NELSON IBÁÑEZ

Asst

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE COTIA - ESTUDO DE CASO

**Tese de Doutorado
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo
São Paulo - 1989**

**Orientadora -
Profa. Lourdes de Freitas Carvalho**

Aos meus pais Henrique e Elvira
e os meus filhos Mariana e Pablo

Ao Prof. Odair Pedroso e
a Profa. Lourdes de Freitas Carvalho

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível graças a ajuda e colaboração de algumas instituições e pessoas, a quem quero deixar registrado meus sinceros agradecimentos.

- A Associação Hospital de Cotia e toda sua diretoria que através de seus depoimentos e de colocação de documentos e materiais importantes a minha disposição permitiu a reconstituição da história dessa Instituição.

Em especial quero citar os nomes do Dr. Oswaldo Manoel de Oliveira, Haruyuki Yano, e Dr. Waldemar Albano, que dedicaram seu maior esforço no desenvolvimento deste projeto.

A diretoria administrativa do Hospital Dr. Odair Pedroso, na pessoa do Sr. Manoel Mata Garcia que juntamente com sua equipe, dedicaram seu tempo na recoleção de dados e informações.

Aos colegas do corpo clínico, em especial os membros da Diretoria Clínica, Dr. Nosor Orlando de Oliveira Filho, Dr. Paulo Nogueira Bafile, Dra. Rita de Cássia Sório, Dr. Antonio Eduardo Antonietto, e Dra. Sumi Kageyama Hisi, companheiros e protagonistas deste trabalho.

Aos colegas do Depto. de Medicina Social da F.C.M. Sta. Casa de São Paulo, em especial à Prof. Regina Marsiglia, pelas observações e críticas ao trabalho.

A Prefeitura Municipal de Cotia, através do Senhor Secretário da Saúde Dr. Felício Savioli Netto.

A Prefeitura Municipal de Vargem Grande Paulista, na pessoa do Senhor Diretor do Departamento de Saúde Dr. Silvio Possa.

A FUNDAP, e em especial ao Luciano Junqueira que possibilitaram as condições de infraestrutura para a realização de parte do trabalho.

A Maria Aparecida Queiroz, que conseguiu decifrar meus hieróglifos e passar para o computador.

E finalmente, a Ana Luiza Viana, minha companheira, pela presença técnica e afetiva em quase todas as fases desse trabalho.

RESUMO

Nas últimas décadas inúmeras experiências alternativas na área de organização de serviços de saúde tem se desenvolvido no Brasil e países Latino Americano.

O autor considerando as atuais modificações do Sistema de Saúde no Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde, estuda a experiência realizada no município de Cotia, existente há mais de 20 anos, tendo como objetivo central analisar seu processo de implementação e os resultados obtidos, dentro da ótica de um Sistema Local de Saúde.

O estudo de caso é desenvolvido em dois eixos básicos, um de contextualização da experiência, reconstituindo as diferentes políticas nas esferas federal, estadual e municipal e ainda suas bases conceituais, e outro a partir da experiência em si, recuperando os processos através dos aspectos institucionais, organizacionais, padrões de financiamento e modelo assistencial, avaliando ainda seus resultados e impactos na saúde da comunidade.

As conclusões a partir do estudo de caso ressaltam alguns aspectos centrais. Em relação ao desenvolvimento institucional a particularidade da experiência de Cotia, é ter como instituição hegemônica uma entidade privada de caráter filantrópico, a Associação Hospital de Cotia. Essa Associação, desenvolve uma estrutura de participação local, mas predominantemente é orientada a partir de lideranças técnicas fora do município e ligada a Universidade (Faculdade de Saúde Pública). Sua organização contempla como base doutrinária a integração das ações preventivas e curativas e a conformação de uma direção única para o sistema, hospital e rede básica de saúde. Outro aspecto refere-se a formação de recursos humanos incorporada e desenvolvida desde o início da experiência.

Em relação aos aspectos financeiros do sistema, durante todo período de sua existência a receita operacional tem forte dependência aos órgãos públicos, gerando deficits operacionais cobertos por doações e convênios com instituições internacionais. Em relação ao investimento, essa mesma dependência é observada. Os custos unitários de procedimentos obtidos pelo sistema podem ser considerados baixos, tendo em vista os aspectos qualitativos da prestação de serviço pelo mesmo.

Quanto ao modelo assistencial, a experiência de Cotia obedeceu a critérios de racionalização de recursos adotando uma regionalização local, uma hierarquização da rede de serviços, e uma articulação intra e intersetorial, desenvolvendo programas, respeitando a integralidade das ações de saúde, criando um sistema de referência e contra-referência efetivo tendo como base na sua priorização a realidade epidemiológico social da comunidade. O componente da participação comunitária do modelo, gerou experiências completas de gerência conjunta de unidades.

sanitárias—e—um—grau—de—participação/^{foi} considerado satisfatório dada a realidade socio cultural do município.]

[Quanto a área de recursos humanos a experiência desenvolve linhas de formação de-recursos-humanos-de amplo espectro desde o nível elementar até o nível universitário,] criando um sistema de formação de médicos gerais comunitários adaptados a realidade local.

[Quanto a dinâmica dos serviços e seus resultados, o sistema atingiu altos graus de cobertura nas populações de maior risco, interferindo de maneira efetiva na melhoria de alguns indicadores de saúde do município,] principalmente na área Materno—Infantil e de controle das doenças transmissíveis.

O autor também ^{se também} vê no atual quadro de organização do Sistema Único, a partir da experiência estudada, a possibilidade de extensão do modelo tendo como base na área hospitalar as Santas Casas. Ainda recomenda o reestudo das formas de financiamento, para o desenvolvimento dos Sistemas Locais, e a criação de uma unidade de gerência neste nível de intervenção sobre a realidade local.

SUMMARY

Some alternative experiences concerning the organization of health services have been developed in Brazil and in other latin - american countries, these late decades.

Regarding aspects of the Brazilian Health System imposed through our Constitution, the author studies the experience developed in the Cotia country since twenty years, always having as its main objective, the analysis of its implementation process and the achievement attained within the concept of a Local Health System.

The case - study is developed focusing two basic points: one, referring the experience already attained by the federal, state and municipal health services, as far as its institutional organization, its financial and health model and final results attained, always dealing with the community health as a whole.

The conclusions after the case - study point out to some important aspects: dealing with the institutional development of the Cotia Project, it is emphasized a philanthropic entity, the Cotia Hospital Association, which has a strong local participation as far its structure is concerned, but also, it is predominantly technical oriented from outside sources of the county, as the school of Public Health of the University of São Paulo.

Its organization is based on the philosophy dealing with the integration of preventive and curative health activities, directed towards our existing health system, as far as hospital and health centers services are concerned. Another aspect deals with the development of new human resources, a subject which started at the beginning of the experience.

Related to the financial aspects of the project, its operational funds since the starting of its activities, it depends on governmental funds and donations from philanthropy as well as from agreements between the "Associação" and international institutions.

The same situation goes on as far as money investment is concerned. Costs out of services offered are not too high, since its quality is always considered excellent.

As far as the model of the Cotia experience, it was always directed towards the rationalization of its own resources, the local regionalization and hierarchilization of health services, its intra and intersectorial articulation, always developing programs concerning the integration of acceptable health actions. This philosophy creates a two - way referencial system based on priorities and the social epidemiological reality of the community, given place to new experiences dealing with the community participation on he administration of the project. This is a very satisfactory achievement, considering the socio -

cultural reality of the Cotia county. Also, as far as the preparation of new human resources, the project has been developing courses from the elementary up to the university levels of education, so creating an educational system for the training of the general practitioner, adapted to our local reality.

As far as the dynamics of the services and final results, the project has been covering the population standing for high health risk, a fact that effectively attains the betterment of some of the indexes of the Cotia county, mainly concerning to maternal and infant care areas and also to the control of infectious diseases.

ÍNDICE

INTRODUÇÃOpg 10

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....pg 15

PARTE 1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA LOCAL DE COTIA

- Bases Conceituais pg 21

- Contexto Federal e Estadual.....pg 39

- Contexto Municipal.....pg 61

PARTE 2 -ESTUDO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE COTIA

- Justificativa e Critérios
para a periodização..... pg 90

- PERÍODO - 1968 - 1974.....pg 95

- PERÍODO - 1975 - 1981pg 110

- PERÍODO - 1982 - 1985..... pg 161

- PERÍODO - 1986.....pg 193

AValiação DO SISTEMA LOCAL DE COTIA.....pg 216

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....pg 288

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....pg 297

ANEXOS.....pg 305

INTRODUÇÃO

Nas ultimas décadas, inúmeras experiências tem se desenvolvido no Brasil e em países latino-americanos, como propostas alternativas de mudança na organização de serviços de saúde. O denominador comum dessas experiências, do ponto de vista conceitual dos sistemas de saúde, é, sem dúvida, a lógica de organização de redes de serviço a partir das necessidades de saúde da população (eixo epidemiológico social). Os objetivos de equidade, eficiência e eficácia social tem sido a tônica central dessas propostas.

Apesar de inúmeros esforços, Novais (1) constata que "a preocupação com a assistência integral a saúde para uma determinada base populacional só recentemente começou a ser incorporada na prática dos serviços de saúde da América Latina".

A OMS (2) chama a atenção neste momento em que se propõe uma reorientação de serviços de saúde, para a recuperação de trabalhos realizados neste sentido, principalmente os desenvolvidos a nível de sistemas locais de saúde.

No caso específico do Brasil, as mudanças geradas pelo processo de democratização da sociedade brasileira no campo da saúde, refletidas na Constituição promulgada em 88, abriram um novo cenário favorável ao desenvolvimento e implementação dessas propostas. Esses pontos centrais consolidados no texto legal que definem o arcabouço jurídico institucional de saúde são:

" - a saúde é um direito de todos e um dever do Estado as ações dos serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 1- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2- atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; 3- participação da comunidade; as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao sistema único de saúde tendo preferência as entidades de caráter filantrópico e as sem fins lucrativos." (3)

A relevância dos estudos das experiências de sistemas locais de saúde, ganha uma outra dimensão frente ao sistema único e os aspectos estratégicos e táticos incorporados em sua real implementação.

No Brasil, os projetos alternativos apresentaram locais de desenvolvimento variados, inseridos a nível institucional federal, estadual e municipal e também a nível das universidades.

Em recente trabalho (4) é feita uma análise comparativa de 09 (nove) serviços de saúde em nível local. A autora, refere que esses projetos tem propiciado uma série de transformações no sistema de serviços, que merecem um registro adequado, não apenas pela importância transformadora dessas experiências mas pela riqueza de informação que armazenam e que não devem ficar restritas ao âmbito de conhecimento dos profissionais diretamente

envolvidos

O processo dessas experiências não deve ser visto também de uma maneira linear, pois tem-se verificado avanços e recuos, mudanças táticas e políticas que merecem também ser analisadas e avaliadas.

Cada projeto de transformação da realidade a nível de sistema local vinculou-se mais, ou a princípios, ou processos, mantendo especificidades quanto a nível de localização na estrutura, forma, tipo e número de serviços, antecedentes históricos que permitiram os respectivos processos, graus de integração e níveis de assistência e impactos diferenciados a nível da população e da organização de serviço.

O estudo de cada projeto, nesse sentido, deve recuperar não somente a experiência em si, seus resultados preservando o caráter unitário do objeto social num todo, mas dar ênfase em "contextualizar as informações e situações retratadas, apoiando-se no pressuposto de que a realidade é complexa e os fenômenos são historicamente determinados, daí a necessidade de que sejam levadas em consideração todas possíveis variáveis associadas ao fenômeno. (5)

O presente trabalho tem como objetivo central o estudo da experiência desenvolvida no município de Cotia, pertencente a região metropolitana de São Paulo. Dentro das idéias, objetivos e instituições que participaram dessa experiência, existe uma série de dimensões a serem analisadas e enfocadas. Nosso trabalho procurará englobar no estudo de caso essas várias dimensões, tendo, porém, como enfoque central ou eixo de análise, a experiência vista como a formulação e implementação de um projeto de sistema local de saúde.

Cabe assinalar que outros dois trabalhos abordam a experiência de Cotia. Um enfocando a Integração Docente - Assistencial (6) e outro mais recente (1988), o desenvolvimento do Sistema Local (7). Ambos analisam aspectos relevantes da experiência e se realizam concomitantemente ao estudo de campo deste trabalho.

O fato do autor escolher o projeto de Cotia para estudo, atem-se a algumas de suas particularidades, que no presente momento suscitam uma série de reflexões importantes para a implementação dos sistemas locais. Essas particularidades podem ser assim enumeradas:

Quanto à gênese do projeto:

A sua origem enquanto projeto de saúde no ano de 1968, a partir de movimento da comunidade, criando uma entidade mantenedora de novo tipo em sua concepção, de caráter filantrópico - a Associação Hospital de Cotia - A.H.C.

Diferente das tradicionais Santas Casas, essa instituição contempla no seu estatuto objetivos e funções ligadas à saúde pública e à formação de recursos humanos. Essa configuração de entidade privada, que viabiliza uma proposta de rede de serviços sob sua hegemonia, assumindo funções de saúde pública, parece ser um dos aspectos específicos mais importantes desse projeto.

Quanto à relação com as políticas públicas:

O período em que o projeto é formulado e implementado - (desde 1968), perpassa várias fases políticas de saúde no País tanto a nível federal, quanto estadual e municipal. Essa trajetória coloca para o projeto uma ambivalência peculiar, de ser vista como uma experiência alternativa, e em grande parte de sua existência desenvolver uma proposta alternativa, ao mesmo tempo em que está inserido, em relação às políticas oficiais, dentro de suas lógicas hegemônicas, principalmente quanto ao sistema de financiamento. Sua inclusão, como parte da política estadual em 1982, dentro do Programa Metropolitano de Saúde (8), como um modelo a ser pensado para ampliação das novas propostas de saúde reforça ainda essa ambivalência.

Recuparar essa trajetória do projeto nos diferentes contextos, estudando as relações entre o setor público e privado, as formas de financiamento experimentadas nesse período e os graus de autonomia do nível local, é outro dos aspectos importantes para a reflexão sobre os sistemas locais de saúde.

Quanto ao modelo assistencial:

Esta é outra particularidade importante: o desenvolvimento de um projeto de assistência que inclui, na chamada assistência básica, o nível hospitalar, coordenado sob direção única com a rede de unidades sanitárias. De certa forma, avaliação desses quase quinze anos de funcionamento pode gerar parâmetros ou constatar resultados dessa doutrina de integração sanitária diferentes dos que vem sendo preconizados por uma ação de rede básica e hospitais desvinculados entre si e sem referência populacional.

Quanto à capacitação de recursos humanos:

Na área ligada a recursos humanos, o projeto vincula-se desde início de sua implementação à Faculdade de Saúde Pública da USP, e ao longo de sua existência, a outras instituições de ensino médico e para-médico. As propostas desenvolvidas nesta área pela Associação (AHC), tanto para profissionais de nível universitário quanto para profissionais de nível médio elementar (auxiliar de saúde, de enfermagem, etc), constitui outra particularidade importante do Sistema.

Quanto aos resultados:

Outro aspecto importante diz respeito aos resultados desse

sistema local em termos de melhoria da saúde da população. A possibilidade de avaliação de quase 15 anos de implementação do Sistema nos permite em função dos parâmetros conseguidos, inferir o grau de impacto que esse projeto teve sobre os indicadores de saúde desta população.

Por último, e não menos importante para a justificativa da escolha deste estudo, foi o envolvimento pessoal do autor nas diferentes fases do projeto.

O objetivo central do trabalho portanto é o estudo de caso do projeto Cotia, seu processo de implementação e os resultados obtidos pelo mesmo, dentro da ótica de um sistema local de saúde.

O estudo será desenvolvido dentro de dois eixos básicos:

1- Contextualizar a experiência, procurando identificar a cada etapa do processo, os fatores determinantes na implementação da proposta. Neste sentido os primeiros capítulos do trabalho revisarão de maneira referenciada ao projeto as bases conceituais e as políticas públicas federais, estaduais e municipais que definem a conjuntura do mesmo. A caracterização do espaço local ou o contexto municipal será feita em capítulo separado, abarcando os antecedentes do projeto.

2- Analisar o projeto em si, partindo de uma periodização do mesmo em etapas de formulação e implementação. Neste eixo, o primeiro nível da análise se refere aos processos institucionais de interdependência hierárquica, financeira e material, além da funcional, representada pelo modelo de assistência e de recursos humanos, implementados pelo Sistema. O segundo nível será dado pela avaliação dos resultados do projeto em termos de eficiência e eficácia social e seu impacto na saúde da comunidade.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

No sentido de orientar melhor o trabalho em pauta torna-se necessário algumas considerações sobre a metodologia que foi utilizada, do ponto de vista de sua conceituação e sua adaptação ao objetivo do mesmo.

O estudo do caso é definido " como um exame aprofundado e sistemático de uma instância de ação, instância essa que pode ser um evento, um grupo, uma pessoa, uma instituição, um programa, um serviço ou um conjunto de serviços" (9)

Os autores, Goode/Hatt (10) afirmam que este tipo de estudo " é uma abordagem que considera qualquer unidade social um todo". Isto quer dizer que, ao mesmo tempo que se detem aos componentes principais do objeto em estudo, nos detalhes e nas circunstâncias específicas, enfatiza a importância de contextualizar as informações e situações retratadas, apoiando-se no pressuposto de que a realidade é complexa e os fenômenos são historicamente determinados, daí a necessidade de que sejam levados em conta todas as possíveis variáveis associadas ao fenômeno" (5).

O objeto de estudo portanto, deve ser " examinado como único, uma representação singular da realidade, realidade esta multidimensional e historicamente situada " (11).

Recente trabalho publicado pela OPS (12) sobre o processo da auto-avaliação de um sistema local enfatiza como ponto metodológico importante, desses estudos, a caracterização do contexto político administrativo como base para se entender a origem e as bases de sustentação desses sistemas.

Esses conceitos sobre o estudo de casos, enquanto visão metodológica fez com que o autor incluísse no trabalho uma contextualização dos SILOS, suas bases conceituais e as principais políticas oficiais nos diferentes períodos, além de uma caracterização do contexto municipal que antecede o início do projeto.

Outro aspecto importante para os estudos do caso, está ligado aos processos em si, que vão determinar em que medida os componentes de um projeto contribuem ou são dispensáveis aos fins perseguidos.

Cohen (13), quando discute a avaliação dos projetos sociais, procura caracterizar a estratégia de abordagem, levando em consideração, a escala dos projetos. No caso da experiência de Cotia enquanto projeto social, esta pode ser vista como um projeto de pequena escala. Neste caso se propõe que a estratégia de avaliação enquanto técnica de análise, deve dar ênfase à dimensão qualitativa e procurar compreender o conjunto através dos casos individuais. A lógica para este tipo de investigação, deve ser mais indutiva que dedutiva. Não se parte de um modelo causal clássico para a avaliação do projeto, ou mesmo relações já conhecidas, mas fundamentalmente, retira-se da experiência elementos, que vão gerar no processo de análise, as relações do

caso em si. Em outras palavras, é a realidade de certa forma, que reconstrói o contexto do projeto, e encontra convergência de valores, indicadores, comportamentos e atitudes.

Uma análise somente quantitativa e de resultados neste caso, cria uma "mitologia" de projetos exitosos ou fracassados, em que realmente não sabemos que fatores foram realmente importantes na sua implementação, os processos envolvidos e a qualificação de seus protagonistas.

Dentro dessa sistemática de avaliação do objeto em estudo seus resultados, não tem como meta medir graus de sucesso ou fracasso, mas examinar o processo de articulação que os indivíduos ou instituições geram no tecido social e interveem nessa realidade (13).

André ainda sobre essa estratégia refere que o estudo de caso de contemplar o registro do maior número de informações, de diferentes fontes, respeitando, no relato, os pontos de vista conflitantes, tornando-os transparentes para o leitor. Neste sentido, ainda "o estudo de caso valoriza o conhecimento experiencial e enfatiza o papel do leitor na geração desse conhecimento.... É essencial então que o retrato vivo e completo produzido pelo estudo do caso apresente todos os elementos necessários para que o leitor possa fazer suas interpretações, reiterando ou não as representações do autor. O relato do caso, deve deixar claro a distinção entre a descrição e interpretação, evidências primárias e secundárias, afirmações gerais e depoimentos, recursos e citações"(5).

Esses aspectos metodológicos nortearam o autor que na medida do possível, acrescentou ao texto do trabalho, a maioria dos documentos escritos pela instituição, os depoimentos e interpretações feitas pelos protagonistas de experiência. Além dos capítulos de contextualização, dentro da própria discussão da experiência em si o autor chama a atenção no texto para os fatores do ambiente externo, onde o tópico de discussão retrata a representação que o autor faz sobre os pontos relevantes do mesmo.

A análise desses processos em si da experiência incorpora ainda os diferentes tempos do projeto. No caso específico desse estudo, o autor definiu a priori 2 tempos básicos: um de formulação e outro de implementação. Entretanto, a coleta dos dados da experiência e seus processos, conjuntamente com a contextualização do projeto, fez com que o autor estabelecesse a caracterização da proposta de 3 períodos dentro do tempo de implementação, procurando facilitar a apreensão dos mesmos.

Por último, ainda como aspecto metodológico, do estudo de caso, procurou-se medir os objetivos do projeto e seus efeitos durante a sua implementação, através de uma avaliação quantitativa de resultados. Os parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade tiveram como intenção básica avaliar ainda o possível impacto do projeto na sua área de abrangência.

Estas premissas gerais metodológicas foram as que o autor se apoiou para organizar e realizar o presente trabalho.

Material e Métodos

Os materiais e métodos empregados pelo autor no presente trabalho podem ser divididos nos dois principais eixos que o norteiam.

O primeiro representado pela contextualização da experiência nos seus aspectos doutrinários e ainda em relação às políticas públicas estaduais e federais do período.

Quanto a essa primeira parte do trabalho, o autor efetuou uma revisão bibliográfica sobre as bases conceituais dos sistemas locais de saúde, procurando sistematizar os principais tópicos que delimitavam o quadro de referência teórica do projeto de Cotia.

Da mesma forma, em relação às políticas públicas, dado o extenso período em que decorre a experiência e a correspondente bibliografia, o autor procurou eleger os principais tópicos dessas políticas, que de alguma forma se relacionavam com o projeto.

O segundo eixo objetivou pelo estudo da experiência em si, a reconstituição do contexto local como antecedente do projeto, o estudo dos processos institucionais e seu desenvolvimento, e a avaliação dos resultados obtidos. Nesse sentido, a metodologia partiu primeiro, de uma caracterização do projeto em duas grandes fases, formulação e implementação. Dentro ainda da fase de implementação foram caracterizados três períodos diferentes.

Os aspectos levados em consideração para caracterizar os processos de desenvolvimento do projeto foram: do ponto de vista institucional, as bases legais das relações institucionais, a conformação organizacional, os aspectos relativos ao financiamento, padrão de receita e despesa, a conformação do modelo assistencial e, por último, avaliação dos resultados quanto a eficiência e efetividade social.

A metodologia básica utilizada para essa parte do trabalho, envolveu três tipos de procedimentos:

1- análise de conteúdo dos documentos, e de outras formas de registros existentes e produzidas pelas instituições participantes do projeto;

2- entrevistas semi-estruturadas com as lideranças políticas locais, e dirigentes técnico-administrativos envolvidos com o projeto;

3- levantamento de dados existentes sob a dinâmica do serviço de saúde e outros indicadores para avaliação dos

resultados.

O material utilizado no trabalho, constituiu-se de: atas de reuniões de assembleias da AHC, relatórios técnicos administrativos das diferentes instituições participantes do projeto, balanços financeiros, trabalhos de investigação, textos de convênios firmados no período, estatutos, regulamentos, regimentos e normas técnicas relativas às instituições.

O levantamento de dados sobre a dinâmica dos serviços baseou-se nos boletins de produção e estatísticas médicas hospitalares oficiais das instituições.

