

# **MOMENTO APSP - 2**

---

**Editorial**

----o----

**Noas: a favor ou contra? - Marcia Marinho Tubone**

----o----

**Os erros de mais uma norma operacional da saúde: A NOAS 2001 -  
Gilson Carvalho**

----o----

**Reportagem - Encontro de histórias: Movimento Popular de Saúde ganha  
vida e força na militância da comunidade - Beth Cardoso**

----o----

**Desafios, funções e projetos: APSP em Debate**

----o----

**Notas APSP**

----o----

**Notas Gerais**

----o----

**Expediente**

## EDITORIAL

A segunda edição do **MOMENTO APSP** está completamente vinculada à realização do VII Congresso Paulista de Saúde Pública, não só no que diz respeito à distribuição, mas também à escolha dos assuntos abordados aqui. Nosso objetivo foi elencar algumas provocações e temas atuais para esquentar os debates abrigados em Santos.

Fiel a suas intenções, o **MOMENTO APSP** ultrapassa a visão acadêmica e traz assuntos para uma discussão ampla e multidisciplinar. Para tanto, além das seções tradicionais, temos uma reportagem sobre o Movimento Popular de Saúde capturado por meio da experiência da Luzinete, pessoa conhecida de todos nós, mas que nos surpreende neste relato. Na seção **entrevista**, reunimos um grupo de profissionais da área de Saúde Pública para entrevistar a APSP. As respostas da diretoria devem repercutir nos corredores do Congresso — assim esperamos. E a Noas foi o objeto de exercício de reflexão na seção **polêmica**.

Aproveitem o Congresso e boa leitura,

Paulo Capucci

Presidente da APSP

## **Noas: a favor ou contra?**

Marcia Marinho Tubone\*

Há controvérsias.

Desde que a Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde (é sempre bom decifrar siglas...) -- foi publicada e após ter discutido e ouvido muito sobre ela junto a gestores, técnicos e representantes da população nos Conselhos de Saúde, me convenci que se posicionar diante dela, a favor ou contra, é restringir a discussão a uma perspectiva maniqueísta que não dá conta da diversidade de questões que ela traz para o atual cenário do processo de consolidação da implantação do SUS no Brasil.

Seria pouco enriquecedor para o debate limitar a discussão a aspectos positivos ou negativos. Isso porque ela avança em vários pontos ao mesmo tempo em que estrangula outros.

Vale a pena começar fazendo um breve histórico.

Se até a década de 80 a política de saúde era norteadada pela especialização da assistência médica numa busca desenfreada da incorporação da tecnologia, gerando cada vez mais uma assistência cara e desigual, definia-se a política orientando-se pela lógica do prestador e por um modelo hospitalocêntrico. Foi com a Constituição de 1988 que colocou a saúde como direito de todos e dever do Estado. No seu artigo 196, diz: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Cria-se o Sistema Único de Saúde.

A partir daí foram implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 91,93 E 96), que vieram a normatizar o processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo constituídas, como instâncias colegiadas de decisão, as Comissões Intergestores Bipartites, em nível estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito federal.

Foi com a NOB 96 que os municípios passaram a ter duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. O impacto dessa norma para o SUS foi significativo na medida em que foi ela que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a financiar a atenção básica com pagamentos per capita e não mais por procedimentos realizados.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial NOB 93 e 96, promoveu uma integração de ações entre as três esferas de governo e desencadeou um processo de descentralização, transferindo da instância federal para as instâncias estaduais e municipais responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

A descentralização da gestão do sistema foi, num primeiro momento, a principal prioridade; entretanto, à medida que esta foi amadurecendo, evidenciou-se um conjunto de dificuldades para a consolidação do SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/2001) é elaborada neste quadro, que, com base nos princípios da NOB 96, propõe estratégias que buscam regulamentar a assistência. Propõe uma forma de se fazer regionalização, organizando os municípios em módulos e microrregiões de saúde, cada

qual ofertando serviços com determinado nível de complexidade, de maneira a facilitar o acesso.

A Noas traz à tona, mediante uma proposta de organização da assistência, questões que havia muito já deviam estar sendo discutidas, aprofundadas e enfrentadas pelos gestores:

-- a garantia à população do acesso a serviços de atenção básica, buscando garantir, dentro de uma base territorial definida (regionalização), uma série de procedimentos que garantam resolutividade aos mesmos;

-- considerar o planejamento, a programação e a pactuação como princípios ordenadores do sistema; e, para tal, deve ser implantando para reverter serviços muitas vezes organizados segundo a lógica da oferta de serviços e não da necessidade da população;

-- ter a equidade como norte ao reconhecer as diferenças locais e regionais.

Todos esses conceitos não são novos; são propostas já defendidas desde a Constituição de 1989. Cabe a nós consolidá-las.

É desse ponto que devemos partir para analisar a Noas. Se, por um lado, achar que ela dá conta de toda a complexidade do SUS é absolutamente simplista; descartá-la, por outro, é imobilizante.

Há que se apontar seus avanços e contribuições, reconhecendo seus limites e estrangulamentos que devem ser superados.

Se o fato de todo o município ter a atenção básica garantida no âmbito de seu território na perspectiva de trabalhar com ações prioritárias como a tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde da mulher, saúde da criança e saúde bucal é um avanço inquestionável, aponto aqui a primeira incoerência, na medida em que a Norma compromete esta nova proposta ao vinculá-la à tabela de procedimentos na lógica do faturamento. Usa um conceito avançado aplicado a um instrumento velho sem revisão.

Não se pode negar ainda que ações da atenção básica devem estar garantidas no âmbito municipal, e estas não podem estar comprometidas por investimentos em procedimentos de média complexidade. Entretanto, se isso é verdade, o contrário não o é: ou seja, ter um serviço que atenda a primeira referência não significa que o município não garanta atendimento básico.

Se, por um lado, essa garantia é fundamental, a Noas, por outro, retrocede quando não reconhece a existência de parte desses serviços em municípios e, por conseguinte, não cria mecanismos que regulem os repasses aos mesmos. Assim como tais conceitos não foram criados pela Noas, esta não inicia o processo de organização de assistência. Suas normatizações, por tratar de forma linear todos as realidades municipais, acabam por engessar e retirar a autonomia regional no que se refere a definir um Plano Regional que desenhe uma proposta de regionalização na perspectiva de propiciar a melhoria do acesso com maior equidade sem ferir os pressupostos da Noas.

Se os Planos Regionais e Municipais são fundamentais nesse processo, a Programação Pactuada e Integrada também. Tal instrumento é fundamental para a organização da assistência. A definição de referências para municípios próprios e o recebimento de recursos financeiros para atender municípios de outros municípios vêm a suprir uma lacuna existente hoje, na medida em que alguns municípios oferecem referência sem nenhum retorno financeiro. Traz como novo, o pagamento per capita à luz do que acontece com a atenção básica, do primeiro nível de referência.

Mais um avanço trazido pela Noas, que, como outros, vem acompanhado de problemas a serem superados. Nesse caso específico, a crise de financiamento do SUS vivida hoje no Estado de São Paulo.

