apoio aos municípios e a articulação com os outros níveis governamentais. Estamos sentindo a necessidade de um maior embasamento legal e financeiro para que o COSEMS possa assumir o seu papel. O CONASEMS vem tratando deste assunto com o Congresso Nacional e com o Ministério da Saúde.

MOMENTO APSP: Qual é o percentual de secretários municipais de saúde, de fato, preocupados com o município? Como você classificaria os municípios em termos de comprometimento com a saúde?

**JOSÉ ENIO:** A maioria está bastante interessada. Eu sempre defendi que é necessário menos elucubrações e mais ação, pois não adianta ficar discutindo como vai ser o jogo se você não jogar. Quando o processo de municipalização começou, há uns quinze anos, uma das afirmações mais freqüentes, principalmente de quem era contra, era a seguinte: não tenho nada contra a municipalização, sou contra a "prefeiturização". Eu dizia: sou favorável até à "prefeiturização", porque naquele momento o mais importante era passar a responsabilidade para o município, para que o processo se iniciasse. Hoje, os municípios, principalmente aqueles em Gestão Plena do Sistema, estão bastante avançados na construção dos Sistemas Locais de Saúde, além de estarem exercendo o papel de referência para outros municípios, num processo de pactuação com os municípios e com o Estado. No início do processo de habilitação na NOB-SUS 01/96, quando interrogado sobre o que eu achava dos riscos de se habilitar e qual seria a melhor gestão, a minha resposta era a seguinte: é muito complicado se habilitar, mas muito pior é não se habilitar, pois o município hoje, quer queira quer não, é responsável pela Constituição, por todos os serviços de saúde locais, e a não habilitação significa exercê-los sem recursos e sem apoio dos Governos Estadual e Federal. Nesse sentido, os secretários têm que ter a ousadia e a obrigação de assumir a gestão de todos os serviços de saúde do seu município e brigar por mais autonomia e recursos.

***Eu sempre defendi que é necessário menos elucubrações e mais ação, pois não adianta ficar discutindo como vai ser o jogo se você não jogar. Quando o processo de municipalização começou, uma das afirmações mais freqüentes era a seguinte: não tenho nada contra a municipalização, sou contra a "prefeiturização". Eu dizia: sou favorável até à "prefeiturização".***

### **MOMENTO APSP: Estão comprometidos ou não?**

**JOSÉ ENIO:** Uma minoria de secretários está muito interessada e participa com muito entusiasmo. A maioria ainda não tem muita experiência, mas percebe-se que está tomando gosto pela coisa, participando cada vez mais, não só das reuniões e encontros, mas também dos cursos promovidos pelo COSEMS em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Tem quem acha que saúde é problema do governo estadual e está louco para devolver, mas é uma minoria, com tendência a se extinguir nos próximos anos.

### **MOVIMENTO APSP: Na sua opinião, qual é o futuro do serviço público e da saúde pública?**

**JOSÉ ENIO:** Eu sou otimista. Acredito que nas áreas de educação e particularmente na de saúde pública, teremos grandes avanços nos próximos anos. Mas não será de maneira homogênea, uma vez que o processo de descentralização implica que os municípios, sem perder o caráter público, podem adotar modelos diferentes, alguns com serviços próprios, outros por meio de parcerias, mas sem fugir das diretrizes e princípios do SUS. Na área de recursos humanos também não se pode imaginar uma proposta única para todo o país e para todas as instâncias de governo. É necessário pensar também numa forma de descentralização de formação de recursos humanos, que serão incorporados pelos municípios de maneiras diferentes de acordo com a cultura administrativa e a realidade de cada local. Em resumo: não deverá haver plano de cargos e salários igual para todo o Brasil, mas diretrizes que orientem a criação de diferentes planos de cargos e salários. O mesmo se aplica à formação de recursos humanos, principalmente para cargos de direção e assessoria. Os diferentes aparelhos formadores deverão, também de maneira descentralizada, preparar pessoal que tenha condições de lidar com planejamento, programações, vigilância, etc., no nível local e regional. Não se repetirá o que aconteceu em São Paulo, principalmente nas décadas de 70 e parte de 80: a formação de sanitarista por uma ou algumas faculdades, que eram incorporadas, em sua maioria, pela Secretaria Estadual de Saúde. Já está ocorrendo e deverá se acentuar nos próximos anos um processo bem mais complexo, talvez mesmo anárquico. Compete ao

Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde pôr um pouco de ordem neste processo.

**MOMENTO APSP:** Comente a diferenciação entre as Secretarias Estaduais. Como você compara o estado de São Paulo com outros estados, no que diz respeito à formação de pessoal e ao apoio destinados aos municípios, que vêm de forma muito mais forte para São Paulo?

**JOSÉ ENIO:** Hoje o grande condutor da implantação do SUS é o Ministério. Os estados estão meio perplexos neste processo; estão perdendo seu papel de executor e não encontraram o seu novo papel no SUS. Não podemos esperar do Ministério da Saúde, entretanto, muito mais do que vem ocorrendo. Ele já chegou no limite. Maior autonomia para os municípios, diminuição da avalanche de portarias detalhadas e uniformes para todo o país, descentralizações do financiamento etc., apenas em uma outra conjuntura política. Mas como sou conformado com as circunstâncias (risos), acredito que do jeito que está é ainda possível avançar muito no nível local. Em relação aos estados, a experiência do Rio Grande do Sul parece ser a mais interessante, com o projeto "Municipalização Solidária", em que o Estado repassa recursos do Tesouro Estadual, fundo a fundo, para todos os municípios, mas em cima de compromissos que são acompanhados pelos Planos de aplicação, relatórios de gestão detalhados, etc. Em resumo, com muito controle, que é uma crítica que se faz ao Ministério da Saúde.

Em São Paulo está faltando uma proposta mais ousada de articulação com os municípios. O repasse fundo a fundo que estava previsto no Código de Saúde do Estado foi vetado pelo Governador e não mais retomado.

**MOMENTO APSP:** Nossa visão é a de que foi dada ao município a chance de se exercitar como centro de poder político na gestão de políticas públicas, na área da saúde - que hoje tem um status no município, uma vantagem em relação às outras áreas. Diante disso, quais as grandes dificuldades que o município encontra para este exercício, para gerir, para gerenciar e para cumprir com o seu papel político?

**JOSÉ ENIO:** Numa análise mais abrangente, pode-se dizer que os municípios estão ocupando, com um certo sucesso, o novo espaço e até de uma maneira

muito rápida. Acho que o processo de redemocratização do país contribuiu muito para isso. Isto fica muito evidente quando se lê os anais da III Conferência realizada em dezembro de 1963 – fiquei muito emocionado ao lê-las. Todas as diretrizes e principais propostas do SUS estão lá: definição dos papéis dos governos federal, estadual e municipal, com ênfase na descentralização de execução para os municípios, modelo de lei para criação dos Fundos Municipais de Saúde, porcentagem de gastos em saúde, etc. Não foi por coincidência que a III Conferência ocorreu no final de um dos períodos mais democráticos que este país já viveu. A retomada do processo de municipalização ocorreu aqui em São Paulo, no Governo Montoro, com o projeto do Yunes de apoio aos municípios carentes. Este processo foi se ampliando para todos os municípios mas, como era possível na época, por meio de convênios. A impressão que eu tenho é que os prefeitos iam meio a reboque, num processo conduzido com muita garra pela Secretaria de Estado da Saúde, sem muita clareza do papel que começavam a exercer no novo sistema de saúde. A partir de 1988, o quadro mudou. Está na Constituição, como responsabilidade do município, a execução das atividades de saúde, mas é evidente que a “ficha não caiu” tão rápido para os prefeitos, até pelo extenso passado de centralização na área da saúde. Mas “a ficha está caindo”. Hoje, a figura da autoridade sanitária local já está bem consolidada. As dificuldades maiores são, a meu ver, o financiamento do setor – insuficiente e centralizado – e a falta de pessoal para assumir as novas tarefas do próprio local, principalmente de planejamento, avaliação e nas vigilâncias. Estou falando isso, um pouco como provocação, para ver se “cai a ficha” dos órgãos formadores de recursos humanos.

