

POLÍTICAS DE SAÚDE E DO IDOSO NA SUBPREFEITURA PENHA

O que temos e o que queremos?

AUTORES

Elizabete da Costa S Borges

Roberto Delgado de Carvalho

São Paulo

2013

Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	6
Objetivo Geral	6
Objetivos específicos	6
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3.1 Lei que regulamenta o SUS (Sistema Único de Saúde).....	7
3.2 Lei das Subprefeituras	7
3.3 Lei do Programa de Metas	8
3.4 Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006	9
4. HISTÓRIADO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE (MPS)	10
4.1 Antecedentes	10
4.2 O Movimento Popular da Saúde	10
4.3 Meios de Comunicação	14
5. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	16
6. IDOSO.....	16
6.1 Lazer e Esporte.....	17
7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO	18
8. A LUTA PELO CENTRO DE CONVIVÊNCIA	19
8.1 Terreno	20
8.2 Localização do terreno	23
9. REDE NOSSA SÃO PAULO	24
10.METODOLOGIA	24
11.RESULTADOS	24
11.1Subprefeitura da Penha	24
11.2 Equipamentos de saúde existentes região da Penha	26
11.3Reuniões com a Subprefeitura da Penha.....	30
11.3.1 O Idoso na versão final do Plano de Metas	30
11.4 Resultadosna área da Saúde e do Idoso	31
11.4.1 Propostas da SupervisãoTécnica de Saúde Penha	31
11.5 Propostas da Pré - Conferência Municipal de Saúde da Subprefeitura da Penha realizada em 31/08/2013.....	32

11.5.1Ampliação	32
11.5.2 Propostas de Suprimento de Material	32
11.5.3 Propostas na área de pessoal	32
11.5.4 Propostas de fortalecimento do Controle Social.....	33
12. IDOSO – CENTRO DE CONVIVÊNCIA	33
13. DISCUSSÃO	33
14. CONCLUSÃO	36
15. BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A Relação Fé e Política

Desde os primeiros tempos da Igreja foi grande o compromisso de promover comunidades fraternas baseadas na justiça e na caridade. Buscar uma sociedade justa e fraterna a partir dos princípios e dos valores evangélicos proclamados pela Palavra e pelo exemplo por Cristo Jesus. Citaremos inicialmente a própria Palavra de Deus, em seguida a Doutrina Social da Igreja e, por fim, a Campanha da Fraternidade.

Selecionamos textos da **Bíblia** que, a nosso ver, fundamentam a relação Fé e Política:

- Livro dos Atos dos Apóstolos (At 2,42) Perseveravam eles na doutrina dos Apóstolos nas reuniões em comum, na fração do pão e nas orações;
- (At 2,44) Todos os fiéis viviam unidos e tinham tudo em comum. (At 2,47) louvando a Deus e cativando a simpatia de todo o povo. E o Senhor cada dia lhes ajuntava outros, que estavam a caminho da salvação;
- Primeira Carta de João Caridade (1Jo4,7). Caríssimos, amemo-nos uns aos outros, porque o amor vem de Deus e todo o que ama é nascido de Deus e conhece a Deus. (1Jo4,19) Mas amamos, porque Deus nos amou primeiro. (1Jo3,14) Nós passamos da morte à vida pelo fato de amarmos os nossos irmãos;
- Carta de Tiago, a fé sem as obras (Tg2,14) De que aproveitará, irmãos, a alguém dizer que tem fé, se não tiver obras? Acaso esta fé poderá salvá-lo? (Tg2,16) e se algum de vós lhes disser: “Ide em paz, aquecei-vos e fartai-vos”, mas não tiver obras, é morta em si mesma.

A relação fé e política também é iluminada com a **Doutrina Social da Igreja**, um conhecimento iluminado pela fé. Não é teoria, nem ideologia, é de natureza teológica que tem fundamento essencial na Revelação Bíblica e na Tradição da Igreja. O Papa Bento XVI fez endosso de todos os documentos dos Papas que o precederam e nos seus pronunciamentos aponta e recomenda o “COMPÊNDIO DA DOCTRINA SOCIAL DA IGREJA”.

Em sua encíclica “DEUS CARITAS EST” e também na Exortação apostólica pós-sinodal “SACRAMENTUM CARITATIS” apontou a necessidade da justiça social que é de alçada da esfera política e leiga, a serviço da dignidade e da sacralidade da pessoa humana. Apontou a

tarefa da Igreja de iluminar pelo Evangelho a ação política e de infundir o espírito da caridade nas estruturas sociais remodeladas segundo a justiça.

Os princípios da Doutrina Social da Igreja constituem a verdadeira base do ensinamento social católico. Dentre estes princípios, o da dignidade da pessoa humana é fundamento para todos os demais. Com finalidade didática desdobramos em dez: a dignidade da pessoa humana; a vida humana; a igualdade; a associação; a administração ética; a participação; o bem comum; a preferência pelos pobres; a subsidiariedade e a solidariedade. *(Compêndio da Doutrina Social da Igreja Cidade do Vaticano, 2 de Abril de 2004 Pontifício Conselho Justiça e Paz)*

Toda história humana foi de uma incansável busca da liberdade e da justiça.

O vértice insuperável da perspectiva da DOUTRINA SOCIAL DA IGREJA é o testemunho de JESUS DE NAZARÉ, sinal vivente do amor incomensurável do “Deus conosco” que assume as enfermidades do povo, caminha com ele, dá a vida por ele, o resgata e o salva.

Hoje a proposta da DOUTRINA SOCIAL DA IGREJA: *CIVILIZAÇÃO DO AMOR E DA SOLIDARIEDADE*, que vem de Jesus Cristo e se insere progressivamente na cultura e na vida dos povos, mais sistematicamente de Leão XIII a João Paulo II, é irrecusável.

A humanidade já está amadurecendo para isto e pronta para deixar-se iluminar pela “*Luz dos povos que brilha no rosto da Igreja*” (*Lumen Gentium*)

O testemunho evangélico de Jesus Cristo, captado e praticado na Igreja primitiva e ao longo dos tempos, é o fundamento da ação social e política dos cristãos. Nos tempos modernos esta ação eclesial é sistematizada na Doutrina Social da Igreja.

A sistematização da Doutrina Social da Igreja acontece através das Encíclicas Papais, a partir de Leão XVIII (*Rerum Novarum*), dos documentos do Concílio Vaticano II e de outros integrantes do Magistério da Igreja.

A Igreja Católica no Brasil apresenta anualmente à sociedade a **Campanha da Fraternidade**, oferecendo informação e reflexão sobre determinado aspecto da realidade social. A análise desta realidade dá-se à luz da Palavra de Deus e traz propostas de ação, visando superar os problemas levantados, numa perspectiva ecumênica.

A uma sociedade pouco preocupada com a dignidade do ser humano, as Campanhas da Fraternidade apresentam fundamentos para uma nova organização social, política e econômica do nosso país e do mundo. Elas oferecem pistas para a construção de relações com mais justiça, desenvolvimento sustentável e qualidade ética, objetivando que os direitos sejam iguais para todos e todas e também visando a construção da paz.

A Campanha da Fraternidade de 2003 teve como tema “Fraternidade e pessoas idosas” seguindo três palavras densas de significado social e religioso: Vida, Dignidade e Esperança.

Em 2012 a Campanha da Fraternidade, com o tema Fraternidade e Saúde Pública e com o lema Que a Saúde se difunda sobre a Terra (passagem bíblica baseada no Eclesiástico) enfatizou a concepção da saúde como direito universal, propondo aos governos, federal, estadual e municipal que destinem as verbas necessárias para que o SUS atenda à população de forma digna e eficaz. Sublinha também a importância da participação cidadã na fiscalização de todo o sistema de saúde.

Escolhemos os temas **Saúde** e **Idoso**, em virtude da nossa trajetória nas nossas Comunidades da Zona Leste de São Paulo, pertencentes à Subprefeitura da Penha.

A cidade precisa se preparar para proporcionar maior bem estar e garantir aos seus idosos os seus direitos, incluindo o planejamento e o desenvolvimento de ações e políticas preventivas, sobretudo no campo da saúde. Com isso analisaremos a reivindicação de um centro de convivência para a terceira idade visando propiciar ao idoso o desenvolvimento de suas potencialidades, para que tenha consciência de si mesmo e de sua cidadania.

Na área da saúde, faltam médicos para a Atenção Básica e para o atendimento especializado na rede de saúde da Subprefeitura da Penha. Para tanto analisamos a implantação de um CER IV (Centro Especializado de Reabilitação) na Subprefeitura da Penha, viabilizando a ampliação do acesso, garantindo a integralidade e a equidade com a efetivação de um serviço de atendimento às pessoas com demandas decorrentes de deficiências, física, intelectual, auditiva e visual.

D. Angélico acreditava na organização popular que deu muitos frutos, como força transformadora. “Amar e Respeitar o Povo de Deus. Preocupar-se com a Vida do Próximo. Ir ao encontro das pessoas. Participar da vida das minhas ovelhas”.

Quem somos:

Roberto Delgado de Carvalho – Reside desde 1980 no Jardim Maringá, Subdistrito de Vila Matilde, onde atuou na pastoral de conjunto, especialmente na Pastoral de Batismo. É membro da Fraternidade Secular Charles de Foucauld, que, formada por pequenos grupos, compostos por homens e mulheres de diferentes estados de vida, procuram seguir a Jesus e viver o Evangelho, especialmente na imitação da vida oculta de Jesus em Nazaré. Atua no Movimento Popular de Saúde há cerca de 9(nove) anos, tendo sido indicado para atuar em Conselhos Gestores tanto pela UNIAEX-União de Ações Exemplares, do Jardim Maringá, como pela Paróquia Santo Antônio de Pádua, da Vila Talarico, Diocese de São Miguel Paulista. Atua hoje, pelo Segmento Usuário, no Conselho da Supervisão Técnica de Saúde – Penha.

Elizabete da Costa Silva Borges - Assistente Social do Hospital Santa Marcelina há 33 (trinta e três) anos. Na década de 1970, atuava na área de enfermagem no Hospital Santa Marcelina e fazia trabalhos comunitários na igreja Santa Luzia no Bairro do Jardim Nordeste, fazendo parte do Primeiro Conselho de Saúde de São Paulo em 1979. Na década de 1980, convidada pelo Padre Ticão para trabalhar como Assistente Social no Centro Social São Francisco de Assis, no bairro de Ermelino Matarazzo, como integrante da Comissão e Organização da Luta pelo hospital de Ermelino Matarazzo e pela Creche da Vila Robertina. Atuava também nas favelas Santa Inês e Jardim Verônia. Em 1985 convidada pelas Irmãs Marcelinas para atuar como Assistente Social no Hospital Santa Marcelina fez parte da Comissão em Prol do Hospital Santa Marcelina durante 18 anos, atuou como representante dos funcionários da Primeira Co-gestão Municipal. Desde 2009 até os dias de hoje, atua como presidente do Clube Recreativo Vida Viva da Comunidade Nossa Senhora de Fátima no Bairro Jardim Coimbra lutando pelo Centro de Convivência do Idoso e pelo Centro de Reabilitação.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Refletir sobre as necessidades nas áreas da saúde e do idoso na Subprefeitura da Penha.