As entrevistas foram realizadas envolvendo três grupos de pessoas relacionadas com o projeto:

a) lideranças políticas locais, ex-prefeitos e representantes do legislativo local;

b) dirigentes institucionais, diretores da Associação, órgãos do Estado e de serviços de saúde;

c) chefia das diferentes áreas técnico-administrativas.

Por último, foram realizadas reuniões em grupo com os técnicos do projeto para discussão de pontos conflitantes do trabalho e esclarecimentos adicionais, que também se constituíram em material relevante para o estudo.

PARTE 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA LOCAL DE COTIA

BASES CONCEITUAIS

O presente capítulo, pretende desenvolver um quadro de referência conceitual básico sobre o tema Sistema Local de Saúde.

1- Contexto do desenvolvimento dos SILOS

A discussão sobre os Sistemas Locais de Saúde, aparece dentro de uma conjuntura da chamada "crise sanitária" (14) e se constitui hoje numa das principais propostas para reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde, com especial ênfase para os países do chamado terceiro mundo.

O contexto sócio econômico em particular da América Latina tem mostrado que apesar do crescimento do produto per capita na Região, no presente, cerca de um terço da população se encontra abaixo dos níveis de pobreza absoluta. As políticas econômicas de ajustes propostos para o enfrentamento da crise econômica dos modelos existentes, agravada pelo indigismo externo, tem piorado ainda mais a situação social, com crescente desemprego e recessão, provocando marginalização das populações urbanas e rurais. No campo social essa política de ajuste, em especial no caso da saúde, se evidencia de diferentes formas: "limitações de invasão da capital em áreas fundamentais, no saneamento básico, a manutenção e conservação de equipamentos e plantas físicas, e construções de instalações básicas necessárias para a assistência a populações marginais, limitações para os gastos correntes, afetando o funcionamento normal para a assistência de problemas prevalentes na região e restrições para fornecer o desenvolvimento administrativo do setor e a capacitação de recursos humanos" (2)

Essa crise dos serviços de saúde, tem sido caracterizada também por diferentes autores como repercussão não somente da crise econômica internacional, que tem ampliado as desigualdades no acesso à saúde entre os países e dentro dos países, entre as classes sociais, mas, também, como reflexo dos modelos de prestação de serviço com a lógica de mercado, que tem elevado os custos do setor, inviabilizando a manutenção destes.

Ferrara (14) caracteriza a chamada "crise sanitária", como fruto de um quadro de deficits financeiros e desordem institucional dos Sistemas de Saúde Nacional. A crise que se manifesta na entrada dos anos 70, revela a incapacidade do "Estado de Bem Estar Social" de continuar financiando os serviços públicos essenciais e, dentre eles, o financiamento da oferta sanitária. Defende o autor uma real necessidade por um lado, em se reestruturar os esquemas de financiamento da saúde e, por outro, melhorar o nível de eficiência e efetivação dos serviços.

No caso específico da América Latina e Caribe, o gasto em saúde governamental, na maioria dos países, não alcança a cifra de U\$ 100 per capita/ano (2).

Azevedo (15), coloca entre os fatores que contribuem para esse quadro "o envelhecimento das populações, o aumento do custo da assistência médica em todo o mundo, o aparecimento de novas tecnologias, o aumento do número de médicos e a carência generalizada de pessoal de apoio ao trabalho médico, principalmente o de enfermagem". Segundo ainda este autor (15), essas forças parecem conduzir os sistemas de saúde nos diferentes países em direção a sistemas mais estruturados, com uma definição mais clara de papéis entre as instituições e, dentro destas, de cada profissional.

Foster (16), observa em relação aos profissionais, mesmo nos países de prática mais individual, uma tendência para o trabalho em grupo e dentro dos hospitais, o assalariamento dos profissionais.

Vários autores tem mostrado que uma tendência à oferta de uma assistência à saúde mais organizada, tem encontrado resistências na área médica, principalmente onde esses grupos apresentam maior poder (modelos de mercado).

Os componentes da crise do modelo de mercado nos países centrais, guardam com as devidas proporções, semelhança com a crise dos países periféricos, caracterizando um fenômeno denominado inflação médica, hoje universal (17). Os gastos em saúde aumentam em proporção ao nível da oferta e não há perspectiva de saturação ao nível do consumo de serviços médicos cuja demanda parece ser infinita. O incremento dos custos ligados ao próprio modelo, tem sua razão na incorporação a cada momento, de tecnologias cada vez mais complexas, que alteram permanentemente a organização dos serviços. Esses processos sofrem pressões da indústria de saúde, com um peso crescente nas sociedades centrais.

A questão da desigualdade segundo diferentes autores (18)(19) se manifesta dentro desse modelo nas diferenças que as classes sociais tem no acesso aos serviços médicos, as necessidades de saúde e ao risco de adoecer e morrer. A baixa cobertura dos serviços é um dos aspectos mais claros desse modelo. Hart (20) designa essa desigualdade dizendo que "a disponibilidade de uma boa atenção médica tende a variar na razão inversa das necessidades da população".

Mendes (21) ao analisar as formas de organização dos sistemas de saúde estabelece duas lógicas básicas: a lógica do retorno dos investimentos (econômico/social) e a lógica de estruturação das demandas (individual/coletiva). Dessas lógicas resultariam quatro tipos de combinações representadas de maneira simplificada, sendo duas formas polares puras: lógica de retorno econômico e de estruturação da demanda individual (segundo as necessidades do mercado) e outra de retorno social e demanda coletiva (segundo as necessidades de saúde da população), além de duas formas híbridas garantindo a hegemonia de uma das lógicas de retorno e de organização da oferta. A caracterização dessas formas polares pode ser assim explicitada:

A primeira, baseada no mercado leva normalmente a atomização das unidades de produção, a criação de diferentes modelos assistenciais para diferentes clientela, o que pode implicar numa ineficiência maior como um todo, uma eficácia relativa menor, uma tendência crescente à desigualdade relativa e uma democratização relativamente menor, dadas as dificuldades que uma forma organizativa autarquizada e sem base territorial opõe a participação social.

A segunda forma conduz normalmente a uma organização regionalizada e estruturada por redes de serviços tendencialmente equalizadoras, utilizando mecanismos de integração e coordenação entre as instituições, o que pode levar a uma eficiência social maior, eficácia relativa maior, tendência a equidade relativa através da montagem de sistemas universalizados, e uma democratização relativamente maior, pois sua concepção descentralizada viabiliza mais a participação social (21).

A correlação entre esses modos polares de organização dos sistemas nacionais a dois paradigmas da prática médica, é apresentada como resultado do desenvolvimento capitalista monopolista: um, gerado nos E.U.A. em 1910, a partir do relatório Flexner (22), e outro gerado na Inglaterra a partir do relatório Dawson em 1920 (23). Outras referências em relação ao modo de organização por necessidade de saúde da população, são os relatórios Carnegie na década de 70 e os paradigmas da medicina comunitária ou simplificada que surgem como resposta à crise da medicina científica.

O quadro de referência dos relatórios Flexner e Dawson segundo Novaes (1) constitui elemento importante no entendimento das tendências dos Sistemas Integrados de Saúde e tem influenciado não somente a organização dos serviços, como os modelos de ensino.

Nesse sentido, apresentam-se de maneira sintética as concepções centrais de três paradigmas conceituais que veem influenciando na conformação dos Sistemas Nacionais de Saúde, na América Latina e por conseguinte o desenvolvimento dos SILOS a saber: o relatório Flexner, o relatório Dawson e a Medicina Comunitária.

1.1 RELATÓRIO FLEXNER

O relatório Flexner surge a partir da priorização da Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América, com a estruturação da educação médica no país. O autor, ao estudar a situação das escolas médicas, propõe o fechamento de 124 escolas de medicina, mantendo apenas 31 e estabelece recomendações sobre o ensino médico. Fox (24), citado por Novaes, refere que a implementação dessas idéias, foi reforçada por doações para as escolas médicas, feitas por fundações particulares, no montante

de U\$ 600 milhões, entre 1917 e 1928.

O paradigma da medicina científica, ou flexneriana se institucionalizou através da ligação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. Navarro (25) ao comentar a genesis desse paradigma diz: " numa época em que a maior parte das enfermidades estava determinada socialmente devido as condições existentes no capitalismo nascente, uma ideologia que encarava o " defeito " constituído pela enfermidade como originário do individuo e que dava ênfase a uma resposta terapêutica individual, é óbvio que absolvía o meio econômico e político da responsabilidade de genese da enfermidade... A ideologia da medicina era transformar uma causalidade coletiva em individual, que por sua natureza mesma, requeria uma resposta coletiva."

Os principais tópicos desse paradigma podem ser assim explicados:

A - formação sólida em ciências básicas através de disciplinas como anatomia descritiva e topográfica, fisiologia, bioquímica, patologia, farmacologia, histo-embriologia e bacteriologia;

B - concepção do hospital de ensino. Cada escola médica deve ter um hospital de ensino, transformado como centro de aprendizagem. O relatório define assim o hospital de ensino "...consiste essencialmente de enfermaria ... com pacientes de vários departamentos ... (Medicina, que inclui pediatria e doenças transmissíveis, cirurgia, obstetricia e especialidades como oftalmologia, otologia, dermatologia, etc)... Cada enfermaria sistematicamente organizada com corpo clinico permanente... laboratório clínico... em intima relação com as salas de autopsias". A relação corpo docente/hospital: " O professor de medicina da escola é o médico chefe do hospital; o cirurgião é o cirurgião chefe; o professor de patologia é o patologista do hospital... o estudante é parte da máquina hospitalar... Uma longa lista de oportunidades suplementares na comunidade não é substituto para o estudo e o trabalho hospitalar. Na verdade, na ausência do hospital universitário, a escola não pode organizar nem sequer seu próprio corpo docente...". Novaes(1) comenta ainda que a utilização de outras unidades periféricas ao hospital foram consideradas improprias à educação médica! "...o professor de medicina não pode parar(suas atividades)... precisando atravessar a cidade inteira para receber dados (.... registros médicos...) ... O estudante responsável por um caso específico terá dificuldades em diagnosticar se os resultados dos exames de sangue, catarro ou fezes tiverem de ser transportados muito além das paredes do hospital ..." (22).

C- pouca ênfase aos cuidados ambulatoriais. Para Flexner, a assistência ambulatorial em hospitais, limitava-se a certos casos que não são internados como, "pequenas cirurgias, tratamentos triviais, doenças dos olhos, ouvidos, nariz ... pele, etc". "... O controle dos pacientes ambulatoriais é insatisfatório; grande parte não volta para uma segunda consulta; ... é um lugar

relativamente inadequado para observar o desenvolvimento (... de um caso ...) ... excelente para demonstrar uma grande variedade de afecções ..." (22).

D - pouca ênfase aos aspectos preventivos e promocionais da saúde.

Mendes sintetiza os elementos desse tipo de medicina "pela concepção mecanicista do homem, pela redução a-social e a -histórica da doença à sua dimensão biológica, pela individualização de seu objeto, pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital exercitada por agentes especializados, pela ênfase nos aspectos curativos da medicina, pelo seu caráter urbano-cêntrico e hospital-cêntrico e pela exclusão de formas alternativas da prática médica" (26).

Este paradigma da medicina científica importado pelos países periféricos ao capitalismo central, encontrou um grau de desenvolvimento relativamente menor, dada a situação econômico-social desses países e o perfil demográfico epidemiológico, gerando relativamente graus de ineficiência, ineficácia e desigualdade maiores quando avaliados sob a ótica de necessidades de saúde da população. Guerra Macedo (27) comenta assim a repercussão desse modelo na América Latina: "tiveram consequências e resultados muito importantes e foram também, e continuam sendo, fatores que contribuíram para alguns dos despropósitos que hoje precisamos encarar na América Latina. Baseado num paradigma, fundamentalmente biológico e quase mecanicista, para a interpretação de fenômenos vitais, esse movimento gerou, entre outras coisas, o culto a doença e não à saúde e à devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica a de assistência à saúde".

1.2 - RELATÓRIO DAWSON

O relatório Dawson, representa na Inglaterra uma proposta de reorganização dos serviços de saúde já começada nos anos anteriores por parte do Estado. Ramos (28), ao se referir ao relatório, diz que o mesmo começa com a afirmativa que a medicina preventiva e curativa, são inseparáveis e que os seus serviços, devem manter estreita coordenação. Novaes (1) sintetiza essa proposta de reestruturação em 4 grandes princípios: a) Estado como provedor e controlador de políticas de saúde; b) esforços coordenados ou trabalho em equipe nos serviços de saúde; c) desenvolvimento de instituições especialmente designadas para o diagnóstico e tratamento de casos agudos; e d) medicina curativa e preventiva sem separação, seja no que se refere aos modelos de educação médica ou à organização das funções de saúde.

Os conceitos emitidos no relatório, permanecem atuais e válidos e representam muitos dos pontos centrais hoje discutidos. Em relação a lógica dos serviços de saúde Dawson (23), escreve "a disponibilidade geral dos serviços médicos só pode ser

assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e da profissão médica. Com a ampliação do saber, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doenças ficam mais complexas, reduzindo assim o âmbito da ação individual e exigindo em troca esforços combinados. A medida que aumentam a complexidade e o custo do tratamento, diminui o número de pessoas que podem pagar toda a gama de serviços..." , "qualquer plano de serviços deve ser acessível a todas as classes da comunidade ..." segue Dawson. "... Com o termo "acessível" não queremos insinuar que os serviços sejam gratuitos, mas excluimos por enquanto a discussão sobre a forma de pagamento. Ademais, qualquer plano elaborado deve sê-lo de forma a que possa crescer, ampliar e adaptar as diferentes condições locais. Deve compreender todos aqueles serviços médicos necessários para a saúde da população..."

Quanto à organização dos serviços propõe:

"... Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade, de acordo com as condições locais ou quanto a sua localização na cidade ou em áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível, assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base..." "Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar um vínculo com um hospital. Isto é conveniente primeiramente, para benefícios do paciente, que nos casos difíceis desfruta das vantagens das melhores técnicas disponíveis, e em segundo lugar, para benefício do pessoal médico designado aos centros secundários, que desta maneira podem acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual intervieram desde o começo, familiarizam-se com o tratamento adotado e apreciam as necessidades do paciente após o seu regresso ao lar ..." "Algumas vezes, seria recomendável um relacionamento entre os centros secundários de saúde e os hospitais docentes ..." (23).

Quanto à integralidade de ações o relatório propõe que "... A medicina preventiva e a curativa não podem ser separadas em virtude de nenhum princípio sólido, pois todos os planos de serviços médicos devem ser estreitamente coordenados. Além disso, devem ser colocadas dentro da esfera do médico generalista funções que abrangem a medicina tanto para o indivíduo como para a comunidade. Parece que a orientação atual dos serviços de saúde, incluindo certas especialidades curativas, tende a privar o estudante de medicina e o médico, da experiência generalista que necessitam ..."

Na enumeração dos pontos chaves para a organização da assistência à saúde Dawson sintetiza os princípios organizativos dos Sistemas Locais de Saúde, a saber: regionalização, hierarquização da rede, papel do hospital na referência, integralidade das ações com acompanhamento do paciente nos diferentes níveis, o trabalho em equipe e a priorização de necessidades a partir da realidade local da população.

Na época, os conceitos e idéias propostas sofreram fortes resistências, em particular de corporações médicas. Na Inglaterra somente após a grande crise gerada pela II Guerra Mundial é que essas idéias são colocadas em prática na organização do Sistema de Saúde do país.

1.3 - MEDICINA COMUNITÁRIA

Outro paradigma que emerge também como resposta à crise do modelo científico é o da medicina comunitária. Pode-se dizer que os elementos propostos pela medicina comunitária são anteriores às propostas desenvolvidas na década de 70, mas com certeza seu maior desenvolvimento se dá nesse período e recebe o apoio de importantes entidades internacionais, OMS/OPS (20) - BIRD (29), que ao lado das fundações privadas americanas passam a financiar projetos na América Latina. Sua genesis é uma resposta que segue uma linha gerencialista para a medicina científica, isto é, essa crise deve ser superada por um novo modelo mais racional que incorpora temáticas discursivas oriundas da sociologia, tais como produtividade, diminuição de custos, extensão de cobertura.

Donangelo (30), ao comentar a emergência das funções da medicina comunitária caracteriza dois movimentos aparentemente contraditórios: um de simplificação tecnológica que confere viabilidade à proposta racionalizadora e outro, de alargamento, que permite ao novo modelo ampliar suas funções sociais (aumento da oferta e facilidade de acesso a populações marginais).

Mendes (26), situa os seguintes elementos estruturais desse modelo: coletivismo restrito, integração de atividades promocionais preventivas e curativas; desconcentração de recursos (regionalização e hierarquização); utilização de tecnologia simplificada; inclusão de práticas médicas alternativas; utilização de equipe de saúde e a participação comunitária.

Pode-se dizer, que o paradigma da Medicina Comunitária é uma versão do Relatório Dawson, como resposta a parcela da população excluída no "modelo científico" de organização do Sistema Nacional, isto é, um sub-sistema dentro do hegemônico.

Por ultimo, para a caracterização do contexto de desenvolvimento dos SILOS, a Conferência de Alma Ata realizada no final da década de 70, constituiu a nível internacional, um dos principais eventos para reforçar as tendências de reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde principalmente para os países do

3o. mundo.

A Conferência de Alma Ata (31), justifica em seu documento sobre assistência primária, a proposta de reorganização dos serviços da seguinte maneira: "dadas a magnitudes dos problemas de saúde e a distribuição inadequada e iniqua dos recursos de saúde entre os países e em cada país, e na crença que a saúde é um direito humano fundamental e uma meta social mundial a Conferência instou por um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços, a fim de reduzir a distância que separa os "privilegiados" e os "carentes", de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e de alcançar um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo desfrutar uma vida social e economicamente produtiva". Esta Conferência estabelece ainda, um compromisso mundial, onde "os governos tem pela saúde dos seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década, deve ser a que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde satisfatório... Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida..."

No documento da Conferência foram definidos como cuidados primários de saúde aqueles "essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a custos que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento... Os cuidados primários são parte integrante do sistema de saúde do país, sendo o ponto central e o foco principal."

É dentro deste quadro que o desenvolvimento das propostas de sistemas locais de saúde ganham importância. O termo Sistema Local de Saúde (SILOS), sintetiza em sua conceituação geral, as discussões sobre saúde, pois, evidencia vários temas da agenda sanitária das últimas décadas tais como, cuidados primários, assistência integral a saúde, rede básica de serviços, descentralização de ações de saúde, integração sanitária entre outras.

O conceito do sistema local expresso pela OPS (2) "como uma parte integrante do setor saúde que deve contemplar a estrutura política administrativa de um país, definindo-se em um espaço populacional determinado, tendo em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes no mesmo, respondendo aos processos de descentralização do Estado e do setor saúde, as necessidades da população e a estrutura da rede de serviços se organizando para facilitar a condução integral das ações" engloba vários dos temas citados.

Para o autor, esse conceito expresso de maneira sintética pelo documento da OPS, contempla os aspectos substantivos do tema a saber:

1 -a ligação do sistema local, aos Sistemas Nacionais de Saúde e à esfera política administrativa do País;

2-elege o eixo necessidades de saúde da população, como principal para priorização das ações de saúde;

3 -propõe a delimitação do espaço populacional de abrangência e confluência de todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social nesse espaço;

4 -adota a estrutura da rede de serviços como elemento organizador e facilitador para a condução integral das ações.

2- Papel dos SILOS nos Sistemas Nacionais de Saúde e seus objetivos

Dadas as considerações do tópico anterior, o papel dos SILOS se define fundamentalmente na área técnica operativa dos Sistemas Nacionais. Sua relevância, é que esta instância representa o grau de concretitude do Sistema, ou seja, o ponto onde se estabelece a ligação direta população/serviço de saúde.

Sob esse ponto de vista, no processo de mudança dos Sistemas Nacionais de Saúde o papel que os SILOS representam, como elemento técnico operativo, pode por um lado, desencadear avanços que facilitem esse processo, e por outro pode legitimar as mudanças já ocorridas em outros níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Mendes (21) situa os sistemas locais a nível do processo de mudança do sistemas nacionais de saúde no plano político operativo. Os outros planos do sistema nacional de saúde a saber: o político - jurídico e o político-administrativo segundo o autor, definem os aspectos de possibilidades das mudanças e o estilo da organização administrativa relativos à descentralização e participação.

A relação que este três planos mantem com os ritmos de mudanças pode gerar efeitos que nem sempre representam um avanço na estrutura de serviços e da política social desejada, significando, as vezes, ordenamentos jurídicos institucionais e reformas -administrativas inúteis. Essa consideração nos leva de um lado a apreender os Sistemas Locais de Saúde como elemento tático significativo, pois as leis, reformas, projetos e siglas perante a população podem ser considerados discursos vazios, se efetivamente não melhorarem o atendimento e a qualidade de acesso a serviços pela população (21).

Dado o papel que representam os sistemas locais nas transformações dos Sistemas Nacionais, seus objetivos centrais devem buscar a eficiência social, eficácia social e equidade.

A definição desses objetivos vistos de maneira mais ampla, são opções de racionalidade que o próprio sistema social busca na

resposta de seus problemas. A quantidade de recursos colocada a disposição em relação a produção, seus resultados como ação social e a igualdade de oportunidades dentro do sistema, são as grandes referências que os sistemas locais devem ter na sua avaliação quanto a objetivos.

Nesse sentido, a eficiência expressa uma relação de produção realizada/recursos consumidos onde se busca otimizar a produtividade, tanto pela maximização de produtos por unidade de insumo, quanto pela minimização de insumos por unidade de produtos. Essa eficiência não pode ser vista como objetivo em si, por um lado, e por outro, não deve sofrer o viés economicista de sua definição. Quando se trata de uma área social como a saúde, a eficiência dos meios, definida apenas por critérios econômicos, se torna insuficiente e restrita.

Cohen (12) assinala que há uma estreita relação entre equidade e eficiência pois a equidade depende do grau de eficiência dos serviços, ou seja: a ampliação das atividades ou ações de tipo assistencial (oferta de serviços) com critérios de priorização, diagnósticos adequados, tende, a curto prazo, elevar a equidade, assim como a inversão em recursos humanos. O mesmo autor, diferencia ainda esses conceitos segundo as fases de elaboração de um projeto social. Na formulação, a lógica da ação social deve estar pautada na equidade da proposta, enquanto na fase de implementação, este objetivo deve ser alcançado fundamentalmente pela eficiência dos serviços.

Considerando a missão social dos sistemas locais a eficiência deve ser medida através de uma relação entre a quantidade de recursos, atividades e resultados programados e a quantidade efetivamente obtida, tendo em vista os outros objetivos da equidade e eficácia social.

A equidade na visão do autor (12), é a maneira como um projeto social age, discriminando as demandas dos diferentes grupos da população sob a ótica da efetividade das ações planejadas.

Isto não deve ser confundido nem igualado a universalização dos serviços de saúde, que as vezes encobre a distinção que se faz ao acesso de grupos marginalizados da população a serviços de maior complexidade, garantindo apenas uma assistência primária seletiva de baixo custo e efetividade.

Testa (32), procura conceituar a eficácia, definindo nos sistemas de saúde uma relação entre o número de atividades destes capaz de alterar problemas de saúde, sobre o número de atividades totais que o sistema produz.

O resultado dos objetivos anteriores deve portanto necessariamente estar refletido na eficácia social do sistema ou seja, na capacidade que essas ações tem de alterar positivamente o estado de saúde da população.

3 - Princípios básicos para organização dos SILOS

Para analisar o processo de implementação desses sistemas locais, tendo em vista os objetivos de equidade, eficiência e eficácia social e o âmbito de ação destes, seus princípios organizativos são outro ponto importante a ser discutido. Imaginar que qualquer equipamento de serviços de saúde, dentro de um espaço local possa ser qualificado como sistema local de saúde, por certo seria um equívoco. A genesis dos critérios de qualificação dos sistemas locais de saúde parte, como base doutrinária, de duas concepções centrais: a primeira, que os serviços devem refletir as necessidades de saúde da população e a segunda, que devem pelo seu próprio caráter social responder a demandas de racionalidade e propiciar uma maior participação social nos sistemas de saúde.