Fica uma questão. Assumimos posturas desanimadoras e paralisantes ou organizamos o debate, avaliando e propondo superações mesmo que com enfrentamentos. Penso que instâncias como Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e Biparte, ao discutirem a Noas, aprovaram-na, apesar de suas limitações, porque trazia para o nosso cenário uma proposta efetiva da organização da assistência.

A não-inclusão das Vigilâncias e saúde coletiva, as divergências quanto às atribuições de cada gestor definidas pela Noas e tantas outras questões, apresentadas ou não neste texto, são problemas e obstáculos fundamentais a serem apontados, mas a superação destes para a consolidação e aprimoramento do SUS deve ser o nosso maior desafio.

Marcia Marinho Tubone é assessora técnica da Coordenadoria de Planejamento e Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.

## Os erros de mais uma norma operacional da Saúde: A NOAS 2001

Gilson Carvalho

Neste debate foi-me solicitado mostrar apenas erros e equívocos da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (Noas) 2001, pois estes é que precisam ser corrigidos. Para elogios e irrestritas loas à Noas, já bastam o governo, alguns governistas e adesistas municipalistas ou estadualistas (inclusive institucionais).

Minha profissão de fé: defesa incontestada do cumprimento das leis da saúde, a começar pela Constituição Federal (CF). Defesa, entre outros, da descentralização e regionalização como princípio organizativo, um dos meios, e não fim, para a implantação do direito à vida e à saúde. A descentralização constitucional que coloca ênfase na municipalização com regionalização ascendente. Isto eu defendo. Quem afirmar o contrário cai na detração. Qualquer arredamento da lei me horripila, principalmente quando são defendidos, sofisticadamente, como “o possível por enquanto” ou como alegação de “incompetência, corrupção e clientelismo das classes subalternas, Estados e Municípios”. Isto do possível está virando sempre, eternizando-se com tendências à perenidade. Pelo menos há já 12 anos, em relação ao SUS constitucional.

Elenco aqui alguns erros de concepção, de processo e de implementação que ocorreram e ocorrem com a Noas:

1. **Erros de concepção da Noas.** Defender a descentralização e a regionalização de concepção vertical, tutelada. Com hegemonia de decisões pelo MS - MS e Secretarias Estaduais de Saúde - SESs. Optar pela exclusiva “desconcentração de atividades” distanciando, punidoramente, mais uma vez, o poder da necessidade que sabidamente acontece mais efetivamente no nível do poder local.
2. **Erros de processo da Noas.** A) Conceber a responsabilidade sobre a saúde do brasileiro como das três esferas de governo (ônus), mas o meio principal do fazer (recursos financeiros) como posse da esfera federal (MS) que decide a seu modo e, sempre com pé atrás, quanto e como passá-los às “esferas inferiores” (Estados e Municípios). Estas tidas e havidas, nas linhas e entrelinhas, como incompetentes, corruptas e má utilizadores dos recursos.

B) Conceber a negociação como ganho exclusivo do poder central (MS) e, sempre que possível, burlar os parceiros (Estados e Municípios) com concessões no periférico, decidindo o essencial unilateralmente. Usar documentos genéricos, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, para justificar aprovação de medidas práticas e detalhadas, inconstitucionais e ilegais.

C) Decisões importantes saem da submissão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e passam a ser feitas exclusivamente pelo MS (planos, faec, valores etc.) transferindo-se outras às SESs, sem ouvir as Bipartites.

3. **Erros de conteúdo da Noas.** A) Criação unilateral e exigência de inúmeros novos instrumentos de planejamento sobrepondo-os uns aos outros, hierarquizando-os ao inverso: Agenda de Saúde (primeiro a nacional, depois dos Estados e, só depois, do Município, submetido à vontade do MS e SESs) – Plano Diretor de Regionalização (só os Estados fazem) – Programação Pactuada e Integrada – Plano de Saúde – Quadro de metas e os inúmeros planinhos sub-setoriais (VS, VE, PACS-PSF etc.).

Esqueceu-se de que só existem constitucionalmente PPA - LDO e LO e, legalmente, o Plano de Saúde. Este só pode e deve fazer parte e ser contido nestes documentos planejadores constitucionais. É como se houvesse a defesa de um sistema paralelo dentro da saúde... e que não precisasse respeitar a CF. A orientação normatizadora deveria ser como fazer o Plano de Saúde e como incluí-lo na PPA – LDO - LO submetendo-o, a seu tempo, aos tempos legais do Executivo e do Legislativo.

B) Regionalização centrada em regiões de saúde (mini, micro, midi ou macro) com o risco grande de se cair numa área de limbo que é campo hegemônico dos governos estaduais e que poderá vir a ter poderes maiores que os Municípios, nem sendo uma esfera de governo.

C) Transferência de recursos e responsabilidade pactuada, não entre Municípios, mas, com intermediação obrigatória dos Estados: cada Município faz seus pactos com os Estados para compartilharem a regionalização entre si.

D) Tripartição de atividades por nível de complexidade, pois a alta complexidade fica exclusivamente sob direção da cúpula do MS; a baixa – a atenção básica – com os Municípios e o risco é deixar a média nas mãos dos Estados através do comando de regiões de saúde.

E) Reduz o termo “regulação do SUS” à central de regulação, assim entendida a regulação dos subsistemas de acesso, atendimento emergencial, vagas etc.

F) Foge da polêmica sobre o SNA e o papel claro de cada esfera de governo dentro dele, tangenciando o conceito e reduzindo-o apenas à concepção do controle do SUS.

G) Desabilitação de Estados e Municípios pelo MS, por rito sumário (morte súbita!) sem direito à ampla defesa, princípio pétreo constitucional.

H) Navegando contra a desburocratização, o MS defende na prática a proficuidade de documentos já beirando ao milhar o número de páginas de portarias, instruções normativas, anexos, notas técnicas explicativas de portarias e anexos e outros.

I ) Condicionar a formação de um Módulo Assistencial à adesão de todos os Municípios da área: retarda-se a subida do coletivo atrelada ao Município que não quiser ou puder aderir.

J ) Municípios que não têm condição de gestão plena mas têm serviços de média complexidade terão que comprar serviços no vizinho, tendo-os públicos ou privados contratados no próprio Município.

K) Como expandir serviços para assumir a Gestão Plena do Básico Ampliado ou de Plena do Sistema, com limites de contratação de pessoas pela inexistência, pela não-competitividade de salários, pela LRF ou por, simplesmente, não ter recursos?

L)... M)... N)...

Citei apenas parte daquilo que está dentro da Noas. A prova mais evidente de sua inadequação é a dificuldade de implantá-la. A necessidade do MS em aumentar os prazos e, já se antever, que as prorrogações não poderão igualmente ser cumpridas.

O principal: não se conseguem definir recursos adequadamente, nem mesmo o vislumbre real de dinheiro novo para as novas atividades e funções. Sem dinheiro novo, por mínimo adequado que seja, não vai acontecer absolutamente nada na prática. A Noas tenderá a só permanecer no cartorial.

**Saídas existem:** colocar no liquidificador toda a produção técnica-política-acadêmica-recreativa do SUS, em vigor e que seja inconstitucional e exigir-se o cumprimento irrestrito da CF e das leis do SUS. Em defesa da vida e da saúde. Existem excelentes técnicos, no MS, SESs e SMSs, capazes de fazer isso e rapidamente. Basta a vontade política de seus dirigentes, agentes políticos.