***Os secretários têm que ter a ousadia e a obrigação de assumir a gestão de todos os serviços de saúde do seu município e brigar por mais autonomia e recursos.***

MOMENTO APSP: Como você vê a lógica da descentralização e como tem sido essa descentralização, do ponto de vista da prática social?

**OSÉ ENIO:** Repetindo, a descentralização faz parte do processo de redemocratização deste país. No setor saúde foi a salvação da lavoura. Se não fosse a municipalização, a situação da saúde do país estaria pior. Os municípios não só investiram recursos significativos na saúde, como assumiram atividades que dificilmente o Ministério da Saúde e as Secretarias

Estaduais teriam condições de fazê-las. O setor saúde foi pioneiro, a educação e a área de assistência social vieram em seguida. O próximo setor será o de segurança pública. Quando se tem contato com as escolas municipais e estaduais é que se percebe bem as diferenças, o que não é difícil de entender; nas escolas estaduais, o gestor, em última instância, é o Governador com um monte de intermediários até chegar à escola; nos municípios, o prefeito está próximo da escola, mais sensível aos seus problemas e mais sujeito a pressões da população. O problema é que grande parte dos recursos financeiros ainda estão centralizados, nos governos federal e estaduais, e voltam para o município das maneiras mais diferentes e complicadas possíveis: fundo a fundo, convênios, prestação direta, etc. Mas temos que ter paciência, faz parte do processo, que não podemos deixar que seja interrompido.

**MOMENTO APSP:** Você já trabalhou pelas UBSs e agora está empenhado no PSF. Comente um pouco essa trajetória?

**JOSÉ ENIO:** Eu ajudei a montar as UBSs nas décadas de 1970-80, que na época chamávamos de PAS, com muita garra, pois naquele modelo “INAMPIANO” a montagem da rede básica – porta de entrada – era crucial. Alugávamos casas nos bairros periféricos e implantávamos as unidades da maneira que desse. Em sua grande maioria estas unidades hoje são próprias do município e com boa estrutura de funcionamento. O movimento ocorreu em todo o Estado de São Paulo. Este modelo, do meu ponto de vista, cumpriu o seu papel, ampliou a imunização, implantou programas, consolidou a idéia de rede básica, mas esgotou o seu papel, não consegue mais atingir de maneira eficaz a população que está sob sua responsabilidade. Aí, vem a proposta do Programa de Saúde, que em São Paulo começou, se não me engano, em 1988/89, mas ganhou força nestes três últimos anos, quando o M.S. entrou pesado com a proposta. Em Marília, quando o atual prefeito assumiu, mostrou interesse em expandir a rede básica, que ele tinha começado a implantar em 1983. Sugeri que fizéssemos a expansão com o PSF, ele deu o aval e, desde então, estamos trabalhando com os dois modelos, inclusive com o apoio de uma consultoria específica para a rede de UBSs. A resposta que estamos obtendo nas áreas do PSF – estamos atualmente com sete equipes, duas cobrindo toda zona rural – é de

emocionar, principalmente para quem já estava meio desencantado com as UBSs, que, de maneira árdua e entusiasmada, tínhamos ajudado a implantar. O trabalho dos agentes comunitários de saúde é o que mais entusiasma, aqueles problemas que não chegam à UBS, ou quando chegam, vêm explodindo, eles detectam antes, o que permite uma abordagem mais adequada. O tal do intersetorial que se fala muito e pouco se faz, a gente vê acontecer nas áreas do PSF. Estou com 14% de cobertura da população com PSF, e a intenção é aumentar esta cobertura.

**MOMENTO APSP: Você está com 13,8% , segundo os dados oficiais.**

**JOSÉ ENIO:** Eu quero chegar a 50% da população.

**MOMENTO APSP: Em quanto tempo?**

**JOSÉ ENIO:** A minha intenção é atingir este índice em três anos. Uma das dificuldades é a área física, pois precisaríamos de mais vinte equipes e, portanto, mais vinte áreas físicas. Ou poderemos aproveitar os prédios de algumas UBSs, principalmente as menores, ou então partir para aluguel, como foi no início da implantação das UBSs.

**MOMENTO APSP:** Como pactuar e integrar num sistema federativo competitivo e não cooperativo, já que há uma competição entre municípios e Estados?

**JOSÉ ENIO:** A competição acontece porque o Estado ainda não entendeu o seu papel. Não tem que haver competição, desde a Constituição até a NOB-SUS 01/96, está definido que a gestão de todas as atividades de saúde, com pouquíssimas exceções, é do município. O Estado tem um papel muito importante e que não está sendo exercido, pelo menos de maneira significativa, que são as articulações regionais e macrorregionais, usando como instrumento a PPI, o apoio técnico e acompanhamento dos municípios por meio de avaliações mais competentes, capacitação de pessoal, etc. Acredito que o Estado, como os municípios, têm também carência de recursos humanos qualificados para exercer estas atividades, o que é

preocupante, porque, se a Secretaria Estadual de Saúde não deixar de competir com o município na execução e assumir as suas atividades próprias, não teremos o avanço do SUS no Estado. A competição entre os municípios se dá muito em decorrência de problemas que vêm desde a NOB-SUS 01/93 e que, além de não terem sido resolvidos, se agravaram, em algumas áreas do Estado, à medida que no processo de habilitação dos municípios na Gestão Plena do Sistema usam-se séries históricas e não a PPI. Acho que hoje, em vez de ficar dizendo que os municípios que são referência fecham as portas para os outros municípios, o que precisa ser feito, urgente, é a PPI, a implantação das câmaras de compensação entre os municípios e centrais de regulação nos municípios pólos, tarefa que deve ser conduzida pela Secretaria Estadual em conjunto com os municípios. Os municípios que estão em gestão plena do sistema e são pólos de referência estão numa situação muito delicada: com recursos financeiros insuficientes nos seus tetos financeiros, sob pressão dos prestadores que estão sob sua gestão, que querem mais recursos e se queixam das tabelas defasadas, e dos municípios vizinhos que querem, com razão, que suas necessidades de referência sejam atendidas. Tudo isso sem ter havido, pelo menos na maior parte do Estado, qualquer pactuação prévia. Alguns desses municípios já manifestam intenção de sair da Plena e voltar para a gestão básica, o que, se acontecer, será um grande retrocesso na implantação do SUS no Estado.

***A competição acontece porque o Estado ainda não entendeu o seu papel. Está definido que a gestão de todas as atividades de saúde, com pouquíssimas exceções, é do município.***

MOMENTO APSP: O Conselho Municipal de Saúde ajuda ou atrapalha neste momento?