Objetivos específicos

- Mapear a realidade da saúde e dos idosos da Subprefeitura da Penha.

- Propor metas para efetiva implantação do Sistema Único de Saúde-SUS e para que seja dada a devida atenção aos idosos da Subprefeitura da Penha, especialmente no que se refere à ocupação do tempo livre através do lazer e das relações sociais.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Lei que regulamenta o SUS (Sistema Único de Saúde)

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O SUS procura unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema – um comando único no governo Federal (Ministério da Saúde), um comando único dos estados (Secretaria Estaduais de Saúde) e um comando único dos municípios (Secretarias Municipais de Saúde). Tem como objetivo integrar a saúde pública (mais preventiva) e a assistência médica (mais curativa), oferecendo uma atenção integral a saúde. Esse sistema de saúde, além disso, propõe:

- Descentralização de recursos, decisões e responsabilidades para os estados e municípios;
- Criação de mecanismos para o chamado controle social através do qual a população participa dos Conselhos Gestores que administram o SUS através de representantes da gestão, dos funcionários e dos usuários, paritariamente, manifestando seus interesses quanto ao planejamento, à gestão, à execução e à avaliação dos serviços e programas de saúde.

3.2 Lei das Subprefeituras

Lei nº 13.399 de 01/08/2002 que dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras.

3.3 Lei do Programa de Metas

Emenda nº 30 à Lei Orgânica do Município de São Paulo, de 26/03/2008, que obriga o prefeito eleito, ou reeleito, a apresentar, o Programa de Metas de sua gestão até noventa dias após sua posse, mantendo as diretrizes e os objetivos divulgados em sua campanha eleitoral.

Em 2008, uma mobilização da sociedade civil conseguiu fazer com que a Câmara Municipal de São Paulo aprovasse a criação do programa de metas. A partir daí, todo prefeito eleito tem a obrigação de apresentar em até 90 dias após sua posse um programa que descreve as prioridades de seu governo, explicitando as ações estratégicas, os indicadores e as metas quantitativas para cada um dos setores da administração pública municipal.

O Programa de Metas 2013-2016 pode ser entendido como a consolidação do programa de governo: Um Tempo Novo Para São Paulo, que, em 2012, foi escolhido nas urnas pela maioria da população paulistana. O plano utiliza como “fio condutor” das metas o reordenamento territorial e a redução das desigualdades (Programa de Metas-Prefeitura de São Paulo-2013-2016).

Na metodologia utilizada para a construção do Programa de Metas 2013-2016, as metas referem-se aos produtos concretos que a Prefeitura pretende entregar à população ao longo dos próximos quatro anos de gestão. Tais metas foram selecionadas a partir de um diagnóstico em torno dos objetivos estratégicos aos quais elas se relacionam, levando em consideração o benefício efetivo esperado da implementação desses equipamentos e serviços ao munícipe.

As 100 metas iniciais do Programa de Metas 2013-2016 estavam agrupadas segundo três eixos temáticos que se desdobravam em 21 objetivos estratégicos. Além disso, as metas se distribuíam no território segundo um modelo de desenvolvimento urbano proposto em cinco articulações territoriais, que são as seguintes:

1. Resgate da cidadania nos territórios mais vulneráveis: Ação integrada nas áreas que concentram a pobreza, envolvendo transferência de renda, serviços públicos, inserção urbana e participação política;
2. Estruturação do Arco do Futuro: Desenvolvimento equilibrado, integrado aos recursos ambientais e com aproveitamento das infraestruturas existentes e das planejadas;
3. Fortalecimento das centralidades locais e das redes de equipamentos públicos. Qualificação dos centros de bairros e ampliação, integração dos usos e gestão integrada da rede de equipamentos públicos;

4. Requalificação da área central: Apropriação do centro como referência de toda a cidade, a partir da requalificação dos equipamentos urbanos, dos espaços para pedestres e da habitação social;

5. Reordenação da fronteira ambiental: Articulação de projetos que compatibilizem proteção ambiental, melhoria da qualidade do habitat e criação de oportunidades de trabalho.

Além de uma estratégia territorial, o Programa de Metas 2013-2016 também estabelecia diretrizes de execução para as iniciativas do poder público que buscavam unificar as ações nos diversos territórios, funcionando como eixos integradores. Tais diretrizes estão organizadas em três eixos temáticos:

1. Compromisso com os direitos sociais e civis;
2. Desenvolvimento econômico sustentável para a redução das desigualdades;
3. Gestão descentralizada, participativa e transparente.

Cada eixo apresentava um conjunto de objetivos estratégicos que apontavam aspectos importantes para a melhoria da vida na cidade de São Paulo. As metas são algumas das iniciativas que possibilitarão o alcance desses objetivos. A versão final do Programa de Metas 2013-2016 foi divulgada após consultas públicas e passará periodicamente por um processo de repactuação participativa, de modo a garantir transparência e efetividade ao planejamento público.

Em agosto de 2013 foram realizadas 32 Audiências Públicas Devolutivas apresentando a versão final do Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2013-2016. Esta versão apresenta um total de 123 Metas, associadas a 20 objetivos e agrupadas em 3 eixos temáticos e 5 articulações territoriais. Foram recebidas 9.489 sugestões, sendo que 8.923 destas sugestões foram incluídas na versão final.

3.4 Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006

Que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e fornece os critérios que indicam quais são as necessidades que devem ser atendidas pela Atenção Básica.

No Anexo I, ítem3. I, são fornecidos números a respeito da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A Equipe do ESF deve atingir uma média de 3.000 habitantes, com um limite máximo de 4.000 habitantes.

Já no ítem3.VIII são consideradas, primeiramente, as UBS's(Unidades Básicas de Saúde) em grandes centros que não contam com a ESF (Estratégia de saúde da família). Neste caso, elas podem atingir um universo de 30.000 habitantes. No caso de terem incluída a ESF, também nos grandes centros, atingem 12.000 habitantes.

4. HISTÓRIADO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE (MPS)

4.1 Antecedentes

O MPS se insere na história das lutas populares que surgiram no decorrer dos anos da ditadura militar que vigorou no Brasil de 1964 até 15/01/1985, quando foi eleito, embora ainda pelo Congresso Nacional, o Presidente Tancredo Neves, o qual, por motivo de doença, não pode assumir, sendo que assumiu o governo o senador José Sarney. Somente em 15 de março de 1990 Fernando Collor foi eleito Presidente da República, por eleições diretas.

As primeiras mobilizações foram as greves de 1968 em Contagem e Osasco, que foram duramente reprimidas. Estas greves foram organizadas a partir do interior das fábricas à revelia dos sindicatos, por iniciativa da base, provocando ações de massa enquanto única forma de pressionar o Estado e os patrões. Logo em seguida, os movimentos surgem nos bairros, sendo formadas comissões que se dirigem às autoridades reivindicando luz elétrica para suas residências, uma escola para suas crianças, água encanada, coleta de lixo, enfim, serviços essenciais para a sua sobrevivência. Essas reivindicações geraram a necessidade de realizar Assembleias, caravanas ao centro da cidade, até as sedes dos poderes públicos, que estavam encastelados em suas sedes, longe das periferias. Entre outras, as reivindicações, além das já citadas, eram por moradia e contra o aumento do custo de vida.

Toda esta movimentação, porém, continua solidária com as greves de vários setores dos trabalhadores, sendo a mais famosa a greve de 1980, em São Bernardo do Campo, que teve repercussão nacional. Neste período, a política econômica recessiva pesa muito sobre a classe operária. Surgem movimentos espontâneos como saques em supermercados e a mercearias da periferia, causados pela chaga social do desemprego.

4.2 O Movimento Popular da Saúde

O MPS surgiu, na década de 1970, inicialmente na Zona Leste de São Paulo e logo se espalhou por outras regiões da cidade. O país estava vivendo sob o regime militar, que tinha como política a repressão a todos os movimentos populares que fugissem de seu estrito controle. De outro lado, a cidade de São Paulo crescia, especialmente devido à crescente industrialização e ao êxodo rural. Esta população ia ocupando as periferias, ou mesmo os cortiços do centro da cidade. A situação era dramática: faltavam Creches, Escolas, Água, Esgoto, Asfalto, Iluminação, Postos de Saúde e Hospitais.

Estas circunstâncias fazem com que algumas lideranças populares, com apoio principalmente da Igreja Católica, comecem a se organizar. Este apoio era indispensável

pois as dependências das igrejas eram locais onde ainda as pessoas podiam se reunir sem chamar muito a atenção das forças repressoras do regime militar. Foi de grande valia o apoio das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), que pelo seu caráter religioso não despertavam imediatamente a reação das autoridades.

Este apoio da Igreja Católica vinha através da liderança de Dom Paulo Evaristo Arns, Cardeal Arcebispo de São Paulo e de Dom Angélico Sândalo Bernardino, Bispo Auxiliar, responsável pela Zona Leste (ZL) da cidade.

Na década de 1970 foi criada a primeira comissão de saúde no bairro do Jardim Nordeste, priorizando a luta pela implantação dos serviços de saúde, e foram realizadas muitas caravanas, assembleias populares e abaixo assinados na região e na Secretaria Estadual de Saúde, para pressionar as autoridades pelo respeito e cumprimento dos compromissos assumidos por ocasião das reivindicações. Em 1979 foi eleito o 1º conselho popular de saúde no Jardim Nordeste com mais de 8.000 participantes (conforme anexo 1).

Inicialmente o Movimento de Saúde da Zona Leste surgiu em dois bairros da cidade: São Mateus e Jardim Nordeste. As mulheres, principalmente elas, foram protagonistas deste processo. Conforme pesquisa de 2006-2007, 80% das participantes eram mulheres. Elas, no dia a dia, sentiam a falta de creches e escolas para os filhos, e de condições mínimas para que seus filhos tivessem saúde. Faltava infraestrutura para o bairro: água, esgotos, e muito mais.