**Continuo defendendo o SUS descentralizado e regionalizado...** mas, não como quem governa está entendendo.

Gilson Carvalho

Médico Pediatra e de Saúde Pública

Ex-Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos

Ex-Secretário Nacional de Assistência\_à Saúde do Ministério da Saúde

## Reportagem

Encontro de histórias: Movimento Popular de Saúde ganha vida e força na militância da comunidade

Por Beth Cardoso

A equipe de reportagem do MOMENTO APSP acompanhou Luzinete Freitas Alves, militante do Movimento Popular de Saúde da Zona Leste (MPSZL), integrante do Conselho Municipal de Saúde (CMS), da Comissão Inter-Conselho e da Comissão Executiva do CMS. No dia marcado, segundo Luzinete, sua agenda não estava das mais lotadas: no período da manhã percorremos cinco das nove Unidades de Saúde do Bairro Vila Formosa, na Zona Leste de São Paulo (Unidade Comendador José Gonzalez – Centro de Saúde 2 Vila Formosa, Unidade Básica de Saúde Vila Carrão, Posto de Saúde Vila Formosa Qualis, Unidade de Saúde Vila Manchester, Posto de Atendimento Saúde Vila Formosa – Kennedy) —, nos quais acompanhamos o penúltimo dia da votação que elegeu os integrantes da próxima gestão dos Conselhos Populares de Saúde — eleição que abrangeu as Regiões Leste, Sudeste (somando cerca de 3 mil conselheiros) e parte da Oeste e da Sul. Depois de uma parada para o almoço e de uma hora de entrevista/conversa conosco, Luzinete participou de uma reunião no CMS com três horas de duração, uma pauta com mais de 15 temas. Às 18 horas, com a reunião já terminada, voltamos para finalizar a entrevista, mas as histórias da Luzinete e do MPSZL são tantas que não se pode afirmar com certeza o fechamento desta pauta. A vida dessa mulher de 55 anos, viúva e avó de um casal de adolescentes que mora do interior de São Paulo, pode ser contada através do MPSZL, mas nós optamos por contar a história do MPSZL por meio da vida da Luzinete. Recebida com cerimônia e respeito nas Unidades de Saúde da Zona Leste, a Nete, como é conhecida, parou de estudar no segundo ano primário, mais tarde completou o Mobral, até a quarta série, e terminou o ciclo básico no supletivo. Depois fez um curso de auxiliar de enfermagem e chegou a trabalhar durante seis meses, como contratada de emergência, na gestão do prefeito Paulo Maluf. O que conta rindo. Hoje ela é assessora do vereador Adriano Diogo, PT/SP, pinta lenços de seda e, nas 16 horas restantes do seu dia, milita no MPS.

### **Dona Luzinete, Luzinete, Nete**

Luzinete Freitas Alves deixou Itabunas, Bahia, aos 5 anos de idade, acompanhando pai e mãe. Destino dos Freitas Alves: a Fazenda Garcia, no Paraná. Aos 7 anos perdeu contato com a mãe, que foi procurar novos rumos com outro companheiro. Luzinete ficou morando com o pai e os avós paternos ajudando a família na roça. Aos 17 anos se apaixonou, mas a avó não considerou o pretendente à altura da neta e proibiu o namoro, resultando na fuga dos dois jovens para São Paulo, mais precisamente para a Vila Alpina, Zona Leste da cidade, em 1964. “Tivemos dois retornos para o Paraná; meu marido era um homem simples, da roça e não se acostumava em São Paulo.” Até que em 1974, depois de juntar algum dinheiro trabalhando de caseiros em um haras no Interior de São Paulo, o jovem casal comprou um terreno e construiu uma casa no Jardim Iguatemi: “A última casa, da última rua, do último bairro da Zona Leste”, afirma Luzinete, misturando orgulho, ironia e denúncia.

Seu único filho já contava 2 anos de idade quando ela decidiu: “Vou trabalhar fora”. O marido, agora atuando como metalúrgico, foi contra, mas Luzinete logo já estava empregada como diarista. “Eu insisti muito e ele acabou concordando, mas, se por algum motivo chegasse atrasada, era briga na certa. Então um tempo eu trabalhava, em outro não.”

Foi em algum momento desse tempo em que ela permanecia em casa, cuidando do filho, do marido e das tarefas domésticas, que Luzinete atendeu as palmas de três jovens (um rapaz e duas moças) que batiam no portão. “Este rapaz, hoje é o bispo da região do Belém”, destaca. Os três pediram permissão para realizar uma novena em sua casa, devido à proximidade do Natal. “Na hora eu pensei nas novenas que fazíamos no interior, onde passávamos nove dias rezando o terço. Como sempre fui católica, aceitei que viessem e me surpreendi com o que vi e ouvi.” Ao iniciarem as rezas, as donas de casa presentes ganharam um livrinho de cantigas e orações, que trazia nas últimas páginas um questionário inusitado. “Perguntavam se no bairro onde morávamos tinha água encanada, luz, asfalto, orelhão. Pela primeira vez eu pensei: não temos nada disso, aqui não temos nem igreja.” Na seção “Vida Atual”, a comunidade discutia os problemas do bairro, e esses encontros aconteciam em forma de rodízio, conforme a disponibilidade das mulheres e suas famílias. “Eu só podia participar dessas coisas em horário comercial, porque era tudo escondido do meu marido. Eu tinha que aproveitar enquanto ele estava na firma.” O Natal passou, veio a Páscoa, as novenas seguidas do “Vida Atual” se repetiram e as mulheres do Jardim Iguatemi decidiram procurar um terreno para construir uma igreja. Os encontros se intensificaram, a igreja foi construída e outras necessidades evidenciaram-s, transformando-se em lutas e conseqüente conquista. “Primeiro foi a água. Fomos até a Sabesp várias vezes, em companhia do padre. Demorou dois anos para levarem água para nosso bairro. Nosso grupo, formado por homens e mulheres, ficou perplexo com o argumento da Sabesp de que nosso bairro e nossas casas não existiam para eles. Na época éramos 2 mil famílias.” Depois vieram as reivindicações pela creche, pelo asfalto, pela luz, o Movimento contra a Carestia – “Panela Vazia”. Com o tempo, o grupo de nove chegou a ter centenas de participantes.

## **O Movimento Popular de Saúde**

Um padre atuante na região convidou Luzinete e outras mulheres da localidade para umas reuniões com um médico sanitarista. Nesses encontros falava-se de saúde da mulher, de vacinação, nutrição, epidemias e das péssimas condições do serviço de saúde do bairro. “Na época tínhamos que utilizar o Centro de Saúde de Itaquera, instalado num prédio do Estado, o Centro de Saúde de São Miguel Paulista, Vila Prudente e o da Penha. Estes três atendiam toda a Zona Leste. Também havia serviços em casa alugadas Jardim Colonial, mas o acesso era difícil por causa da distância.”

Essa situação e as reuniões com o médico sanitarista resultaram na criação Movimento Popular de Saúde da Região de São Mateus, em 1979.