**JOSÉ ENIO:** Em Marília, o Conselho Municipal de Saúde funciona bem, nos reunimos regularmente e procuramos ser o mais transparente possível, principalmente em relação à Prestação de Contas dos recursos financeiros. Pelo que ouço de alguns Conselhos, o nosso é o mais tranqüilo, sem grandes disputas, às vezes com problema até oposto, tenho dificuldade de envolver alguns segmentos no Conselho, como o das patologias e mesmo de

associações que trabalham diretamente com a saúde, como a Pastoral da Saúde. Já os Conselhos Locais de Saúde ligados às UBSs não estão funcionando bem. Quando cheguei na Secretaria, eles tinham uma estrutura um pouco rígida, reproduzindo a do COMUS, o que trazia alguns problemas; por exemplo, os funcionários que eram representantes no Conselho exigiam participar das reuniões fora do expediente, hora extra e condução para buscar e levar em casa. Propus, e o COMUS aprovou, uma flexibilidade da composição que teria como única exigência a existência de pelo menos 50% de usuários, podendo ser só usuários e a Chefe da UBS se os outros segmentos não se interessarem. Mesmo assim, com algumas exceções, não estão funcionando. A experiência do PSF está sendo muito interessante, não há Conselho Local, mas a participação da população, principalmente pelas associações de bairro da região, é muito intensa e bastante interativa com a equipe. Estou quase chegando à conclusão de que nas UBSs não adianta ter e nos PSF não é necessário, pois a comunidade participa de outras formas que não Conselho Local de Saúde. Em resumo, os Conselhos mais ajudam do que atrapalham, mas é necessário lembrar que não temos cultura e experiência de participação popular, estamos no início de um processo em que temos muito a aprender, comunidade e gestores. Os Conselhos devem atuar muito em cima de diretrizes e fiscalização, eles atrapalham mais do que ajudam quando predominam as disputas de grupos, partidárias ou corporativistas, ou, então, se perde em questões menores, ficam sem rumo; é o que acontece um pouco com o Conselho Estadual de Saúde.

MOMENTO APSP: Comente a polêmica do Ministério da Saúde utilizar mecanismos de incentivo aos municípios para que participem de programas; não te parece um papel de indução forte, que vai contra aquele preceito de que os municípios deveriam adequar seu serviço e a sua atenção à realidade local?

**JOSÉ ENIO:** É evidente que estes mecanismos contrariam alguns princípios básicos do SUS, principalmente o da autonomia municipal na definição de suas prioridades e ações, mas não sejamos ingênuos: é forte no Ministério da Saúde, e mesmo nas Secretarias Estaduais de Saúde, que os municípios ainda são frágeis, portanto, possui recursos com muita portaria e muito controle. O maior problema é que as exigências são tantas para receber os incentivos que aqueles que são realmente frágeis não conseguem receber os

incentivos ou, quando recebem, não conseguem cumprir as todas as exigências e precisam até devolver recursos. Os municípios mais bem estruturados acabam recebendo mais recursos, pois tem uma maior capacidade de realizar os projetos e prestar conta. O Programa de Combate às Carências Nutricionais é um bom exemplo disso. O M.S., e principalmente as Secretarias Estaduais, deveriam, com as exigências, já que acham que são necessárias nesta fase de implantação do SUS, implementar um forte apoio técnico aos municípios, principalmente para aqueles mais frágeis. De qualquer maneira, já tivemos coisas piores e a tendência é que esta “fúria” de portarias e incentivos vá diminuindo, até em consequência do fortalecimento dos municípios.

MOMENTO APSP: Você já passou por vários lugares e nunca foi candidato a cargos eletivos. Há planos para o futuro?

**JOSÉ ENIO:** Não, não tenho nenhuma aspiração nesse sentido. Minha pretensão é continuar na área da saúde, e de preferência no município, na qual é necessário ter uma boa articulação política para que as coisas aconteçam.

Título: **Integração de programas para incluir cidadãos**

*Olho: Santo André aposta na estratégia de integração de programas para conseguir promover inclusão social na população de quatro favelas da cidade. O Programa Integrado de Inclusão Social (PIIS) está iniciando o último ano de sua primeira fase. É uma ótima data para realizar balanço e rever metas para os próximos quatro anos. O MOMENTO APSP aproveitou a “deixa” para inaugurar seu espaço dedicado a iniciativas sociais —como o PIIS.*

O Programa Integrado de Inclusão Social (PIIS), implantado em Santo André (São Paulo), em abril de 1998, enfrenta uma realidade: intervenções de urbanização, de saúde, de geração de emprego e de educação, quando feitas isoladamente, não conseguem emancipar as pessoas envolvidas. Daí vem a definição que os integrantes do programa gostam de repetir: “O Programa Integrado de Inclusão Social é uma estratégia, utilizada pela Prefeitura de Santo André, para concentrar várias políticas num mesmo território. O objetivo é que conseguir vários tipos de intervenções para que as famílias de fato ganhem outro grau de autonomia”, explica Maria Madalena Alves, coordenadora executiva do Programa. Esses conceitos e definições estão em pauta desde o início da primeira gestão do prefeito Celso Daniel, PT. São resultado da preocupação com a situação das favelas do município, do cadastramento e do levantamento sobre a situação das favelas. Os relatórios apontavam uma necessidade de intervenções nas questões de saúde, urbanização, coleta de lixo, geração de emprego e educação.

O município de Santo André tem hoje cerca de 137 favelas, mas quatro delas foram escolhidas para compor a implantação do PIIS: as favelas Sacadura Cabral, Tamarutaca, Quilombo II e Capuava. Um universo de 3.589 famílias, 16.042 pessoas. A escolha é justificada pelo fato do PIIS ser um programa piloto, o que implica uma necessidade de algumas condições básicas para a sua realização. “A primeira delas é a seguinte: nestas quatro favelas, nós temos condição de resolver a questão fundiária, porque terminada a urbanização, as pessoas serão proprietárias de suas casas; ou seja, os núcleos precisavam estar em um terreno que fosse da prefeitura, ou em um local onde ela pudesse dar a concessão do direito real de uso para estas famílias ou tinham de ser espaços que estas pessoas pudessem comprar”, justifica Madalena. Sacadura Cabral pertence à Caixa Econômica Federal e as famílias vão poder comprar seus imóveis, sendo proprietárias de sua terra. Tamarutaca é espaço da prefeitura, que vai fazer a concessão de direito legal de uso. Um outro fator importante para o PIIS funcionar era o compromisso da população local. As pessoas

tinham que estar reivindicando seus direitos, não podia ser uma população passiva. “É fundamental para o programa integrado o envolvimento da comunidade, a gente acredita que a organização da população é importante porque só assim você consegue uma discussão de conquistas d direitos”. E, por outro lado, é uma baliza muito boa para a gente perceber se a ação está na direção correta. Porque posso ter um olhar do que é bom para aquela população, mas não seria a mesma coisa na visão dela. Eu preciso estar o tempo todo ouvindo essa população para perceber se essa ação, que estou desenvolvendo, responde àquilo que ela necessita. Um último fator era a localização. Estas favelas estão localizadas no centro de Santo André e, portanto, exigia uma resposta da prefeitura, uma vez que tinha riscos pelo fato de estarem coladas em grandes avenidas”, conclui Madalena.

**OS PROGRAMAS** — O PIIS é coordenado pelo Núcleo de Participação Popular, órgão vinculado diretamente ao Gabinete do Prefeito, e funciona com base no princípio da matricialidade, no qual os projetos matriciais envolvem muitas secretarias e vários programas, formando um conjunto de 13 programas que acontecem nos quatro núcleos de ação.

O Programa de Urbanização, Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Habitação, atua em obras de saneamento básico, viário, construção de equipamento social e unidades de negócio. Além de fornecer assessoria técnica para as pessoas que estão construindo ou reformando suas casas.

O Programa de Saúde da Família, Secretaria de Saúde, responde por acompanhamento e orientação sobre a situação de saúde de toda a comunidade, por intermédio de agentes de saúde e enfermeiros. O programa organiza atividades que abordam temas como gravidez na adolescência, hipertensão envelhecimento.