No decorrer das décadas seguintes, foi assim a evolução dos motivos para adesão ao movimento: decaiu, de maneira uniforme, a necessidade de infraestrutura para o bairro, chegando a 2000 em terceiro lugar (de 22% a 9%); do mesmo modo, diminuiu o número de pessoas que vinham de uma ação no interior da igreja, mas esta queda se observa somente a partir da década de 1980 (de 13% a 3%); decai também, bem acentuadamente, a procura de melhoria no acesso aos serviços de saúde (de 12% a 5%); cresce continuamente a influência dos convites, como motivação para entrada no movimento (de 10% a 23%); a conquista de direitos e da transformação social, permanece relativamente estável, de 1970 a 2000 (de 7% a 5%); e cresce ligeiramente o interesse por adquirir conhecimento (de 2% para 7%). Interessante notar que a procura por qualidade dos serviços de saúde cresce bem acentuadamente até a década de 1980, caindo ligeiramente de 1990 a 2000 (de 5% para 13%, caindo para 12%).

Conforme pesquisado Movimento Popular de Saúde (novembro 2004) dentre as

conquistas mais frequentemente apontadas destaca-se a melhoria de acesso aos serviços de saúde, havendo um declínio nesta percepção (de 40% para 30%). Os outros itens variam entre 16% e 5%. São eles: Melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Valorização do SUS (Sistema Único de Saúde). Infraestrutura para o bairro.

Entre 40% e 45% das conquistas atribuídas ao movimento popular constava uma melhoria dos serviços de Saúde. Já em 2000 este índice caiu para 30%, porém, percebe-se uma ligeira melhora nos serviços de saúde. No entanto, pode ser considerada normal, da parte dos recém-chegados, uma sensação de que as conquistas tenham sido menores. A própria pesquisa considera: É natural que alguns militantes que entraram no movimento depois de 2000 digam que não houve conquista, afinal um prédio construído a gente vê, entra nele, mas as necessidades que vêm depois- qualidade do atendimento, por exemplo- são mais difíceis de medir.

Os primeiros grupos que se formaram eram denominados “Comissões de Saúde”. Nesta fase, alguns médicos sanitaristas se aproximaram da população, mostrando, através de um filme, “a necessidade de saneamento básico e de higiene” para fazer frente às doenças infectocontagiosas e à alta taxa de mortalidade infantil.

Em 1978 elegeu-se o 1º Conselho Popular de Saúde no Jardim Nordeste. Mais tarde, já no início da década de 1980 surgem os primeiros 18 Conselhos Populares de Saúde da Zona Leste. Em 1979, acontece em São Mateus a 1ª Assembleia com autoridades da Secretaria Estadual e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a participação de cerca de 2.000 pessoas.

Em São Mateus as comissões fazem uma pesquisa com 3.000 famílias provando como era difícil a assistência à Saúde. Neste bairro, em 1980, aconteceu a 1ª grande manifestação, com a presença do secretário estadual de saúde. Mais de 1.000 pessoas participaram, estando presentes representações de vários bairros da região.

É importante notar que o MPS sempre se articulou com outros movimentos sociais, de acordo com as características das regiões da cidade em que iam se implantando: com Sindicatos e Centrais Sindicais, Sociedades Amigos de Bairro, clubes de mães, movimentos operários, como, por exemplo, na região oeste da cidade, unindo-se à luta pelo meio ambiente (luta contra um Lixão, em Perus), e contra a poluição gerada pelas indústrias. Bem como unindo-se à luta contra a ditadura militar.

Uma luta bem específica foi a de criar um ambiente pela organização autônoma do movimento popular, de modo que, mesmo ao lado, por exemplo, de partidos políticos, a originalidade e suas reivindicações fosse preservada. Um dos instrumentos para conseguir este objetivo foi a adoção de eleições diretas para as Comissões Populares de Saúde (CPS).

Outros meios usados na luta popular por seus direitos foram as caravanas, as assembleias populares e os abaixo-assinados. Estes foram instrumento de pressão sobre as autoridades, seja despertando-as para as novas necessidades das comunidades dos bairros, seja exigindo “respeito e cumprimento dos compromissos assumidos”.

Podemos enumerar algumas das reivindicações que constavam das agendas dos movimentos populares, na área de saúde: criação de postos de saúde, depois chamadas de Unidades Básicas de Saúde -UBS; ambulatórios; ambulatórios de especialidades; pronto-socorros; hospitais; maternidades.(Cartilha do Movimento Popular de Saúde - 2004)

Durante o governo de José Serra (de 01/01/2005 a 31/03/2006) e de Gilberto Kassab (De 31/03/2006 a 01/01/2013) a política de saúde, como também a das Subprefeituras e da administração em geral, caracterizou-se por uma tendência à centralização de poder, e, portanto, de recursos. Também o controle social, como os Conselhos Gestores, foi desprestigiado, quando não reprimido.

Em 2008 o executivo municipal destituiu o CMS (Conselho Municipal de Saúde), tomando para si a sala do Conselho e colocando na porta da Secretaria Municipal de Saúde guardas civis metropolitanos para impedir a entrada dos Conselheiros e a polícia militar na rua para enfrentamento. Somente uma ação do Ministério Público foi capaz de garantir a continuidade do mandato do conselho eleito.

Em maio de 2009 o CMS (Conselho Municipal de Saúde) chamou a 15ª Conferência, que deveria ser realizada até o final daquele ano, o que não ocorreu, pois o Secretário de Saúde alegou problemas de logística, mesmo havendo recursos financeiros. No entanto, em janeiro de 2010, realizou no Anhembi o 1º Encontro de Conselheiros Gestores da Cidade de São Paulo, com logística própria de Conferência, mobilizando toda a infraestrutura da atenção básica e outros departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, mas com o único objetivo de realizar uma pesquisa de satisfação sobre a qualidade dos serviços de saúde e gestão, cujo resultado foi apresentado no site da Secretaria Municipal de Saúde com 90% de aprovação. Até hoje não sabemos como foi realizada a tabulação dos dados, quantas pessoas responderam, quantos realmente eram Conselheiros, e nem o montante de recursos gastos

neste evento.

Outro exemplo foi o Decreto nº 52.914 de 11 de janeiro de 2012 e o Decreto nº 53.121 de 4 de maio de 2012 que tentaram realizar o que poderíamos chamar de uma intervenção branca, alterando a composição do Conselho Municipal, no curso da vigência de um mandato oficialmente reconhecido, e descaracterizando representações tradicionais dos movimentos populares de saúde.

4.3 Meios de Comunicação **Jornal Grita Povo**

Foi uma publicação tipo jornal que existiu de 1982 a 1991, criado no âmbito da Arquidiocese de São Paulo, na então Região Leste II, com sede em São Miguel Paulista, quando era Bispo lá Dom Angélico Sândalo Bernardino, o qual é jornalista. A história deste meio de comunicação está ligada à criação do CEMI (Centro de Educação e Comunicação Popular), que aconteceu em 1981. O CEMI contava com uma gráfica, um estúdio de rádio, equipamento de vídeo, a redação de um jornal, um centro de documentação e um núcleo de cursos que trabalhava com o método Paulo Freire. Havia também uma Kombi que rodava pelas comunidades carregando equipamentos para projetar vídeos produzidos pelo CEMI ou por outro centro de comunicação popular da América Latina. Depois dos vídeos, discussões com as comunidades. O Grita Povo foi publicado, em uma primeira fase de agosto de 1982 a agosto de 1984, sofreu uma interrupção de 1984 a março de 1985 e voltou depois com publicação quinzenal, até 1991.

Era um instrumento de comunicação politizado e informativo. Acompanhava a luta contra os problemas da população e tantos outros processos de conquista de direitos em um momento em que o fato de ter direitos, por si só, era notícia. Viveu um período intenso de formação de quadros populares.

Era planejado e impresso em uma casa ao lado da Paróquia de São Miguel Paulista, onde funcionava o CEMI (Centro de Educação e Comunicação Popular). A comunicação era trabalhada como instrumento de apoio aos movimentos sociais. CEMI chegou a ter 23 funcionários em 1988 tendo sido financiado, durante algum tempo pela MISEREOR¹.

¹A MISEREOR é a obra social dos Bispos da Igreja Católica da Alemanha para a cooperação em prol do desenvolvimento e da luta contra a pobreza. Há mais de 50 anos, a MISEREOR se dedica a todas as pessoas que sofrem necessidade, independentemente da sua religião, raça, cor ou sexo.

O quadro social vigente na época assistiu à progressiva ocupação da periferia da cidade de São Paulo pela população que crescia atraída pelo surgimento de empregos na indústria mas que não procurava terrenos que estivessem ao alcance de seu poder aquisitivo, mesmo que fosse através de ocupação de terrenos vagos. Esta ocupação foi anterior à criação de infraestrutura que proporcionasse o atendimento básico às necessidades de água, luz, esgotos. Estes recursos somente chegaram graças a esforços coletivos.

Neste momento, setores progressistas da Igreja Católica abriram espaço para a organização da sociedade civil nas pastorais sociais, nas paróquias e nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs).

Sueli Maria de Almeida, que na época tinha 22 anos, conta sobre a experiência de Ermelino Matarazzo, bairro vizinho a São Miguel: "quem estava nas comunidades também estava nos movimentos, sabe? Leite, moradia, asfalto, saúde, creches, educação, eram as mesmas pessoas que estavam. Foi uma fase em que a gente começou a brigar pelos direitos, e a gente instigava a população a participar de tudo"(Vozes do Povo pág.62).

Com o tempo "O *GRITA POVO*" mudou na visão da Arquidiocese, passou a ser voltado para a questão religiosa. Quando começou a abandonar esse lado social a maioria das pessoas foi saindo.

Os motivos para o fim do CEMI e do "Grita Povo" tiveram a ver com a mudança do cenário político nacional e com a mudança da orientação da igreja católica que fez com que os setores progressistas perdessem força dentro da instituição. Com a abertura democrática, a criação de partidos, a volta da possibilidade de militância em sindicatos, a igreja deixou de ser um dos únicos espaços possíveis de atuação política.

Rádio Corneta

Entre 1980 e 1990 cresceram em São Paulo as rádios-corneta. Eram kits com quatro cornetas instaladas nas torres das igrejas. Os programas eram feitos por membros da comunidade, em geral saídos dos grupos de jovens.