A primeira ação deste grupo foi reivindicar junto à Secretaria Estadual de Saúde postos de saúde. “Demoramos uns quatro meses para organizar nossa ida até a secretaria para uma audiência com o secretário Adib Jatene. Nós fazíamos coxinha e geladinho para vender e arrecadar dinheiro para o pagamento do aluguel dos ônibus que levariam o povo para a frente da SES. Foi uma intensa atividade política e tudo escondido do marido.” Cerca de 30 pessoas, na maioria mulheres, compunham a organização do movimento, que resultou em nove ônibus lotados por moradores de dez bairros da Zona Leste. A chegada foi por volta das 10h e a retirada só aconteceu no início da noite. Jatene resistiu durante todo o dia, até que combinou uma ida sua ao bairro para a realização de uma assembléia no local. O resultado era positivo e recarregou a pilha da população, que pela primeira vez sentia sua força de ação. “Lembro-me que naquela noite muitos casamentos quase acabaram, pois chegamos em casa tarde da noite, e os maridos não sabiam de nada. O bicho pegava na luta e em casa também.” A marcação cerrada dos maridos justifica a presença maciça de crianças nas reuniões e manifestações. Além de não ter com quem deixar os filhos, eles

acabavam funcionando como legitimadores de um atividade nobre e lícita, pois as mães seriam incapazes de envolvê-los em situações imorais, como temiam os maridos.

Jatene foi recebido por uma multidão aglomerada em frente à Capela de São Mateus. A carroceria de um caminhão serviu de palco para a encenação do que era a vida dos moradores da Zona Leste quando precisavam de atendimento em saúde. “As pessoas que interpretavam os personagens, que na verdade eram eles mesmos, se empolgaram e, numa simulação de uma lotação, empurram tanto uma senhora com criança no colo, que ela e o bebê caíram em cima o secretário. Ele sentiu o drama. Foi um dia emocionante.” A secretaria alegou não ter terrenos para a construção dos postos. Diante disso, os moradores do Jardim Iguatemi, Parque Boa Esperança, Parque São Rafael, São Mateus e IV Centenário encarregaram-se de encontrar casas para alugar e iniciar o funcionamento do posto. No início da década de 80, unidades foram inauguradas.

Em 1982, Luzinete e mais 22 pessoas formavam o Primeiro Conselho Popular de Saúde do Jardim Iguatemi. Na época os militantes saíram de porta em porta pedindo para a vizinhança exercer seu direito de voto. A urna era uma caixa de sapato e a divulgação estava centrada na distribuição de um cartaz tamanho sulfite com a xerocópia das fotos 3 por 4 dos candidatos. “Ninguém entendia nada, nem sabíamos o que era votar, quanto mais votar em iguais, em nós mesmos.” Hoje, os Conselhos se multiplicaram e devem evidenciar ainda mais os problemas. “São mais olhos zelando pelo que é da população. Temos mais regiões participando e mais pessoas envolvidas.”

As principais conquistas do Movimento estão nos 18 postos conseguidos de 1979 a 1982, sendo que 11 deles têm placas com as frases “Este posto foi conquistado através da luta do Movimento de Saúde”. O Movimento inclui os bairros de São Mateus, Itaquera, Parques São Rafael, Nova York, Centenário, Boa Esperança e Iguatemi. “Depois unificamos com toda a Zona Leste e hoje a União dos Movimentos Populares da cidade é uma realidade” .

O MPS avalia que o maior desafio agora é manter a boa qualidade do atendimento. Segundo Luzinete, a população se mobiliza com mais facilidade para pedir a construção de prédios e, quando a questão é o atendimento, o interesse diminui. É aí que entra o Conselho Popular de Saúde, organizando a participação popular e promovendo o diálogo com as autoridades. Hoje são aproximadamente 100 militantes na Zona Leste, compondo 10 regiões. Desse grupo 80% se compõem de mulheres, que têm uma dedicação quase que diária ao MPS. “É difícil. Já houve dia de querer largar tudo, mas a Teologia da Libertação me ensinou que, quando se trata de igualdade e justiça, de grão em grão a galinha enche o papo. Tem valido a pena. Vai valer sempre.”

### **“Eu topo”**

Num fim de tarde do início de 1980, Luzinete dava os últimos retoques na casa para que o marido encontrasse tudo a seu gosto no retorno do trabalho — não lhe rendendo nenhuma reclamação ou suspeita sobre suas atividades clandestinas — quando aquele médico sanitaria que participava das reuniões das mulheres sobre saúde bateu no seu portão com um convite simultaneamente incompreensível e atraente. “Naquela época a gente não sabia de ditadura, democracia, eleição, partido. Era tudo meio nebuloso, mas, ao mesmo tempo, interessante. Então ele me contou que tinha um pessoal montando um partido com o nome de Partido dos Trabalhadores. Era gente interessada na luta, e para abrir o PT eles precisavam de filiados e explicou que, como eu estava envolvida com Movimento Popular de Saúde talvez, eu quisesse participar. E me fez o convite. Eu topei na hora e fui uma das primeiras filiadas do PT.” O médico sanitaria era o atual secretário da Saúde do Município de São Paulo, Eduardo Jorge.

## **DESAFIOS, FUNÇÕES E PROJETOS: APSP EM DEBATE.**

A entrevistada desta edição é a Associação Paulista de Saúde Pública. As questões respondidas pela diretoria da instituição — e agora publicadas no **MOMENTO APSP** — foram elaboradas por Antonio Pithon Cyrino, do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp; Cleide Lavieri Martins, da Faculdade de Saúde Pública/USP; Elza Ferreira Lobo, da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde; Jorge Kayano, do Instituto Polis; Paulo Capel Narvai, da Faculdade de Saúde Pública da USP e Sônia Maria Takeda, do Sindsaúde-SP. O grupo abordou temas diversos como a representatividade da APSP em órgãos governamentais e na sociedade civil, o papel da APSP, a relação APSP-Universidade-formação profissional, a interiorização das ações da instituição e a história da APSP, perfazendo um balanço de sua atuação.

**SÔNIA MARIA TAKEDA: Em que medida a APSP tem contribuído para a consolidação dos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS?**

APSP: Essa contribuição vem sendo dada de duas formas pela APSP: através de sua agenda de atividades de formação, buscando pautar sempre esses princípios, e através da discussão e do papel propositivo e fiscalizador que a entidade tem desenvolvido no CES, acompanhando e criticando as políticas estaduais segundo esses pressupostos dados constitucionalmente para a organização do SUS em todos os seus níveis.

**SÔNIA MARIA TAKEDA: Em que medida o VII CPSP poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população?**

APSP: Não diríamos que o produto do Congresso Paulista de Saúde Pública tenha impacto sobre a qualidade dos serviços de saúde. No entanto, podemos dizer que a divulgação do conhecimento que se acumula nos serviços e nos trabalhos de estudo de políticas de saúde, certamente cria novas possibilidades de intervenção no campo da gerência e da gestão de serviços e sistema de saúde. O intercâmbio que se promove durante e após o evento termina por multiplicar essas possibilidades, o que pode promover mudanças de qualidade nos serviços. De todo modo, esse resultado é difuso e, portanto, difícil de precisar quanto aos seus efeitos práticos e imediatos.