Os programas alfabetização e profissionalização — Mova, Seja e Profissionalizantes — e o Ciranda Comunitária, programa de

atendimento a crianças de zero a seis anos de idade, são atribuições da Secretária da Educação e Formação Profissional.

O programa de atendimento a crianças e adolescentes, o programa de atendimento às questões de gênero e o programa de Renda Mínima são da Secretaria da Cidadania e Ação Social. O Criança Cidadã — trabalho de recreação, esporte e capacitação em informática para crianças de 7 a 14 anos de idade — é desenvolvido em parceria com o Movimento em Defesa do Direito dos Favelados e conta com monitores vindos da própria comunidade.

Os programas de geração de emprego — Incubadoras de Cooperativas, Banco do Povo e Empreendedores Populares — são da Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Emprego. A Coleta Comunitária em Núcleos Habitacionais é do Serviço Municipal de Saneamento Ambiental de Santo André (Semasa).

Há ainda o envolvimento da Secretaria de Serviços Municipais, do Núcleo de Participação Popular — que elabora toda discussão de participação popular por dentro do governo de Santo André — e o Núcleo de Planejamentos Estratégicos — que é quem ajuda a elaborar todas as questões de metodologia e unir todas essas ações.

“Tudo começou com um diagnóstico. Nós fomos para lá fazer a leitura do que tinha nessas áreas. Daí, à medida que identificamos a necessidade de ações, puxamos novos programas”, diz Madalena. No momento, o PIIP está fazendo uma pesquisa para preparar uma intervenção na área de saúde, com o intuito de ajudar os portadores de deficiência. A proposta é entrar com um trabalho de viabilização de verba destinada aos deficientes físicos das comunidades.

**PARCERIAS** — O custo do PIIS, previsto para os quatro anos (1998 a 2001), foi de aproximadamente 20 milhões de dólares. Dinheiro que veio do PGU – Programa de Gestão Urbana da ONU (0,34%) —, Governo Federal (25,97%), Governo Estadual (2,38%), União Europeia (19,05%) e Prefeitura Municipal de Santo

André/Semasa (52,26%). Para o funcionamento do PIIS, são envolvidas 160 pessoas, profissionais de várias áreas, incluindo aí os 70 agentes comunitários. Há parcerias também, por meio de prestação de serviços com o Núcleo de Segurança e Assistência Social da PUC/SP, Movimento de Defesa dos Favelados, Instituto de Governo e Cidadania do ABC, Instituto de Estudos Especiais da PUC/SP e Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM).

O Programa Integrado de Inclusão Social está ligado diretamente ao gabinete do prefeito via Núcleo de Participação Popular. A localização, em termos de organograma, começa no gabinete do prefeito. “Temos várias instâncias. A primeira é o Coletivo da Coordenação, que são os secretários municipais, com o prefeito e o secretariado definindo o que deve ser feito politicamente no programa. A segunda instância é chamada de Equipe Técnica, nela estão os diretores da prefeitura e os diretores das entidades parceiras, que definem a estratégia, a maneira como vamos estar realizando cada uma dessas coisas. Outra equipe é a que conta com 160 pessoas, o pessoal que está lá na favela com a mão na massa. Nós ainda trabalhamos com plenária e movimento de organização da população, porque o objetivo é trabalhar em co-gestão com a população, a médio prazo” prevê Madalena.

**FUTURO** — (quadro pág.1) Os desafios para o futuro não são diferentes dos já vividos. Maria Madalena Alves conta que uma das dificuldades é conseguir trabalhar com várias secretarias. “Conseguir fazer com que as pessoas saiam do seu espaço específico e passem a trabalhar junto com outras, sem perder de vista o seu ambiente específico. Possibilitar que elas entendam que, trabalhando junto, ampliam e não restringem. Então, a grande tarefa constante é esta questão de articulação e diálogo. Depois vem a questão do custo, pois é um programa caro”, avalia.

A previsão, com o novo mandato de Celso Daniel, é ampliar o PIIS, não só para outras favelas, mas também para bairros pobres de Santo André.

**RESULTADOS** — Há indicadores mostrando que o PIIS tem conquistado seus objetivos. Só na área de urbanização, houve remoção de 260 famílias, aterro e acompanhamento da construção das primeiras 120 casas, em Sacadura Cabral; abertura de viário e da reforma de centros comunitários; 1100 famílias beneficiadas com o Renda Mínima; 110 pessoas retomaram os estudos, cinco salas de alfabetização foram criadas; 123 empreendedores individuais estão trabalhando em seu negócio próprio; a quatro cooperativas foram criadas (costura, limpeza, construção civil e coletores comunitários); 1246 jovens concluíram cursos profissionalizantes, e houve ainda a participação de 700 crianças em atividades de recreação.

**SAÚDE** — Acompanhar e orientar sobre a situação de saúde de toda a comunidade por meio da ação de agentes comunitários de saúde. Esse é o objetivo do PIIS. Após dois anos e meio de trabalho, os agentes já contabilizam: aumento da cobertura vacinal, melhora na qualidade de vida de hipertensos e diabéticos, aumento do índice de curados de tuberculose e hanseníase, redução de incidência de câncer de colo de útero e mama, diminuição de intervenções hospitalares desnecessárias e prevenção de doenças degenerativas. É o resultado do trabalho de 23 agentes comunitários e quatro enfermeiras, um agente para cada 200 famílias, com visitas mensais a todas elas.

“Uma das principais funções do agente é facilitar o acesso da população às Unidades Básicas de Saúde; ou seja, a população está tendo acesso à informação, que é algo muito valioso”, afirma Ieda Maria Cabral da Costa, coordenadora do Projeto de Saúde da Família para o município.

Durante a implantação das equipes o principal desafio encontrado foi explicar a noção de prevenção de doenças, deixando o pronto atendimento 24 horas para as Unidades Básicas. “Nós temos como princípio só implantar os agentes depois de dialogar com a população a respeito da importância e o modo de funcionamento desse trabalho, e as pessoas demonstraram muita dificuldade em entender que não trabalhamos com pronto atendimento 24 horas. No início, chegam a pensar que o agente vai levar remédios para elas. Para resolver isso, contamos com apoio das lideranças”. Outro entrave é a desconfiança da população. “Eles acham que todo aquele movimento de reuniões, seleção de agentes e cadastros está acontecendo por causa de eleições, que, depois que acabar a eleição, tudo será esquecido; por isso, encontramos dificuldades para incentivar a participação”.

Outro problema: as comunidades não querem o agente de saúde por acharem que isso é “coisa de pobre”. Afirmam que têm planos de saúde e que o agente não tem nada para fazer lá. Pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde de Santo André confirma que o índice de pessoas com planos de saúde na região é alto: 25,42% da população do PIIS tem cobertura. Num bairro de classe média do município, esse número chega a 49,70%. “Logo na seqüência, após a rejeição inicial, eles procuram o agente de saúde porque percebem que ele resolve coisas, que tem acesso a informações valiosas e que melhora a vida de todos”.

Programa Saúde da Família está implantado em 15 bairros de Santo André e também nas comunidades que compõem o PIIS. Olhando a saúde de modo restrito, seria esse o único projeto voltado para este setor, mas a coordenação do Programa faz questão de apontar a forma decisiva de interferência, das outras iniciativas, na questão da saúde. “A coleta de lixo, todas as atividades de urbanização, a geração de renda, propiciando alimentação mais adequada, atividades de lazer; enfim os programas se integram e melhoram a qualidade de vida, a saúde das comunidades”, explica Ieda.