Segundo Sueli Maria de Almeida que participou de uma rádio no Jardim Verônia, um lugar alto de onde o som se espalhava com facilidade para uma região bem habitada, e, aos sábados, atingia uma feira livre onde circulavam também pessoas que vinham de fora do bairro. As pessoas ficavam curiosas para ouvir o que era aquilo. À noite, na hora da "Ave

Maria”, e antes das celebrações a gente chamava a população. Eram tocadas músicas de artistas locais e de artistas famosos, a pedido do público. A linguagem usada era como se você estivesse falando com um vizinho mesmo.

5. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O envelhecimento da população brasileira se evidencia por um aumento da participação do contingente de pessoas maiores de 60 anos de 4%, em 1940, para 9% em 2000. Além disso, a proporção da população acima de 80 anos tem aumentado, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, o que significa que a população considerada idosa também está envelhecendo. Representando o segmento populacional que mais cresce, embora ainda seja um contingente pequeno: de 166 mil pessoas, em 1940, o grupo “mais idoso” passou para quase 1,8 milhões em 2000 e representava 12,6% da população idosa em 2000 e aproximadamente 1% da população total.

Existem mudanças ocorridas na estrutura populacional, crescimento exponencial da população brasileira de 60 anos e mais anos de idade, longevidade e queda da fecundidade está acarretando uma série de consequências sociais, culturais econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o país não está ainda devidamente preparado. Esse salto representa um fator de pressão importante para a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo.

Ações eficazes e oportunidades devem ser adotadas para que essa faixa etária cresça não só em termos quantitativos, mas também com a melhor qualidade de vida possível. Para que isto se torne realidade, é preciso que a sociedade como um todo participe desse propósito, preparando relatórios, sugerindo que Campanhas de conscientização da família e da sociedade são vitais para a mudança de mentalidade no tratamento da questão do envelhecimento. O objetivo é mudar o modelo para um envelhecimento saudável, implementando e ampliando a rede de cobertura dos serviços e programas de atenção à população idosa e às demais gerações.

6. IDOSO

O fenômeno relacionado ao envelhecimento populacional tem constituído preocupação emergente em nosso país, onde estudos estatísticos apontam para um grande crescimento da população idosa nos próximos 05 anos, atingindo cerca de 32 a 33 milhões de pessoas com a faixa etária maior que 60 anos.

O envelhecimento da população influencia no crescimento econômico, investimentos e consumo, mercado de trabalho, transferência de capital e propriedades, entre outros.

O idoso é muitas vezes considerado uma faixa etária não produtiva, sendo sua representatividade para os recursos do país baixa e ausente. Sabe-se que a produtividade é de extremo interesse para uma economia capitalista, por isso a falta de consideração acontece em toda conjuntura política, econômica e social. A baixa prioridade atribuída à terceira idade nas políticas públicas (assistenciais, previdenciárias etc.) evidencia descaso com as questões específicas desta faixa da população.

As políticas sociais no Brasil já excluem da sua abrangência os segmentos chamados produtivos, isto é, os potencialmente aptos ou em vias de entrar no mercado. No caso da terceira idade, verifica-se uma incipiente atuação do Estado, talvez pelo fato de alguns órgãos considerarem ter esse segmento baixa possibilidade de recuperação da sua força de trabalho e de existência, estando, portanto, fora das políticas sociais.

Entretanto, essa situação tem sido revertida aos poucos, através da criação de políticas e ações, tendo como participantes o poder público, idosos e comunidade. É esse contexto, identificado pelo aumento percentual do número de idosos, que essa população passa a ser objeto de preocupação crescente das sociedades capitalistas.

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade.

É um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

6.1 Lazer e Esporte

O esporte e o lazer, a partir da constituição de 1988, passaram a ser direitos de todos os cidadãos brasileiros. Preconiza-se desenvolver eventos para a terceira idade, que envolvam diversas formas de expressão física, manual, intelectual, artística ou social. Além das atividades permanentes e eventuais para a terceira idade, o idoso é estimulado a participar da programação geral dos Centros de Lazer e esportes, surgindo assim possibilidades de se relacionarem com outros segmentos etários num ambiente de valorização e de respeito mútuo.

O Estatuto do Idoso em seu capítulo V- Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer, conta com o artigo 20 (O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade)

Entre as muitas possibilidades de práticas corporais, o esporte se destaca como importante ferramenta de inclusão social, interação e manutenção das condições físicas, aspectos fundamentais na relação entre saúde e envelhecimento, proporcionando maior integração na sociedade e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

No Brasil a Constituição de 1988 apresentou avanços nesse segmento da população, entre os quais a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8.742/93, e a Política Nacional do Idoso, Lei 8.842/94 foram marcos expressivos. O objetivo da LOAS era assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Na continuidade do processo, o Estatuto do Idoso, em 2003, consolidou diferentes conquistas, como: o direito à vida; à liberdade, ao respeito e à dignidade; ao alimento; à saúde; à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação e ao transporte; medidas de proteção; política de atendimento ao idoso, acesso à justiça, entre outros. Mesmo com o estatuto aprovado, tais direitos ainda não estão sendo atendidos e mal começam as discussões políticas para operacionalizá-los, entre as quais a recente Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a Portaria n 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, sobre o pacto de saúde, e a Portaria n 2.528 de 19 de outubro de 2006 que aprovou a atualização da Política Nacional do Idoso.

No Brasil, o pioneiro nas políticas públicas para os idosos, proporcionando atividades físicas, foi o Serviço Social do Comércio (SESC) do Estado de São Paulo, em 1977. Em São Paulo a USP estruturou o projeto Universidade Aberta à Terceira Idade em 1993, abertura dos cursos da Universidade para pessoas idosas.

A cidade precisa se preparar para proporcionar maior bem estar e garantir aos idosos os seus direitos, incluindo o planejamento e desenvolvimento de ações e políticas preventivas, sobretudo no campo da saúde. Uma das medidas pode ser o estímulo à participação em programas para o envelhecimento ativo que envolve ações para a prevenção e para o acesso a cuidados primários de saúde que visam detectar e gerenciar precocemente as doenças crônicas (Resolução Normativa – RN nº 265, de 19 de agosto de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS).

Uma das ações para os idosos em São Paulo é realizada pela administração pública

municipal da cidade, através de secretarias e uma delas, a Secretaria de Participação e Parceria é composta por oito Coordenadorias, sendo que cinco delas tratam das políticas públicas do município em relação a setores específicos da sociedade. A Coordenadoria do Idoso busca incentivar políticas sociais que preparem a sociedade para a mudança da pirâmide populacional e conscientizem a população sobre as especificidades do idoso conforme propostas da Organização Mundial da Saúde(OMS). A sede da Coordenadoria do Idoso atende no bairro do Cambuci, no centro da capital, local que abriga o Polo Cultural do Idoso, que realiza diversas atividades gratuitas nas áreas de saúde, bem-estar, educação e recreação.

8. A LUTA PELO CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Trata-se de um Centro de Convivência para atendimento da comunidade (Bairro), oferecendo principalmente à população idosa, a prática de atividades esportivas, físicas e recreativas, que possibilitem a oportunidade de ocupação do tempo disponível, frequente entre pessoas da terceira idade, com atividades que proporcionem prazer.

A cidade de São Paulo envelhece não porque está próxima de completar cinco séculos de fundação, mas por sua população, cada vez mais amadurecida. Nos últimos dez anos, o número de paulistanos com 60 anos ou mais subiu 35% e chegou a 1,3 milhão. E a tendência é de uma mudança simbólica em breve, quando a população idosa vai superar a de crianças e jovens até 14 anos. A Zona Leste conta com uma crescente população idosa. Faltam na cidade de São Paulo políticas públicas destinadas aos idosos; não temos centros de convivência, centros dia; não temos políticas para atendê-los. A questão precisa ser contemplada no Plano de Metas para 2013.

A maior força para a participação é o diálogo. Diálogo, aliás, não significa somente conversa. Significa “se colocar no lugar do outro para compreender seu ponto de vista; respeitar a opinião alheia; aceitar a vitória da maioria; por em comum as experiências vividas, sejam boas ou ruins; partilhar a informação disponível; tolerar longas discussões para chegar a um consenso satisfatório para todos”. (BORDENAVE, 1994, p. 50)

Esse trabalho nasceu após a observação e participação do grupo da Comunidade Nossa Senhora de Fátima, no Bairro do Jardim Coimbra; constatou-se a necessidade de mudanças saudáveis em relação aos idosos que viessem atender os anseios dessa faixa etária que queria adotar o hábito de caminhar pelo bairro e não contava com local adequado.

Segundo levantamento realizado no Jardim Coimbra, 25% dos moradores do bairro são idosos, como não há espaços destinados para essa faixa etária nesta região, foi elaborado em 2009, por alguns moradores, o projeto do Centro de Convivência destinado ao idoso, a fim de oferecer qualidade de vida, saúde e bem estar à população da terceira idade.

Para concretização deste tão sonhado Centro de Convivência, os moradores realizaram o abaixo assinado com 1.650 assinaturas e um levantamento dos espaços públicos inutilizados pela esfera municipal com sinais de depredação, que necessitam de revitalização para o uso da população. A área pertencia à Secretaria da Educação mas não tinha demanda para creche. Uma comissão de moradores entregou ao Secretário de Esportes o abaixo-assinado e solicitou ao Secretário da Educação que repassasse o terreno para a Secretaria de Esportes. Após um ano de estudo técnico da secretaria, finalmenteo Secretário da Educação repassou o documento para a Secretaria de Esportes em umaassembleia realizada na Comunidade Nossa Senhora de Fátima. Foi constituído o Clube da Comunidade cuja organização é prevista na Lei nº 13.718, de 8 de janeiro de 2004. A gestão do espaço é feita pela comunidade, legalmente constituída e eleita pela população do bairro.