**SÔNIA MARIA TAKEDA: Descentralização, financiamento e controle social têm sido temas constantes na legislação e normas do SUS, garantindo-se medidas globais e conjuntas para sua efetivação. Porém, a área de recursos humanos não tem tido a mesma atenção. As ações são sempre localizadas e pontuais, não configurando uma política de recursos humanos para o SUS que seja referência global. Como a APSP poderá colaborar para alterar este quadro?**

APSP: Pensamos que nessa área de RH nosso papel seja o de pautar e formar opinião acerca das políticas para o desenvolvimento da formação de profissionais de saúde e de sua constante capacitação para o trabalho em condições adequadas aos paradigmas da assistência e da atenção à saúde de qualidade. Pela sua origem e plataforma “sanitarista”, a APSP pode contribuir nesse processo na luta pela desmedicalização das ações de saúde, com reflexo no perfil dos trabalhadores envolvidos, especialmente aqueles do nível

de atenção básica. Como agremiação de técnicos de grau universitário de formação, sentimos como ninguém o descompasso entre as práticas de ensino, pesquisa e capacitação proporcionadas pelo aparelho formador e a realidade que encontramos nos serviços de saúde e nas demandas da população. Aí está uma área em que a APSP pode contribuir na interface que mantém com o meio acadêmico universitário, procurando mudar esse quadro.

**ANTONIO PITHON CYRINO: A Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado, em parte dos anos 70 e 80, cumpriu um papel político bem importante, no debate sobre a Saúde Pública paulista. As mudanças político-institucionais no setor saúde, com a reforma sanitária, colocaram outros sujeitos institucionais (Conassem, Associação Sebastião de Moraes) neste fórum. Como a APSP pode ser um interlocutor na luta pelo fortalecimento dos princípios constitucionais relativos à saúde?**

APSP: É verdade. Associação de Médicos Sanitaristas teve importante papel no campo da saúde pública. De uma certa forma, após a ampliação do espectro de entidades e organizações no âmbito do SUS e na própria sociedade no seu caminho de democratização das relações entre seus diferentes segmentos, a APSP sucedeu aquela associação, passando a acolher a agenda de debates que se impôs com o advento da implantação do SUS nos anos 90. Essa agenda refletiu-se em uma série de eventos que têm proposto nesses últimos 10 anos reflexões e ações políticas, especialmente através do Congresso Paulista de Saúde Pública. Assim, a APSP se coloca como interlocutor privilegiado de segmentos envolvidos na prestação de serviços de saúde e daqueles que se dedicam ao estudo e análise das políticas de saúde em nosso estado e país, diferenciando-se dos demais sujeitos institucionais pela possibilidade de discutir as questões da agenda da saúde sem o imediatismo que se impõe a esses sujeitos e, muitas vezes, sem certas restrições dadas pela natureza corporativa e quase sindical da sua vocação política.

**ANTONIO PITHON CYRINO: Que papel a interiorização da APSP pode ter?**

APSP: Bom, este é um ponto que a APSP tem tido grandes dificuldades para pautar e organizar. No entanto, com a realização dos três pré-Congressos regionais agora em 2001, perceberemos a extrema importância de se priorizar e agilizar a interlocução com as esferas regionais em nosso estado. Imaginamos então que esse papel se traduz no estímulo e suporte ao desenvolvimento de uma agenda regional coerente, em primeiro lugar, com as questões desse âmbito tanto no plano político como no intercâmbio de tecnologias e propostas de operacionalização das ações de saúde. E, em segundo lugar, também coerente com a densificação política do plano regional fomentada pelas relações institucionais que o SUS propõe e normatiza, assumindo parte da tarefa de problematizar essas relações e enfrentar os desajustes e iniquidades produzidas por essas relações.

**ANTONIO PITHON CYRINO: Que modelo de interiorização, desconcentrado ou descentralizado?**

APSP: Decisivamente descentralizado e calcado nas realidades locais, nas experiências e análises das regiões e diferentes áreas do estado através de Núcleos Regionais

autônomos, ampliando assim os canais de expressão dessas regiões. É preciso agir a partir do que se produz nas localidades, no que elas têm de específico e rico. E que sejam, sem dúvida, também receptoras/receptivas às proposições de pólos importantes, como os localizados na capital, quase sempre mais complexos e que concentram maior poder, realizando assim um circuito de troca de informações que fortaleça nosso papel de redirecionamento das políticas de saúde no âmbito regional e nacional do SUS e suas interfaces políticas. Houve inclusive uma proposta feita já há algum tempo por companheiros de Marília, que propuseram um ciclo permanente de eventos com o nome sugestivo de “Circuito Paulista de Saúde Pública”. Esta é sem dúvida uma boa idéia para nossa agenda próxima.

***ELZA FERREIRA LOBO: A APSP se faz representar no Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES) através do segmento de associações de profissionais da saúde juntamente com os Conselhos de Fiscalização de Exercício Profissional e os sindicatos de trabalhadores na área da saúde. Como avalia esta representação dos profissionais de saúde para o avanço do SUS-SP?***

APSP: Sobre esse assunto é oportuno dizer que a APSP considera que o segmento em que nos encontramos é de grande valor para o equilíbrio de interesses que regula as relações no CES. No entanto não há uma identidade plena de representação entre a APSP e as demais entidades com as quais compartilhamos no segmento, pois aquelas trazem interesses específicos de categorias profissionais (como os Conselhos Regionais) ou de grupo de categorias agrupados pela condição contratual de trabalho (como os sindicatos de trabalhadores do setor público). No caso da APSP, pelo fato de várias categorias se associarem espontaneamente, a agenda trazida por nós para o Conselho se traduz em posições mais das políticas de saúde do que de representação corporativa. Contudo, nestes sete anos em que estamos no Conselho esse fato só tem colaborado para o incremento das posições dos trabalhadores da saúde, pela disposição de compartilhamento entre ambos os tipos de entidade no mesmo segmento.

***ELZA FERREIRA LOBO: Que contribuições as discussões travadas no CES trouxeram para a Associação Paulista de Saúde Pública?***

APSP: Podemos dizer com absoluta segurança que a experiência de participação no Conselho foi a mais rica contribuição de participação política que tivemos nestes últimos anos. De certa forma, a APSP percebeu que seu papel é o de adotar posições que, em vários momentos, se constituíram em referência às pautas do CES, contribuindo sempre com uma deliberada crítica sobre as pautas, sem no entanto assumir uma postura antagonista prévia a nenhuma delas. Achamos que esse modo de agir tem contribuído para o amadurecimento da entidade e para o desenvolvimento de seu papel político no cenário estadual.

***JORGE KAYANO: Em que a APSP se diferencia das "sociedades de especialidades", existentes em todas as áreas médicas? Por que não se criou uma “representação de sanitaristas” vinculada à AMB/APM?***

APSP: Saúde pública não é uma especialidade só médica, portanto não vemos sentido na filiação ou na adesão a entidades da categoria médica, ou reprodução de seus modelos. Por outro lado, essa condição multiprofissional nos dá liberdade, mas traz também dificuldades. A começar pelas dificuldades internas de construir diálogos e criar consensos num contexto de relativa diversidade; de formação profissional, entre outras, biomédica, de ciências humanas e, até mesmo, de exatas, além da diversidade propriamente profissional, no setor de serviços, pesquisa ou ensino. O aspecto positivo é que, num contexto de tamanha complexidade, a sociedade requer interlocução e intervenção a partir, cada vez mais, de um olhar múltiplo, diverso, diferenciado e, nesse sentido, um perfil como o da APSP é elemento facilitador. Nós somos um pouco como é o nosso campo, diversificado, conflituoso. A APSP permite agilidade e multiplicidade,. E isso é exercício constante.