É nesse sentido que a literatura de saúde que procura definir critérios para a qualificação dos sistemas locais, partindo dessa lógica, estabeleceu como denominadores comuns os seguintes princípios organizativos: integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização das ações, intersectorialidade, participação social, descentralização de recursos humanos nos seus diferentes aspectos e o impacto dos serviços sobre a população.

Capote (33) em recente documento, apresenta uma relação de princípios organizativos para o SILOS a saber:

-Territorialidade, Estratégia Única, da Unidade de ação dos Recursos; da Realidade; da Cobertura; Estabelecimento das Prioridades; da equidade dos Serviços de Saúde; de proporção e influência Recíproca; de Centralização e Descentralização; da resolução por níveis de Complexidade; de heterogeneidade das Formas de Alienação, da não rejeição à Demanda; do Enfoque Global de Desenvolvimento dos Serviços; do Impacto e da Relação eficiência e participação social.

Cada um desses aspectos ou princípios não devem ser entendidos nem como dogmas a serem seguidos, nem tampouco como coisas isoladas dentro dos sistemas locais de saúde, mas a presença desses em maior ou menor grau frente aos objetivos e população alvo, definem a qualificação dos mesmos.

Sem estabelecer ordem e prioridade para os princípios organizativos, resumidamente, serão apresentados nos seguintes tópicos:

a) Regionalização e Territorialidade

Este princípio responde à própria definição dos sistemas locais "um espaço populacional determinado, tendo em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existente no mesmo...". O ato de definir esse espaço populacional se faz através de estudos de regionalização. Os critérios mais

comumente usados para a definição das regiões de saúde tem sido: características geográficas geológicas ; características demográficas: sócio econômicas; sistemas de comunicação e transportes; limites políticos administrativos e situação de saúde e recursos existentes. Villar (34) chama atenção no critério de delimitação geográfica para a questão da acessibilidade onde a distância física é substituída pela distância tempo, ou seja o tempo realmente utilizado para localizar e atender a um paciente de risco, de acordo com níveis de complexidade requeridos para o caso.

Segundo Hernandez Prada (35), a acessibilidade constitui uma condição básica para conseguir maior cobertura de serviços. Segundo o mesmo autor, para que a utilização dos serviços ocorra deve existir oferta contínua e sistemática dos mesmos com recursos combinados, que estejam ao alcance das comunidades do ponto de vista geográfico (distância, tempo, meios de transporte), econômico (ausência de quotas de recuperação, de pagamento de serviços e contribuições no momento de receber o atendimento), culturais (harmonia entre as normas técnicas e administrativas, por uma parte, e os valores, hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades servidas, por outra) e funcional (serviços oportunos, permanentes, com tecnologia apropriada e mecanismos de referência que assegurem o fácil trânsito para o nível de assistência requerido). A acessibilidade significa a adequação da quantidade e estrutura dos serviços de acordo com o número de habitantes, a estrutura da população, as exigências de saúde e a aceitação da comunidade para o tipo de serviços oferecidos, expressada pela utilização dos mesmos.

Os critérios de regionalização frequentemente utilizados encobrem uma outra dimensão do espaço local que é dada pela estrutura do poder local, expressas em redes solidariedades existentes e de alianças e conflitos que se dão entre os diversos atores individuais, sociais e institucionais que jogam um papel nessas estruturas.

Portanto esses espaços devem ser vistos ainda como espaços políticos de negociação dos representantes de distintas instituições e organizações, implicando os poderes técnicos, administrativos e políticos (21).

Esta dimensão apontada pelo planejamento estratégico e situacional (conceitos espaço população), insere os sistemas locais em uma totalidade histórica onde se articulam, de um lado as estruturas produtoras de serviços, e de outro, população com suas diferentes necessidades e possibilidades, em relação biunívoca.

Oliveira (36) sintetiza o concerto de espaço local como " a combinação de uma estrutura epidemiológica específica, de uma estrutura de poder específica e de uma organização técnica específica, que estão na base da relações entre as estruturas onde a realidade social é o resultado da interação de todas essas estruturas".

No princípio de "territorialidade", Capote () define além da delimitação dos serviços para habitantes a necessidade de uma unidade mínima de direção.

As dimensões de ordem prática que resultam da discussão desses conceitos podem ser vistas através da possibilidade de um planejamento local mais adequado dos recursos existentes, como também dos recursos a serem projetados; pela definição clara de um denominador populacional para avaliar os impactos e de um diagnóstico mais amplo envolvendo não somente a dimensão epidemiológico-social, mas também a política gerando planos setoriais e intersetoriais mais coerentes com as realidades locais. Outro princípio expresso por Capote, que () daí, é de ser impossível o desenho da rede de menor complexidade, se não esta definida a rede em seu conjunto (Enfoque Global do Desenvolvimento dos Serviços).

Hierarquização dos Serviços e de Resolução por níveis de complexidade

A hierarquização parte do conceito de regionalização, em que o paciente deverá receber assistência médica o mais perto de seu domicílio e ser encaminhado aos outros níveis por referência médica. Este movimento planejado de pacientes de um nível ao outro, de acordo com indicações diagnósticas, requer um intercâmbio permanente de conhecimentos e habilidades por parte de diferentes canais (sistema de referência e contra-referência). Implica também em que os serviços com menor grau de especialização achem-se espacialmente distribuídos e os mais especializados estejam mais centralizados.

A hierarquização dos serviços está baseada ainda na verificação de que as necessidades de saúde de menor complexidade tem maior frequência relativa que as mais complexas e que existe uma correspondência entre a complexidade dos problemas de saúde e complexidade e custo social das funções de produção capazes de resolvê-las.

Os níveis definidos em primário, secundário, e terciário respeitam uma lógica de tecnologias de complexidades de custos crescentes por um lado, e por outro, relacionam, do ponto vista epidemiológico, as possibilidades de resolver os problemas de saúde. A descrição desses níveis, bem como sua caracterização tecnológica organizacional e de recursos humanos e físicos tem sido realizada por inúmeros trabalhos, regulamentações e documentos normativos dos diferentes órgãos diretivos da saúde (37), (38), (39).

A maioria dos trabalhos agrupa os níveis de assistência em três categorias: primária, secundária e terciária. Como muitas vezes não é possível agrupá-los em uma ou outra classificação, procura-se sempre considerá-los como um sistema contínuo de assistência. No nível primário, os pacientes são examinados e se lhes oferecem soluções básicas para seus problemas, seja através

da terapêutica aplicada ou pelo encaminhamento a outro nível; o nível secundário refere-se aos hospitais gerais e aos ambulatorios especializados; e o terciário aos problemas de alta complexidade, com a utilização de equipamento e pessoal tecnicamente preparado para tratamentos intensivos. O nível terciário, envolve sempre a hospitalização e o ensino médico pós-graduado (40) (41) (40).

O aspecto central desse princípio para os sistemas locais reside justamente na questão da integração funcional que esses níveis venham a ter. A evolução dos conceitos de integração sanitária entre a rede básica e o hospital alterou a definição do sistema local para o conceito de distrito sanitário, módulo de saúde com grau de abrangência até o nível secundário. Alguns compreendem os sistemas locais mais como hierarquização da rede de serviços ambulatoriais. Recente trabalho se refere ao problema dizendo que a rede de serviços, está confinada a cada região por todos os serviços de assistência a saúde; portanto cada um dos Sistemas Locais, pode ou não incluir em sua área hospitais... no caso do SILOS que não incluem hospitais na sua área devem coordenar suas atividades com um ou mais hospitais localizados em outros SILOS. Independente desse conceito a relação funcional dos diferentes níveis estabelece a necessidade de sistemas de encaminhamento e contra encaminhamento bem definidos para a efetividade do sistema (33).

A DMS (42) em um dos seus documentos sobre o assunto chama a atenção para a normatização de procedimentos claros de quem, porque, como e quando o encaminhamento e contra-encaminhamento devem se realizar. Para que isso ocorra, cada serviço de saúde precisa ter total conhecimento sobre os estabelecimentos disponíveis e sua competência apropriada, nos diferentes níveis, dentro de uma área determinada de captação.

Essas premissas talvez sejam as mais fáceis de serem cumpridas. As maiores dificuldades estão situadas basicamente na comunicação da informação clínica, que na maioria das vezes não apresenta clareza necessária para o diagnóstico quando da referência. As diferentes instituições que compõem os sistemas, dificultam, pelos seus aspectos organizacionais ainda mais esse tipo de comunicação.

A falta de relacionamento pessoal direto entre os profissionais, tem sido observada como uma das causas que dificultam o sistema de referência, onde se recomenda que, não sendo possível a comunicação pessoal, pelo menos o seja através do contato telefônico (45).

Outra dificuldade, é relativa aos diferentes objetivos institucionais e a seletividade de clientela, dada por critérios ou econômicos ou vinculados a sistemas de seguros. Essas dificuldades tem maior incidência, nos sistemas de saúde com lógica de mercado. Como já foi assinalado, existe uma atomização de serviços e da própria clientela.

Por último os sistemas de encaminhamento e contra - encaminhamento dentro da hierarquização não devem ser vistos somente como um fluxo e contra- fluxo de pacientes, mas, também, de informações gerenciais e técnico- científicas, frizando que estas ultimas são básicas para a qualidade dos serviços e como elementos motivadores do pessoal tecnico das equipes de saúde .

b) Integralidade das Ações de Saúde

A integralidade das ações de saúde incorpora uma nova visão de intervenção sobre o processo saúde doença. Caracteriza uma superação paradigmas da assistência individual, comunitária para estabelecer a assistência a população de maneira integral(). Romper as falsas dicotomias entre a assistência individual e coletiva, ações preventivas e curativas, assistência médica e saúde pública estão na base da concepção de integralidade .

Capote (33) define através do principio de equidade, que os serviços de prevenção como recuperação e a reabilitação são respostas a problemas de saúde pública e são para todos.

Esse principio busca, em sintese, aumentar a resolução que os sistemas locais devem ter ou ainda, tendo como referência a sua eficiência e eficácia, obter o maior impacto possível sobre a saúde da população.

Não se pode dizer que este princípio seja de fácil operacionalização, pois as concepções que geraram a visão anterior e os interesses institucionais , são obstáculos permanentes à sua concretização. Na sua operacionalização algumas dimensões devem ser enfocadas.

A primeira, é o eixo de integração que devem ter os sistemas locais entre a assistência ocasional (demanda espontanea) e a assistência contínua (programas a grupos priorizados por critérios de risco) As ações isoladas desses dois componentes fragmentam tanto a legitimidade social que os sistemas locais possam ter, como a maioria das vezes acabam por hipertrofiar somente os aspectos da demanda , introduzindo ações de carater sintomático e medicalizadoras que dificultam à propria população o acesso ao conhecimento de seus problemas de saúde.

Somente para exemplificar esta distorção, no Brasil, podemos citar os efeitos que o projeto de pronto atendimento implantado pela Previdência Social gerou tanto nos aspectos mencionados como na elevação dos custos dessa assistência (44). O principio da não rejeição à Demanda esta incluído neste tópico (33).

Outra dimensão prática é a questão da horizontalidade ou verticalidade das ações de saúde, que muitas vezes tem assumido nas discussões um carater excludente ao nível dos sistemas locais.

A lógica , complexidade e objeto das ações de saúde é que devem definir a horizontalidade e verticalidade das ações

Combater vetores em fase de ataque, como utilizar campanhas de vacinação em massas são ações verticais plenamente justificadas e não excludentes às ações horizontais dos serviços de complexidade maior que envolvem insumos e tecnologias diferenciadas, uma rede básica e os hospitais. Essas ações coordenadas nos espaços locais atendem de maneira efetiva ao princípio da realidade devendo a discussão sobre sua aplicação obedecer à lógica de sua existência.

A regionalização e hierarquização dos sistemas locais mantem com a integralidade das ações uma relação de complementariedade. Sobre este ultimo aspecto Capote (45), define a dispensarização como: "O método organizacional que viabiliza a oferta conjugada de medidas promocionais preventivas, curativas e reabilitadoras de uma forma planejada dinâmica, a partir da ação ambulatorial a uma população de risco biológico e ou social. Essa definição possibilitada pela adscrição de população ao serviço em base regionalizada e setorizada, garante a integralidade das ações de saúde.

c) Articulação Intersetorial

A intersectorialidade como principio implica numa visão de que os problemas de saúde vão exigir atividades que se situem em outros setores ou sociais ou econômicos. Nem sempre essa integração se torna factível dentro dos sistemas locais, dada a organização com que os diferentes setores se estruturam (saúde, saneamento, educação, habitação, etc.).

O grande problema está na dependência desta articulação a instancias superiores do sistema, fugindo, na maioria das vezes, da competência do nível local. Apesar dessas limitações, a visão intersectorial se constitui num instrumento importante das ações de nível local (saúde do escolar, saneamento básico, etc...) ou mesmo criando a possibilidade de discussão e elevação da consciência sanitária da população sobre o processo saúde/doença.

Discutir e enfrentar problema de saúde como mortalidade infantil, incidência de doenças infecto- contagiosas sem buscar a relação de ações dos diferentes setores sociais e mesmo econômicos, restringe muito a efetividade dessas ações. Aqui também esta contemplado o principio do Impacto dos serviços (33).

d) da Relação de Eficiência e Participação Social

No processo de democratização das sociedades contemporaneas e em especial as latino - americanas, a participação social tem sido, para visão de intersectorialidade, um dos fatores importantes além de técnico- científico, inclusive criando com suas demandas factibilidade para a concretização desse principio. Roux (46) define esse principio em relação aos sistemas locais: "como o processo de intervenção da população organizada nas deliberações sobre assistência à saúde, na tomada de decisões que tem a haver com satisfação de necessidades e no controle nos processos, assim como na assunção de responsabilidades de observação das obrigações derivadas do desempenho de sua

faculdade decisória".

Na prática, esse princípio tem sua efetividade com a criação de canais descentralizadores do poder decisório, político, administrativo e grau de organização da própria população enquanto sociedade civil (fortalecimento de partidos, sindicatos, sociedades amigos de bairro, etc).

e) Descentralização e Centralização

A questão da descentralização nos sistemas locais de saúde tem sido um dos aspectos mais debatidos, pois implica na sua própria definição e objetivos. (47)

Oslack ao correlacionar a descentralização aos sistemas locais de saúde evoca, três aspectos importantes: o primeiro, que descentralizar não é anarquizar nem tão pouco proliferar sistemas autônomos; segundo que este processo é um instrumento da assistência primária e por último, que é um processo eminentemente político e sujeito à relatividade histórica e cultural do país.

Ainda referindo-se a este processo Oslack, assinala que quando criamos serviços locais de saúde estamos tendo presente a cada momento, o fortalecimento do conjunto do sistema nacional de saúde que preside, orienta e induz estrategicamente, bem como a marcha de cada um dos seus componentes, desde o mais volumoso até o mais diminuto.

Nesse sentido, a descentralização não significa uma autonomia total do sistema local, pois esse processo leva à centralização de algumas funções tais como a de coordenação de controle das unidades locais. Também a nível de SILOS é necessário centralizar as atividades em função dos danos, das necessidades locais, dos recursos, tendo em conta elementos de economia da escala e as funções sócio epidemiológicas dos serviços.

f) Recursos Humanos

A relação da questão de recursos humanos e implementação dos sistemas locais de saúde é básica no sentido de que estes são os elementos mais dinâmicos no processo de mudança do setor saúde.

Portanto, se nos diferentes níveis de estrutura do Sistema Nacional, e principalmente a nível dos SILOS, não estão desenvolvidos sub sistemas de recrutamento, cargos e salários, administração e capacitação e treinamento de pessoal, não somente ficam comprometidas a eficiência como a qualidade e efetividade dos serviços prestados.

CONTEXTOS POLÍTICO ADMINISTRATIVOS

O presente capítulo pretende caracterizar no período de formulação e implementação do Sistema Local de Cotia, as principais políticas de saúde dentro das esferas estaduais e federais. Esses aspectos serão abordados de maneira sucinta, dada a extensa bibliografia sobre o assunto, buscando salientar da conjuntura nacional e federal, os fatos mais relevantes.

Nesse sentido, é apresentada uma caracterização geral das políticas sociais no Brasil, em específico a de saúde e as políticas institucionais da esfera federal e estadual no período.

A - Caracterização geral das políticas sociais no Brasil

Na tentativa de estudar as políticas sociais no Brasil, Draibe (48) utilizando a ótica de "Welfare State", denomina o período a partir de 1985, como de reestruturação progressista (tentativas) de política social, chamando especial atenção para o caso de saúde. O período anterior descrito pela autora que se inicia em 1964, mostra que o Welfare State brasileiro, sofre um processo de consolidação institucional (criação do núcleo duro de intervenção social-previdência social) uma expansão maciça e uma tentativa de reestruturação conservadora no início da década de 80, como resposta à crise do Estado brasileiro. É neste período que o modelo de saúde hegemônico, apesar de avançar em alguns aspectos institucionais e da oferta de serviço, mantém como característica básica a intervenção do Estado, articulado e coerente com o modelo econômico conservador e socialmente excludente. A análise feita sobre a especificidade do nosso W. State (50), sintetiza as conclusões de inúmeros autores cujos os principais pontos podem ser assim definidos:

1 - extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo. Esta centralização "desapropria" os estados e municípios da capacidade de intervenção social financeira (os fundos federais não tem repasse automático) e normatização geral aplicáveis às políticas sociais. Outro aspecto importante é a substituição, dentro do executivo federal, da administração direta por grandes complexos organizados (BNH, INAMPS) e a administração descentralizada por empresas, fundações e autarquias;

2 - formidável fragmentação institucional - multiplicação das formas de organizações públicas (fundações, empresas públicas, etc) que teve como consequências, a burocratização excessiva, a atomização crescente desses organismos em relação ao comando central; bloqueios à formulação e a implantação de planos gerais de cada setor e, evidentemente, a política social nacional; ausência de mecanismos públicos de controle com livre movimento dos interesses privados no aparelho do Estado e a superposição de programas e de clientelas.

3 - exclusão da participação social e política da população nos processos de decisão - a caracterização do Estado Burocrático autoritário (49) - mostra que esta exclusão e supressão de mecanismos de controle público tem como consequência uma maior

desordem institucional, desorganização administrativa, fraudes e corrupção.

4 - princípio do auto-financiamento da inversão social - submissão do gasto social a critérios econômico e financeiro de substituição privada para alocação de recursos ; ex. BNH , além de formas especiais para cada setor.

5 - princípio de privatização - o princípio anterior do auto-financiamento (usuários devem pagar pelo que recebem) e a base para a privatização dos serviços sociais, que tem diferentes aspectos: abertura de espaço para a penetração dos interesses privados no aparelho do Estado, grupos de pressão articulação bastante estruturada entre este e o setor privado produtores de serviços (Hospitais) ou fornecedor de "produtos sociais" (construtores); diminuição da participação relativa do Estado nos setores de educação e saúde.

6 - uso clientelístico da máquina social -no caso da saúde enquanto política social.

Pode-se dizer que o diagnóstico do modelo hegemônico do setor saúde recaiu sobre os mesmos pontos de especificidade do processo brasileiro, ressaltando as particularidades do setor.

O documento (50) preparado em 1985 a nível nacional por políticos técnicos ligados ao setor sintetiza os pontos críticos da seguinte maneira:

a) total descoordenação e desarticulação inster-institucional da esfera federal, reproduzindo-se nas esferas estaduais e municipais;

b) elevada centralização de recursos a nível federal, (MPAS) atendendo a interesses de classes ou grupos empresariais, não conseguindo atingir o seu objetivo social;

c) crise permanente da assistência médica da previdência, permitindo a penetração de capital financeiro estrangeiro, ligado a corporações nacionais, resultando em distorções na organização dos serviços de saúde;

d) impossibilidade de recursos financeiros disponíveis para o setor saúde, gerando políticas irracionais para investimento e custeio do setor;

e) ausência de participação dos usuários do sistema de saúde;

f) cobertura populacional insuficiente e com desigualdades de acesso por concentração de recursos centrais, diferenciação centro/periferia, urbano/ rural, não previdenciários/previdenciários.

g) baixa produtividade do sistema, dada por ociosidade da

capacidade instalada (principalmente setor público), expansão descoordenada dos serviços privados, múltiplos serviços do mesmo nível de complexidade, para atendimento a uma clientela, diferente capacidade gerencial, política de compras de serviços por portes e procedimentos e diferenças na formação e utilização dos recursos humanos;

h) utilização irracional da tecnologia médica (sobretudo de porte), ampliando o caráter mercantilista do setor;

i) insuficiência de investimentos do capital na rede física e em tecnologia para auxiliar coberturas populacionais;

j) reduzida racionalidade organizacional da rede de serviços existentes, ausência de hierarquização e de regularização de recursos;

k) elevada dependência externa na produção de insumos críticos para os serviços de saúde.

Todos esses pontos críticos desembocam em três grande temas, discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde (51): Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Das discussões em torno desses temas, resulta o consenso de que as modificações necessárias ao setor, transcendem a uma simples reforma administrativa e financeira. A característica das modificações implica em alguns pontos chaves:

- a política de saúde deve estar integrada às demais políticas econômicas e sociais, repercutindo sobre as condições de vida, em geral;

- direito à saúde vinculado à cidadania ou seja, o dever do Estado em garantir o acesso a serviços de modo universal e equitativo;

- descentralização, cabendo ao poder público normatizar e exercer controle sobre os serviços ofertados;

- sistema único de saúde, criação de um único Ministério para a saúde;

- a nova relação setor público/privado.

O texto da Constituição (3), incorpora muitos dos pontos críticos sobejamente conhecidos do setor, definindo um arcabouço jurídico constitucional, que tenta consolidar algumas transformações no padrão da política social no País. Draibe (48) ao comentar as alterações que vem se processando neste sentido, frisa que, mesmo sem transformações radicais, um processo de inovação vem se dando na sociedade brasileira, que pode ser caracterizado em três níveis:

1) Político-institucional - dado pelo processo de descentralização política administrativa dentro do processo de

democratização da sociedade;

2) Social - Elevação do grau de participação popular, caracterizado na área social por conselhos comunitários e outros no processo decisório e de controle;

3) Relação Estado / setor privado- uma tendência de mudança nos modos de produzir e distribuir bens e serviços sociais.

Sem dúvida, quando se olha para este processo na área social, o caso da saúde apresenta um relevo de avanço maior que outras áreas.

Políticas na Esfera Federal de Saúde

As décadas de 60 a 70 a nível Federal, são marcadas por fatos significativos como a unificação das instituições da Previdência Social, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e a clara hegemonia no sistema nacional dada pela Previdência, tanto nas ações, quanto nos gastos públicos em saúde. Esta hegemonia no início dos anos 80 mostra que enquanto a participação do Ministério da Saúde, decresce, chegando em 1982 a 15,4% dos gastos totais, a participação do INAMPS no período nunca é inferior a 82%. O esquema de financiamento montado para dar suporte ao sistema previdenciário brasileiro vincula-se estreitamente ao movimento cíclico da economia, isto porque, são as contribuições compulsórias com base na folha salarial, de empregados e empregadores que compõem o grosso da arrecadação previdenciária, embora alguma provenha da União e de outras receitas.