**Título: APSP deve promover 11 cursos e o VII Congresso Paulista de Saúde Pública em 2001**

Nesse ano, a Associação Paulista de Saúde Pública está apresentando uma agenda de cursos que tenta cobrir vários interesses dos profissionais da área. O conjunto de onze cursos, ainda sem datas e custos definidos (veja quadro), vai compor o programa de atividades da instituição, que tem seu ponto alto na realização de seu Congresso. Cleide Lavieri Martins, coordenadora geral do VII Congresso conta como deve ser o evento.

*“A Associação Paulista de Saúde Pública já deu início à organização do **VII Congresso Paulista de Saúde Pública**, que será realizado no período de **1º a 3 de outubro de 2001**. Neste momento estamos definindo local, tema e estrutura do Congresso. Consultamos cerca de 80 instituições de ensino, pesquisa e serviço da área, solicitando sugestões; recebemos o retorno de metade delas. Os temas propostos refletem os interesses das diferentes instituições. Quanto à estrutura, vamos aperfeiçoar o caminho escolhido no VI Congresso, em Águas de Lindóia (1999), valorizando a participação dos congressistas com discussões dos pôsteres, evitando um número muito grande de atividades simultâneas, e buscando a produção de um documento propositivo com as principais conclusões do Congresso. Procuraremos também oferecer um espaço agradável que permita o conagraçamento dos participantes. Uma novidade será a realização de pré-congressos regionais no primeiro semestre de 2001, por enquanto coordenados por Botucatu, Ribeirão Preto e região do ABC paulista. À medida que o Congresso for se estruturando, você poderá encontrar as novidades em nosso site [www.apsp.org.br](http://www.apsp.org.br). Gostaríamos de receber mais sugestões pelo e-mail [apsp@apsp.org.br](mailto:apsp@apsp.org.br) ou pelo fone/fax: (11) 3032-6209. Esperamos que o VII*

*Congresso consolide o pensamento sanitaria paulistano. Anote em sua agenda e participe!”*

## **CURSOS APSP EM 2001**

- Discurso do Sujeito Coletivo: Novas Estratégias Metodológicas em Pesquisa Qualitativa.
- Território e Saúde.
- Epi-Info.
- Promoção da Saúde e a Construção e Municípios Saudáveis.
- Vulnerabilidade e Ações Preventivas de Saúde.
- **Um Método para Análise e Co-gestão: O Método da Roda.**
- Saúde Bucal Coletiva.
- Vigilância Ambiental.
- Legislação Sanitária.
- Gênero e Políticas de Saúde.
- Liderança e Gestão de Recursos Humanos no SUS.

PARTICIPE DO **MOMENTO APSP!** ENVIE CRÍTICAS, SUGESTÕES, PAUTAS E ARTIGOS PELO E-MAIL [apsp@apsp.org.br](mailto:apsp@apsp.org.br) ou pelo fax: (11) 3032-6209.

## **DAVID É VIDA**

Marco Manfredini

Na noite de 10 de novembro último, recebi a notícia de que o estado clínico de David Capistrano Filho era crítico, e os amigos deveriam se dirigir ao hospital. Ao chegar no hall do Sírío Libanês, fui abraçado pela sua esposa, Haidee, que me informou sobre o falecimento. As despedidas foram emocionantes. Centenas de companheiros de viagem de David compareceram aos velórios de São Paulo e Santos. Como a memória não é objeto de importância neste país, atendi ao pedido da direção da APSP para escrever um pequeno artigo sobre nosso companheiro, a partir de um outro que enviaria a um jornal eletrônico.

David Capistrano Filho foi um dos muitos brasileiros que não pôde enterrar seu pai. A ditadura militar, não se contentando apenas em matar David Capistrano, quando ele tentava reingressar ao país vindo do Uruguai, sequestrou seu corpo, e o enviou para as horrendas estatísticas dos desaparecidos políticos. David Filho iniciou sua militância política muito jovem. Em 1964, com apenas 15 anos de idade, viu um colega da Juventude do Partido Comunista Brasileiro (PCB) ser metralhado ao seu lado, em Recife, após o golpe militar. cursou Medicina no Rio de Janeiro, especializou-se em Saúde Pública, foi médico sanitário na periferia de São Paulo, secretário da Saúde de Bauru e de Santos, prefeito de Santos, consultor da OMS e do Ministério da Saúde e coordenador do Projeto Qualis-PSF na Capital. David tinha um currículo invejável no campo político, ético e moral. Foi um dos propulsores da Reforma Sanitária Brasileira. Neste artigo, lembrarei apenas aspectos de sua importância para a saúde bucal.

Quando foi secretário da Saúde em Bauru, entre 1984 e 1986, extinguiu os serviços de traillers odontológicos, que eram o principal modismo da época, e implantou o atendimento em unidades de saúde e o desenvolvimento de programas preventivos em escolas municipais. Num período em que os programas vigentes só recomendavam o atendimento a crianças em fase escolar, o serviço de Bauru na gestão de David começou a atender adultos nas unidades de saúde, sinalizando uma prática que seria, posteriormente, aprofundada nos seus trabalhos em Santos e São Paulo.

Tive o privilégio de acompanhar David, com frequência, a partir de 1987, quando trabalhamos juntos no Instituto de Saúde, e entre 1989 e 1996, na cidade de Santos. O incorfomismo de David face à passividade com que os dentistas aceitavam o termo “geração perdida” encontrou forte eco no grupo de dentistas que organizava a renovação odontológica. Tal expressão, ainda hegemônica na prática assistencial, compactua com o conformismo de só viabilizar atendimento odontológico a crianças, impossibilitando o acesso às demais faixas etárias, que seriam rotuladas como “geração perdida”.

Tive a oportunidade de participar das duas gestões em Santos, que demonstraram ser possível mudar tal prática. Ao mesmo tempo em que conseguimos reduzir os índices de cárie em crianças, organizamos uma rede que tinha serviços de endodontia, radiologia, diagnóstico bucal, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, ortodontia preventiva, prótese e atendimento a pacientes especiais e portadores do vírus HIV. Humanista incorrigível, David lutou pela humanização das práticas de saúde, incluindo a odontologia.

Sua última contribuição à saúde bucal ocorreu à frente do Projeto Qualis-PSF em São Paulo. Com o apoio da dentista Márcia Freitas, implantou um projeto de saúde bucal no contexto da saúde da família, rompendo com a lógica redutora da concepção inicial da equipe mínima do PSF. Como consultor do Ministério da Saúde, foi o principal artífice da introdução da saúde bucal no PSF, anunciada pelo ministro José Serra recentemente.

Reside aí a grande virtude de David: para ele, não existia a expressão “é impossível”. Para ele, homens e mulheres trabalhando coletivamente sempre poderiam criar uma nova realidade. Como bem afirmou o jornalista Sérgio Gomes em seu velório, “David já trazia as sílabas da palavra vida em seu nome”.

Que a sua luz continue a iluminar a nossa luta por uma sociedade livre, justa e solidária.

Marco Manfredini é chefe de Gabinete do Vereador Carlos Neder e Consultor do Instituto Pedro Martinelli.

## **PSF/PACS: astúcia neoliberal?**

**Marcelo Fernando Terence**

*Primeiro, pagam-se os juros, subsidia-se a iniciativa privada; com o resto, criam-se programas que servem para conter o desagrado dos pobres, alteram pouco as condições de vida e, o que é pior, atingem um número de pessoas pequeno em relação ao total da população.*

## **Estado de Bem-Estar Social: a política social europeia nos tempos da Guerra Fria**

O Estado de Bem-Estar Social foi uma construção europeia e teve seu grande momento entre as décadas de 1940 e 1970. O lucro não era então a única medida das coisas. A organização e a pressão dos trabalhadores (mais o medo do comunismo soviético, o fantasma vermelho) dirigiam os investimentos do Estado para políticas sociais como saúde, educação e manutenção da renda (seguro desemprego, previdência, etc). Também os empresários se beneficiavam, dispensados de pagar parte do salário dos empregados, já que bens sociais como educação e saúde eram assegurados pelo Estado e não pagos privadamente.