**JORGE KAYANO: E como a APSP vê e se insere no "novo" mundo do Terceiro Setor, ou no das tão faladas e tão pouco conhecidas ONGs?**

APSP: Não há uma discussão sistemática dentro da APSP sobre isso; é uma discussão ainda pontual, desordenada. Acho que nos identificamos mais como uma ONG do que propriamente como Terceiro Setor, ou uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (as desconhecidas Oscips), porque as entidades que se colocam nessas categorias, nos parece, caracterizam-se pela prestação de serviços públicos de forma mais ampla do que a APSP, que está dirigida para a prestação de serviços a seus associados. Entretanto, hoje, achamos que vale a pena colocar este debate dentro da APSP porque o Terceiro Setor é cada vez mais um guarda-chuva no qual cabe quase tudo.

**JORGE KAYANO: Qual a avaliação sobre o papel, a presença, a relevância, enfim, o "impacto" que a APSP vem atingindo na defesa das concepções e valores básicos da saúde coletiva? O que estão fazendo (ou planejando fazer) para aumentar a visibilidade e a disseminação das posições da nossa entidade no cotidiano da mídia?**

APSP: Esta questão vai ao encontro da questão anterior. Esse é um dos vãos mais altos que temos de alçar, ou seja, pautar as questões da saúde coletiva de forma regular e ampla na mídia. Temos ido sempre a reboque de situações-limite, de eventos bombásticos, etc. Não porque não queiramos fazer o contrário mas porque assim está dado pela própria mídia: o que é de base, estrutural, preventivo, organizador, não interessa! Interessa apenas o fato, o furo, a novidade por si, etc. Esta é uma tarefa fundamental a abraçar se quisermos continuar agindo no sentido da democratização da saúde, da agenda social, da sociedade como um todo.

**JORGE KAYANO: Como estão encarando a participação de membros da diretoria em postos-chaves na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo? Não existe o risco de a entidade ser apontada como caudatária, "correia de transmissão" de correntes político-partidárias? Por outro lado, não ocorre um prejuízo para a APSP, com a falta de tempo e disponibilidade para as atividades da entidade?**

APSP: Sem dúvida, a participação de membros da Diretoria da APSP acarreta falta de tempo e disponibilidade para as atividades. Isso, de fato, tem sido um problema nesta gestão Temos procurado ter o maior cuidado no que se refere à "correia de transmissão". No entanto, temos que ser realistas! Os membros da APSP são todos vinculados a

instituições que têm suas próprias estratégias, suas próprias políticas, etc. Este é um problema de raiz desse tipo de militância. Tem-se na APSP um espaço mais solto, mais amplo, mais livre. É óbvio que os debates no seio da APSP não ocorrem ao largo da inserção de seus membros. Mas este é um espaço de construção de debates, tem que se firmar democraticamente.

**CLEIDE LAVIERI MARTINS: É possível uma associação não pensar em trabalho militante? Até onde deve ir o trabalho voluntário na APSP?**

APSP: Bem, o trabalho voluntário na APSP deve ir até onde a gente “agüenta”, isto é, até a nossa capacidade de suporte, não até os limites. Quer dizer, trabalho voluntário depende da vontade, do prazer. Acho que na APSP não é possível pensar em trabalho que não seja sobretudo militante. Achamos, inclusive, que a militância dá uma liberdade que nos lugares mais instituídos não se tem. E, também, trabalhar no sentido de idéias mais coletivas, ações conjuntas entre diferentes setores e interessados é uma característica do trabalho militante. Desta forma estamos na contracorrente, na resistência, porque a nossa sociedade leva as pessoas ao isolamento, aos interesses mais estritamente pessoais. Sem militância, uma entidade como a APSP perde o valor, perde o sentido.

**CLEIDE LAVIERI MARTINS: Minha impressão é que a academia tem mais participação que o serviço na APSP, mas se fala muito na participação do serviço. É viável?**

APSP: Viável é, o difícil tem sido atrair esses profissionais para junto da APSP! Ficaria fácil se nos dobrássemos a uma agenda estritamente corporativa para atraí-los, como por exemplo discussão de carreiras, cargos, etc. Nós consideramos que estas questões são de interesse da APSP e seus associados, mas devem ser tratadas tendo em vista a defesa do campo da saúde pública, coletiva e não apenas das demandas corporativas. Porém, um contraponto de sucesso, avaliamos, é a mudança dessa tendência na construção e estímulo à participação dos serviços no Congresso Paulista de Saúde Pública. Temos lutado para incrementar esse processo na perspectiva de que o pessoal dos serviços se aproprie do que tem em mãos. Será que o pessoal dos serviços sabe que a saúde pública está, em grande parte, em suas mãos?

**CLEIDE LAVIERI MARTINS: Não acredito mais na possibilidade de patrocínio de produtos da APSP por empresas privadas. Vocês acreditam? Caso não, de onde virá o dinheiro?**

APSP: Acreditamos como nunca, pois essa é uma tendência de financiamento de entidades como a APSP. Mas, com a atual estrutura e sem uma política de captação de recursos implementada imediatamente, nós não estaremos “no páreo” dessa corrida que está dada como alternativa de financiamento de projetos para organizações como a nossa. Pensamos não haver outra saída, na medida em que as contribuições se estagnaram em torno de um número limitado de sócios adimplentes — apesar de nossos esforços em sentido contrário — e nossas atividades de formação e discussão, tais como cursos e o Congresso Paulista, são ofertadas praticamente a preço de custo.

**PAULO CAPEL NARVAI: A APSP tem desempenhado, desde sua fundação, funções importantíssimas, articulando e expressando o pensamento dos profissionais de saúde pública do estado de São Paulo. Mas não é uma entidade sindical, nem uma sociedade acadêmica típica, nem uma organização de representação de interesses relacionados a órgãos públicos de saúde, tipo Conass, Cosems. Quais as perspectivas de atuação de uma entidade como a APSP nos próximos anos?**

APSP: Uma alternativa que vemos, nessa perspectiva, é estimular a rearticulação do campo da saúde pública, não num sentido estrito de rearticulação das pessoas, dos profissionais envolvidos, mas uma rearticulação desse campo — pessoas, instituições, idéias. Falamos em dar novo fôlego ao projeto sanitário, ao ideário do SUS, ao compromisso social da saúde. Nesse sentido, não vemos como escapar de uma certa radicalidade, dados os acontecimentos no nosso país e no mundo estarem a demonstrar quão excluídos continuam inúmeros setores da população nacional e mundial. A saúde pública, coletiva, é protagonista desse quadro. Uma das questões centrais é abraçar a intersectorialidade, não como receita, não como divisão de responsabilidades ou tarefas, mas como *locus* de construção de novas perspectivas e possibilidades. Se nossa agenda conseguir refletir essa perspectiva, pensamos que a sustentação política da APSP se efetiva.