A contribuição compulsória dos trabalhadores e empregados ao longo da década de 70 atinge em média 88% da receita total do Sistema Previdenciário. Para os anos de 1980 e 1984, esta média alcançou a proporção de 89,6%. Quanto a contribuição da União essas médias são de, respectivamente, 7,6% e 7,7%. (Dados obtidos no trabalho de Fagnani, Braga e Silva (52)). Evidentemente que a preservação desse sistema de financiamento com a incorporação efetiva do serviço de atendimento médico individualizado como tarefa básica do sistema de saúde só se viabilizou com uma rigorosa expansão da massa de contribuintes, o que de fato ocorreu na década de 70. "A relação Contribuintes/População Economicamente Ativa eleva-se substancialmente de 29,4% em 1970 a 53,3% em 1980" (53)

O crescimento econômico com um acentuado processo de urbanização promoveu um aumento expressivo de assalariados registrados, ao mesmo tempo que se expandiu a base de contribuintes pela inclusão de categorias anteriormente excluídas. Por outro lado, a outra face dessa situação é o aumento dos fatores geradores da despesa, quer pela significativa ampliação da cobertura, quer pelo crescimento do número de beneficiários.

Conforme observam Coutinho e Salm (53) "o crescimento da massa de contribuintes impede a eclosão de um desajuste financeiro que tardará até o momento em que a economia entre em crise prolongada. A aparente solvência do sistema não esconde uma incompatibilidade entre a política social (a oferta de serviços e benefícios) e seus critérios de financiamento". Na medida em que o comportamento da receita total do Sistema Previdenciário é determinada fundamentalmente pelo comportamento das contribuições compulsórias, fica imediatamente estabelecida a estreita relação entre o nível da atividade econômica e a disponibilidade de recursos para o setor saúde.

O grande gargalo reside no fato de que existe uma correlação direta entre nível da atividade econômica e o financiamento da oferta de serviços, mas o mesmo não se pode afirmar com relação à demanda social. Ao contrário, com a recessão econômica, que se alastrou nos anos 80, "o estreitamento da base de arrecadação (alíquotas de salários e folhas salariais) decorrente da queda do emprego e do salário médio é acompanhado pela contínua elevação do número de benefícios e de demandantes dos serviços médicos; o Sistema entra em crise, assim como entram todos os programas sociais, especialmente os financiados por tributos lançados sobre a folha salarial" (53).

Como reflexo dessa crise, verifica-se que a proporção dos gastos em atendimento médico em relação à receita de contribuição, que foi, em média, da ordem de 30% na década de 70, caiu para o patamar de aproximadamente 25% na primeira metade dos anos 80.

As receitas das contribuições compulsórias apresentaram tendências de crescimento real declinante no período de 1976 a 1984, chegando a se observar taxas negativas, em 1980 e 1983 de 0,61% e 2,13% respectivamente. Conforme recente trabalho, "isso se deve, em primeiro lugar, à redução progressiva do ritmo de crescimento do emprego que acompanhou o movimento de desaceleração da economia a partir de 1976; e, em segundo lugar, o esgotamento dos fatores que contribuiu para seu próprio crescimento até 1976: a incorporação de parcelas crescentes de população economicamente ativa como contribuinte, a elevação do teto de contribuição máxima, a rápida incorporação de autônomos acompanhada da elevação da alíquota de contribuição e a extensão da previdência ao empregador rural" (52). A partir de 1979 a situação se agrava substancialmente pelos efeitos da recessão econômica e seu impacto sobre a massa de salário, quando se verifica significativo aumento do desemprego e o processo de desindexação dos salários.

Além do esquema de financiamento do setor ser extremamente vulnerável ao nível da atividade econômica, outras características perversas se destacam nessa estrutura de financiamento tais como: a regressividade do padrão de financiamento inter-assalariados e inter-empresas. No que diz respeito aos assalariados, a diferenciação das alíquotas de

contribuição não é suficiente de modo a fazer incidir um ônus equitativo entre os salários maiores e menores. No mesmo sentido, empresas menos capitalizadas pagam proporcionalmente mais que suas congêneres, em época de crise tendem a crescer os índices de evasão e sonegação no recolhimento das contribuições previdenciárias por parte das empresas, implicando numa queda da receita e expondo um contingente crescente de trabalhadores, especialmente mulheres e jovens, a trabalharem sem contrato formal e portanto, sem cobertura do sistema previdenciário. Ao lado dos recursos da Previdência, para a área da saúde, somam-se aqueles oriundos do orçamento federal, fonte de recursos do Ministério da Saúde. A participação deste Ministério da nas despesas totais da União, no período de 1978 a 1983 foi inferior a 2%. Disso se conclui que o orçamento da União não tem contemplado de maneira, pelo menos razoável, as políticas sociais.

Dessa forma, é praticamente consensual entre os estudiosos e especialistas (54) (55) do setor, principalmente na segunda metade da década de 70 e início dos anos 80, a necessidade de se repensar a estrutura de financiamento da política de saúde no Brasil bem como a própria política de saúde, em termos de uma maior eficiência e efetividade frente as reais demandas de nossa população. Com a crise orçamentária da Previdência, se explicita, definitivamente, a sua estrutura de custo e financiamento, bem como o grau de eficiência de sua estrutura de oferta de serviços. Nesse sentido, acreditamos que a crise da Previdência se torna um ponto fundamental na inflexão da tendência dominante da política de saúde no Brasil.

PROPOSTAS GOVERNAMENTAIS NO PERÍODO

1- LEI 6229 - DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi constituído pela lei 6229 de 17 de Julho de 1975 (56), que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo as competências dos diversos Ministérios envolvidos direta ou indiretamente com a promoção, recuperação e manutenção da saúde da população.

O dispositivo legal atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela elaboração da Política Nacional de Saúde. Entre as atribuições específicas desse Ministério constam as de : "elaborar planos de proteção a saúde e de combate as doenças transmissíveis e orientar sua execução" (57); de elaborar normas capazes de assegurar a proteção, recuperação e promoção da saúde coletiva; de oferecer a Nação um Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e de submetê-lo a apreciação do Presidente da República, promovendo, em seguida, através do INAN, a coordenação, a fiscalização e finalmente a avaliação do mesmo; de realizar a coordenação da vigilância epidemiológica e sanitária em todo o país.

Pela mesma Lei 6229, coube ao Ministério da Previdência e

Assistência Social: elaborar os planos que garantam o atendimento médico individualizado da clientela, coordenando-os a nível nacional; realizar o credenciamento de entidades de finalidade não lucrativa de modo a integra-las ao sub-sistema público; prestar através de serviços próprios ou contratados a terceiros o atendimento médico a clientela, mantendo sob fiscalização do Ministério os serviços contratados; fixar em conjunto com o Ministério da Saúde as normas e padrões de prestação desses serviços; realizar a distribuição gratuita ou subvencionada de medicamentos a população carente. Conforme o dispositivo legal referido acima O Ministério da Educação fica incumbido " da formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde". Ao Ministério do Interior, coube o desenvolvimento de programas de saneamento básico em articulação com o Ministério da Saúde e ao Ministério do Trabalho coube a promoção de atividades vinculadas à higiene e à segurança do trabalho dos profissionais da área, bem como da prestação de auxílio a capacitação desses profissionais. Quanto aos Estados e Municípios a lei garante incentivos técnicos financeiros da União para desempenharem seus programas e ações de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Estabelece ainda como atribuição municipal a manutenção dos serviços de prontos socorros e vigilância epidemiológica.

No documento elaborado pelo Ministério da Saúde, que discorre sobre o Sistema Nacional de Saúde (59) são definidos os fundamentos da Política Nacional de Saúde que consideramos importante salientar:

- A idéia de que existe uma política de saúde no país, a qual deve, entretanto, assumir um caráter nacional, e para tanto, faz-se necessário que a mesma seja organizada sistematicamente e enviada, conforme dispositivo legal. - Lei no. 6118/74 - à apreciação do Conselho do Desenvolvimento Social.

- Aceita-se como fato consensual a necessidade do Estado de estender os serviços básicos de saúde a toda a população, embora o que esteja previsto na Constituição assegure assistência apenas aos integrantes do mercado de trabalho.

- O Estado, as empresas, os indivíduos e a família são responsáveis pela manutenção da saúde.

- Grande parte dos problemas de saúde da população, pode ser resolvida mediante a utilização de procedimento simples. Assim sendo, a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, torna-se possível por meio da utilização de pessoal de nível médio ou auxiliar, o que não só permite a racionalização dos serviços, a interiorização das ações como também uma maior eficácia no atendimento, hierarquizado por complexidade das ações, bem como, a redução de custos operacionais e o melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis.

- A participação comunitária deve ser estimulada. Para tanto, recomenda-se o uso de lideranças locais de modo a romper os possíveis antagonismos e desconfianças em relação aos novos métodos de assistência a saúde introduzidos na comunidade.

- Recomenda-se o respeito ao tipo de assistência pré-existente desde que se consiga a co-existência desses métodos e a nova forma de organização formal.

-Enfatiza-se a necessidade de uma ampla articulação entre os órgãos que executem ações de saúde.

- O estabelecimento da carreira de saúde pública multiprofissional é tido como essencial ao bom desempenho de ações voltadas para assistência coletiva.

- "O poder decisório nos diversos níveis de operacionalização do sistema deverá estar cometido a colegiados com participação das instituições mais significativas do setor. A gerência dos programas e projetos deverá, ser executada por pessoal de dedicação exclusiva. Este pessoal não deve estar envolvido com entidades privadas na execução das ações referentes ao seu respectivo programa "

Pelo que foi descrito anteriormente, percebe-se que o Sistema Nacional de Saúde, não altera substancialmente, o sistema de saúde pré-existente. Em verdade, trata-se de um esforço de reordenação, de integração de suas partes constitutivas. O que há de novo é a prioridade conferida, a nível do discurso governamental, às ações médico - sanitárias e a ênfase atribuída ao setor público na prestação de serviços de saúde. A iniciativa privada, não está excluída da proposta do SNS. O que ocorre por meio desta, é simplesmente a tentativa de se alterar o peso entre os serviços prestados pelo setor público e pelo setor privado e ainda a correlação de forças entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, na condução e execução da política de Saúde do país.

2 - PLANO DE PRONTA AÇÃO (PPA) - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA

1975

O Plano de Pronta Ação, visava dar acesso a todo previdenciário, a consulta médico - ambulatorial através da rede privada contratada e conveniada. Este foi um marco no sentido da confirmação do "discurso pró compra de serviços ", revertendo, definitivamente, a partir de 1974, a tendência da rede própria do INAMPS em absorver a maior parte das consultas ambulatoriais, pois, até essa data, cerca de 80% das consultas se fazia por intermedio da rede do INAMPS.

Ocorre queda do percentual (consultas realizadas pela rede da Previdência sobre o total de consultas) a partir de 1975. Os percentuais para 1975 e 1976 são , respectivamente de 58,4% e

48,5%. As consultas, a partir de 1975, passam a ser feitas através da rede ambulatorial não própria, e o seu número cresce 230,9% em 1975, e 59,6% em 1976. Nestes mesmos anos, o crescimento das consultas pela rede própria é de 16,8% e 7,0%.

O Plano de Pronta Ação, segundo Silva (58), deve ser entendido como o marco definitivo da consolidação da tendência de absorção da assistência a saúde pelo Ministério da Previdência. Através dela, fortalece-se a burocracia previdenciária, e mais uma vez, o setor privado.

Note-se que o PPA é financiado pelo INAMPS. Neste sentido vale registrar que "entre 1969 e 1976, os gastos do INAMPS com assistência ambulatorial cresceram de 400%, enquanto na área hospitalar a expansão foi de 184,7%. O dispêndio ambulatorial em relação ao total do programa Saúde do INAMPS passa de 25,7% em 1969 para 37,7% em 1976, enquanto a hospitalar cai de 67,0% para 56,1%" (59).

3 - PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO DO NORDESTE - PIASS - MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1976

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste - PIASS, foi criado a 24 de agosto de 1976, tendo sido estendido a todo País pelo Decreto no. 84.219, de 1979.

Através do referido Programa (60), o Governo reconhece a precariedade das condições de saúde em áreas carentes do país, comprometendo-se a dotar as comunidades de até 20.000 habitantes de uma estrutura básica de saúde. Trata-se de um esforço de interiorização, tal como o próprio nome indica, e de hierarquização do atendimento, devendo este, pautar-se pela eficiência e o baixo custo. Note-se que com relação aos custos, o programa corporifica, antecipando, sua significação posterior, qual seja, a parca disponibilidade de recursos em função da crise dos anos 80, e a preocupação com o elevado volume de recursos dispendido em assistência médica. Nesse sentido, opta-se pela ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e de preferência extraído da própria comunidade - maneira pela qual busca-se a aceitação dos serviços a nível local - cuja atuação se daria de modo a realizar a prevenção de doenças transmissíveis, a triagem e o encaminhamento a unidades mais complexas de atendimento.

Cabe apontar ainda que as metas referentes ao saneamento, quais sejam, a implantação de serviços de abastecimento de água, instalações de fossas e privadas domiciliares, deveriam contar para sua execução com o engajamento e participação gratuitas da população, sendo o material fornecido pelas autoridades governamentais.

O êxito do programa implicaria no fortalecimento do setor público, especialmente das Secretarias Estaduais de Saúde. A

despeito da ampliação da capacidade física instalada, não se conseguiu a melhoria nos índices de saúde da população alvo. A resistência ao programa e a careph^{nc}ia crônica de recursos conduziram à opção pela ampliação da rede, postergando-se os gastos com as metas relativas ao saneamento e, ainda, com relação à melhoria do atendimento. Através da ampliação da rede, pretendia-se evitar a desativação do programa. Com relação à falta de recursos vale destacar a adesão tardia do INAMPS, o qual assume o custeio parcial do programa apenas em 1979, no momento em que se retraem os recursos provenientes do orçamento dos Estados.

4 - PREV- SAÚDE - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E DA SAÚDE - 1979

O advento do PREV-Saúde, vinculado ao MS e MPAS, faz com que o PIASS, considerado "segmento" rural do PREV-SAÚDE, se esvazie enquanto programa específico.

O projeto inicial (61) do programa é encomendado a um Grupo Técnico Interministerial prevendo a extensão dos cuidados primários de saúde a toda a população, por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública. Havia no anteprojeto, uma preocupação explícita com os custos e com a racionalização do atendimento: o combate à ociosidade, o melhor aproveitamento dos recursos físicos e a preocupação com a melhoria do ambiente de vida através da ênfase conferida ao saneamento e a projetos de habitação, entendidos como básicos para a maior efetividade da política pública de saúde. Por outro lado, estabelecia-se a população alvo, qual seja, aquela das periferias urbanas ou de áreas rurais carentes. Postulava-se ainda, a suspensão de novos credenciamentos e encampação, via alteração do destinatário dos gastos, a favor da rede pública. Do ponto de vista da assistência médica, a ênfase recai sobre os serviços básicos prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial é diferenciada em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontológica) e a internamento em Unidades Mistas.

No que tange à coordenação do programa vale destacar: a nível federal, a CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, coordenada pelos Secretários Gerais do MS e do MPAS, com a função de estabelecer o vínculo com os demais Ministérios envolvidos; a nível estadual, a CIPE- Comissão Interministerial de Planejamento Estadual com a finalidade de estabelecer a articulação entre SES, MS, o INAMPS e MPAS, cabendo a presidência da mesma ao Secretário Estadual da Saúde, e ainda a nível regional a criação de Diretores Regionais de Saúde.

As pressões advindas do INAMPS e de outros órgãos, derrubam o anteprojeto, e com isso, caem por terra pontos-chaves de questionamento do perfil da assistência à saúde vigente.

5 - CONASP - CONSELHO CONSULTIVO DE ADMINISTRAÇÃO PREVIDENCIÁRIA- 1981 E AIS (AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE)

Em 1981, cria-se o CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária. Em agosto de 1982 aprova-se o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social(62).

Através deste, conferia-se prioridade às ações básicas de saúde, à integração das esferas Federal, Estadual e Municipal, de modo hierarquizado e regionalizado, a universalização da cobertura, a ocupação da capacidade física de atendimento dos poderes públicos fazendo com que a prestação de serviços privados se revista de um caráter complementar. O referido plano, apesar das oposições sofridas, tem início em 1983 e se mantém em 1984, constituindo-se no embrião das AIS - Ações Integradas de Saúde.

"As AIS tem como pressuposto que o poder público é o único responsável pelo controle do sistema de saúde e pela saúde da população. Além disso, pressupõe a integração interinstitucional, o planejamento de intervenção, orientado pelo quadro de problemas sanitários e a integralidade das ações de saúde, evitando-se as dicotomias preventivo/curativo/individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar"(63). As AIS incorporam a linha de atuação expressa no Plano do CONASP consubstanciadas na valorização das atividades básicas de saúde. Apoiam-se em uma rede única, hierarquizada por complexidade de atendimento, e portanto, com a explicitação clara em todos os níveis de competências e deveres e especialmente, dispersa; ou seja, regionalizada. Opta-se pela descentralização administrativa da assistência à saúde, com participação decisória dos setores envolvidos tanto na prestação de serviços quanto na sua utilização. A saúde é entendida como direito do cidadão e um dever do Estado. A rede básica transforma-se na porta de entrada do sistema, e por meio desta pretende-se ampliar a resolubilidade das ações de saúde como um todo. Da abrangência do convênio, passa a depender a possibilidade de se atingir a almejada universalização da cobertura e uma assistência médica integral a população.

A implementação das AIS implica na criação de mecanismos institucionais capazes de romper com a duplicidade de ações nos diversos níveis do aparelho do Estado. Nesse sentido são criadas as Comissões Inter-Institucionais de Saúde: CIS, CRIS, CIMS. CLIS correspondentes a foruns de discussões a nível estadual, regional, municipal e local. Estas se subordinam funcionalmente a CIPLAN - órgão deliberativo interministerial (MS-MPAS-MEC) integrado ademais pelo presidente do CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, com a incumbência de normatizar a atuação integrada das organizações federais. Por meio destas instancias, estabelece-se uma programação conjunta a qual contempla áreas gerais e específicas de atuação, de conformidade com as especificidades regionais e locais de cada unidade da

federação.

As áreas gerais englobam atividades desenvolvidas na rede e as prioritárias, o controle de Doenças Transmissíveis, a Promoção da Saúde da Mulher e da Criança e Doenças Redutíveis por Saneamento Básico. O financiamento do programa se dá pela ação conjunta do INAMPS, do MS, MEC, Estados e Municípios, implicando em repasses de recursos variados em consonância com suas disponibilidades orçamentárias levadas em conta na delimitação de suas obrigações.

Desta maneira, ao INAMPS cabe o repasse da maior parte dos recursos necessários a gestão e execução do programa; o MS arca, em parte com as despesas de sua rede própria, ocorrendo o mesmo com o MEC, os Estados e Municípios. Em 1984, 400 municípios implantam as AIS. Este número evolui para 501, em 1985, e em 1986 para 2215. Note-se que ao longo desse período cresce a participação desse programa nos dispêndios do INAMPS - 4% em 1984, 10% em 1985 e 14% em 1986.

C- Políticas de Saúde na Esfera Estadual

A Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, neste período sofre profundas alterações, tanto a nível de formulação de seu modelo de assistência, como de reorganização estrutural. Mercadante (64) caracteriza quatro momentos explicativos deste processo quais sejam : a estrutura antiga (1969/1977), a estrutura de transição (1978/1984), a nova estrutura (1985/1987) e a proposta para o futuro (1987 -).

1- PERÍODO DE 1969/1977

O primeiro período (1969/1977) é marcado pela reforma administrativa de 01/06/67 (Decreto Estadual 48040), que foi proposta no Governo Abreu Sodré (1967/1970) e se constituiu em um desdobramento da reforma da Administração Pública Federal (Decreto Lei 200 de 25/06/67).

A reestruturação de 1967 (65) se propôs a modificar a estrutura organizativa e operacional da SES e teve como diretrizes prioritárias:

1) a integração dos serviços a nível local, sob comando único, visando economia de recursos e melhor atendimento da população;

2) a descentralização executiva através de doação de maior autonomia as unidades de prestação direta de serviços;

3) a centralização normativa, para manter a execução dos serviços uniforme, mediante supervisão especializada e instrução permanente através de normas técnicas;

4) a implantação de sistemas permanentes de planejamento de epidemiologia, de estatística e de treinamento, visando a impor-

tância recíproca entre órgãos centrais e unidades periféricas, bem como o adestramento contínuo de pessoal.

Segundo Mercadante (64) suas características principais podem ser assim resumidas:

- Centralização técnico -normativa e de planejamento no Departamento Técnico Normativo;

- Rede de prestação de serviços (Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospitais e Laboratórios) subordinados a diferentes estruturas (Coordenadorias) sem nenhuma integração entre eles a nível local;

- Uma única Coordenadoria regionalizada, as demais são departamentalizadas sob a ótica da especialização e/ou de processo, e não são regionalizadas;

- As Coordenadorias tem uma pesada organização burocrática, elas comportam Departamentos, Divisões, Serviços, Seções e Setores que se reproduzem em todas elas e nos níveis dos Departamentos Regionais de Saúde;

- Distância acentuada entre os níveis de decisão e execução, com grande número de escalões intermediários de decisão;

- Sistema de supervisão na CSC, concebido nos vários níveis da organização;

- Atividades de vigilância epidemiológica e sanitária pulverizadas em vários órgãos.

A reforma de 1967 terá um outro momento de aprofundamento na segunda gestão de Walter Leser (1975/78). Leser se propôs a dar continuidade à implantação da reforma e avaliar os resultados obtidos. Nesse período, destaca-se a estruturação dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde e a ampliação e renovação dos quadros técnicos especializados da Secretaria mediante convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo o que representou uma mudança nas discussões sobre saúde, dentro da SES, dando-se ênfase as questões de Saúde Pública.

É importante ressaltar que, nesta gestão, Leser restabeleceu através do Decreto número 8.648/76 os Postos de Atendimento Sanitário - PAS, previstos na Reforma Administrativa (Decreto número 52182/69) e extintos algum tempo depois. Estes postos eram núcleos de assistência em pequenas comunidades vinculados a um Centro de Saúde e proporcionando assistência médica intermitente à população, e desenvolvendo atividades de vacinação, atendimento de enfermagem, detecção de problemas de saneamento do meio, visita domiciliar, educação sanitária, etc. Forneciam também alimentação suplementar a gestantes, nutrízes e crianças, conforme previsto nos Programas da Secretaria.

Do ponto de vista dos Recursos Humanos, a ação mais

importante foi a criação da carreira de Médico Sanitarista. Criada em 1969, através de Decreto - Lei a 02/10/69, regulamentada pelo Decreto de 10/03/69, que tornou prioritária a formação de profissionais dessa área, sendo-lhes atribuída a administração dos serviços de saúde em nível local e sub-regional e as chefias dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde de toda a Rede Estadual. Neste sentido, teve papel importante o Convênio firmado entre o Ministério da Saúde, a Secretaria do Estado e a Faculdade de Saúde Pública da USP, no início de 1976, que permitiu a formação de 300 médicos sanitарistas e deu condições para o preenchimento dos 622 cargos criados pela Reforma e distribuídos pelos diferentes níveis.

PROPOSTAS DE INTEGRAÇÃO NO PERÍODO

1- CIAM - CONVÊNIO DE INTEGRAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

O CIAM foi criado pelo Decreto 52790, no governo de Laudo Natel (1970/74), na gestão do Secretário de Saúde Getúlio Lima Filho. A implementação se deu no governo de Paulo Egydio Martins (1975/78) na gestão de Walter Leser. O objetivo maior do CIAM era promover a integração dos serviços médicos assistenciais, através da administração e operação de Convênio visando a utilização dos Centros de Saúde e dos recursos humanos e materiais da Secretaria para o atendimento da população sem discriminação de clientela, nos períodos da manhã e da tarde. Apesar dos objetivos pretendidos, o CIAM não representou um avanço no sentido da integração dos serviços de saúde e das instituições que atuam no setor, constituindo-se, tão somente, em instrumento para atender a despesas decorrentes da contratação de pessoal médico e paramédico e de outras despesas realizadas em função do Convênio.

2- SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

Outra ação importante foi a proposta de "Sistema Estadual de Saúde" que avançou a nível do discurso, em relação ao modelo vigente.