A partir da década de 1970, a festa acabou. Esse modelo de atuação estatal na economia incentivou a chamada “Revolução Informática”. A automatização e a mecanização da produção foram rápidas e o trabalhador começou a ser dispensado das unidades produtivas. Com a abertura dos mercados nacionais as empresas passaram a atuar no mundo todo. A terceira revolução industrial permitiu que negócios feitos em países distantes se realizem em poucos segundos.

Com a mundialização e a informatização dos negócios os capitalistas precisam de mais recursos para disputar o mercado mundial e aumentar sua capacidade produtiva; com o uso do computador e das máquinas, os empregos somem e os trabalhadores, desmobilizados pelo desemprego, perdendo seu poder de negociação. Se os negócios agora são mundiais e de alta tecnologia, a quantidade de capital necessário para a instalação de uma indústria competitiva é gigantesca. Para se perpetuar, a acumulação capitalista exige mais do Estado e necessita menos de trabalhadores, pois as máquinas e os computadores vão dispensando os homens da produção. Também os trabalhadores, com o desemprego, precisam mais ainda dos recursos do Estado, em torno dos quais acirra-se a disputa. Para resolver esse impasse do capitalismo, os patrões articularam um conjunto de idéias (e práticas) que tem o nome de neoliberalismo e objetiva romper o pacto do Estado de Bem-Estar Social. Culpam o gigantismo do Estado

pela crise do capitalismo e querem que a totalidade dos recursos do Estado seja gasta com a reprodução do capital.

Na Europa, o neoliberalismo, em mais de 20 anos, vai avançando a passos lentos sobre as políticas sociais.

### **Enquanto isso, no Brasil...**

Não tivemos um Estado de Bem-Estar Social. A elite brasileira nunca admitiu discutir com as classes populares o destino dos recursos públicos nos moldes do Estado de Bem-Estar.

Com muita luta, os trabalhadores com carteira assinada conquistaram algumas leis trabalhistas e previdenciárias, principalmente nas décadas de 1930 e 1940. Mas apenas na Constituição de 1988 o povo brasileiro conseguiu um compromisso do Estado com a universalidade dos direitos sociais.

O texto do Sistema Único de Saúde (SUS) é um exemplo claro desse avanço: fala em universalidade e integralidade. Todos os brasileiros, independentemente de classe social, renda, com carteira assinada ou não, quando tiverem problemas de saúde, devem ser pelo Estado. Esta assistência deve se estender a todos os níveis: da prevenção a cura. O SUS assume que a saúde não depende apenas de assistência médica, mas é o resultado da vida das pessoas: seu trabalho, sua habitação, sua educação, seu lazer. Além de garantir assistência médica integral, o Estado tem que promover igualdade social.

Isso só pode ser feito aumentando a receita do Estado e garantindo que ela seja destinada às políticas sociais. Ou seja, a Constituição de 1988 ia na contramão do neoliberalismo, no exato momento em que este vivia seu auge na Europa.

Então nossa elite elegeu dois governos cujo programa era destruir a Constituição e garantir os recursos do Estado para financiar o capital.

### **Como ficam as políticas sociais?**

Ficam com as sobras. Primeiro, pagam-se os juros, subsidia-se a iniciativa privada; com o resto, criam-se programas que são “amortecedores sociais”: servem para conter o desagrado dos pobres, alteram pouco as condições de vida e, o que é pior, atingem um número de pessoas pequeno em relação ao total da população.

Com o argumento da falta de recursos e ainda em nome de uma suposta falta de agilidade do serviço público, foram criadas as Organizações Sociais (OS), para cuidar da saúde e da educação do povo. Financiadas com dinheiro do Estado, contratam funcionários e

compram material sem concursos públicos nem licitações, por serem entidades privadas (Fundações, Associações e Cooperativas).

Se o comerciante da comunidade ou um empresário de boa alma resolver “ajudar” os mais necessitados, ótimo. Se não, paciência.

O neoliberalismo prescreve: agora, oficialmente, é cada um por si.

### **Norma Operacional Básica/96 (NOB/96), Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): neoliberalismo na saúde?**

A última NOB editada, de 1996, avançou muito pouco em relação à NOB/93. O pagamento da atenção básica, antes realizado por produção passou, a partir da NOB/96, a ser coberto por uma quantia fixa segundo o número de munícipes, o chamado Piso da Atenção Básica – PAB – hoje entre R\$10,00 e R\$18,00 por habitante/ano. Se realizarem o PSF/PACS, criados nos céus ministeriais, os municípios recebem uma quantia a mais, podendo dobrar o valor do PAB. Por intermédio da indução do PSF/ PACS, a NOB/96 torna realidade parte da proposta do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, que cria dois subsistemas de saúde: um de atenção simplificada e dirigido à população pobre e outro centrado na atenção hospitalar e procedimentos de alta complexidade. O governo federal vem incentivando a gerência dos dois subsistemas por entidades privadas e financiadas pelo Estado, como acontece no município de São Paulo, onde o PSF é operado por Fundações e OS e alguns hospitais já foram repassados para as OS.

Esse programa foi criado para tornar-se um tipo de atendimento para os pobres. Além disso, a população perde o direito de escolher por qual equipe de saúde vai ser atendida. Mais: esvazia-se a proposta de participação popular em relação à formulação de políticas, pois estas são bombardeadas pela burocracia ministerial. Há ainda a possibilidade da equipe “multiprofissional” se reduzir à autoridade do médico, os outros profissionais sendo meros auxiliares. Como, então, entender as condições de saúde de um determinado local a partir da visão de outros campos de conhecimento?

Como esse programa paga mais aos seus profissionais, e foi criado para conter custos, retendo a população pobre em níveis básicos de atenção, não é difícil identificar o caráter publicitário do PSF. Atenção à saúde reduzida para um número reduzido de pessoas, esta é a lógica do PSF, nitidamente neoliberal.

### **O que está se perdendo?**

A destruição do SUS não diz respeito a apenas um Sistema de Saúde que vai sendo esvaçado pela política neoliberal. Representa

uma derrota histórica de todo o movimento pelas Diretas, pela Reforma Sanitária e por uma sociedade igualitária.

---

Marcelo Fernando Terence é historiador, professor da rede municipal de ensino de São Paulo

## SAÚDE DA FAMÍLIA SIM! E DAÍ?

Pedro Dimitrov

Embora conhecido como “Programa“, o programa de saúde da família não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades.

Considerando a utopia da OMS de que "saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não a simples ausência da doença" ou a afirmação de que “a saúde só pode ser pensada como processo complexo multifatorial sintetizado no binômio saúde-doença” ou ainda de que a “saúde deve ser considerada no processo histórico e socialmente definido pelas características da produção e apropriação dos bens e serviços de uma determinada sociedade”, verificamos a amplitude e a complexidade do tema saúde.

Mesmo assim, podemos afirmar que entre os profissionais de saúde, foi sendo construído o consenso de que o objetivo a ser atingido pelo seu trabalho é aumentar a quantidade e a qualidade da vida humana, respeitando algumas diretrizes éticas básicas como a autonomia das pessoas, a beneficência a não-maleficência e a justiça; sendo esta, na situação brasileira, entendida como a equidade.