**PAULO CAPEL NARVAI: Quais as principais dificuldades que a APSP vem encontrando para desenvolver atividades em conjunto com os setores de saúde pública/coletiva das universidades paulistas?**

APSP: Avaliamos que a APSP tem tido muito menos dificuldades em atuar com os setores universitários do que com os setores de serviço. Grande parte dos membros mais atuantes da APSP está na universidade e isso acaba por refletir no funcionamento da Associação. Dois bons exemplos são o apoio que a Faculdade de Saúde Pública da USP tem dado de forma institucional aos nossos Congressos e, especialmente, à parceria na *Revista Saúde e Sociedade*. Entretanto, percebemos que as Universidades, pelo seu compromisso acadêmico e estrutura, mantêm-se mais rígidas, menos ágeis nas suas ações, mais lentas para mudar. Essa é uma dinâmica que a APSP tem tido dificuldade em seu contato com os setores de saúde pública/coletiva das universidades paulistas.

## **Pré-congressos: balanço positivo**

Nos Pré-Congressos de Saúde Pública da cidade de Santo André, região metropolitana de São Paulo, e da cidade de Botucatu, interior de São Paulo, as questões regionais foram debatidas por diversos profissionais ligados à saúde. Esses eventos foram importantes na medida em que o debate ganhou intensidade e apontou o início de soluções por meio da participação popular e da multidisciplinaridade.

Nos dois Pré-Congressos, foram debatidos os problemas atuais da saúde, com destaque para a falta de recursos, a incipiente participação dos cidadãos e dos políticos responsáveis, em grande parte, pela legislação e implementação das políticas públicas da área, além da ausência de uma estrutura regional do sistema, que dê suporte e embasamento às ações locais.

Destacaram-se, entretanto, várias experiências de sucesso que foram compartilhadas pelos presentes aos Pré-Congressos. Entre elas, o Conselho Municipal de Saúde de Botucatu, trouxe, na voz de uma de suas representantes do segmento popular, a sua vivência numa atuação de mais de cinco anos; os projetos “Planeta Arte” e “Reviver” mostraram como melhorou, significativamente, a qualidade de vida dos doentes mentais atendidos, a partir de atividades de oficinas de apoio articuladas à atenção propriamente dita; os CAPSI (Rede de Atenção Psicossocial) da região do ABC paulista apresentaram as atividades que vêm auxiliando os pacientes mentais em seu tratamento, e representantes do município de Mauá destacaram a experiência de realização de mais de mil exames de HIV feitos pelo Sistema Público de Saúde para prevenção da Aids.

Na visão dos coordenadores, os eventos foram extremamente bem-sucedidos tanto pela presença dos segmentos ligados à saúde pública das regiões, como pela presença de políticos e representantes da população, além da riqueza dos assuntos abordados. “Foi um espaço aberto de reflexão, onde se falou abertamente sobre os problemas e apontaram-se caminhos”, disse Marco Ackerman, coordenador do Congresso do ABC.

Para Antonio Pithon Cyrino, coordenador do Congresso de Botucatu, “o congresso mostrou a necessidade da diversidade das áreas que trabalham com a saúde e a busca de uma ação coordenada entre elas”.

No dia 27 de agosto, houve um encontro Pré-Congresso na cidade de Santos, litoral de São Paulo. Estiveram presentes cerca de cem estudantes dos cursos de graduação na área da saúde da Faculdade de Fisioterapia da Unisantia, da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação Lusíadas e da Liga de Saúde Coletiva da Fundação Lusíadas.

## **APSP no Conselho Estadual de Saúde**

A Associação Paulista de Saúde Pública tem trabalhado na sua representação junto ao Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES). Tem pautado sua atuação no sentido da melhoria das políticas públicas para o setor, da democratização do sistema de saúde e do fortalecimento do setor público em geral. Além disso, o CES é, também, espaço de controle e fiscalização dos serviços e dos recursos disponíveis. Vânia Barbosa do Nascimento — representante da APSP no Conselho há quatro meses — destaca a discussão e a implantação da Agenda de Saúde, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e da Norma Operacional Básica do SUS (NOB), como fases importantes no processo de regionalização da saúde. “Acreditamos no processo de implementação do SUS e levamos os interesses da saúde pública a esse espaço, lembrando que nossa atuação é sempre em equipe. As decisões tomadas pelo Conselho são em conjunto com

os outros representantes, e é essa discussão que leva ao aperfeiçoamento do papel do Conselho”, afirma Vânia.

## **Perfil do congressista da APSP**

Qual é o perfil dos participantes do Congresso Paulista de Saúde Pública? Para responder a essa pergunta, no ano passado, a APSP fez uma pequena pesquisa a partir dos dados das fichas de inscrição dos participantes. Como resultado, houve a constatação de que os congressistas atuam em áreas bastante diversificadas. São, em sua maioria, médicos, enfermeiros, dentistas, jornalistas, sociólogos, farmacêuticos, bioquímicos e sanitaristas, entre outros. Só para se ter uma idéia, no Congresso passado, em 1999, realizado na cidade de Águas de Lindóia, dos 366 inscritos, e que responderam à pesquisa, 61 eram médicos, 65 enfermeiros, 37 estudantes, 17 psicólogos e 14 dentistas. Os restantes eram das mais diversas profissões.

“Com esses dados, pudemos perceber que a saúde pública não é mais papel só do médico. Ela vem englobando pessoas das mais diversas áreas de atuação que trabalham com o tema”, afirmou Cleide Lavieri Martins, coordenadora-geral do VII Congresso Paulista de Saúde Pública. Com relação ao local de trabalho, os participantes são, em grande parte, estudantes (alunos de graduação e pós-graduação), profissionais dos serviços de saúde, especialmente de setor público, gerentes de serviços particulares, políticos ligados à área, entre outros. No que se refere à faixa etária, geralmente os freqüentadores acima de 30 anos.

O Congresso anterior contou com 590 trabalhos inscritos, sendo 100 deles provenientes de outros estados, fora de São Paulo. Entretanto, no que se refere aos participantes do Congresso, a maioria foi da região da Grande São Paulo.

A realização dos Congressos fora da cidade de São Paulo têm tido o objetivo de estimular outros pólos do estado, além do fato de que “as pessoas que moram em São Paulo gostam que os Congressos sejam fora, acham que é mais tranqüilo. Assim os participantes acreditam ter mais tempo para trocar informações e aproveitar melhor o evento”, explica Cleide.

## **APSP no Conselho Estadual de Saneamento**

A APSP tem participado do Conselho Estadual de Saneamento representando o segmento das Organizações não-Governamentais (ONGs). A representante da Associação durante o ano passado, Ernestina Gomes de Oliveira, nos contou um pouco sobre sua experiência. Ernestina é uma advogada que lida com a questão do saneamento e vai defender tese de mestrado na Unicamp sobre o tema.

“O assunto mais presente na época em que participei das reuniões foi o início da implantação do índice de salubridade ambiental”, afirma. Esse índice é formado por parâmetros que identificam o nível de salubridade do município. Esse é um indicador em

que estão inseridos o tratamento de água, a coleta de esgoto e lixo e as condições de saneamento em geral. Cada município deve receber uma nota, de acordo com o seu desempenho. Esse é um instrumento de política de saneamento que está sendo implantado pelo estado e no qual a APSP teve uma participação importante.