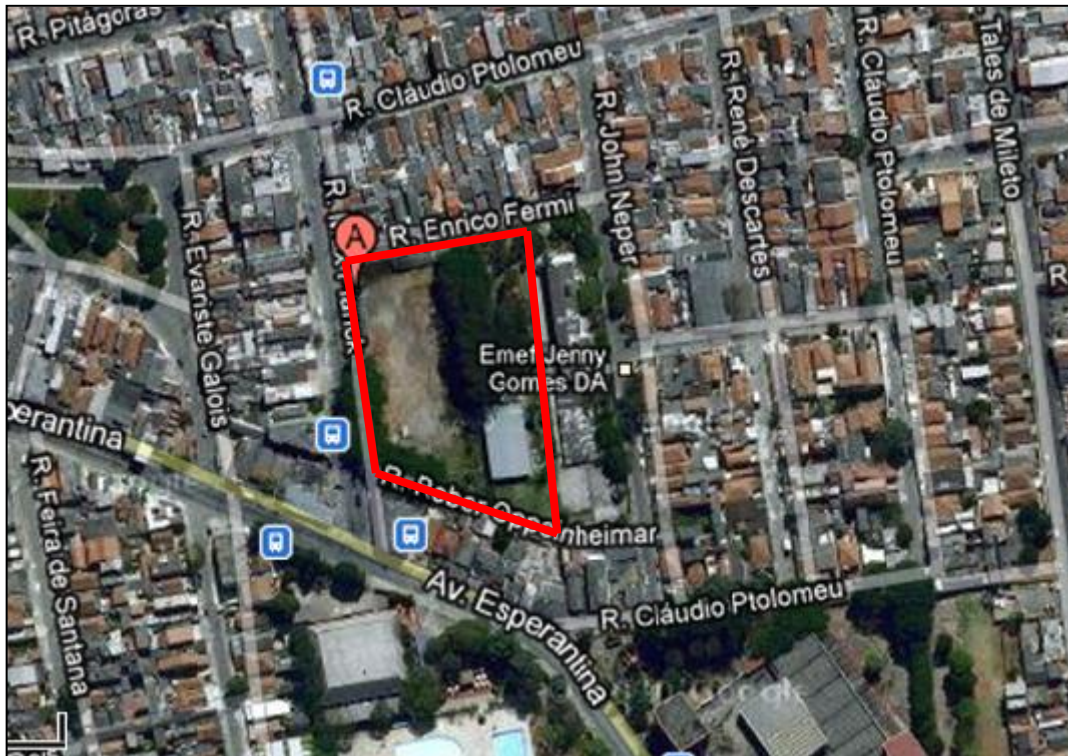
O Centro de Convivênciado Jardim Coimbra contará com atividades culturais, de lazer e físicas, estimulando o encontro e a socialização com características específicas para o bem estar do idoso, fazendo com que ocupem seu tempo livre. Principais áreas de atuação: artes, inclusão social, cultura, música, artesanato, cinema itinerante, lazer, segurança, saúde, meio ambiente, esporte, educação, reabilitação.

Lentamente o Brasil está caminhando para cada vez mais preparar esses espaços para essa faixa etária, cujo crescimento se torna cada vez mais significativa. A sociedade evolui, ocorrem refinamentos na prestação de serviços de diversas categorias.

8.1 Terreno

O terreno onde será implantado o Centro de Convivência está localizado na Avenida Max Planck, nº 100, Bairro do Jardim Coimbra, Zona Leste de São Paulo. O terreno possui uma área de 5.000 m².

Figura 01: Imagem do terreno (Via Satélite)



Fonte: <http://www.google.com.br>

Durante a década de 1970, este terreno era um Centro Desportivo Municipal do Jardim Brasil e Coimbra (CDM), utilizado em benefício da comunidade. Na década de 1980, porém o mesmo foi desativado por não ter tido as devidas manutenções que deveriam ser executadas pela diretoria responsável pelo equipamento.

Neste local, após o CDM ter sido desativado, previa-se a construção de uma creche, porém a demanda de crianças no Bairro não atingia o número suficiente para a implantação do equipamento. Segundo levantamento feito no bairro do Jardim Coimbra, 25% dos moradores do bairro são idosos com idade maior de 60 anos.

O estudo que realizamos mostrou que, no Jardim Coimbra, faltam áreas de lazer e espaços de entretenimento voltadas para as necessidades dos idosos, embora próximo ao terreno selecionado exista uma unidade do SESI, utilizada somente por associados, não contemplando, portanto, a demanda da população, para a qual única opção é o Clube Escola e o Parque Chico Mendes que, segundo os usuários, fica aproximadamente a 20 km de distância.

Segundo pesquisa feita com moradores do bairro, o passa tempo dos senhores idosos é ficar nos bares, ociosos, pois falta um local apropriado para as atividades. Para as senhoras idosas, muitas das quais cuidam dos netos, suas atividades são as idas à igreja, sendo que

muitas delas ficam sozinhas, fato que vem causar, muitas vezes, quadros de depressão, hipertensão, etc.

Existem 08 (oito) árvores localizadas no limite do terreno entre as ruas Max Planck e Robert Oppenheimer, e parte dele está ocupada por barracões de madeira construídos por moradores de rua, sendo que o espaço está inutilizado pela esfera municipal, com sinais de depredação que necessita de requalificação para uso em benefício da população.

Figura 02: Terreno



Fonte: arquivo pessoal (11/06/2011)

Figura 03: Construções existentes



Fonte: arquivo pessoal (11/06/2011)

Figura 04: Vegetações existentes



Fonte: arquivo pessoal (11/06/2011)

8.2 Localização do terreno

O local de intervenção está localizado na Subprefeitura da Penha, no distrito de Arthur Alvim, no bairro Jardim Coimbra, Zona Leste da cidade de São Paulo. Trata-se de um distrito envolto pelos bairros Vila Nhocuné, Vila Ré, Cidade A. E. Carvalho, Cidade Patriarca e Cidade Líder.

Por volta de 1921, idealizou-se e projetou-se a estação ferroviária do bairro que antes se chamava Vila Santa Thereza composta por um conglomerado de chácaras. Depois de inaugurada a estação ferroviária, uma pequena vila se formou ao redor desta. Esta vila foi crescendo e se desenvolvendo até que em 1988 foi inaugurada a estação de metrô Artur Alvim com capacidade de 20 mil passageiros hora/pico. Muitas alterações foram feitas depois que a estação de metrô de Artur Alvim foi inaugurada. Uma delas foi a desativação da estação ferroviária em 2000. O metrô trouxe mais desenvolvimento para o bairro.

O Jardim Coimbra, de acordo com dados da Emplasa (Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano), é um bairro onde predomina o uso residencial destinado à população de baixa renda, sendo que as principais vias de acesso são as Avenidas Esperantina e Águia de Haia.

De acordo com informativo bimestral dos Salesianos, emitido pelo Centro Social da Paróquia do bairro, edição nº 01 de Dezembro de 2010, atualmente a população do Jardim Coimbra é de aproximadamente 10.500 pessoas com cerca de 3.000 famílias; destas 1.890 são crianças de 0 a 14 anos e 2.100 adultos acima de 60 anos.

9. REDE NOSSA SÃO PAULO

Lançado em 2007, como Movimento Nossa São Paulo, passou a chamar-se, a partir de outubro de 2010, Rede Nossa São Paulo. Como diz a auto apresentação no site próprio, a Rede, composta por "mais de 700 organizações da sociedade civil, é absolutamente apartidária e inter-religiosa, não tem presidente nem diretoria, se constituiu e se expande de forma horizontal". Nasceu da constatação de "que é necessário promover iniciativas que possam recuperar para a sociedade os valores do desenvolvimento sustentável, da ética e da democracia participativa". "Pretende construir uma força política, social e econômica capaz de comprometer a sociedade e sucessivos governos com uma agenda e um conjunto de metas a fim de oferecer melhor qualidade de vida para todos os habitantes da cidade".

A Rede nossa São Paulo nos oferece alguns instrumentos que nos ajudam a nos aproximarmos da realidade baseados em dados confiáveis, que vem sendo levantados desde a seu aparecimento, tendo ultimamente contado com a participação do IBOPE, para realização de pesquisas.

10.METODOLOGIA

O levantamento dos dados da Subprefeitura da Penha bem como a relação dos equipamentos de saúde existentes na região foram fornecidos pela Supervisão Técnica de Saúde Penha – STS Penha, no mês de junho de 2013.

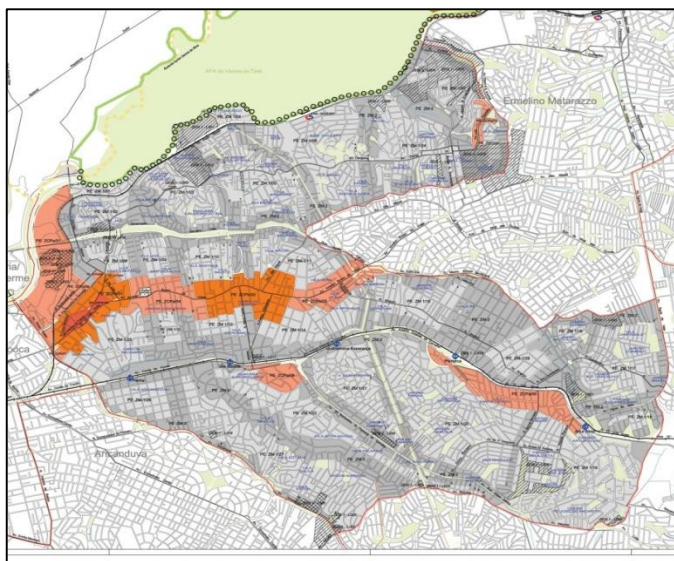
A partir do site da Rede Nossa São Paulo foram consultados os seguintes dados:

- **Onível de satisfação dos cidadãos** de São Paulo, levanta 28 aspectos com menor nível de satisfação, em 2012. São dadas notas de 1 a 10, sendo 5,5 a nota média.
- **O Observatório do Cidadão**
- **O IRBEM** – Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município, que avalia a satisfação geral com a qualidade de vida em São Paulo, em que a nota 10 significa totalmente satisfeito e a nota 0 significa totalmente insatisfeito. A média é a nota 5,5.

11.RESULTADOS

11.1Subprefeitura da Penha

Localização: Zona Leste da Cidade de São Paulo

Figura 06: Mapa da Subprefeitura da Penha

Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa>

Quadro 01: Dados do IBGE

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRUPO ETÁRIO					
0 a 6	7 a 14	15 a 17	18 a 24	25 a 64	65 ou mais
%	%	%	%	%	%
10,71	12,88	5,64	13,07	50,29	7,40

Fonte: IBGE, censo demográfico de 2000 – setores censitários

11.2 Equipamentos de saúde existentes região da Penha

Informação cedida em setembro de 2013 pela Supervisão Técnica de Saúde Penha – STS Penha. Esta Supervisão faz parte da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e é composta pelos Distritos Administrativos: Penha de França, Cangaíba, Arthur Alvim e Vila Matilde.