Com estas idéias iniciais na cabeça o autor senta em uma poltrona confortável para relaxar um pouco e, subitamente, passa a ter uma visão fora do tempo e do espaço. É uma assembléia de sábios, em um ambiente muito agradável, em que há desde pessoas com túnicas gregas e longas barbas brancas até a típica roupa branca e paletó azul dos médicos bem-sucedidos economicamente, donos das atuais empresas de saúde. Assim, passa a ouvir algumas frases:

- A minha observação é que o paciente precisa ser visto de forma integral pois a doença se manifesta na pessoa. Cada pessoa se comporta de uma forma específica frente as diversas agressões e isso resulta em diferentes doenças.
- Considerando alguns aspectos de minha experiência, creio que é melhor olharmos os aparelhos, pois as doenças se manifestam em certos aparelhos como circulatório, respiratório, digestório, locomotor, etc.
- A questão não é nos aparelhos, mas nos órgãos. Temos que olhar o fígado, o coração, o estômago e assim por diante.
- Discordo, as doenças se apresentam nos tecidos, a desordem nos tecidos é que define as doenças.
- Eu diria que o problema está na célula, pois é ela que muda de atividade e altera o tecido.
- Com o avanço da ciência, posso garantir que o problema está no código genético; como já fizemos a leitura do Genoma, o próximo passo é estabelecer as terapêuticas genéticas adequadas e olhar para um futuro maravilhoso, sem doenças.
- Vocês estão fora da realidade! O problema é a desestruturação da família levando a miséria, a fome, a gravidez na adolescência, etc.
- Talvez possamos dizer que a questão envolve, até certo ponto, grupos sociais excluídos, caracterizados pela ignorância.
- Eu diria que o problema é a sociedade que gera estes grupos; ou seja, estes grupos fazem parte de uma determinada sociedade.
- O que gostaria de lembrar é que praticamente não há mais sociedade isolada, o que existe é uma grande interdependência entre as etnias, os países, as nações e blocos econômicos.
- Afirmo categoricamente: as doenças decorrem do consenso de Washington, que levou à desregulamentação de todos os setores em quase todos os países e estabeleceu a lei da selva em termos de

exploração! Assim, só há uma saída: **“Contra burguês vote dezesseis!”**  
PLUFT.

O autor acorda assustado em frente da televisão no horário eleitoral; após alguns segundos, passado o susto, faz um esforço de memória para lembrar as frases dos sábios e percebe que todas têm um fundo de verdade. Mas nenhuma frase, isoladamente, explica a complexidade do tema, pois realmente a saúde pode ser pensada como resultante de uma escala de fatores que vai desde os estudos do Genoma até o neoliberalismo resultante do consenso de Washington.

Assim, conforme a posição que assumir nessa escala, o autor pode propor diferentes formas de organização do trabalho em saúde.

Considerando que o SUS representa um grande avanço no processo civilizatório de nossa sociedade altamente injusta e excludente e que a luta para ampliar a quantidade e a qualidade de vida humana é algo ser pensado, podemos propor o cuidado da saúde da família como uma estratégia de ampliar e ordenar o acesso aos serviços de saúde, facilitando a consolidação do SUS.

Esta forma de atuação desenvolve os laços primários de solidariedade que ocorrem no interior da família e dos grupos sociais nas micro-áreas e nas áreas. Atua sobre as doenças e desenvolve a saúde considerando as variáveis culturais, sociais, econômicas, cria as condições de reflexão para ampliar a consciência política por meio da leitura dos dados sócio-sanitários de forma organizada e de acordo com a realidade da região.

Desse modo, a atuação da equipe de saúde da família pode orientar a assistência das pessoas sob o ponto de vista biológico, incluindo até os aspectos genéticos, e sob o ângulo social e político, até a compreensão dos reflexos locais do neoliberalismo atual.

Embora conhecido como “Programa”, o programa de saúde da família não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com um olhar técnico e político no espaço onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e se relacionam.

Neste processo, podemos destacar alguns pontos positivos:

1. o trabalho da equipe de saúde com uma clientela vinculada;
2. a possibilidade de uso de informações sócio-sanitárias atualizadas pelo agente comunitário;
3. a capilaridade do sistema é ampliada do centro de saúde para a população pelo agente comunitário;
4. a possibilidade de ordenar a demanda e organizar os níveis de assistência de maior complexidade;
5. a possibilidade do controle das condições de saúde com as visitas mensais dos agentes de saúde;
6. a possibilidade da observação da intervenção em grupos específicos como diabéticos, hipertensos, gravidez de risco etc;
7. a possibilidade de ampliar a auto-estima e o desenvolvimento da autonomia das pessoas por meio de ações educativas;
8. o estímulo à ampliação da solidariedade;
9. a ampliação do vínculo médico-paciente;
10. o favorecimento à participação popular na definição da atuação do centro de saúde;
11. a possibilidade do intercâmbio da equipe de saúde com a população vinculada como intuito de atuar sobre os determinantes locais de geração de doenças e o incentivo de ações geradoras de saúde.

Evidentemente, a característica programática do PSF pode permitir que a sua execução sirva aos interesses fragmentadores das políticas de saúde no sentido de isolá-lo como ação suficiente para atender demandas primárias do sistema de atenção. Porém, precisamos lembrar que já temos no próprio sistema um antídoto para isso: a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde na definição das áreas prioritárias e do ritmo de implantação das equipes de saúde da família, estabelecendo ainda um sistema articulado de referência e contra-referência, desenvolvendo assim, na prática, a equidade e

o avanço da implantação concreta do SUS, como já vem ocorrendo em vários municípios pelo Brasil afora.

---

—

Pedro Dimitrov é médico-sanitarista, doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

## **Dicionário conta história das mulheres brasileiras**

A Redeh (Rede de Desenvolvimento Humano) lançou o “Dicionário Mulheres do Brasil”, uma publicação patrocinada pela Fundação Ford, que reúne mais de 800 nomes e faz parte do projeto "Mulher 500 anos por trás dos panos", criado há três anos. O dicionário é ilustrado e conta a história de mulheres de todas as épocas, raças, etnias, classes sociais e profissões, incluindo desde índias da época do descobrimento até as celebridades contemporâneas. Mais de cem personagens que constam da publicação ainda estão vivas. Entre elas, Benedita da Silva, vice-governadora do Rio de Janeiro. A pesquisa, que durou três anos, foi coordenada pela economista Hildete Pereira de Melo e pela historiadora Teresa Novaes, que receberam a contribuição de historiadoras de várias regiões do país. Os interessados podem adquirir o dicionário em qualquer livraria do país ou na Editora Jorge Zahar. Telefone da Redeh: (21) 262-1704.

## **Mapa Exclusão/Inclusão**

O “Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo”: dinâmica social dos anos 90” pode ser adquirido no Instituto Pólis e Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC. O CD-Room é uma atualização dos dados contidos na primeira edição da pesquisa, publicada em 1994. A obra tem como objetivo oferecer argumentos para os cidadãos tomarem decisões sobre a vida coletiva, tendo em vista o desejo da construção de uma nova cidade, com base no princípio da cidadania. O Mapa é resultado da parceria do Instituto Pólis, Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC, NEPSAS/PUC/SP e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, INPE. A coordenação é de Aldaiza Sposati.