Foi uma proposta consubstanciada em Documento elaborado, em 1978, pela Secretaria Estadual de Saúde, propondo a coordenação de todo o sistema de saúde do Estado e atribuindo papéis definidos aos Municípios, ao próprio INAMPS, e criando um Fundo Estadual de Saúde para administrar as várias fontes alternativas de financiamento e dotar a SES de maior autonomia para gerir recursos em função de programas prioritários de saúde. O Documento, elaborado por um Grupo de Trabalho, respondeu a solicitação do então Ministro da Saúde para elaboração de documento contendo comentários e sugestões referentes à Política Nacional de saúde. O Grupo de Trabalho, criado na gestão de Walter Leser (1975/78) foi constituído por membros do Conselho Estadual de Saúde, da SES, da Secretaria de Higiene da Prefeitura e do INAMPS.

Tomando como referência o documento (66) relativo ao tema da VI Conferência Nacional de Saúde (1977), o Grupo de Trabalho

propõe, em seu relatório, a vinculação do INAMPS ao Ministério da Saúde, argumentando que as atividades de assistência médica da previdência social encontravam-se corporificadas em seu único organismo, distinto das demais atividades previdenciárias.

Tal unificação possibilitaria então a aceleração das ações com comando único e um melhor entrosamento em todos os níveis evitando os entraves aos propositos do Sistema Nacional de Saúde.

O grupo procurou identificar os instrumentos legais existentes no Estado de São Paulo, que permitiriam a integração ou coordenação das diversas instituições que operavam serviços de saúde, bem como identificar aqueles mecanismos de atuação já existentes que possibilitariam implantar as programações integradas de saúde.

Apesar da existência de instrumentos legais e de mecanismos de atuação, os quais possibilitariam a implantação de programações integradas de saúde, inexistia um comando único que coordenasse tal implantação a nível do Secretário de Saúde. Sendo assim, o GT propõe a criação de um Conselho Superior de Saúde presidido pelo Governador do Estado, tendo como membros o Secretário de Estado da Saúde, outros Secretários de áreas relacionadas a Saúde, representantes de órgãos federais (INAMPS) e o Coordenador de Saúde do Sudeste do Ministério da Saúde.

Esse Conselho vai ter pouca efetividade em termos das funções de coordenação interinstitucional, como a dinamização do CIAM, comando único das ações entre outras, mas vai se transformar num primeiro embrião da Comissão Interinstitucional, que receberá maior impulso com as diretrizes do CONASP.

3 -PROJETOS DE INTEGRAÇÃO

Os "Projetos de Integração" fazem parte de um conjunto de medidas e ações que visavam melhorar o atendimento de populações de áreas específicas através de Convênios que estabeleciam com diferentes instituições, sendo que um foi desdobramento de programa federal de corte novo como o Programa de Interiorização das Ações e Saneamento - PIASS, e os demais com as Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo.

1) Projeto Vale do Ribeira (DEVALE)

Foi desenvolvido com recursos do Convênio firmado com o Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir os serviços básicos de Saúde e saneamento na área rural, utilizando-se agentes de saúde da própria comunidade, treinados e supervisionados por profissionais do Estado através de atuação conjunta com o Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, e a Secretaria de Estado da Saúde - SES. Com este projeto, objetivava-se implantar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, no Vale do Ribeira, abrangendo 16 municípios

de populações predominantemente rural, com uma das menores rendas do Estado e com altos índices de mortalidade infantil.

2 - Centros de Saúde-Escola

Os Centros de Saúde - Escola foram criados a partir de 1968, visando a implementação das atividades docentes assistenciais, ou seja, fazer dos Centros de Saúde local de treinamento e desenvolvimento de práticas inovadoras na Saúde Pública. A primeira experiência desenvolveu-se na Faculdade de Saúde Pública (USP) e posteriormente com os Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Faculdades de Medicina do Estado. Em 1974 é firmado o convênio com a Associação Hospital de Cotia, Faculdade de Saúde Pública e Secretaria de Estado da Saúde, para implantar o Centro de Saúde - Escola de Cotia.

Em 1985, existem 6 Centros de Saúde - Escola na área metropolitana de São Paulo.

2- PERÍODO DE 1978/1984

O segundo período (1978/84) é caracterizado como uma fase de transições, segundo Mercadante, pelas seguintes alterações:

1 - Criação do Fundo Estadual de Saúde em 1978, regulamentado em 1979; entretanto, este passa a captar recursos extra-orçamentários significativos somente a partir do convênio AIS.

2 - Assinatura do convênio AIS (1983) que se expande principalmente em 1986, atingindo toda a rede estadual, 501 municípios (correspondendo a 98% da população do Estado).

3 - Implantação das Comissões CIS, CRIS e CIMS; o Secretário da Saúde, como presidente da CIS assume, para a SES o papel de coordenador dos serviços públicos de saúde no Estado (intervenção e desapropriação do Hospital São Marcos, intervenção no Hospital Matarazzo e outras medidas são tomadas pela CIS).

4 - Os diretores dos DRS(s) são a partir de 1983 caracterizados como "sub-secretários de saúde" para a região: presidem a CRIS e os Grupos Regionais de Integração de Ações de Saúde (GRIAS) que consolidam os orçamentos das várias unidades da SES a nível da região. Elas coordenam e implantam convênios de integração de serviços com mais de 400 municípios.

A atuação dos GRIAS e das CRIS foi incentivada pelos órgãos de nível central (Coordenadorias), os quais foram gradativamente repassando uma série de responsabilidades de caráter administrativo, o que muito contribuiu para o processo de descentralização.

Concomitantemente à experiência que esses grupos regionalizados foram adquirindo, o PMS (Programa Metropolitano de Saúde) criado como nova Coordenadoria em 1985, cuidou dos estudos

de um novo modelo de gerenciamento integrado nas cinco áreas daquele programa, o que se traduziu pela criação dos Módulos de Saúde (67). Estes últimos concebem um sistema de unidades básicas de saúde, hospital geral, pronto socorro, laboratório e ambulatório especializado sob uma gerência unificada eliminando os entraves ao trânsito da clientela entre os diversos segmentos do sistema.

Os resultados positivos advindos desses modelos integradores permite empreender, a partir do segundo semestre de 1985, os estudos que conduziram a uma ampla reforma administrativa para dar à Secretaria uma concepção organizacional mais moderna e adequada às diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização administrativa. Com a colaboração da FUNDAP foram realizados grupos de discussão junto aos diversos níveis da organização a fim de colher experiências e opiniões. Desses estudos surge a idéia básica de criação dos ERSAS.

Estes processos são concomitantes à discussão e implantação de novo modelo assistencial, implantação das AIS, proposta dos ERSAS.

5 - São criados o Departamento de Recursos Humanos e o Centro de Informações de Saúde modernizando a estrutura de nível central.

- A rede de prestação de serviços da SES amplia-se e aumentam as dificuldades de coordenação dos serviços a nível local, tendo em vista o novo modelo assistencial que começa a ser proposto.

CRIAÇÃO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

O FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, foi criado pela Lei Complementar número 204 de 20 de Dezembro de 1978 e regulamentado pelo Decreto número 14.533, de 26/12/79 para operacionalizar o Sistema Nacional de Saúde (Lei Federal no. 6.229 de 17/07/75) no Estado de São Paulo. Este fundo teve como objetivo dar suporte financeiro as ações nas áreas médica, sanitária, hospitalar e de apoio, executadas ou coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde, bem como orientar as ações do setor. Constituiu-se também em iniciativa que visava obter autonomia em relação a alocação de recursos captados de diferentes formas e dar suporte financeiro as ações tidas como prioritárias na Secretaria de Estado da Saúde. O Fundes foi mais uma iniciativa que propunha criar condições para a implantação de ações de saúde, mas que não logrou resultados efetivos, pois não foram obtidos recursos necessários a sua operacionalização até o empréstimo do BIRD ao PMS e a implantação das AIS em São Paulo (1984/5).

3 - PERÍODO DE 1985/1987

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS)

Em agosto de 1983 é assinado o 1o. Termo Aditivo com o Estado de São Paulo, envolvendo os serviços de saúde da

Secretaria de Saúde do Estado localizados na região Metropolitana, associado ao Termo de Adesão com a Prefeitura Municipal de São Paulo, envolvendo os serviços de saúde municipais da Capital.

Em dezembro de 1984 são celebrados mais 3 Termos Aditivos com o Governo do Estado, envolvendo as regiões de Campinas Sorocaba e Ribeirão Preto, em conjunto com os Termos de Adesão das Prefeituras Municipais de Campinas, Ribeirão Preto, Botucatu, Itu e São Roque. Em Julho/Agosto de 1985 são assinados os Termos Aditivos das 9 regiões de Saúde do Estado e Termos de Adesão de 54 Prefeituras Municipais destas áreas. Em Maio de 1986 foram assinados convênios do Termo de Adesão com mais 148 Prefeituras Municipais das diversas regiões do Estado.

O Convênio envolve até 1985:

- todos os serviços de saúde da SES

- 248 Municípios das diversas regiões do Estado.

As ações integradas de saúde (AIS) passaram a ser vistas na gestão do Estado como estratégia fundamental para a constituição de um Sistema Integrado de Saúde, radicalmente diferente do SNS proposto pela Lei 6.229 e que teria como base um novo modelo assistencial.

Esse novo modelo assistencial é definido em documento da Secretaria com as principais características:

- 1 - integração entre ações preventivas e curativas, baseada na constatação óbvia que esta dicotomia é artificial, não atende adequadamente as necessidades da saúde da população e não corresponde ao conhecimento científico sobre o processo saúde-doença;

- 2 - integração entre atendimento ambulatorial e hospitalar, vistos como dois momentos do mesmo processo de atendimento ao paciente e que guardam continuidade entre si. Neste sentido, o hospital deixa de ser visto isoladamente e com auto-suficiência e se prevê uma adequação entre níveis de necessidade e níveis de resolutividade de problemas (hierarquização de serviços). A assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido com base no modelo assistencial de saúde antigo, talvez seja o exemplo mais gritante da total incapacidade de se atender de forma adequada às necessidades mais elementares de saúde da população;

- 3 - integração entre as ações de saúde pública e a assistência médica. Nesse sentido, as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária passam a se integrar as ações de assistência médica, de modo a que os aspectos de colaboração e orientação se sobreponham as ações meramente de fiscalização, desligadas de seu conteúdo técnico e quase sempre com

características burocráticas-cartorais;

4 - universalização do atendimento sem distinção entre clientela previdenciária e não previdenciária; esta característica do novo modelo é, fundamentalmente consequência de um movimento social de ampliação dos direitos da cidadania, reconhecendo que todo brasileiro tem direito a saúde e que é dever do Estado o atendimento a este direito.

A equalização, universalização e acessibilidade dos serviços de saúde, representam também, a possibilidade de um atendimento integral a toda a população, a partir da identificação de suas necessidades e da ampliação e melhor utilização dos recursos disponíveis. No novo modelo assistencial ressalta a importância da relação comunidade/serviço de saúde e cliente/ equipe de saúde. As características do modelo apresentado apontam para uma clara identificação : a clientela conhece e exige atendimento do "seu" serviço e do "seu" médico ou profissional de saúde; os serviços conhecem o seu território, a sua população e as suas necessidades e o atendimento tem continuidade para cada morador nele inscrito.

ESTRUTURAÇÃO DOS ERSAS

A estruturação dos ERSAS corresponde a uma resposta organizacional da SES do processo iniciado pela AIS, Programa Metropolitano e definição do novo modelo assistencial. A concepção e a descrição da estrutura dos ERSAS e suas principais características são assim relatadas em documento da SES.

1- Os Decretos nos. 25.519 de 17.7.86 e 25.609 de 30.07.86 criaram 47 ERSAs no interior do Estado e 15 na região Metropolitana de São Paulo. O ERSA foi concebido de forma a contar com uma estrutura administrativa central de dimensão reduzida, que, a nível regional, coordena o processo de planejamento em consonância com as políticas da Pasta, organiza a execução dos programas de saúde e avalia seus resultados e impacto. Os diversos tipos de órgãos estaduais de saúde - centros de saúde, hospitais gerais e especializados, ambulatorios e laboratórios de saúde pública - subordinam-se ao ERSA, o qual, por sua vez, subordina-se a uma das cinco Macro- Regiões propostas. É importante ressaltar que, consoante com os princípios de reformulação do papel do setor público de saúde, as atribuições do ERSA não se restringem a coordenação e gerência das unidades estaduais da sua região; mais do que isto, através das CRIS, lhe é assegurada uma participação primordial na condução do processo de planejamento e na coordenação de todo o setor de saúde regional, incluindo os órgãos federais, municipais e privados.

- As áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, antes dispersas, passam a ser integradas em dois Centros, com ações coordenadas por um Conselho de Vigilâncias.

- São criados a nível central, novas unidades de apoio com

relacionamento direto com os ERSAs (s). O Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (CADAIS), com a finalidade de assessoria ao Secretário e aos ERSAs (s), providenciando, articulando, reunindo e divulgando subsídios técnicos e científicos demandados pela rede de prestação de serviço, especialmente em relação ao novo modelo assistencial e as ações integradas de saúde.

O Centro Técnico de Manutenção de Equipamentos e Edificações é órgão de apoio técnico aos ERSAs (s) na área de planejamento da manutenção dos equipamentos e das edificações da rede física, atuando de forma descentralizada.

4 - PERÍODO DE 1987

A quarta transformação por que passa a SES no período é a implantação do SUDS (Sistema Integrado e Descentralizado de Saúde) a partir de 1987 no Estado.

A implantação do SUDS, no Estado de São Paulo, exigiu um considerável volume de esforços no sentido de adequar os instrumentos de planejamento, programação e controle herdados em parte da SES, e em parte, do INAMPS (nem sempre compatíveis entre si), bem como proceder a criação de novas instâncias, institucionais e normatização, que possibilitassem conduzir o novo sistema. Nesse contexto, as instâncias institucionais da SES como CADAIS, DRHV, GTV, Coordenadorias e ERSAs (que passaram a se chamar SUDS- Regionais), tiveram que se readaptar e imprimir a dinâmica do novo sistema de saúde.

Ao mesmo tempo, foram criados, pelo Secretário da Saúde, através de resoluções da CIS, outras instâncias institucionais com a UAC (Unidade de Avaliação e Controle) e a UPP (Unidade de Planejamento), que acopladas à SES, resultaram na estrutura administrativa institucional do SUDS em São Paulo.

Essa nova estrutura vai imprimir estratégias de descentralização, normatização dos novos programas e todas as atividades de planejamento.

Os processos e planos implantados pelo SUDS nesse período podem ser assim caracterizados:

1- Na área de serviços: a) intensificação do processo de municipalização de saúde com transferência de recursos financeiros aos municípios, da gestão de unidades do Estado e a elaboração de planos técnico assistenciais; b) programa de núcleos de ações integradas (NAI) instituído pelo Decreto no. 29059 de Outubro/88 e resolução CIS/8189/88, que consiste na transformação dos centros de saúde e porta de entrada do sistema de maneira a fornecer atendimento mediante as demandas de saúde, seguido de atendimento programado aos grupos de risco.

2 - Na área de recursos humanos: nesse tópico o Programa de Gerência Integrada (PGI) constitui-se o ponto central de atuação

do SUDS. O documento apresentado pelo SUDS-SP elabora um diagnóstico apontando sérios problemas na área de RH refletidos em disparidades salariais ao nível dos municípios, impossibilidade gerencial do RH a nível local, entre outros. A proposta de ação do Programa dá ênfase aos seguintes aspectos:

"a) a integração das ações e melhoria dos níveis de atendimento;

b) a descentralização decisória e funcional;

c) a otimização de produtividade dos recursos existentes em todos os níveis, fundamentada na idealização das necessidades de saúde da população, no modelo assistencial hierarquizado e regionalizado e nas políticas e programas estabelecidos para o setor público;

d) ao desenvolvimento dos recursos humanos em termos de capacitação de treinamento e aperfeiçoamento, além da perspectiva de ascensão funcional;

e) avaliação de desempenho ;

f) a proposição de normas e mecanismos que conduzam, a médio prazo, ao regime de emprego único, a adoção de níveis remuneratórios que incorporem as peculiaridades e especificidades locais e regionais, bem como a natureza das atividades e os diferentes graus de complexidade inerentes as várias categorias ocupacionais;

g) a adoção de prestação homogênea nos gastos de recursos humanos simplificados de treinamentos e que possam imprimir uma linguagem comum entre os vários responsáveis pelos gastos, sem influir na autonomia funcional "(68)

3 - Na área de planejamento : manual de planejamento com elaboração descentralizada de planos diretores dos SUDS - Regionais.

A descentralização das atividades da UAC (Unidade de Avaliação e Controle) que tem por função básica a coordenação e controle dos recursos do INAMPS para os conveniados, a nível do SUDS - Regional foi outra medida implantada que fortalece as estratégias traçadas no sentido de coordenar a integração dos serviços.

Todos esses processos em curso, traçam em linhas gerais , as principais características da conjuntura Estadual no último período.

CONTEXTO MUNICIPAL

CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO LOCAL

O presente capítulo procura de maneira sucinta apreender o processo de desenvolvimento das estruturas socio-econômicas, demográficas, dos poderes locais e da organização do setor de saúde do Município de Cotia, reconstituindo historicamente o contexto que antecede o projeto. A reconstituição deste, de certa forma, permite não somente enquadrar melhor os atores sociais envolvidos, mas delinear as transformações sociais ambientais ocorridas. A análise deste contexto se fará mediante os seguintes tópicos:

1. Formação social econômica da região (ciclos),
2. Evolução demográfica e outros indicadores socio-econômicos,
3. Poder local e desenvolvimento das funções urbanas
4. Organização do setor saúde do município até 1970.

1. Formação Econômica e Social da Região

A formação social e econômica do Município de Cotia se relaciona fundamentalmente ao processo de metropolização da Cidade de São Paulo, marcando em diferentes períodos de sua história o forte grau de dependência da Capital Paulista.

Geraiges (69) referindo-se a este processo relata que:

"Com o processo de crescimento das metrópoles dos últimos tempos, velhas vilas vizinhas, chamadas "cidades", que dormiam no pêso da história, sem ter nenhuma força econômica que as revitalizassem, despertaram para girar em função daquelas e para aquelas".

Este é o caso Cotia, que até metade deste século era considerada por historiadores e geógrafos (73) (74) como "Subúrbio Agrícola" da capital Paulista. Somente a partir da década de 50 que esta passa a ser envolvida pela atividade industrial da metrópole, extravazada para sua periferia.

Apesar de ser menos intenso que em outros municípios (Osasco, ABC, Guarulhos), o processo de industrialização em Cotia, trouxe profundas transformações para seu perfil econômico - social e demográfico e para o desenvolvimento de suas funções urbanas (70). Os diferentes processos de ocupação de sua periferia pela metrópole, através do tempo permitem estabelecer algumas características básicas das formações econômicas e sociais dos municípios da Grande São Paulo a saber:

1. Municípios ligados a caminhos que os fizeram viver e sofrer influxos da função, cuja origem remonta aos séculos XVII e XVIII (ocupação efetiva), o que se deu em Cotia, junto a outros como Guarulhos, Itapeceira, Mogi das Cruzes e São Bernardo do Campo,

2. Núcleos localizados a beira de caminhos que foram deixados de lado pelas ferrovias e que, de certa forma, diminuíram a comunicação com a metrópole, entrando em decadência temporária. Isto aconteceu com Cotia, que, com outros municípios, formaram um "Cinturão Caipira", provedor de produtos de extrativismo vegetal e agrícola para o mercado paulistano, mas que apresentaram neste período uma profunda decadência.

3. Processo de migração estrangeira, que introduz nos diferentes municípios um novo tipo de agricultura comercial com vista à capital, revitalizando, em certa medida, estes lugarejos que integravam o "Cinturão Caipira" da metrópole. Em Cotia, isto se deu a partir da migração japonesa, nas primeiras décadas deste século.

4. Por último a industrialização, que alterou a vida deste município com graus acelerados de urbanização e de mudanças na estrutura demográfico-social. Cotia, como assinalado, apesar de não ser o polo de industrialização mais desenvolvido, sofreu profundas alterações.

No sentido de visualizar melhor estes processos que participaram na formação econômico-social de Cotia, será feita uma divisão de sua história em três grandes ciclos:

1. Fundação do Município até o apogeu "Ciclo dos Mueares",
2. Decadência e Rejuvenescimento Agrícola,
3. Industrialização e Urbanização

Da Fundação ao Apogeu (Ciclo dos Mueares)

Cotia nasce de um caminho - o Peabiru, conhecido pelos indígenas que, por seu intermédio, penetram para o oeste atingindo inclusive o território da Mesopotâmia Paraguaia". Bafile (72) refere-se ao nascimento de Cotia no início do século XVIII dizendo que "A topografia da Região onde está Cotia foi o grande fator de seu desenvolvimento. Os índios, de a muito conheciam o caminhos do "Peabiru" (literalmente caminho cheio de obstáculos), que aproveitando os vales mais amplos atravessava a região serrana. Este mesmo caminho serviu aos Bandeirantes para entrada das missões jesuítas do Rio da Prata, as mais ricas, organizadas e populosas. O mesmo caminho rebatizado pelos padres de "Caminho de São Tomé" (o Santo Incrédulo), fez a travessia de São Paulo a Sorocaba e dele nasceu Cotia."

Azevedo Marques registra em seus apontamentos históricos

sobre Acutia (como era chamada), a transferência, em 1713 da capela da Sra. de Monte Serrat para o morro mais alto da região. O nascimento da cidade dá-se essencialmente na igreja e numa praça. Estas eram o centro religioso, mas também o palco de prática da administração. É o lugar onde se desenvolve a vida social e o lugar de convergência da circulação; "ali se divulgam o bando, editais e quartéis e principalmente o palco, quando é o caso de festividades religiosas." (73)

A função primordial, quase única, por muito tempo que lhe dá o impulso necessário para ser Vila (2 de Abril de 1856), é de ser "Cidade Pouso". Sorocaba nesta época é o Centro Comercial de Animais. "As necessidades de transporte de café refere Muares (74), (viriam a intensificar ainda mais o mercado de Muares de Sorocaba. Eram as mulas o único meio de transporte da Rubiacea, as fontes produtoras aos portos de embarque, até que as estradas de ferro as substituíssem". Cotia era o caminho obrigatório e se converteu em cidade que hospedava homens e animais.

Saito (75) refere " que o ciclo do luar, não trouxe uma transformação do aspecto principalmente rural desse município pois não se desenvolveram nem a economia da cana-de-açúcar, nem plantações de café, dois ciclos que caracterizam a economia paulista dos séculos XVIII e XIX."

O apogeu desse ciclo garante à Cotia as seguintes funções: era sede de governo de uma extensa área de 515 KM², com a formação de um comércio de prestação de serviço a população (venda e aluguel de animais de carga e montaria, hospedagem, fornecimento de viveres e alimentação, oficinas e fábricas artesanais para equipar animais e ferra-los para longas viagens).

Geraiges (69) citando o recenseamento praticado por Miller em 1836 apontava para Cotia a seguinte população;

Homens (Livres) -	1.417
Mulheres (Livres) -	1.370
Homens (Cativos) -	285
Mulheres (Cativas) -	298

	3.370

Decadência e Rejuvenescimento Agrícola

Emilia Viotti (71) refere que "O progresso passa por Cotia mas não deixa marcas." A sua decadência começa com a diminuição do tráfego de tropas e de Muares a partir da metade do século XIX, especialmente por que ela não foi atingida pelas ferrovias. Neste período a cidade conserva o seu precário equipamento urbano na sede do município e alguns pequenos comercios de alimentos e roupas para as populações rurais. O decréscimo populacional

registrado assinala que:

- em 1886 contava com 7.517 habitantes e em 1900 passou a ter 4.982 habitantes.

Esta diminuição populacional não é característica apenas de Cotia, mas de toda área circunvizinha de São Paulo e da própria Capital, motivada pela procura de trabalho nas áreas de café e das ferrovias.

O contraste entre a metrópole de São Paulo e as cidades e vilas que a circundam é notável: "estas chamavam a atenção pela sua pobreza econômica, pela natureza de seus núcleos e pelas características originais do efetivo demográfico" (79).