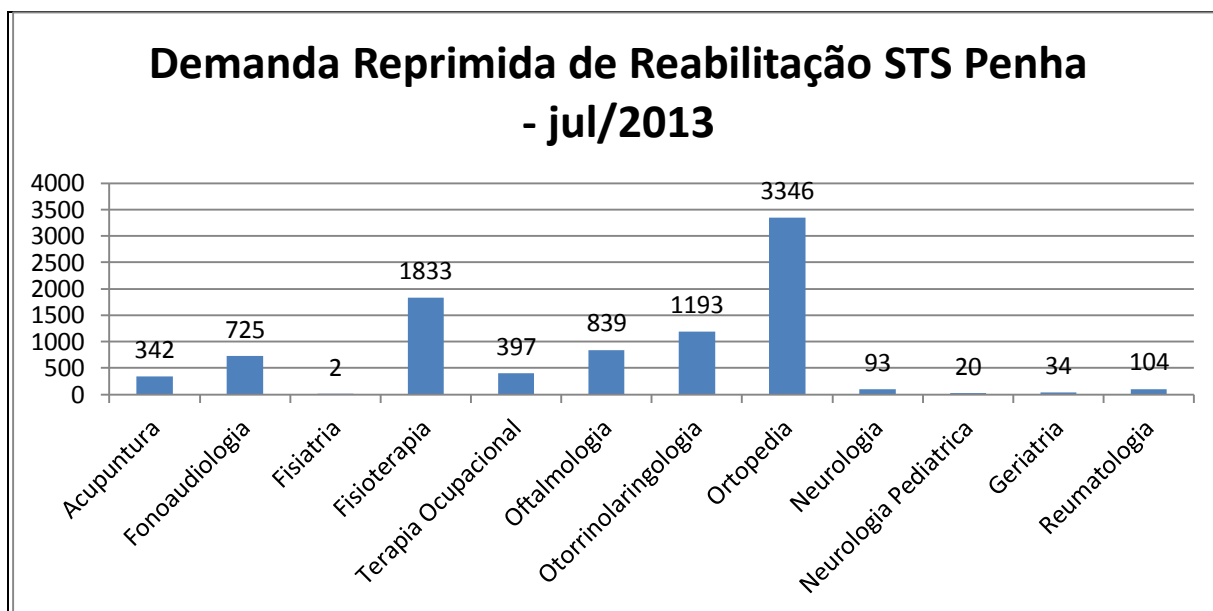
- Unidades Básicas de Saúde/Programa de Saúde da Família (UBS/PSF): 20, sendo 14 UBS tradicional e 6 UBS com PSF;
- Atendimento Médico Ambulatorial (AMA)'s: 8;
- Pronto Socorro: 1;
- Hospitais: 1;
- Ambulatórios de Especialidades (AME): 2;
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): 3;

- Centro Odontológico (CEO): 1;
- Supervisão de Vigilância Sanitária (SUVIS): 1;
- Centro de Referência DST/Aids (CR DST/AIDS): 1;
- Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO): 1.
- NIR (Núcleo Integrado de Reabilitação) Parque Arthur Alvim

Cabe ressaltar a necessidade de investimento na área de reabilitação, pois os serviços instalados em especial no NIR funcionam de forma improvisada e com quadro de RH insuficiente.

O gráfico abaixo apresenta a demanda reprimida em reabilitação na STS Penha.

Gráfico 1 - Demanda reprimida de reabilitação na STS Penha



Fonte: Supervisão técnica de saúde Penha

Frente ao atual serviço do NIR estar sediado de forma improvisada em uma UBS sem espaço adequado para habilitação ou mesmo ampliação, a STS Penha considera necessária a implantação de um CER IV em local que atenda as exigências técnicas, conforme portarias em vigor.

Para esta construção foi indicada pela Supervisão a área municipal situada na Rua Max Planck, Jardim Coimbra, Distrito Administrativo de Arthur Alvim-CDC.

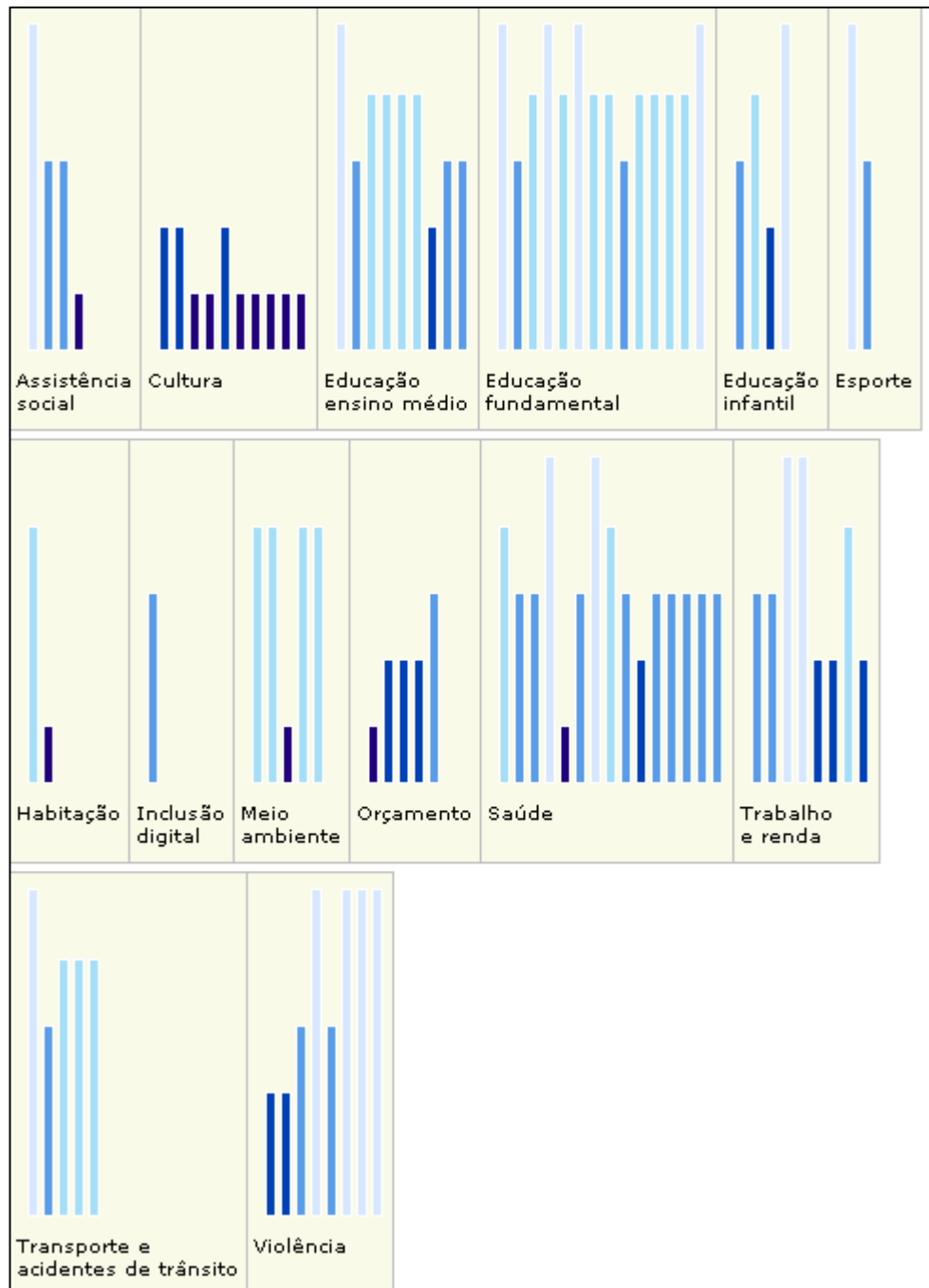
A realidade que se refere ao Idoso se insere em uma realidade mais ampla da saúde como um todo, no âmbito da Subprefeitura Penha, que passamos a analisar.

O gráfico2, do Observatório cidadão da Rede Nossa São Paulo, apresenta a faixa de

classificação em que a Subprefeitura da Penha se enquadrrou dentre as demais, em cada indicador, de acordo com a apuração mais recente.

Gráfico 2 Classificação geral por indicador da Subprefeitura Penha

Alta - melhor Acima da média Média Abaixo da média Baixa - pior



Fonte: Rede Nossa São Paulo

<http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=16>

Neste link podemos ter acesso ao gráfico acima. Ao clicar em cada uma das barras pode-se visualizar a qual indicador se refere, bem como visualizar os dados obtidos na Subprefeitura Penha e o resultado geral no Município.

Nele podemos observar alguns índices que se referem à saúde da população paulistana concluindo que os Distritos Administrativos da Subprefeitura da Penha, no mais das vezes, recebem notas, em geral, na média municipal ou abaixo dela. Seguem alguns exemplos onde A refere-se a Artur Alvim, C, refere-se a Cangaíba, M refere-se a Vila Matilde e P refere-se a Penha.

- Leitos Hospitalares P – abaixo da média. M, C, A – pior classificação
- Mortalidade Infantil P – acima da média. C e A – na média. M – abaixo da média
- Relação pré-natal insuficiente negros x não negros P, C e A – acima da média. M – na média.

Note-se que a Subprefeitura Penha não aparece entre os 29 Distritos Administrativos avaliados como piores, entre os 44 avaliados. Nesta classificação são considerados itens de várias naturezas, e não somente relativos à saúde.

1 -Nível de satisfação dos cidadãos

Vejamos alguns itens da saúde que foram analisados:

- Tempo médio entre a marcação e a realização de procedimentos mais complexos: nota 3,6
- Tempo médio entre a marcação e a realização de exames: nota 3,7
- Tempo médio entre a marcação e a realização de consultas: nota 3,4
- Facilidade para agendar consultas, retornos, exames e obter resultados: nota 3,7
- Qualidade do Ar (fator de grande influência na saúde); nota 3,8
- Note-se que, nesta pesquisa, a nota mais baixa, entre todos os itens pesquisados, foi: 2,9

2 -Observatório do Cidadão

Encontramos alguns dados sobre a realidade da saúde na Subprefeitura Penha, e sua evolução nos últimos anos.

Leitos Hospitalares públicos e privados por 1.000 habitantes: 2008 – 1,04; 2012 – 0,89
 Unidades Básicas de Saúde (Públicas) por 20.000 habitantes: 2007 – 0,73; 2012 – 0,80
 Pré-natal insuficiente, ou seja, menos de 7 consultas: 2007 – 25,96 %; 2012 – 24,36 %
 Pré-natal insuficiente negros x não negros (proporção entre a taxa de pré-natal de uns e de outros)

2008 – 1,45; 2011 – 1,51 (o índice 1 representaria a igualdade)

Causas de Mortalidade;

Infantil (número de mortes a cada 1.000) 2007 – 13,15; 2011 – 10,29

Materna (número de mortes por 100.000) 2007 -15,62; 2010 – 150,63; 2011 – 15,22

Doenças do aparelho respiratório (número de mortes por 100.000) 2007 – 89; 2011 – 97,92

Causas mal definidas: 2007 – 1,24 %; 2011 – 2,59 %

3 **-IRBEM** – Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município, que avalia a satisfação geral com a qualidade de vida em São Paulo.