## **Habitar São Paulo**

Nabil Bonduki reúne no livro “Habitar São Paulo: reflexões sobre a gestão urbana” um conjunto de artigos elaborados nos anos 90 para coletâneas, jornais e revistas, em que se discute a gestão do município, com destaque para a habitação popular. O autor — que foi superintendente de Habitação Popular da prefeitura de São Paulo (gestão Luiza Erundina), quando coordenou o Programa de Habitação de Interesse Social — conta sua experiência na prefeitura e os desdobramentos desse trabalho, denunciando, entre outras coisas, o desmonte promovido pela gestão malufista. Aborda também a riqueza de soluções alternativas, como os mutirões autogeridos e a inevitável descentralização administrativa da cidade. O objetivo da obra é refletir sobre alternativas para a gestão urbana, em particular para enfrentar a dramática questão da moradia, que, hoje, representa um desafio para os administradores das cidades brasileiras. Em São Paulo, onde a dimensão do problema é espantosa – com dois milhões de pessoas vivendo em favelas, seiscentos mil em cortiços e cerca de três milhões em loteamentos ilegais –, o tema torna-se obrigatório para todos os que buscam refletir sobre o futuro da cidade.

## **Projetos sociais contra a violência**

A realização de projetos sociais que respeitem os jovens como cidadãos que possuem seus direitos pode ser um caminho para a contenção da violência entre jovens nas periferias das grandes cidades. A afirmação é do professor Rubens de Camargo Ferreira Adorno, do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. Segundo ele, que possui trabalhos de pesquisas nesta área, no Brasil já existem propostas de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e de setores da sociedade que vêm proporcionando resultados positivos. "Propostas de caráter assistencialista em nada contribuem para combater o quadro de violência entre os jovens", avalia. Adorno vem realizando pesquisas em regiões da periferia de São Paulo, em duas frentes: com jovens que entram no que ele denomina "circuito da rua" e com aqueles que se encontram em conflito com a lei. Por meio destes estudos, o pesquisador afirma que alguns conceitos podem ser desmistificados. "Podemos afirmar, por exemplo, que a droga não chega a ser a principal causa da violência e que a família não é um antídoto para esta situação", diz o pesquisador. "Não existe um modelo de família", reforça. "As reais causas da violência entre estes jovens", na opinião do professor, "estão no modo excludente com que a sociedade moralista trata os adolescentes".

### **Bolsa FUNDAP**

· Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo promove o concurso para "Aprimoramento em Saúde Coletiva – Bolsa FUNDAP". O objetivo é a formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), com capacitação para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde coletiva. As inscrições vão até 15 de dezembro de 2000, e quer atingir profissionais das áreas de Ciências Humanas, Exatas e Biológicas (exceto medicina) formados no período entre 1996 e 2000. A duração da bolsa é de dois anos. O processo seletivo é composto de prova escrita, entrevista e análise de currículo. Informações: (11) 3105-9048, ramal 224 ou 226.

### **“Entre Tapas e Beijos”**

No último dia 12 de dezembro aconteceu o lançamento do livro “Entre Tapas e Beijos”, do Projeto Violência, Gênero e Direitos Humanos da Faculdade de Medicina da USP. O livro é resultado do trabalho da pesquisadora Ana Flávia Lucas D’ Olivera, que lançou um desafio para várias comunidades: contar histórias ou escrever poesia sobre violência. As pessoas responderam ao chamado e uma comissão julgadora escolheu os melhores textos. O resultado final pode ser conferido na páginas de “Entre Tapas e Beijos”. A obra é edição da organizadora e a distribuição é gratuita.

### **Profissionais para Amazônia**

A Saúde Sem Limites, ONG dedicada a levar assistência médica a regiões remotas do país, está selecionando profissionais de saúde com nível superior, para completar sua equipe de campo numa área indígena do Amazonas. Nas

comunidades em que atua, a entidade apóia a construção de um sistema de saúde adequado às necessidades locais. Os profissionais procurados são: médicos, enfermeiros e odontologistas, cujas remunerações serão, respectivamente, R\$ 7.000, R\$ 4.000 e R\$ 4.500. Os profissionais deverão desenvolver ações no campo de educação em saúde, atividades clínicas, principalmente em aldeias indígenas e na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, no alto Rio Negro, noroeste do estado do Amazonas. Os interessados devem enviar currículo para: Saúde Sem Limites - Recursos Humanos (Rua Frei Caneca, 1407, sala 813, São Paulo, SP, CEP 01307-003).

**Expediente:**

Associação Paulista de Saúde Pública — APSP.

Rua Cardeal Arcoverde, 1749, conj. 78 – bloco B — Pinheiros

CEP 05407 – 002São Paulo – SP

Fone/fax: 0XX11 – 3032-6209

Diretoria 2000-2002

Presidente: Fernando Capucci; vice-presidente: Aurea Maria Zöllner Ianni;  
primeira–secretária: Cláudia Maria Bógus; primeiro–tesoureiro: Nivaldo  
Carneiro Júnior; segunda–secretária: Ana Lúcia Pereira.

Produção Editorial:

Mídia Alternativa Comunicação

Redação, edição e jornalista responsável:

Beth Cardoso, Mtb. 26.124.

Revisão de textos:

Cesar Gonçalves

Projeto Visual:

Central Business Comunicação e Editora Ltda.

Correspondência:

Rua Cardeal Arcoverde, 1749, conj. 78 – bloco B – Pinheiros

CEP 05407 – 002

São Paulo – SP

Fone/fax: 0XX11 – 3032-6209

Home page: [www.apsp.org.br](http://www.apsp.org.br)

E-mail: [apsp@apsp.org.br](mailto:apsp@apsp.org.br)

Os artigos aqui publicados não exprimem necessariamente a opinião do **MOVIMENTO APSP**, sendo de inteira responsabilidade de seus autores.

## **EDITORIAL**

Aqui está mais um produto do esforço da APSP na ampliação da comunicação entre aqueles que militam na área da saúde pública e coletiva em nosso estado. O jornal **Momento APSP** é a evolução dos boletins, que tinham a finalidade de informar sobre a agenda da Associação e dar uma ou outra nota sobre os assuntos mais relevantes em nossa área. Inconstantes em sua frequência, os boletins mal cumpriam com seu papel informativo. Dificuldades de edição, gerenciamento e financiamento sempre aparecem na tentativa de ocupar a lacuna entre a necessidade de informar e opinar sobre o dia-a-dia da saúde pública e da APSP e as possibilidades de viabilizar instrumentos que a preencham. Mas somos teimosos – e pretensivos! –, afinal, os problemas de sempre continuam. Porém, um pouquinho de pretensão e uma dosezinha de água benta não fazem mal a ninguém, não é mesmo? Nesse esforço de superar as dificuldades de sempre e contribuir com uma discussão que não se limite ao campo acadêmico, mas, ao contrário, venha compor com as revistas técnicas e científicas um rol de possibilidades para o debate e a informação em nosso campo, buscamos um novo formato e tratamento gráfico, além da diversificação do conteúdo. Às tradicionais seções de notas e editorial, incluímos uma seção de entrevista, iniciada com a transcrição sinóptica da conversa que tivemos com o Ênio Servilha Duarte, presidente do COSEMS paulista. Introduzimos também uma seção de reportagem, com uma matéria sobre o Programa Integrado de Inclusão Social da cidade de Santo André. Redimensionamos a seção de debates, ampliando seu espaço e procurando posições que ilustrem, ainda que introdutoriamente, temas polêmicos e atuais, como o PSF (o escolhido para essa edição pela certa polarização que tem trazido ao nosso campo), sem, contudo, termos observado o necessário debate público sobre seus benefícios e seus perigos para a implantação do SUS como concebido original e constitucionalmente. Resta a todos nós o decisivo esforço de sustentar e aprimorar o **Momento APSP**. Sintam-se mais do que convidados para essa tarefa! Na verdade, convocamos a todos que escrevam, colaborem na pauta, divulguem, usem e abusem desse jornal. Juntem-se ao pequeno grupo que se lançou a esse desafio para que possamos nos comunicar mais e melhor. Assim como a água benta, comunicar-se não faz mal...

Fraternalmente,

Paulo Capucci

**Presidente da APSP**