“Lembramos que o saneamento é um problema crucial para a saúde do indivíduo e que a presença de uma entidade como a APSP no processo de gestão dessa política é extremamente relevante”, disse a advogada. Ela comenta que são poucas as reuniões do Conselho por ano (três ou quatro), o que, acredita, é insuficiente. “Um assunto como esse deveria ser discutido a fundo. Nem sempre há tempo para todos os debates.”

### **Mudanças no estatuto da APSP**

O estatuto da APSP deve ser modificado. As alterações estão sendo feitas pela Diretoria da APSP e serão discutidas pelos membros do Conselho da entidade e sócios interessados durante o VII Congresso Paulista de Saúde Pública, em Santos. “Escolhemos essa ocasião porque ela congrega muitos membros da associação. Assim podemos realmente ter votação da maioria”, afirma Aurea Ianni.

As mudanças propostas darão maior mobilidade à associação, incluindo uma estrutura que permita atuação em âmbito estadual, catalisando as realidades regionais. “Queremos ampliar a atuação da APSP, fazer com que ela se firme como paulista, ou seja, em todo o Estado. Hoje nossa estrutura não permite isso”, afirma Aurea.

O estatuto da APSP foi criado na década de 70, quando a associação foi fundada, e é a primeira vez que passa por modificações. “Hoje temos uma dinâmica de atuação que não corresponde ao estatuto”, diz Aurea.

Entre as modificações está ainda a alteração na estrutura da presidência e nas funções administrativas da APSP. Hoje, os cargos são divididos de maneira mais técnico-administrativa (presidente, vice-presidente, primeiro-tesoureiro, segundo-tesoureiro e secretário). No novo estatuto, os cargos seriam definidos por área de atuação, o que dará maior capacidade de gestão política à entidade ampliando a esfera de democratização da associação.

## **I Congresso de Epidemiologia na Região Sul do País**

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e as Secretarias Municipais de Saúde do Estado vão realizar, de 23 a 27 de março de 2002, em Curitiba (PR), o I Congresso de Epidemiologia na Região Sul do País. A conferência será composta de mesas-redondas sobre temas como: “Epidemiologia no Sistema Único de Saúde”, “Epidemiologia na Promoção da Saúde”, “Saúde nas Megacidades”, “Mudanças Globais na Sociedade e no Ambiente”, “Desigualdade Social em Saúde”, entre outros. Haverá também painéis e palestras com o objetivo de abordar amplamente os variados temas que fazem da epidemiologia um dos instrumentos essenciais para pensar a saúde pública.

Outras informações: [www.abrasco.org.br/Epi2002](http://www.abrasco.org.br/Epi2002)

## **2º Programa de Viagem em Gestão de Serviços de Saúde**

O Senac está realizando o 2º Programa de Viagem em Gestão de Serviços de Saúde – Experiência Canadense – Ottawa, de 13 a 20 de abril de 2002, na cidade de Ottawa, no Canadá.

A programação consiste em seminário na Universidade de Ottawa, visitas técnicas a hospitais e a empresas de tecnologia de saúde, encontros com associações da área da saúde e intercâmbio com renomados profissionais canadenses, oferecendo a oportunidade de aperfeiçoamento técnico. Estão inclusos infra-estrutura completa de viagem, traslados, hospedagem, tradução e outras facilidades. Dependendo do número de interessados, o Senac-SP reserva-se o direito de alterar datas e horários ou mesmo cancelar o programa. Mais informações e inscrições no Centro de Educação em Saúde do Senac-SP – Av. Tiradentes, 822 – Luz – São Paulo (próximo à Estação Tiradentes do Metrô). Tel: 227-3055, fax: 229-1809, e-mail: [ces@sp.senac.br](mailto:ces@sp.senac.br) ou pelo site: [www.sp.senac.br](http://www.sp.senac.br).

## **11ª Conferência Nacional de Saúde**

A 11ª Conferência Nacional de Saúde será realizada em Brasília, no Centro de Convenções da Academia de Tênis, de 16 a 19 de dezembro. A conferência terá como debate principal o aprimoramento do SUS nos aspectos mais reivindicados pelos usuários: o acesso, a qualidade e a humanização. A comissão organizadora dividiu os delegados em dois grupos: 75% eleitos nas conferências estaduais e 25% indicados por entidades nacionais representativas dos seguintes segmentos: gestores, prestadores, trabalhadores da saúde, formadores de recursos humanos e movimentos sociais e de defesa da cidadania representantes de usuários. Em termos gerais, dos 1.884 delegados eleitos nas conferências estaduais, 942 (50%) deverão ser representantes de usuários, 438 (23%) de trabalhadores da saúde, 280 (15%) de gestores municipais ou estaduais e 224 (12%) de prestadores de serviços de saúde. Mais informações pelo site [www.saude.gov.br/11cns](http://www.saude.gov.br/11cns)

## **Experiências bem-sucedidas**

A Fundação Nacional de Saúde realizará a I Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPO-EPI), durante a semana de 19 a 23 de novembro, em Brasília/DF. Na ocasião, serão apresentadas, sob a forma de pôster e comunicação coordenada, as melhores experiências dos serviços de

saúde no Brasil e que se destacaram durante o período 2000/2001. Os critérios de avaliação estão calcados nos resultados alcançados em atividades relevantes para a saúde pública nos seguintes temas: “Programa de Controle da Dengue”; “Programa de Controle da Malária”; “Aperfeiçoamentos no Sistema de Informações sobre Mortalidade”; “Estratégias para Atingir Homogeneidade de Cobertura Vacinal” e “Implantação de Novos Modelos de Vigilância Epidemiológica”. Mais informações no endereço eletrônico [cenepi@funasa.gov.br](mailto:cenepi@funasa.gov.br).

## **"Mídia e Saúde"**

O titular da Cátedra Unesco/Umesp de Comunicação, José Marques de Melo, reuniu-se com a diretoria da FAI para examinar o projeto editorial do livro *Mídia e Saúde*, coordenado pelos professores Isaac Epstein e Conceição Sanchez e editado pelo professor Sérgio Barbosa. O volume, contendo estudos e pesquisas realizados por cientistas brasileiros e estrangeiros, englobará os anais das três primeiras Conferências Brasileiras de Comunicação e Saúde. Gilson Parisoto, diretor da FAI, comprometeu-se com o lançamento do livro durante a IV Comsaude, agendada para a cidade de Vitória (ES), no período de 18 a 20 de outubro, no campus da Faesa.

**Associação Paulista de Saúde Pública — APSP.** \* Rua Cardeal Arcoverde, 1.749, conj. 78 – bloco B — Pinheiros - CEP 05407 – 002 - São 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. \* **Colaboração:** Carolina Alves. **Revisão de textos:** Ricardo Jensen Oliveira \* **Projeto Visual:** Central Business Comunicação e Editora Ltda. \* **Editoração:** Nelson Francisco Brandão \* **Fotografia:** Felipe Lampe e arquivo do Movimento Popular de Saúde \* **Fotolito e Impressão:** Laser Press Gráfica e Editora Ltda. \* **Tiragem:** 2.000 exemplares \* **Correspondência:** Rua Cardeal Arcoverde, 1.749, 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 **MOMENTO APSP**, sendo de inteira responsabilidade de seus autores.