Na Penha a nota foi 4,9, sendo que os mais satisfeitos, segundo a pesquisa, atribuem nota na faixa de 4,9 a 5,6. Note-se que este índice não sofreu variação ente 2009 e 2012.

Quanto à avaliação da qualidade dos serviços de Saúde Pública, em geral, as notas decaíram no decorrer dos anos 2008 a 2012.

Quanto ao levantamento do índice de Confiança nas instituições, entre 46 a 54% das pessoas não confiam na Subprefeitura e entre 46 e 49% das pessoas não confiam na Prefeitura.

Entre as instituições que merecem maior confiança, estão em ordem decrescente: Corpo de Bombeiros, Correios, Metro, SABESP, e outras.

11.3 Reuniões com a Subprefeitura da Penha

A Prefeitura de São Paulo promoveu no dia 13 de abril de 2013, quinze audiências públicas nas subprefeituras da cidade para discutir as propostas estabelecidas no Programa de Metas 2013. O Plano de Metas foi lançado no último dia 26 de março pelo prefeito Fernando Haddad e a administração organizou audiências públicas em todas as subprefeituras para discutir com a população, entidades da sociedade civil e outros representantes, as propostas que serão implementadas ao longo da gestão. Sendo assim levantamos a necessidade da requalificação dos espaços do CDC(meta 42 – anexo 2),para implantação do Centro de Convivência no Bairro do Jardim Coimbra.

11.3.1 O Idoso na versão final do Plano de Metas

Após a realização de 32 Audiências Públicas Devolutivas, foi apresentada, no mês de agosto de 2013, a versão final do Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2013-2016. Como o plano original contemplava muito superficialmente a questão do Idoso, foram

incorporadas ao Plano de Metas algumas das demandas levantadas durante as Audiências Públicas, inclusive na Audiência realizada no dia 13 de abril de 2013 na Subprefeitura Penha.

Entre os novos objetivos incluídos na versão final, um deles se refere aos Idosos: Promover a inclusão e a garantia dos direitos da população idosa. E nele foram incluídas cinco metas:

- 1) Implantar 08 novas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI)
- 2) Implantar 15 Centros Dia destinados à população idosa
- 3) Desenvolver campanha de conscientização sobre a violência contra a pessoa idosa
- 4) Implantar 5 unidades de Instituições de Longa Permanência do Idoso – ILPI
- 5) Criar a Universidade Aberta da Pessoa Idosa do Município

11.4 Resultados na área da Saúde e do Idoso

11.4.1 Propostas da Supervisão Técnica de Saúde Penha

Conforme avaliado pela Supervisão Técnica de Saúde Penha, existe necessidade da construção do CER IV para que ofereça uma rede completa de serviços e que seja habilitado para o atendimento de pacientes com deficiência física, intelectual, visual e auditiva.

A proposta para a construção do CER IV, será no mesmo terreno onde será implantado o Centro de Convivência para o idoso. Localizado na Avenida Max Planck, nº 100, Bairro do Jardim Coimbra (CDC), Zona Leste de São Paulo, contando com uma área total de 5.000 m², sendo 3000 m² para o CER e 2000 m² para o Centro de convivência.

Consta também a necessidade de:

- Duas UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) 1 no Distrito Administrativo (DA) Cangaíba e 1 no DA Vila Matilde;
- Três UBSs (Unidades Básicas de Saúde) UBS Eng. Trindade, UBS Jardim São Nicolau e UBS Vila Esperança (terrenos públicos já identificados);
- Três novos CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial);
- Um CAPS Álcool e Drogas;
- Um CAPS Adulto - Saúde Mental;
- Um CAPS Infantil no DA Cangaíba (terrenos públicos já identificados).

11.5 Propostas da Pré - Conferência Municipal de Saúde da Subprefeitura da Penha realizada em 31/08/2013

11.5.1 Ampliação

- a) Atendimento de Saúde Bucal, nas Unidades que tenham condições. Ampliação do Centro de Especialidades Odontológicas-CEO Penha, e melhoria do sistema de fornecimento de próteses.
- b) Criação de um Núcleo integrado de Reabilitação – NIR no DA Penha/Cangaíba1 – para desafogar o Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR)-Arthur Alvim, cuja equipe atual é composta por 02 fisioterapeutas 02 fonoaudiólogos e 01 Terapeuta Ocupacional, contando com uma demanda reprimida (fila de espera) de + ou- 1200 pacientes (pode demorar 01 ano para o atendimento nos casos crônicos).
- c) Incluir Psiquiatra no atendimento do SAMU.
- d) Maior oferta de exames/especialidades.
- e) Implantação da Atenção à Pessoa com Deficiência – APD/NASF e Ampliação do Programa de Acompanhante de Idosos – PAI e de Cuidadores de Deficientes, incluindo a manutenção dos equipamentos como cadeiras de roda, p.ex.
- f) Facilitar a acessibilidade nas Unidades de Saúde.
- g) Criar maior número de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – EMAD e de Equipes Multiprofissionais de Apoio – EMAP
- h) Criação de Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, para tratamento adequado das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.
- i) Ampliar o atendimento integral de alta complexidade.
- j) Na área Hospitalar: Ampliação do Hospital Municipal Dr Alexandre Zaio, no Nhocuné; criação de leitos psiquiátricos nos hospitais; rever a referência hospitalar psiquiátrica.

11.5.2 Propostas de Suprimento de Material

Garantir o abastecimento de medicamentos, material médico/hospitalar e odontológicos.

11.5.3 Propostas na área de pessoal

- a) Preenchimento de todas as vagas da Tabela de Lotação de Pessoal – TLP de todas as categorias.
- b) Reestruturação salarial do quadro de funcionários, com equiparação entre parceiros e entidades.

- c) Criação de cursos de humanização/acolhimento e educação permanente para os trabalhadores da saúde, garantindo recursos para sua implementação.
- d) Fortalecer e aprofundar a relação com as Universidades.
- e) Dotar as unidades de materiais e suporte técnico para o bom funcionamento da informatização.
- f) Prover a Segurança de todas as Unidades com a Guarda Civil Metropolitana (GCM)

11.5.4 Propostas de fortalecimento do Controle Social

- a) Dando publicidade a suas ações e deliberações.
- b) Criando novas formas de capacitação para conselheiros.
- c) Integrando a ação do Controle Social com a Ouvidoria.

12. IDOSO – CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Proposta de construção do Centro de Convivência contando com uma emenda parlamentar de R\$ 500.000,00 para dar início à construção.

13. DISCUSSÃO

A missão da igreja é vital. Ela tem que fazer diferença pela sua presença e ser “o Sal e a Luz”, zelando pelos valores humanos e cristãos.

Os religiosos, os cidadãos, as entidades e as organizações civis precisam colaborar com o Estado na implementação das políticas públicas de saúde e dos idosos por meio dos espaços de participação e controle social.

O que poucos sabem é que a Constituição também afirma que o direito à saúde será garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A responsabilidade por viabilizar o SUS é de todos.

Entendemos o anseio da população especialmente da mais carente ao atendimento de saúde digno e de qualidade.

Atualmente o SUS (Sistema Único de Saúde) investe mais na cura das doenças do que na prevenção. Conforme as pesquisas realizadas foram constatadas deficiências como falta de médicos, demora no atendimento nos postos de saúde e hospitais bem como demora para conseguir uma consulta com especialista.

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica, a população da Subprefeitura da Penha conta com 474.659 habitantes e vinte UBSs. teríamos 23.733 habitantes por UBS. Já, se considerarmos a população Susdependente, de 257.933 habitantes, teríamos 12.897 habitantes por UBS.

Se seguirmos matematicamente os critérios acima, poderíamos concluir que estamos dentro de uma faixa favorável de atendimento. Porém, como, na realidade, a nossa experiência, confirmada pelas reclamações da população em geral, é de que existem graves deficiências, temos que encontrar quais as causas das longas filas de espera. Inicialmente, podemos apontar algumas possíveis causas destas disfunções:

a) As constantes mudanças nas orientações da política municipal de saúde, que acontecem especialmente quando das trocas de administração, o que causa uma demanda reprimida;

b) defeitos nas abrangências geográficas das Unidades;

c) diferentes políticas de atendimento da Atenção Básica e, mesmo, no abandono desta política em benefício de outras precedências, como a de Pronto Atendimento;

d) a dificuldade de dar um passo à frente com o atendimento das Especialidades;

e) as graves deficiências no atendimento hospitalar, seja pela falta de Hospitais, seja pela inadequação dos existentes. Trata-se de um círculo vicioso, que começa na falta de prevenção e termina na falta do atendimento hospitalar.

Nas reuniões que participamos na Subprefeitura da Penha, quanto ao Programa de Metas da Prefeitura de São Paulo, esperamos que nos próximos quatro anos sejam cumpridas as respectivas metas as quais virão em benefício da implementação dos equipamentos e serviços ao munícipe. Que seja contemplada, por exemplo, a meta 42 que trata da requalificação dos espaços do CDC, beneficiando assim o espaço onde será construído o Centro de Convivência.

O lazer implica em atividades que contribuem para assegurar a integração social dos idosos. Isso tudo com a garantia da aplicação do Estatuto do Idoso somado às leis estaduais e

municipais, exigindo rigoroso cumprimento das normas em todas as esferas (Federal, Estadual e Municipal). Toda a sociedade e, principalmente os idosos, tendo o conhecimento desses direitos, poderão exigir o seu cumprimento, pois o Estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar o cidadão da 3ª idade.

O Estado precisa desenvolver e disponibilizar às pessoas envelhecidas uma rede de serviços capaz de assegurar os seus direitos.

A comunidade do Jardim Coimbra da Subprefeitura da Penha anseia pela implantação do Centro de Convivência para a Terceira Idade e do CER Centro Especialidades de Reabilitação este por solicitação da Supervisão Técnica de Saúde Penha para atender a necessidade de Organização da Rede.

Destacamos a mobilização da comunidade Jardim Coimbra em conjunto com a Sub Penha, de parlamentares e de secretários da saúde e de esportes num processo incansável de diálogo para que sejam viabilizadas as propostas de implantação destes serviços no sentido de fortalecimento do Governo local proporcionando ações integrais e integradas.

A Comunidade tem fé, coragem, perseverança, esperança e aguarda o cumprimento, comprometimento e vontade política.

Fica a esperança de que o progresso social e o aperfeiçoamento da democracia possam permitir mudança em nossa maneira de olhar os idosos e em nossa concepção sobre igualdade e universalidade dos direitos.