Geraiges (69) comenta que "Embú, Carapicuíba, Itapeverica e Cotia, entre outras, formavam um cinturão de cidades históricas bastante próximas de São Paulo que marcavam um enorme abismo entre o dinamismo desta e estagnação total em que havia ficado no passado".

Petrônio (76) define em relação aos padrões normais desses arredores, a existência de um cinturão caipira de características próprias e particulares - um mundo original, refratário a mudança.

Saito (75) comenta que a região de Cotia pode ser considerada como uma das em que há maior predominância de pequenas propriedades. De acordo com o censo de 1950, a distribuição de propriedades agrícolas no município de Cotia era a seguinte: do total de 1557, o número de propriedades com menos de 20 alqueires era de 1383; de 20 a 50 era 134; de 50 a 100 era 32 e acima de 100 apenas 8. As propriedades com menos de 20 alqueires ocupavam mais de 88.82% do total.

Uma boa caracterização dos moradores locais de Cotia no início deste século, é feita por Saito (75) no estudo da implantação da Cooperativa Agrícola de Cotia em 1927. A esse respeito, fala sobre a existência de três camadas de moradores: "sitiantes", "grossos", "pequenos sitiantes" e "agregados". Os sitiantes "grossos" pertenciam geralmente as famílias antigas da região, com grande influência na política local, e quando não eram ligadas entre si por laços de parentesco, eram-no por interesse ou conveniência política, constituindo assim, núcleos políticos. Além de suas propriedades agrícolas, geralmente eram donos de venda, tropa e carros de boi. Na lavoura empregavam os agregados; a venda era "tocada" comumente por um de seus filhos e os tropeiros e carreiros (assim eram chamados os que trabalhavam com carros de boi) eram agregados ou membros da própria família. O núcleo desses sitiantes "grossos" não ia além de meia dúzia no município e eles eram os chefes políticos locais.

A segunda camada, os "pequenos sitiantes", era dividida entre os "remediados" e os "menos providos". Os primeiros, eram

donos de propriedades suficientes para o sustento da família. Vendiam a sobra de sua produção agrícola a nível local ou diretamente ao mercado de Pinheiros, quando possuíam carros de boi. Mais numerosos, no entanto eram os "menos providos" que embora possuidores de pequenos sítios, empregavam-se como carreiros ou camaradas de "sitiantes grossos". Entre os "menos providos" e os "agregados" não havia uma linha nitida de distinção, somente se caracterizavam no maior ou menor grau de dependência para com os patrões. Foi essa camada pobre que forneceu, quando da chegada dos japoneses, mão de obra que necessitavam.

Viotti (71) ao comentar as relações de produção no campo e a cultura do nosso lavrador diz que "em regra, o caipira, mesmo possuindo terra própria, prefere trabalhar como "agregado" dos japoneses, como "diarista" ou "caseiro" nos sítios de recreio, ou prestar serviços nas olarias e nas áreas de madeiras ou fabricas de carvão. É profundamente triste constatar que sua ignorância, seu fatalismo, sua inercia, falta de ambição e desconhecimento da técnica mais rudimentar refletem-se nas propriedades em que trabalham por conta própria. O caipira não sabe aproveitar convenientemente o solo, nem consegue auferir lucros com o que produz. Alega com frequência que a terra não presta ou esta cansada, mesmo quando, ao lado, exista uma bem organizada e próspera propriedade de japoneses."

Saito comenta que "os sitiantes pobres preferiam trabalhar mais com os japoneses do que com os moradores ricos, seus patrões. Isso porque os japoneses não faziam distinção no tratamento de pessoas de sua própria família e dos camaradas." Um depoimento de um japonês sitiante fixado em Cotia, exemplifica bem esse fato: "Os cablocos da região não guardam nenhum ressentimento dos japoneses. Eles acham muito natural que os japoneses tenham tido boa sorte na lavoura e se tornado proprietários comprando-lhes as terras. A família cabocla da qual comprei o atual sítio continua trabalhando para mim há 20 anos.E quando meu filho foi eleito para a vereança do município, foram esses moradores e agregados locais que mais votaram nele." (75)

A migração estrangeira no final do século tem pouco significado para Cotia, que começa a transformar-se com a chegada dos colonos japoneses (1913), e a implantação de uma cultura horti-grangeira em função do grande mercado consumidor paulista.

Os censos (77) de 1900 a 1940 mostram uma duplicação da população, quase que totalmente as custas da área rural, sendo que a população estrangeira representava apenas 10% desta.

A colônia japonesa, nessa época introduz por sua origem, camada social média da zona rural com experiências cooperativistas do Japão, a idéia da Cooperativa Agrícola de Cotia. Dedica-se ao cultivo da batata, e depois do tomate, transformando-se gradativamente em uma policultura

hortigranjeira, absorvendo a mão-de-obra caipira. Esse processo revitaliza a população estagnada do município.

Foi necessário, então numa primeira fase, que os imigrantes pudessem ajustar-se ao novo meio, e procedessem a revisão de suas técnicas de subsistência. Esse processo de adaptação ao grupo local, e sua reorganização social, se deu através da criação da Associação Japonesa, Associação de Moços, dos Pais e Alunos, e o sistema da "escola da cultura da batata" fundada na tradicional relação protetor - protegido. Estas foram as bases para o desenvolvimento da Cooperativa de Cotia em 1927.

Outro apoio importante citado por Saito (75), foi a orientação e assistência técnica - financeira do consulado ao cooperativismo, que era, na época, um reflexo da própria orientação de governo do Japão.

A Cooperativa, nos seus primeiros anos, quase que somente abrigou elementos da colônia japonesa, que apesar da crise de 1929, conseguiu sobreviver e, gradativamente, se expandir tanto territorialmente quanto em número de associados. Saito (75) comenta que a participação de associados brasileiros durante o primeiro decênio foi mínima. Os primeiros cooperados brasileiros foram admitidos em 1929 em número de 5, na maioria moradores de Cotia; em 1934, dos 580 associados, 24 eram brasileiros. Somente a partir de 1935 é que esta participação se torna mais significativa, chegando em 1950 com cerca de 37% de seus associados.

A nova injeção de energia é aplicada à área rural do município, mas pouco ou quase nada alteraria a vida pacata da vila (núcleo urbano): "o viver tranquilo dos cotianos é alterado somente por dois fatores: uma festa religiosa que se realiza em setembro de cada ano, acarretando a vinda de numerosos forasteiros e a rivalidade existente entre as duas bandas de música da localidade, que se resolve em renhidos conflitos e harmoniosas peças. Afora esses acontecimentos, nem mesmo as questões políticas conseguem tira-los de desasossego." (73)

Como vemos, o rejuvenescimento a partir do fluxo migratório japonês, e a transplantação de idéias e técnicas mais avançadas para a expansão rural, alteram muito pouco o núcleo urbano do município, que na década de 50 apresentava uma população de 920 habitantes enquanto a área rural já contava com cerca de 15 mil habitantes.

Ciclo Industrial Urbano

O rejuvenescimento a partir do fluxo migratório japonês e da expansão rural alteram muito pouco o núcleo urbano do município. Dr. Albano médico e prefeito de Cotia de 1952 a 1955 divide o município em dois períodos: antes da rodovia asfaltada e depois, referindo que esse fato valorizou muito as terras, sítios e chácaras, propiciando na sua gestão ainda a instalação de

industrias no município e o escoamento dos produtos agrícolas.

Langhbouch (78) comenta que "as rodovias Regis Bittencourt e Raposo Tavares em seus trechos suburbanos constituem a retificação e alargamento das antigas estradas pré-existentes, das quais aproveitaram extensos trechos. Assim, não é de se admirar que ao longo das mesmas encontramos feições de um desenvolvimento suburbano peculiar as linhas de estradas velhas Na Rodovia Raposo Tavares, surgiu o Bairro do Portão, linearmente disposto ao longo da estrada que lhe serve de eixo. Adiante de Cotia, surgiram dois subúrbios, em entrocamentos ainda poucos desenvolvidos. Trata-se do Bairro da Graça e Raposo Tavares".

Geraiges (69) comenta "com o ciclo do automóvel e a melhoria das estradas, novas funções adquirem os arredores paulistanos, e Cotia não fica fora deste fenômeno comum: recreação campestre e posteriormente os clubes de recreação. Na década de 50 uma intensa campanha de publicidade põe a venda lotes de chácaras recreativas, com caráter altamente especulativo. É o caso da Granja Vianna onde abastados paulistas, possuem seus sítios com casas confortáveis, de imponente arquitetura com pomares e áreas de cultivo hortícola e até lagos particulares."

É a partir da década de 1960, que começa a modalidade dos clubes de campo, bastante numerosos em Cotia. Empresa ou empresas responsáveis, constroem as instalações e vendem os títulos em prestações aos sócios proprietários. De modo diverso, da maioria dos loteamentos para chácaras, os clubes de campo, preenchem suas finalidades constituindo uma forma útil do uso do solo.

As indústrias também são atraídas para se estabelecerem a margem da Rodovia, constituindo em seu conjunto uma miniatura do Parque Industrial das Vias Anchieta e Dutra. O número de indústrias e pessoal ligado a esse setor mostra em 62, a existência de 35 estabelecimentos, com uma média de 49 empregados por empresa em oito ramos de atividades.

Os dados do censo (77) de 1970 e 1980 mostram o número de 106 estabelecimentos industriais (1970) e de 223 (1980). Essa relação é invertida para os estabelecimentos agro-pecuários em Cotia no mesmo período, passando do número de 994 em 1940 para 200 em 1970 e 300 em 1980. O setor terciário, também apresenta um crescimento substancial relacionado ao aumento das funções urbanas no município. Neste sentido, a transferência de Inspetorias Fiscais, Casa da Agricultura e repartições estaduais, o crescimento do número de escolas tanto estaduais como municipais e do próprio setor saúde (criação do Hospital de Cotia) e a presença de um setor comercial e de transporte mais forte caracterizam o desenvolvimento de Cotia no período. Em relação ao setor bancário, o processo de industrialização faz com que o interesse dos bancos e o número de agências tenha um crescimento acentuado. Geraiges (72) comenta que durante 23 anos, o município só teve a Caixa Econômica Estadual como único órgão de crédito que, pelo tipo e forma de apoio, pouco influiu no

crescimento da cidade e de Cotia em geral. Somente em 1959, instala-se uma agência do Bradesco e é a partir de 1960 que o crescimento desse setor é acentuado, estendendo o raio de ação de seus clientes para municípios vizinhos, inclusive São Paulo, além de Cotia.

A tabela (1) mostra a repercussão nos anos 1970 e 1980 na distribuição numérica e percentual da população economicamente ativa por setores de atividades em Cotia. Chama a atenção nos dados, o crescimento acentuado em termos percentuais, dos setores industrial (36% para 45,7%) e de serviços (36 para 40,6%) bem como a diminuição da importância do setor primário que passa de 21% a 7,3%.

Esse processo de urbanização já referido no município, apresenta uma distribuição especial privilegiando o eixo da rodovia Raposo Tavares, principalmente o mais próximo a Capital. Esse vetor de indicação do assentamento populacional desenvolveu os núcleos urbanos da seguinte maneira no município (mapa):

- a cidade de Cotia (sede do Município) que se subdivide em 3 núcleos:

- * núcleo antigo, entre os quilômetros 29,5 e 32 com área urbana de 334 ha.

- *Bairro do Portão, entre os quilômetros 32 e 34,5 com área urbana 58ha.

- * Bigarelli e Atalaia entre os km 2 e 3,5 da Estrada do Morro Grande com área de 20 ha.

- a Vila da Granja Vianna - entre os km 21 e 25, loteamento de classe média alta com área urbana 15 ha.

- o Distrito de V.G. Paulista (atualmente município) km 45 RP - 25 ha de área urbana.

- Distrito de Paz de Caucaia do Alto, com área urbana de 15 ha. fora da Rodovia R. Tavares, onde concentram-se as atividades rurais do município.

O restante do espaço do município constituído por quase 30.000 ha. (área rural) tem mais de 60% ocupado pela reserva florestal e área de Proteção de Mananciais da Região Metropolitana de São Paulo. O parque industrial ocupa a área de aproximadamente 70 ha, concentrado basicamente no trecho da Rod. Raposo Tavares, entre a Granja Vianna e a sede do Município.

TABELA 1

DISTRIBUICAO NUMERICA E PERCENTUAL DA POPULACAO ECONOMICAMENTE
ATIVA POR SETORES DE ATIVIDADES, COTIA 1970 e 1980.

ANO	1970		1980	
ATIVIDADE	N	%	N	%
Atividade Agropecuaria, extracao vegetal e pesca	2.154	21,0	1.793	7,3
Atividade Industrial *	3.742	36,0	---	---
Industria de Transformacao	---	---	8.381	34,1
Industria de Construcão	---	---	2.596	10,5
Outras Ativ. Industriais	---	---	252	1,1
Comercio de Mercadorias	504	4,9	1.719	7,1
Prestacao de Servicos	1.909	18,6	5.009	20,4
Transporte Comunicacao	567	5,5	880	3,6
Atividades Sociais	308	3,0	1.456	5,9
Administracao Publica	511	4,9	779	3,2
Outras Atividades	557	5,4	1.044	4,2
Condicao Inativa	---	---	---	---
Procurando Trabalho	---	---	642	2,6

FONTE: FIBGE

* - Item subdividido a partir do censo de 1980

2-Evolução Demográfica e outros indicadores sócio-econômicos

A evolução e composição da população até o chamado ciclo industrial urbano, já de certa forma avaliada no tópico anterior, através dos ciclos econômicos-sociais.

A tabela (2) através dos dados dos censos de 1940 a 1980, mostra a evolução da população urbano/rural no município. Os dados apresentados indicam além do crescimento acelerado em termos numéricos da população a partir de 1970 (duplica), a inversão da relação urbano /rural representada nas ultimas décadas por 95% da população. Uma observação deve ser feita em relação ao censo de 1970. A definição do que é urbano, feita por lei municipal, nem sempre significa a existência de uma infraestrutura urbana, mas visa elevar a arrecadação do IPTU (Imposto Territorial Urbano) pela incorporação das áreas com características ainda rurais.

TABELA 2

EVOLUCAO DA POPULACAO URBANA E RURAL, NO MUNICIPIO DE COTIA, DE 1950 A 1980

ANO	1950		1960		1970		1980	
POPULACAO	N	%	N	%	N	%	N	%
URBANA	1.271	10,4	3.250	20,5	29.638	95,8	59.988	95,3
RURAL	10.947	89,6	12.601	79,5	1.286	4,2	2.964	4,7
TOTAL	12.218	100,0	15.851	100,0	30.924	100,0	62.952	100,0

FONTE: CENSOS/IBGE

Esse critério influenciou nos dados do censo quanto a classificação da população, que, apesar de retratar um fenômeno real que a industrialização provocou no município, talvez distorça um pouco os dados na quantificação dessa inversão.

A tabela (3) mostra a distribuição, em 1980, da população urbano/rural por Distrito de Paz. Os dados revelam que praticamente, Caucaia do Alto apresenta um pouco de população com características rurais no município (em torno de 15,4%), Cotia menos e em Vargem Grande não existe população classificada como rural.

TABELA 3

POPULACAO URBANO-RURAL, SEGUNDO DISTRITOS DE PAZ, MUNICIPIO DE COTIA, 1980

DISTRITO DE PAZ	COTIA		CAUCAIA DO ALTO		RAPOSO TAVARES	
	N	%	N	%	N	%
POP. URBANA	45.414	95,60	4.797	84,60	9.777	100,00
POP. RURAL	2.091	4,40	873	15,40	-	-
TOTAL	47.505	100,00	5.670	100,00	9.777	100,00

FONTE: CENSO 1980 - IBGE

A tabela (4) apresenta por Distrito de Paz, a taxa de crescimento nas décadas 60/70 e 70/80 e a sua participação percentual no município de Cotia. Os dados mostram os seguintes aspectos:

- taxas de crescimento geométrico anual elevadas de 7,94 e 7,12 para as duas décadas;

- as regiões do município que mais crescem são as de Cotia e VGP por representarem o polo de industrialização do e o inverso se observa com Caucaia do Alto, onde ainda se concentram as atividades rurais, influenciadas por sua localização, que se afasta do eixo da Rodovia R. Tavares.

Em relação ao crescimento, os dados do censo mostram a forte influência do componente migratório, principalmente a partir de 1960, atingindo valores mais significativos na década de 70. Apesar de um decréscimo relativo deste componente no final do período, os dados do último censo mostram um percentual em torno de 50% da população que reside a menos de 5 anos no município. Esse fluxo migratório é representado, em sua grande maioria, por população de baixa renda, vinda do interior do Estado de São Paulo e de outros Estados (principalmente Minas Gerais) em busca de trabalho. Uma pequena parcela é representada por classes mais abastadas ou executivos, que instalam-se em loteamentos urbanos

ou pequenos sítios (Granja Vianna).

TABELA 4

EVOLUCAO DA POPULACAO EM 1960, 1970, 1980, TAXA DE CRESCIMENTO 60/70 E 70/80
NO MUNICIPIO DE COTIA, POR DISTRITOS DE PAZ.

DISTRITO DE PAZ	POP. 60		POP. 70		POP. 80		TAXA CRES. 60/70	TAXA CRES. 70/80
	N	%	N	%	N	%		
COTIA	10.906	75,7	21.278	69,8	47.505	75,5	6,91	8,36
CAUCAIA DO ALTO	2.125	14,7	4.564	14,8	5.670	9,0	7,94	2,19
VARGEM GRANDE	1.378	9,6	5.082	16,4	9.777	15,5	13,94	6,76
TOTAL	14.409	100,0	30.924	100,0	62.952	100	7,94	7,12

FONTE: FIBGE

A tabela (5) mostra a densidade demográfica observada em Cotia no último censo, por distrito de Paz. A densidade média do município de 177 hab./km², pode ser considerada baixa. A densidade de Caucaia do Alto é um pouco maior do que é apresentada na tabela, pois dos seus 177 km², 70 km², são considerados reserva florestal, onde os loteamentos ou assentamentos populacionais são proibidos. Mesmo assim, recalculando, a densidade demográfica não passa de 50 hab./km².

A tabela (6) em anexo, mostra a população dos censos de 70 e 80, de acordo com a faixa etária e por distrito, com dados estimados para os anos intercensitários.

As pirâmides populacionais de Cotia para os anos de 70 (figura 1) e 80 (figura 2), mostram uma população predominantemente jovem no município. A faixa etária de 0-19 representa, respectivamente 52% e 47% da população total. O seu formato espelha a situação demográfica dos chamados países do 3o. mundo, inferindo alta natalidade e mortalidade infantil por sua base alargada e uma esperança de vida relativamente baixa de sua população.

Crescimento Vegetativo, Migrat. e Total

Cotia de 1975 a 1980

PIRAMIDE POPULACIONAL POR SEXO E FAIXA ETARIA

MUNICIPIO DE COTIA (INCLUINDO A ATUAL VARGEM GRANDE PAULISTA) - 1970

Fonte: CENSO-1970-FIBGE

Fig. 1

PIRAMIDE POPULACIONAL POR SEXO E FAIXA ETARIA

MUNICIPIO DE COTIA (INCLUINDO A ATUAL VARGEM GRANDE PAULISTA) - 1980

Fonte: CENSO 1980 - FIBGE

Fig. 2

TABELA 5

AREA DE COTIA
POPULACAO, AREA E DENSIDADE POR DISTRITOS EM 1980

DISTRITO	POPULACAO	AREA EM KM	DENSIDADE POPULACIONAL
Caucaia	5670	177	32,03
Raposo Tavares	9777	29	337,14
Cotia	47505	148	320,98
TOTAL	62952	354	177,83

FONTE: IBGE

A tabela (7) mostra a distribuição da população economicamente ativa e razão de dependência por sexo no município de Cotia para os anos de 1970 e 80. Há um crescimento significativo no período, da população economicamente ativa de 32.2 em 1970 para 39 em 1980, diminuindo a relação de dependência de 1:31 para 1:26, respectivamente.

A renda familiar tabela (8) por faixa de salário mínimo e os respectivos percentuais para os anos 70 e 80 mostra os seguintes aspectos:

1 - uma diminuição significativa dos percentuais de renda de até 01. salário mínimo no período de 23.2 para 8.1;

2 - uma elevação também significativa do percentual de famílias pertencentes a faixa de 1/5- salários mínimos passando de 6.8 para 21.4;

3- apesar da relativa melhora da renda familiar em Cotia, ainda permanece alto o percentual das famílias que percebem menos de 5 salários mínimos (62%).

A interpretação desses dados, levando em consideração as informações anteriores do crescimento da população economicamente ativa (contada a partir de 10 anos de idade) e a distribuição por setores de produção, infere a existência de dois processos em curso no município neste período:

TABELA 7

DISTRIBUICAO DA POPULACAO ECONOMICAMENTE ATIVA E RAZAO DE DEPENDENCIA,
COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1970 E 1980

POPULACAO	1970			1980		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES	TOTAL	HOMENS	MULHERES
TOTAL	30.957	16.149	14.808	62.952	32.120	30.832
ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA)	9.994	8.065	1.929	22.551	17.834	4.717
RAZAO DE DEPENDENCIA	1:3,1	(1:3,8)	(1:16,0)	1:2,6	(1:3,5)	(1:13,3)
PEA/POPULACAO TOTAL (%)	32,3	49,9	13,0	35,8	55,5	15,3

FONTE: IBGE - CENSOS DE 1970 E 1980

Segundo a Fundacao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica (IBGE), a populacao economicamente ativa representava 32,2% da populacao total, em 1970.

(*) - Para o periodo 1980/85, a Fundacao SEADE estimou uma taxa anual de crescimento geometrico de 6,1% ao ano.

TABELA 8

RENDA FAMILIAR, POR FAIXA DE SALARIO MINIMO E
RESPECTIVOS PERCENTUAIS, COTIA 1970 e 1980.

ANO	1970		1980	
	N	%	N	%
ATE 1	1.361	23,2	1.194	8,1
01 a 05	3.572	60,9	7.984	54,3
05 a 10	400	6,8	3.152	21,4
10 a 20	212	3,6	1.207	8,2
20 e +	53	0,9	828	5,6
Sem Renda	137	2,3	144	1,0
Sem Declaracao	127	2,2	198	1,3
TOTAL	5.862	100,0	14.707	100,0

FONTE: FIBGE

- O primeiro processo pode ser caracterizado pela formação da renda familiar com a crescente participação da mulher e do menor como força de trabalho e o crescimento dos setores de economia informal (sub emprego) que, de certa forma, vem elevando nominalmente a renda familiar. Nem sempre esse processo tem representado uma melhoria significativa de padrões de vida desta faixa de população, em função da conjuntura econômica principalmente a partir de 80, onde as taxas inflacionárias tem reduzido o padrão real de compra dos salários.

- O segundo processo pode ser caracterizado pela formação de uma camada média no município, através do crescimento das funções urbanas, ou trazendo população de fora do município ou pela própria diferenciação dos municípios através da educação e/ou outros fatores (autônomos, etc).

Os dados referentes aos indicadores de saúde do município, e sua evolução no período serão apresentados na discussão sobre o impacto dos Serviços de Saúde.

3 - PODER LOCAL E AS FUNÇÕES URBANAS

O objetivo central deste tópico é o de caracterizar sucintamente o poder local, através das diferentes gestões da Prefeitura de Cotia. O material recolhido por meio de depoimentos de ex-prefeitos e lideranças locais somados ao material escrito de balanço das diferentes gestões, são fundamentalmente, os elementos que serviram de base para formular essa caracterização. Neste sentido, ela é mais um quadro de referência para o tema central do trabalho, que propriamente um estudo sobre o poder municipal.

A primeira preocupação do autor foi recuperar no período do ciclo urbano industrial (a partir de 1950) a lista de Prefeitos eleitos no município.