14. CONCLUSÃO

Este estudo nos permitiu refletir sobre as necessidades nas áreas da saúde e do idoso na Subprefeitura da Penha, a partir do levantamento da realidade da saúde e dos idosos. Em relação à saúde o foco precisa ser dado à gestão dos serviços de Atenção Básica, Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades entre outros equipamentos de saúde. O Centro Especializado de Reabilitação atenderá as demandas do idoso, bem como as demais necessidades da Subprefeitura. O Centro de Convivência, que tem a possibilidade de ser instalado no mesmo local, atenderá a proposta do envelhecimento ativo.

A partir desses dados tecemos proposições de metas para a saúde e para os idosos na Subprefeitura da Penha. Somos solidários às propostas de saúde elencadas na pré conferência desta Subprefeitura e à implantação do Centro de Convivência para a Terceira Idade e do Centro Especialidades de Reabilitação no Jardim Coimbra.

15. BIBLIOGRAFIA

Arquidiocese de São Paulo - Testemunha de Jesus Cristo na Cidade. 11º Plano de Pastoral: 2013-2016.

Bíblia Sagrada - Edição Pastoral. Edições Paulinas e Sociedade Bíblica Católica Internacional. São Paulo, Brasil, 1990.

BORDENAVE'J.E.D. O Que é Participação. 8.ed. Brasiliense: São Paulo, 1994.

Borges, Elizabete da Costa Silva. Participação Comunitária na Saúde da Zona Leste. Monografia de conclusão de curso de Graduação em Serviço Social. Faculdade da Zona Leste. 1983.

_____ Cartilha para Estudos e Reflexões. Vol.2. Edição 1. 2009.

Cartilha Região de Organização do Movimento Popular de Saúde nº 3 pag.III novembro de 2004).

Conselho Municipal de Saúde - SP - Levantamento dos Conselhos Gestores da Cidade de São Paulo. Realização Coletiva da Comissão Permanente Inter Intra Conselhos. Período de julho de 2010 a abril de 2011.

Constituição Federal http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm

Constituição Federal http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Dom Angélico Sândalo Bernardino: Bispo dos pobres e da justiça: homenagem de amigos/ Coordenador Waldir Aparecido Augusti; organização Antonio Luis Marchioni...[et al.]-1ª ed. - São Paulo: ACDEM, 2012.

Estatuto do Idoso-Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, Prefeitura de São Paulo, 2009.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Paulo: Yendis, 2005.

Movimento Popular de Saúde da Zona Leste - Falando e Pensando Sobre a Saúde, Nossa Participação e Conquistas. Vol. 1. Edição 1. 2007.

Portal da saúde <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

Prefeitura de São Paulo

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/programa_de_metas/

Rede Nossa São Paulo <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/Apresentacao-versao-final-programa-de-metas.pdf>

Rede Nossa São Paulo <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=16>

Rede Nossa São Paulo

http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/Quadro_da_Desigualdade_em_SP.pdf

Rede Nossa São Paulo <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/irbem2013>

_____ Relatório Conclusivo sobre as Oficinas realizadas nas Supervisões Técnicas de Saúde do Município de São Paulo. Boletim SUS em Notícia. Volume Especial 1. 2013.

_____ Uma Fotografia. São Paulo, 2007.

Vozes da Democracia - Histórias da Comunicação na Redemocratização do Brasil.- São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: Intervenções - Coletivo Brasil de Comunicação Social, 2006. (Vozes da Democracia, pags.61 a 71).

ANEXOS

Anexo 1

FOLHA DE S. PAULO

7/03/1979

Primeiro Conselho de Saúde toma posse depois de eleito por mais de 8 mil moradores

Tomou posse ontem o Conselho de Comunidade de Saúde 5, o primeiro da Capital e o segundo da Grande São Paulo. Eleito por 8.146 moradores do Jardim Nordeste, vilas União, Coimbra, São Nicolau, Parque das Palmeiras e Santa Luzia, o conselho, que fica na rua Crateús, 283, Jardim Nordeste, é formado por 12 donas-de-casa da região. Segundo um boletim que está sendo distribuído em vários bairros e vilas, entre os objetivos da entidade estão: conseguir, no mínimo, cinco atendentes para o posto de saúde; um médico para atender gestantes, outro para adultos; fim das exigências para matricular crianças nas escolas (carteira profissional do marido, conta de luz, recibo de aluguel, etc) e quatro latas de leite por mês para todas as crianças matriculadas, com menos de um ano de idade.

A líder do Conselho, Zuleide Angélica Sotto, residente na rua Luziânia, 165, falou aos funcionários da Secretaria da Saúde presentes, "das necessidades do bairro que nos levaram até aqui", fazendo queixas contra o deficiente atendimento, "que não pode continuar".

O CONSELHO

As 12 senhoras eleitas pelos 8.146 moradores do Jardim Nordeste e imediações, no Conselho de Comunidade do Centro de Saúde da região são: Zuleide Angélica Sotto (a mais votada, com 1.906 votos); Elizabete da Costa S. Borges (rua Cláudio Ptolemeu, 98); Maria Almeida (rua Morro Santa Teresa, 27); Maria de Brito Geraldo (rua Morro Santa Teresa, 5); Vera Lúcia Sotto (rua Amazonas, 27 - B); Sueli Perreira Martins (rua São Tomé, 479); Ides Rodrigues da Silva (rua Cajupiranga, 256); Angela Regina D'Amato (rua Penedo, 107); Cecília Kelko Santana (rua Fernando Noronha, 26); Sônia Maria Rosa Carneiro (rua Cajupiranga, 74); Maria Célia Silva Gusmões (rua Fernando de Noronha, 33 - A) e Terezinha Desaudes Colombo (rua Rio Negro, 211).

Uma funcionária da Secretaria da Saúde prometeu que "relatará" ao secretário da Saúde, Adib Jatene, a realização da reunião, bem como "a formação" do Conselho. Ficou estabelecido que haverá reuniões mensais e está marcada para o próximo dia 3 de maio a segunda reunião, provavelmente no mesmo local, por volta das 11 horas.

Mais tarde, aos jornalistas, a funcionária da Secretaria da Saúde disse que "os nomes do Conselho serão levados gradativamente, isto é, dentro dos trâmites burocráticos, até ao

secretário e, uma vez aprovados, serão publicados no Diário Oficial do Estado, oficializando-se assim, o Conselho".

A funcionária esclareceu que já existe "uma deliberação interna" da Secretaria da Saúde, "estabelecendo a criação de Conselhos de Comunidade para discutirem, com as equipes da Saúde, os problemas existentes nos bairros". O ex-secretário Walter Leser reconheceu, oficialmente, a eleição do Conselho, colocando sua assinatura num documento a ela referente. Além das conselheiras, compareceram à posse algumas mães de família, "para ver como é que é o Conselho".

O Boletim n.º 5 dá outras informações sobre a entidade: "Quando nós fomos à Secretaria, com 55 senhoras, reclamar sobre o mau funcionamento do nosso posto de Saúde, conseguimos médico de criança e vacina todos os dias da semana. Também nesta época conseguimos a autorização do secretário da Saúde para a formação do Conselho do posto", diz a publicação.

"Foi feito um boletim número 4 que contava todas as dificuldades que aquelas senhoras tiveram. Começamos a fazer reuniões nas ruas para organizar a eleição dos representantes do povo no conselho. Conseguimos treze candidatas, todas elas donas-de-casa interessadas nos problemas dos nossos bairros", prossegue o boletim, mencionando, em seguida o resultado da eleição e as funções das representantes dos moradores:

"As nossas representantes não são empregadas da Secretaria da Saúde, não ganham salário e não irão trabalhar como voluntárias no posto. Foram eleitas para defenderem os nossos direitos. As funções destas representantes são: 1 - Fazer reuniões nas ruas do seu bairro e setor; 2 - Receber as reclamações que as pessoas tiverem do posto. Estas reclamações serão encaminhadas pelas representantes à Secretaria da Saúde." - Participar da Comissão do Bairro e do Conselho do Posto".

O boletim faz também quatro recomendações sobre "como você pode dar o seu apoio: 1 - Não brigue na fila do posto. Além de atrapalhar o trabalho dos funcionários, você poderá ser marcada por eles. Guarde as suas reclamações e faça-a à representante que você conhecer melhor. Ela saberá o que fazer; 2 - Procure conversar com as pessoas que você conhece e que utilizam o posto; 3 - Não rasgue este boletim. Distribua na sua rua, feira, escolas, supermercados, igrejas de todas as religiões; 4 - Ajude a representante a marcar reuniões nas ruas, nas casas para discutir este boletim".

Anexo 2

FICHA DE IDENTIDADE DAS METAS



PROGRAMA DE METAS 2013-2016

FICHA DE IDENTIDADE DA META

Eixo Temático 1. Compromisso com os direitos sociais e civis	
Texto da Meta 42  Requalificar 50 equipamentos esportivos entre Centros Desportivos da Comunidade (CDC) e Clubes-Escola	Objetivo Temático Associado Objetivo 8. Promover a prática de atividades esportivas, recreativas e de lazer
Secretaria e Unidade Responsável Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação	Articulação Territorial Associada Fortalecimento das centralidades locais e das redes de equipamentos públicos
Detalhamento da Meta	
Definições de termos técnicos Clube Desportivo da Comunidade (CDC): unidades esportivas em terrenos municipais, mas de administração indireta. A gestão do espaço é feita por entidades da comunidade local com reconhecida vocação para o trabalho esportivo, legalmente constituídos em forma de associação comunitária ou eleitos pela própria população do bairro. São menores que os equipamentos diretamente administrados pela prefeitura. Clube Escola: tem o objetivo de oferecer ao munícipe em idade escolar a oportunidade de participar das atividades esportivas, recreativas e de lazer, nos Clubes Esportivos Municipais. Clubes Esportivos Municipais: estruturas públicas que oferecem diversas atividades para a saúde, bem-estar, lazer e recreação da população de todas as regiões de São Paulo.	O que vai ser entregue? 50 equipamentos requalificados.
Observações	
A Secretaria de Esportes já entregou 20 endereços de CDC potencialmente aptos a serem integrados a outros equipamentos públicos que funcionariam simultaneamente a eles. Há um grupo intersecretarial formado para identificar os Centros que poderiam passar pela requalificação e para definir a integração entre CDCs e equipamentos de outras áreas, como educação ou saúde, por exemplo. Por requalificação entende-se reforma básica e, quando possível, implantação de novos serviços e/ou equipamentos na área a ser qualificada.	