O quadro abaixo relaciona o período e os nomes dos prefeitos eleitos:

Gestão 51 - 55 = Dr. Waldemar Albano (médico)

56 - 59 = Carmelino Pires de Oliveira (agricultor)

60 - 63 = Emilio Guerra (empresário)

64 - 67 = Mario Isaac Pires (agricultor)

68 - 72 = Kenji Kira (comerciante)

Dr. Waldemar Albano (médico) (vice) substitui o
prefeito no 2o. ano de mandato.

73 - 76 = Mario Isaac Pires (agricultor)

76 - 82 = Carmelino Pires de Oliveira (agricultor)

83 - 88 = Mario Isaac Pires (agricultor)

A análise dos nomes dos prefeitos nesse período de quase 40 anos, mostra que existe uma alternância de 3 líderes locais no executivo municipal: - Dr. Waldemar Albano, Mario Isaac Pires e Carmelino Pires de Oliveira, representando em termos de anos de exercício, 8, 14 e 12 respectivamente, sendo que os dois últimos pertencem à mesma tendência política. Segundo o depoimento do ex-prefeito Carmelino Pires de Oliveira, Cotia sempre foi dominada politicamente por espécies de "Dinastias", de caráter familiar, que representavam o poder dos donos de terra ("Coronel"), desde o final do século passado. A primeira família a dominar politicamente Cotia foi do "Coronel" Jesuino Pereira Leite", em seguida, já na década de 20 é a família Nunes, da região de V.

Grande, que se constitui na grande liderança local.

O "Coronel" Quinzinho Nunes, depois seu genro Emilio Guerra, que não é ligado a terra, (possui uma frota de ônibus intermunicipais) é que vão constituir-se na 2a. Dinastia política com total hegemonia até a década de 50. A ligação desses políticos locais com os partidos, é variável de acordo com a época, prevalecendo mais a lógica da relação com governantes Estaduais e outros interesses que propriamente uma ideologia partidária. O Partido Republicano, Social Progressista e Social Democrático, são as siglas pelas quais até 1964 se elegeu a maioria dos prefeitos em Cotia. A terceira família que entra na política Cotiana como oposição a Emilio Guerra é a Pires de Oliveira, agricultores da região de Caucaia do Alto, através do Sr. Carmelino de Oliveira, que concorre a prefeitura pela primeira vez em 1947. Este somente vai conseguir a sua 1a. vitória em 1956. Por ser admirador de Getulio Vargas, é procurado na época por correligionários deste e funda em Cotia o PTB, sigla pela qual disputa as eleições.

Mario Isaac Pires, também agricultor em Caucaia do Alto, é levado a política pelas mãos desse novo grupo de oposição. Assim, no período pos 50, pode-se dizer que se instala a 3a. Dinastia política no município, constituída pela família Pires de Oliveira. O médico Dr. Waldemar Albano é ligado á corrente do Sr. Emilio Guerra e exerce dois mandatos no executivo (51-55 e por substituição de 68 a 72), neste período além do próprio Emilio Guerra. A partir de 64 as gestões são divididas, praticamente, entre Mario Isaac Pires (3 mandatos) e Carmelino Pires de Oliveira (1 mandato).

As grandes preocupações, em linhas gerais, dessas lideranças municipais em relação ao desenvolvimento de Cotia, foram de facilitar ao máximo o acesso a Capital, através da melhoria das estradas (escoamento de produtos agrícolas), atrair a implantação de industrias no município (através de isenções de taxas e facilidades de instalações), conseguir através de bons relacionamentos com o governo do Estado investimentos em áreas sociais (construção de escolas, postos de saúde, merenda, etc), e executar melhoramentos urbanos (luz elétrica, asfaltamento de ruas e saneamento básico).

Apesar do enorme processo de industrialização ocorrido no período, as receitas municipais são escassas, frente aos problemas urbanos gerados pelo crescimento populacional intenso. Este fato, intensificado pela politica fiscal do período de concentração e orçamentos a nível federal e estadual, exacerba a dependência municipal a essas outras esferas e ao estabelecimento do clientelismo nos dois lados do sistema.

Falcão (79) comenta isto, dizendo que " a concentração orçamentaria favorece a fartura federal e a premente penuria municipal. Acaba o ministro substituindo o prefeito. O prefeito é o intermediário entre o ministro de hoje e o eleitor de amanhã. No fundo, as empresas públicas, autarquias e bancos estaduais são

os novos coroneis ... coroneis estatais, no controle das verbas, favores, do eleitor, enfim ".

Na administração do executivo, a característica central desse período é uma consolidação dos grupos de confiança dos prefeitos, incluindo gradativamente seus próprios familiares nos cargos executivos. A última gestão do prefeito Mario Isaac Pires apresenta em seu balanço geral, as pessoas responsáveis pela administração, onde consta preenchendo esses cargos 80% de familiares (filhos, esposa, sobrinhos).

A concepção sobre a saúde das lideranças locais no período, estão vinculadas a 3 aspectos centrais: 1 - não se identifica uma estrutura própria para essa área no município, sendo englobada ao setor de Serviço Social, de responsabilidade da primeira dama do município; 2- a ausência de recursos humanos, intensifica o caráter assistencialista e mesmo clientelista da saúde no município; 3- em quase todas as prestações de contas feitas nessa área pelas gestões municipais, se enfatiza o serviço de Ambulância, que remove em média de 30 a 40 pacientes/mês - " a compra de ambulâncias, encaminhamentos e internações a vários hospitais de São Paulo, S. Roque e Sorocaba" (80).

4- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO ATÉ 1970

Dois trabalhos realizados na Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, são as referências mais remotas dos aspectos específicos de saúde no município, datados de 1926 e 1928.

O 1º investiga um surto de varíola no município, feito pelo aluno Estevam J. Almeida Prado (81) e o 2º é uma investigação sanitária de Cotia do aluno Ilphaneu dos Santos (82).

Ambos relatam as precárias condições de saúde da população, e a pobreza da cidade. Não havia médico, nem serviços de saúde no município, apenas uma farmácia.

A maioria dos dados sobre mortalidade são precários, sendo suas causas anotadas e não especificadas, com exceção das por acidentes, homicídios e suicídios, representando menos de 1% das mortes registradas.

Relatam ainda as condições de saneamento, água, esgoto (inexistentes), e do lixo da cidade. A mortalidade proporcional para < 1 ano, calculada, chega em média a 50% e o coeficiente de mortalidade infantil estimada a população, em quase 300/00 nv.

Quanto a serviços de saúde, Santos refere que " existe na vizinha cidade de S. Roque um posto de higiene, dirigido por um médico e provido de material necessário para os fins a que se destina. A este posto esta subordinado a cidade de Cotia e ,por tal motivo, facil é imaginar-se o pouco que pode contribuir para as necessidades deste município".

Quanto a educação sanitária, e a consciência sobre problemas de saúde, refere ser muito precária, mesmo porque o sistema educacional deficiente, somado aos aspectos culturais da população eram determinantes fortes para a manutenção dessa situação. Santos, por exemplo cita que em 1908, "o Sr. Joaquim Barreto, então prefeito municipal, tentou estabelecer algumas medidas higiênicas mas viu logo a utopia de suas pretensões, tal foi a má vontade que por toda parte encontrou, principalmente ajuda oriunda de sábia ignorância dos matutos vereadores, que classificavam de desperdício as pequenas despesas que por ventura se fizessem neste sentido" (82).

Prado (84) assim descreve suas impressões sobre a cidade "Cotia, sede do município de igual nome e portanto expoente máximo de sua civilização, é uma cidade atrasadíssima, nada se adiantando de 200 anos para cá. Seus prédios são na maioria de taipas e nos mostram em seus estilos e aspectos, a sua remota construção. Na época em que foram feitos, podia ser que higienicamente eram boas, (para o adiantamento higiênico da época), mas atualmente, nada valem sob este ponto de vista. Com o atraso, e com a falta de higiene local, deduzimos que o campo era bastante apto para que a varíola ali florescesse e produzisse seus amargos frutos, e se isto não aconteceu, foi somente devido a presteza e energia com que o Serviço Sanitário tomou as necessárias providências".

Chama ainda a atenção dos visitantes, o problema do alcoolismo na vila. Santos, ao se referir ao problema diz que "o alcoolismo impera desbragadamente em Cotia. Temos a impressão que, se se realizasse uma conferência anti-alcoolismo ao público de Cotia, o conferencista, antes de terminar a sua oração, estaria completamente embriagado pelo halito de seus ouvintes".

A chegada do 1º médico ao município data de 1936, Dr. Waldemar Albano, que se fixa na rua principal, onde reside, tem seu consultório e monta uma pequena farmácia.

O Dr. Albano, num depoimento, relata as dificuldades desse período, desde o deslocamento da população ao núcleo urbano, a dificuldade de remeter os casos mais complexos a São Paulo, (dada pela estrada que era muito ruim, e quando chovia, às vezes não se conseguia passar) e pela ausência de serviços hospitalares em São Paulo. Praticamente só havia a Santa Casa e no caso de partos, a dificuldade era ainda maior.

O contingente grande da demanda, relacionava-se a problemas de saúde ligados ao saneamento básico, (diarreias, verminose), carenciais e infecto-contagiosas, (tbc, sarampo, tétano, etc).

Segundo ainda o Dr. Albano existem três fatos fundamentais, que marcam a melhoria da assistência em Cotia, a saber:

1 - O asfaltamento da Rodovia Raposo Tavares; 2 - Inauguração do Hospital das Clínicas de São Paulo; 3 - A compra de uma ambulância por parte da Prefeitura Municipal. Todos eles

relacionados ao melhor acesso aos serviços da Capital.

O primeiro posto de atendimento médico público data de 1948. Este primeiro posto atendia também as regiões de Itapevi e Jandira, sendo precárias suas instalações e de pouco impacto nas regiões. As dificuldades dos profissionais, somadas a carencia de recursos, limitaria bastante a ação deste 1º Centro.

Em 1968, um grupo de trabalho formado pelos alunos da Faculdade de Saúde Pública, realiza um levantamento dos dados de saúde da região, descrevendo os recursos de saúde existentes no município (83):

- 1 - Posto de Puericultura de Sede (PPS) - 1967
- 2 - Ambulatorio Médico Municipal (AMM) - 1967
anexo ao PPS (sede)
- 3 - Posto de Puericultura de Caucaia do Alto (PPC)
Distrito de Caucaia do Alto
- 4 - Posto de Assistência Médico Sanitária
(futuro CS III) - (SEDE)
- 5 - Ambulatorio Médico e Posto de Puericultura de
Assistência Social Santo Antonio (km 24 - Granja
Vianna)

O relatório ressalta no gerenciamento deste sistema o grande papel da Prefeitura de Cotia: " No tópico Assistência Social do Município de Cotia, a Prefeitura dispende cerca de Crs\$25.000,00 mensalmente com despesas que vão desde o fornecimento de leite e medicamentos, até a remoção de pacientes para nosocomios da Capital, e o custeio de urnas funerárias para o enterro de pessoas, cujas famílias eram carentes de recursos (86)". Na Saúde a despesa mensal era assim distribuída:

Recursos Humanos:

10 médicosCrs\$ 5.20 hora/médico

05 motoristas.....Crs\$ 177.25

01 atendenteCrs\$. 124.25

02 serventesCrs\$ 116.62

Medicamentos :

consumo e distribuição para o PPS e AMM - Crs\$ 3.200.00

custeio de receitas para a população nas farmacias Crs\$
6.000,00

aluguel do PAMS -Cr\$ 150,00

outras despesas -Cr\$ 1.650,00

Constam desta categoria:

- manutenção dos ambulatorios, distribuição de leite, materiais, etc.

O levantamento do numero de remoções e utilização das 3 ambulancias e 2 veiculos, mostra uma media de 3 remoções por dia, alem das viagens para levar doentes e material para exames laboratoriais (I.A.Lutz) e radiografias (dispensário de Tbc Pinheiros). Os hospitais da Capital com maior fluxo de encaminhamentos eram: Hospital das Clínicas, Hospital Emilio Ribas, Hospital da Cruz Vermelha, Cruzada Pró-Infancia, Hospital Perola Byington, Amparo Maternal, Santa Casa de São Paulo, Hospital São Camilo.

O quadro das Unidades existentes e dados de funcionamento em 1968- Município de Cotia estão em anexo.

Como já foi dito, apesar de 80% dos serviços terem uma vinculação estadual, grande parte das despesas de saúde na época, é realizada pela Prefeitura. A ausencia de uma estrutura própria para gerenciar a saúde, tanto por parte do Estado, quanto da Prefeitura, não estabelece, a nível do município nenhum tipo de coordenação entre as diversas unidades. Outro aspecto que ressalta é a ausencia de programas e de avaliação dos resultados. O grupo de trabalho ao analisar a situação da assistência social da Prefeitura de Cotia, refere que esta " desenvolve algumas atividades de assistencia social, atraves de auxilios com carater predominantemente paternalista e politico". Durante as várias gestões municipais esse tipo de atividade, tinha quando não a direção direta, a colaboração da esposa do prefeito a de um grupo de senhoras voluntárias. Não havia nenhuma estrutura técnica organizada para o desempenho das funções saúde.

Em entrevista com os dois médicos residentes no município, um que havia sido prefeito e o outro vereador, o relatório do trabalho da FSP (83) registra 4 percepções sobre a saúde do município três coincidentes e uma discordante, a saber:

O primeiro ponto era a necessidade da implementação de leitos hospitalares para a resolução dos problemas mais agudos da população, parto (a maioria ainda era feito no domicilio, quando não era encaminhado a São Paulo ou São Roque com extrema dificuldade), pequenas emergencias clínicas e cirurgicas. O Dr. Federighi relata ainda sua experiencia em organizar um Pronto Socorro no município com 8 leitos, banco de sangue, berçário e sala de emergencia;

" Tudo funcionou bem, tivemos bom movimento, inclusive de maternidade e cirurgia de emergencia. O fechamento foi devido a ausencia de apoio municipal e de colegas para auxiliarem o

atendimento"

O segundo ponto, é a dificuldade em conseguir médicos e outros profissionais para a área. A cidade não tem atrativos e o Dr. Albano alia este fato a inexistência de serviços médico hospitalares, capazes de sobreviver.

O terceiro ponto é o mau funcionamento dos serviços dos postos, e a ausência de cooperação efetiva dos governos estaduais para melhoria das atividades sanitárias no município.

O quarto ponto conflitante, se referia à resposta a uma pergunta, levando em conta a experiência prática dos médicos, sobre a integração do Centro de Saúde ao Hospital. O Dr. Edson, então chefe do PAMS do Estado, respondeu que deveriam ser independentes e o Dr. Albano via esta integração como necessária, referindo-se ao Centro de Saúde, como uma porta de entrada ao Hospital.

"Discussão sobre o Contexto Municipal"

A discussão do contexto municipal, sinteticamente apresentada neste capítulo cumpre na visão do autor duas funções básicas: a primeira já explicitada, que é a de entender as determinações e limitações que o espaço local, possa ter ao desenvolvimento da experiência em si e a segunda remete à discussão do processo de descentralização e municipalização de serviços de saúde, tendo em conta as diferentes tipologias de município existentes.

O primeiro aspecto a ser discutido refere-se a valorização do processo de formação econômico-social do município.

Chama a atenção no caso de Cotia a relação de dependência histórica nos diferentes ciclos econômicos, à polos de atração (Sorocaba/Capital) externos ao próprio município. Este fato cria, principalmente no último ciclo (industrial) um descompasso entre o crescimento de demandas das funções urbanas do município e as elites dominantes locais.

A entrada das indústrias, no município como processo externo, traz de um lado, o aumento relativo da receita para a Prefeitura e de outro lado a alteração do perfil demográfico, introduzindo um contingente populacional migratório, que amplia a demanda de serviços públicos nas diferentes áreas (transporte, saneamento básico, eletricidade, saúde, educação, etc).

Nesse contexto o sistema político não altera sua representação do poder local, (coronelato de traço predominantemente rural familiar), que se alia a parcelas da camada média do núcleo urbano velho do município, para empreender a administração da coisa pública. As camadas de trabalhadores rurais e os recém chegados migrantes, também a maioria vindo de áreas rurais, que vão constituir a população do novo espaço urbano, ficarão fora desse esquema de representação local. As

formas de participação dessas camadas (que vão se constituir na décadas de 60 e 70, na maioria da população de Cotia) é o voto e a demanda de "favores" ao poder público. Este é o quadro referencial que vai delimitar no processo de formulação e implementação das propostas de participação social, a nível do projeto no espaço local.

Essa conformação político social do município, conjuntamente com a evolução do contexto político administrativo estadual e municipal vão caracterizar um padrão de intervenção municipal na chamada área social e em especial na saúde. Do ponto de vista de evolução do quadro político nacional, pode-se dizer, que o incipiente movimento de maior autonomia de gestão municipal do final da década de 50 e início da de 60, sofre um corte brusco pós 64, com a implantação de uma política de centralização (já referida) por parte do governo federal, que passa gradativamente a esvaziar tanto os municípios, quanto os estados de parcela significativa dos impostos. Nesse sentido as políticas sociais passam agora a depender ainda mais de "relações boas" do ponto de vista político, para que as prefeituras possam dar respostas as demandas nessas áreas. Educação (construção e manutenção de escolas), saneamento baPH'sico, saúde, habitação, passam por essas negociações. A imagem que Falcão () faz do coronelato estatal, é perfeita para caracterizar esse momento. Esses fatos somados as características históricas de formação de cada município, vão determinar objetivamente a organização e os projetos nessas áreas.

A discussão da evolução dos serviços de saúde no município de Cotia, constitui uma tipologia desse processo.

As características do projeto de interence na saúde a nível municipal reflete no contexto acima referido. Atende a uma concepção de assistência social para pobres e indigentes em carater de atendimento a demanda expontanea e emergencial (primeiros socorros), ausência ou o pouco desenvolvimento de ações preventivas e de saúde pública, a dependência de assistência médica a capital, daí a ênfase ao sistema de transporte (ambulâncias).

Outro aspecto importante dessa tipologia é que as unidades prestadoras de serviço, não podem ser chamadas de rede de serviços, nem conformar um sistema local, concebido nos seus princípios organizativos, dado o grau de desarticulação existente e a ausência de uma estratégia e direção única dentro do município.

Se discurtirmos essa conformação dos serviços de saúde em Cotia do ponto de vista das lógicas propostas por Mendes () quanto ao retorno econômico ou social e ao tipo de organização de demanda e oferta individual ou coletiva, vemos que essa tipologia, foge das formas polares apresentadas (demercado e coletiva), podendo ser classificada como um tipo híbrido que mantém uma lógica de atendimento a demanda individual, pensando em um retorno social.

Ela pode ser vista ainda, quando analisamos o perfil epidemiológico da morbi-mortalidade (alta - mortalidade materno-infantil, predominância de casos infecto contagiosos) com uma organização pública de unidades primárias, com graus elevados de ineficiência, ineficácia, enquanto impacto sobre essa realidade.

O padrão de intervenção pública em Cotia, tem hegemonia de concepção municipal. A referência das normas políticas da SES, da constituição do C.Saúde Escola como unidade polivante e a introdução de técnicas de programação são praticamente nulas, muito distantes do nível de preocupação local sobre a saúde. A referência da entrevista sobre o "descaso das autoridades estaduais" reforça esse ponto de vista.

As lideranças locais é que pensam na saúde do município, dentro das características do modelo referido. Serão essas lideranças que enfocando o problema da assistência médica no município, vão iniciar o movimento pró Santa Casa. Essa formula de resolver o problema tem ajudado com o diagnóstico do sistema e a própria cultura assistencialista a paternalista de suas lideranças.

Quanto a factibilidade de desenvolvimento de um tipo de projeto na área de saúde de características externa no município, tipo de empresa médica ou construção de Hospital tipo privado lucrativo, é vista pelo autor como pequena. Infoca esta visão no contexto local, o grau de desenvolvimento do município do ponto de vista econômico e social, que ainda é inexperiente comparado a outros polos metropolitanos (Osasco, Guarulhos, ABC), capazes de atrair o interesse de grupos para viabilizar propostas nessa área. O tipo de inserção industrial no processo local, também não vai gerar interesse desse setor, como veremos mais a frente na viabilização do projeto, na total ausência de sua participação.

QUADRO DAS UNIDADES DE SAUDE EXISTENTES EM 1968 - MUNICIPIO DE COTIA

	INICIO DA ATIV.	INSTITUICAO RESPONSAVEL	HORARIO	RE.HUMANOS	ATIVIDADES DESENVOL.	DADOS 67/68 MEDIA MENSAL
POSTO DE PUERICULTURA	1967	Prefeitura Convenio - Departamento Estadual da Crianca	7-17 Hs	1 Medico-40 hs 2 Atend.Enfer.	Cons.Medica Vacinaçao Educ.Sanit.	CM = 880 VAC. = 437
AMBULATORIO MEDICO MUNICIPAL	1967	Prefeitura	8-16 Hs	1 Medico-40 hs 1 Aux.Enfer. 1 Atend.Enfer.	Cons.Medica Adulto Emergencia	CM = 360 CURAT. = 54
POSTO PUERICULTURA CAUCAIA DO ALTO	1960	Secretaria de Saude D.E.C.	8-12 Hs	1 Medico-20 hs 1 Atend.Enfer.	Cons.Medica Higiene Inf.	CM = 250
POSTO DE ASSISTENCIA MEDICA SANITARIA	1948	Prefeitura Convenio - S.E.S.	7-13 Hs	1 Medico-20 hs 1 Atend.Enfer. 2 Fisc.Sanit.	Cons.Medica Epidem. Vig.Sanit Atest.Saude	CM = 116 INSPECAO SANITARIA = 42 VAC. = 602
POSTO DE ASSISTENCIA ASSA	1961	Assistencia Social Sto. Antonio Instituicao Filantropica	8-16 Hs	1 Medico-20 hs 1 Atend.Enfer. 2 Motoristas 2 Aux.Enfer.	Cons.Medica Vacinaçao Remocoes Urg.	CM = 311 VAC. = 113 AT.ENFER. = 110 REMOCOES = 15

FONTE: TRABALHO DE CAMPO - MUNICIPIO DE COTIA, ALUNOS DA FACULDADE DE SAUDE PUBLICA - 1968

PARTE 2 - ESTUDO DO SISTEMA LOCAL DE COTIA

JUSTIFICATIVA E CRITÉRIOS PARA A PERIODIZAÇÃO

A idéia da periodização da experiência de Cotia, não surge a priori no trabalho, como hipótese. O recolhimento do material escrito (documentos, relatórios etc.) e do material falado (depoimentos, entrevistas, reuniões com a equipe local) foi o primeiro momento de identificação dos processos mais importantes ocorridos, e a partir de sua ordenação, surge a idéia de periodizar o estudo.

Os principais motivos em dividir a exposição do trabalho em períodos foram: a preocupação em facilitar a apreensão desses processos, o longo período da experiência de quase 20 anos, e as relações com fatores tanto internos quanto externos ao projeto.

O processo indutivo do ponto de vista metodológico que inicia essa idéia se embrica naturalmente com outro dedutivo que também aparece nesse processo de formulação do trabalho, que são as hipóteses introjetadas pela experiência vivida, pela bibliografia levantada sobre esse tema e a visão dos próprios protagonistas que ao relatar os fatos também expunham suas interpretações sobre as determinantes de cada processo.

Neste sentido, o estudo foi dividido em duas etapas centrais; a primeira de formulação, que vai de 1968 com a fundação da Associação Hospital de Cotia, até o início da implementação do projeto com o funcionamento do CSE (1975), a segunda mais extensa, de implementação, que vai de 1975 até 1988.

Nessas duas etapas, os grande tópicos de análise dos processos foram:

- Desenvolvimento Institucional - ligado aos processos de interdependência hierárquica, material e financeira da instituição sua conformação organizacional, e a relação com as diferentes instituições componentes do Sistema Local de Saúde;

- Desenvolvimento do Modelo Assistencial- ligado aos processos de interdependência funcional da proposta assistencial, à estrutura epidemiológica e social e aos princípios organizativos do Sistema Local;

- Desenvolvimento de Recursos Humanos- ligado aos processos da política institucional na área de Recursos humanos, principalmente nos aspectos ligados a capacitação e treinamento local;

- Desenvolvimento Físico - ligado ao planejamento e ampliação da infraestrutura dos serviços de saúde.

A etapa de implementação do projeto, estabelece com o contexto político administrativo federal, estadual, municipal uma interrelação marcada por inflexões importantes tanto institucionais quanto na dinâmica do modelo assistencial. Neste sentido, o autor delimitou dentro dessa etapa tres períodos, que caracterizam esses momentos de inflexão ou de reorientação na

condução do sistema local.

O primeiro período de 1975 a 1981, da conformação do sistema local de saúde em Cotia, tem como características básicas, a inserção do projeto no contexto político, administrativo como proposta alternativa as formas de concepção do Sistema de Saúde Brasileiro. Como tal se organiza estabelecendo uma condução particular tanto nas formas de financiamento, quanto no próprio funcionamento do modelo assistencial e da área de recursos humanos, adquirindo uma aderência a problemática local e um grau de autonomia de gestão que viabiliza o projeto através de uma estratégia e direção única dos serviços de saúde, dentro do espaço local.

O segundo período de 1982 a 1985, pode ser visto como uma consolidação do sistema local, mas a principal característica desse período, é a mudança de seu caráter alternativo enquanto projeto e sua inserção mais efetiva, a nível da política estadual da saúde, através do programa metropolitano de saúde. Esse fato além da repercussão nas formas de financiamento do projeto (investimento e custeio), amplia as estratégias do projeto a nível subregional e de certa forma consolida a proposta assistencial e de recursos humanos.

Pode-se dizer que o projeto entra na fase das Ações Integradas de Saúde.

O terceiro período de 1985 a 1988 (último ano estudado pelo autor), é caracterizado por uma crise institucional do sistema, onde a rápida dinâmica do contexto político administrativo redefine papéis institucionais, com as propostas desenvolvidas pela implementação do SUDS. O processo de municipalização da rede básica e a ampliação dos leitos de 50 para 180, tendem a reorientar a relação do nível secundário do sistema projetando para o sistema local, novas estratégias de condução.

O quadro em anexo, procura sintetizar em cada etapa e período os principais aspectos relativos ao Desenvolvimento Institucional, do Modelo Assistencial, Recursos Humanos e Desenvolvimento Físico.

QUADRO DE REFERENCIA RELATIVO A PERIODIZACAO - SISTEMA LOCAL DE COTIA

	68 - 74	75 - 81	82 - 85	86 - ...
A - DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	1-Fundacao da A.H.C. 2-Constituicao de Estatutos e nucleo dirigente 3-Formacao da Receita .Auxilio Governo Estadual .Doacoes da comunidade .Campanhas de Fundos 4-Inicio do Funcionamento .Convenio FSP/SES/AHC	1-Consolidacao do nucleo dirigente 2-Formacao da Receita .50% doacoes e auxilios .50% operacao dos servicos 3-Convenios: -Setor Publico .SES - CSE/Leito-Dia .INAMPS - Leito-Dia .Prefeitura Cotia - PAS -Setor Privado .ASSA - Posto Saude .Empresas Medicas-Leitos 4-Auxilio Externo .Fundacao Kellogg 5-Estrutura Organizacional .Direcao Unica-Hosp/C.S. .Conselho Tec. Administ. .Servico Medico Unico	1-Formacao da Receita .90% operacao dos servicos 2-Convenios: -Setor Publico .INAMPS - MEC/MPAS .Prefeitura VGP/CS .Acidente de Trabalho .Idem periodo anterior -Setor Privado .Idem periodo anterior 3-Inicio da Municipalizacao .Vargem Grande Paulista 4-Estrutura Organizacional .Periodo de Transicao .Criacao das CIMS .Direcao Unica	1-Formacao da Receita .30% doacoes/rec.financ. .70% operacao dos servicos 2-Implantacao do SUDS .Municipalizacao de Cotia .Termo de Adesao 3-Convenios: -Setor Publico .SUDS - Termo de Adesao .Idem periodo anterior -Setor Privado .Idem periodo anterior 4-Auxilio Externo .Fundacao Kellogg 5-Estrutura Organizacional .Reformulacao da area tecnica administrativa .Reordenamento organizac.
B - MODELO ASSISTENCIAL	1-Concepcoes Doutrinarias .Hospital de Comunidade .Integracao Sanitaria (Assistencia Medica/ Saude Publica) .Centro de Saude acoplado ao Hospital	1-Concepcao do Sistema Local de Saude .Regionalizacao .Hierarquizacao de servicos .Integralidade de acoes .Programa Basicos de Saude .Integracao Intersectorial .Sistema de Informacao .Participacao comunitaria 2-Nivel Secundario do Sistema .Abertura Unid. Internacao .Pronto Socorro	1-Consolidacao do Sist. Local .Ampliacao dos Programas .Extensao de Cobertura .Descentralizacao .Criacao de P. Comunitarios 2-Desenvol. do Modelo p/ area Distrital .Dist.Doc.Assist. - Projeto .Programa Metropolitano de Saude	1-Idem ao anterior 2-Nivel Secundario .Aumento Complexidade .Fisioterapia 3-Rearticulacao do Hospital .Rede Basica - Cotia/VGP 4-Rearticulacao Hospital .Area Distrital .Referencia p/ internacao .4 Clinicas Basicas

QUADRO DE REFERENCIA RELATIVO A PERIODIZACAO - SISTEMA LOCAL DE COTIA

	68 - 74	75 - 81	82 - 85	86 - ...
C - RECURSOS HUMANOS	1-Concepcoes Doutrinarias .Desenvolvimento Centro de Treinamento p/ profis. .Saude Publica .Administracao Hospitalar .Medico Geral	1-Treinamento Nivel Medio Elementar .Aux. Visitadora/Tratamento .Atend. Enfermagem 2-Nivel Superior .Resid.Medica - FCM Sta.Casa .Estagio Multiprofissional .Saude Publica .Administracao Hospitalar	1-Idem ao anterior 2-Programa de Residencia Med. Geral Comunitaria 3-Projeto Centro Distrital de Recursos Humanos	1-Idem ao anterior 2-Implantacao do curso de Aux. de Enfermagem 3-Implantacao Centro de Treinamento Distrital de Recursos Humanos
D - DESENVOLVIMENTO FISICO	1-Planejamento Fisico .Hospital/CS = 150 Leitos .Sistema Pavilhonar .Construcao por Fases 2-Termino da construcao da primeira fase .50 Leitos/C.Cirur.Obst. .C.Saude/Pronto Socorro .Unidade de apoio .Diagnostico Terapeutico .Administrativo	1-Readequacao fisica da Rede Basica de Saude -Reforma e ampliacao: .CS = Calcaia do Alto ASSA .PAS = Vargem Grande P. 2-Construcao Residencia de Estagiarios	1-Planejamento Fisico (*) .Segunda Fase - Hospital/CS .Unidade Basica de Saude (*)-Coordenacao do PMS	1-Termino da construcao da segunda fase .180 Leitos .PS - Ampliacao .C.Cirur.Obst. - Ampliacao .Area de apoio diagnostico, terapeutico

1a. FASE - FORMULAÇÃO DO PROJETO

1a. PERÍODO 1968-1975

- Antecedentes para a criação da Associação Hospital de Cotia

A primeira iniciativa que surge em Cotia, para melhoria dos problemas de saúde do município após a experiência frustrada do médico Dr. Edson Federighi de criar um pronto socorro e uma maternidade, é o movimento pró Santa Casa de Cotia.

A idéia de começar um movimento pró Santa Casa surge do juiz de direito do trabalho Dr. Rubens Ferrari, proprietário de um sítio no município e do advogado Dr. Oswaldo Manuel de Oliveira, que começaram a articular reuniões, juntando lideranças de comunidades para aderir ao projeto. Este movimento teve início em 1967, e começa plantar a idéia de um pequeno hospital tipo Santa Casa que pudesse atender a população do município.

Entram para o movimento um outro sitiante, diretor da Casa de Detenção de São Paulo Sr. João Tavares, o médico Dr. Edson Federighi da cidade e diretor do posto de saúde, o comerciante local Sr. Haruyuki Yano, Sr. Benedito Viviani construtor da Cooperativa Agrícola de Cotia, Dr. Epitácio da Rocha Gadelha médico que exercia a profissão em São Paulo, o farmacêutico Sr. Aurelio Velho e o contador Calil Nicolau.

Esse grupo sob a liderança do Dr. Rubens Ferrari começa a estabelecer contactos com os grupos locais e ampliá-los. Um dos contatos desse grupo é com o Prof. Odair Pedroso, que como sabiam, tinha larga experiência em administração de hospitais e também era sitiante em Cotia.

O Prof. Odair se entusiasma com a idéia, introduz no grupo mais dois médicos com experiência em hospitais, a Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, superintendente na época da Santa Casa de São Paulo e o Dr. Eurico Toledo de Carvalho que exercia também profissão em São Paulo. A entrada destes reforça e dá segurança ao grupo do ponto de vista técnico. Isso de um lado consolida a idéia de construir um Hospital na comunidade, mas por outro lado cria certas divergências quanto a concepção técnica do projeto.

Este fato irá se manifestar mais à frente quando da fundação da Associação Hospital de Cotia e a manutenção ainda por um tempo do movimento pró-Santa Casa, ficando estes sob a liderança de João Tavares, Edson Federighi, entre outros.

As divergências introduzidas diziam respeito à concepção da entidade mantenedora, o planejamento do Hospital e à própria condução do movimento.

Nesse período o grupo se reúne no cinema local, e começa a procurar área para a construção do Hospital, organizar seus estatutos e estudar a viabilização de fundos para realizar a obra.

No final do ano de 67 o movimento se divide, surgindo, de um

lado, a Associação Hospital de Cotia, e de outro a continuação do movimento pró- Santa Casa, que teve mais alguns meses de existência , e se dissolveu.

Fundação da Associação Hospital de Cotia

Fundadores - 1ª Diretoria

A ata da reunião de fundação da Associação Hospital de Cotia, registrada em 28 de Janeiro de 1968, é realizada no sítio Ituverava, de propriedade do Dr. Odair Pedroso, e conta com a presença das seguintes pessoas, além do dono da casa: Dr. Eurico Toledo de Carvalho médico, Dra Lourdes de Freitas Carvalho (médica), Dr. Epitácio da Rocha Gadelha (médico), Sr. José Carlos Mendes de Camargo (eletricista), Sr. Benedito Horacio Pedroso (comerciante), Dr Oswaldo Manuel de Oliveira (advogado), Sr. Haruyuki Yano (comerciante), Dr. Waldemar Albano (médico), Dr. Rubens Ferrari (advogado e juiz do trabalho) e o Sr. Benedito Viviani (empreiteiro).

De certa forma todos os presentes tinham alguma coisa que ver com o município, alguns nascidos ali, outros vindos de fora mas residindo há muito tempo, outros residentes na Capital e proprietários de sítios que durante os fins de semana serviam para o lazer e o contacto com a comunidade cotiana.

A composição social do grupo era de certa forma homogênea, classe média formada por profissionais liberais e comerciantes. 50% dos que participaram dessa primeira reunião eram médicos, dois deles ligados a Universidade, professores de administração hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da USP, dois profissionais que exerceram a maior parte de suas carreiras na Capital, e um que se mudou para Cotia na década de 30 logo após sua formatura e que foi o 1º médico residente no município a exercer a profissão, chegando em 1952 a ser prefeito da cidade.

Essa primeira reunião tratava de constituir a direção da nova Associação, definir seu estatuto e de estabelecer um fundo para despesas imediatas da entidade.

A composição da 1ª diretoria da Associação constituída foi a seguinte:

Presidente - Rubens Ferrari

Vice Presidente - Eurico Toledo de Carvalho

Secretário - Oswaldo Manuel de Oliveira

Tesoureiro - Haruyuki Yano

Diretores Adjuntos : Issao Kayano, Benedito Viviani

Conselho Técnico Consultivo -Odair Pedroso, Lourdes de

Freitas Carvalho, Epitacio Gadelha , Waldemar Albano e
Alberto Caputo

Conselho Fiscal - Calil Nicolau presidente

Titulares - João Tavares da Silva

Kenji Kira

Suplentes - Benedito Horacio Pedroso

José Carlos Mendes Camargo

Estatuto da Associação

O primeiro estatuto registrado da Associação Hospital de Cotia, elaborado pelos Drs Rubens Ferrari e Oswaldo Manuel de Oliveira, define como fins da mesma construir e fazer funcionar no município de Cotia, um estabelecimento médico hospitalar, constituindo-se uma entidade de caráter beneficente, sem fins lucrativos, que se propõe a ministrar assistência a população e a todos quantos acorram ao seu estabelecimento, sem distinção de nacionalidade, sexo, raça, crença política ou religiosa, levando em conta que toda a criatura humana tem direito a saúde. Toda a receita que obtiver, inclusive a resultante da cobrança de serviços será destinada a manutenção de serviços gratuitos a pessoas pobres.

Este capítulo do estatuto sofreria duas modificações, a primeira em Março de 68 por exigência de seu registro perante o Serviço de Medicina Social do Estado de São Paulo e a segunda proposta pelo Dr Odair Pedroso em Novembro de 74, objetivando tornar mais explícitos os fins da Associação, acrescentando a palavra filantrópico e ampliando seus objetivos e fins, introduzindo idéias doutrinárias relativas a saúde pública, integração sanitária, formação de recursos humanos e investigação em saúde.

O texto final aprovado em assembléia pela Associação ficou assim redigido:

" A Associação Hospital de Cotia, entidade filantrópica sem fins lucrativos tem os seguintes objetivos:

- manter, administrar e desenvolver atividades médicas hospitalares e para-hospitalares, que venha a criar ou assumir em doação ou comodato, dispensando assistência a enfermos e acidentados, gratuitamente ou não;

- desenvolver atividades de assistência social;

- contribuir para o ensino, formação e treinamento de

pessoal ligado a saúde pública;

- oferecer campo para o desenvolvimento da educação sanitária;
- oferecer campo de pesquisa nos setores de suas atividades.

Quanto a constituição das instâncias de direção da Associação no estatuto são definidas, Diretoria, Conselho Técnico, Conselho de Administração, Consultivo e Conselho Fiscal. Define ainda o Conselho de Administração como órgão soberano da entidade, sendo a última instância de decisões constantes do Art. 9º (reger a entidade, reformar os estatutos, votar proposta orçamentária, reexaminar decisões dos demais órgãos), além dos que reclamarem deliberações para casos omissos".

Em parágrafo único, o estatuto firmava que " todos os membros da entidade exercerão seus cargos gratuitamente, sem retribuição de qualquer espécie".

Este capítulo do estatuto, sofrerá uma mudança fundamental em 1974, substituindo o chamado Conselho de Administração por um órgão - a Assembleia Geral. A Assembleia Geral, amplia, como órgão máximo da entidade a participação não somente da diretoria e conselheiros, mas de todos os sócios fundadores ou contribuintes.

No estatuto de 74, também viria um capítulo sobre a constituição da Associação, designando as categorias dos sócios em fundadores, contribuintes, beneméritos e honorários.

O capítulo da receita e despesa, mantém-se inalterado desde a sua fundação e prevê cinco tipos de receitas: contribuição e doação, resultado de campanhas, auxílios e subvenções provenientes dos poderes públicos, rendas provenientes de prestação de serviços e aluguel de bens. Quanto as despesas, dividem-se em tres tipos: bens e serviços, bem como mão de obra, manutenção do Hospital e de funcionários.

Por último, um dispositivo transitório, que por motivos ligados ao recebimento de verbas do poder público, levou à alteração do parágrafo. Determina que em caso de dissolução da entidade, haverá a doação a outras entidades do mesmo fim, ao poder público ou a quem o mesmo indicar pelos seus órgãos competentes.

Como se viabiliza o projeto - Fundos

Na primeira ata de fundação, a proposta de arrecadação de fundos, começa pelo próprio Conselho de Administração, que deu contribuição de CR\$ 5,00, para gastos de registros da entidade.

Na segunda reunião (Fev. 68) os diretores por proposta do presidente do Conselho, assumiram compromisso de cada um, de

acordo com suas possibilidades oferecer uma contribuição regular, durante 40 meses. Essas contribuições variaram de CR\$ 20,00 a CR\$ 50,00, perfazendo na época um total de CZ\$ 435,00 mensais.

A viabilização do projeto envolvia três aspectos fundamentais: o primeiro deles, conseguir um local para a construção do hospital, o segundo, realizar o projeto arquitetônico do hospital e o terceiro conseguir fundos para iniciar as obras.

Familia Japonesa Doa Terreno

A procura de um local no município para a construção do Hospital não foi fácil. Os vários terrenos disponíveis foram visitados pela Diretoria, mas todos eles apresentavam problemas ou relacionados à metragem ou à localização ou à topografia. Conseguir 10.000m² em lugar central e de fácil acesso, foi uma tarefa difícil. Muitos dos Diretores e autoridades, porém, questionaram a grande extensão prevista pelo Prof. Odair para desenvolver o projeto, qualificando-a de muito ambiciosa. O contacto de um dos Diretores com o filho de uma família japonesa (migrante) de área rural, levou a possibilidade de se conseguir um terreno no centro de Cotia, que apresentasse condições técnicas para construir o hospital. Dada a extensão exigida, a família solicitou da direção da Associação, o curriculum dos responsáveis pelo empreendimento. Um dos diretores, afirmou que a doação somente foi possível, dado o extenso curriculum do Prof. Odair na área hospitalar, o que tranquilizou a família, no sentido de não doar um terreno tão extenso para não ver aquilo refletir em benefício da comunidade.

Numa pequena biografia da família Kayano, publicada na Gazeta de Cotia em Dezembro de 1975, assim descreve a trajetória de seu chefe. " Natural de Okayama, Japão, onde nasceu em 1906, veio tentar a vida nesta terra hospitaleira e acolhedora o Brasil. Desembarcando em 1926, - então com 20 anos de idade, - desde logo, fixou residência no Bairro do Rio Cotia, onde permaneceu até 1946, portanto, 20 anos. Poucos sabem, mas as primeiras idéias dos movimentos cooperativistas apareceram em 1927, consolidando-se a fundação da Cooperativa Agrícola de Cotia em 1928, graças aos esforços de algumas dezenas de pioneiros japoneses. A família Kayano teve um papel preponderante, na época, da formação da Cooperativa, onde a base de enxadas, foices e instrumentos agrícolas, hoje obsoletos, cultivavam em média, de 4 a 5 alqueires. O Sr. Mitio Kayano, durante o curso de sua existência, exerceu outras atividades, sempre ligadas a agricultura. Assim, é que em 1936 foi convidado pelo então presidente da Cooperativa de Cotia, a organizar alguns departamentos regionais, deixando a entidade em 1946. De 1946 a 1956, voltou as atividades agrícolas no município de Ibiúna. Em 1968, indagado pelos organizadores da Comissão pro construção do Hospital de Cotia, devido aos seus vínculos comerciais concordou em ceder por doação 10.000m².

A expressão usada por Mitio Kayano na época " se é para o

benefício da coletividade, doarei a área com muito prazer, a este simpático povo de Cotia, como uma pequena contribuição, a terra que me acolheu, quando aqui cheguei".

A escritura de parte do terreno (3800m²), foi passada a Associação em Fevereiro de 1968, o restante devido a área contígua ser de interesse público (Companhia de Águas), fez-se entendimentos com a Prefeitura para a permuta ou desapropriação do terreno, que permitisse o início do levantamento topográfico e terraplanagem do mesmo.

Da Concepção do Hospital e o Projeto Arquitetônico

Consta da ata, em Janeiro de 68, o oferecimento do projeto arquitetônico pelo Prof. Odair, frisando que a Associação teria apenas gastos com material para reprodução das plantas. O projeto foi feito pelo arquiteto Antonio Jorge Monteiro Filho, e com a colaboração arquiteta Elza Antunes, ambos trabalhavam na Faculdade Saúde Pública, na área de Administração Hospitalar, cujo o titular era o Prof. Odair. Tanto o programa funcional como o desenho, foram discutidos pela equipe docente do Depto. de Administração Hospitalar

O projeto previu uma construção pavilhonar, para ser desenvolvida por etapas, envolvendo todos os elementos para um Hospital de 150 leitos, contando com um Centro de Saúde acoplado à unidade hospitalar. Um artigo assinado pelo Prof. Odair, na Gazeta de Cotia, definia o Hospital de Cotia como o protótipo do hospital-unidade sanitária, necessário para as comunidades brasileiras de pequeno e médio porte. Com efeito, une-se o Hospital ao Centro de Saúde local, perfeitamente integrado em área e filosofia, com o objetivo de oferecer assistência integral à população, de maneira econômica e eficiente.

Essa concepção doutrinária de hospital de comunidade(84)(85) de integração sanitária (86), está na base de toda escola de Administração Hospitalar que o Prof. Odair liderou. Com toda sua experiência, não se conformava com o desperdício e a falta de coordenação entre os serviços de saúde pública (centros de saúde) e os hospitais (principalmente as Stas. Casas).

Sua tese (87), para cátedra defendida na Faculdade de Saúde Pública em 1959 - cujo tema era a experiência do planejamento de um Hospital de Comunidade no interior de São Paulo, São João da Boa Vista, conjuntamente com outras experiências a nível do Brasil com a Fundação SESP, e tantas outras Stas. Casas, são os ensaios para a concepção do Hospital de Cotia. Num trecho de sua tese em 59, frisando a ligação Hospital e Saúde Pública, o Prof. Odair ressalta que para existir eficiência não basta apenas reunir uns leitos, médicos e financiamento, e define que "Padrões elevados só podem ser atingidos, quando as necessidades de saúde de uma determinada área forem cuidadosamente analisadas, os recursos médicos e administrativos organizados e coordenados e principalmente que exista motivação, tanto por parte dos que

prestam o serviço, como daqueles que o recebem "

Neste mesmo tópico o Prof. Odair, cita seu colega da Faculdade de Saúde Pública Dr. Rodolfo Mascarenhas na conclusão do trabalho apresentado no 1o Congresso de Hospitais, realizado em Junho de 1955 (86) - A coordenação das atividades sanitárias e hospitalares permite, não só a adoção de um plano único de saúde, como também a utilização técnica e econômica de pessoal e material especializado. - Deverá ser incentivada por todos os modos, maior aproximação dos administradores hospitalares e sanitaristas, a fim de formarem uma política comum de saúde pública - " As atividades de saúde pública nas comunidades, devem ser desenvolvidas sob comando único de profissional especializado".

O projeto como já dissemos, assusta as autoridades locais, que o interpretam como ambicioso demais. Um dos prefeitos, Sr. Mario Isaac Pires, teria dito que o hospital previsto, é maior que a Prefeitura, não podendo o poder local assumir qualquer responsabilidade por ele. O projeto arquitetônico ficou pronto em Janeiro de 1969.

FUNDOS PARA A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL

A doação do terreno e o projeto arquitetônico dão maior credibilidade ao grupo da Associação, porém, com certa desconfiança pois são poucos os que acreditam na obra e menos ainda os que se dispõem a colaborar efetivamente para o seu sucesso. As providências do Conselho de Administração para arrecadar fundos, orientam-se em tres direções:

1 - Incentivos a filiação de sócios contribuintes ; 2 - Elaboração de campanhas de fundos, solicitando doações, criando eventos (churrascos, pedagogios, rifas, etc); 3 -Solicitação de recursos junto as autoridades estaduais , federais e municipais.

Em Janeiro de 1969, é constituída uma comissão, composta pelo Prof. Odair, Sr. Haruyuki Yano (tesoureiro) e Benedito Viviani, este último, construtor, que seria responsável pelo acompanhamento das obras e previsão dos recursos necessários.

A primeira proposta é a construção de um barracão para sediar o canteiro de obras e serviria de guarda de materiais. As doações em espécie (tijolos, areia, cal, telhas, etc), não constam do balanço financeiro, porém representam importante aporte para o desenvolvimento das obras. A relação dos doadores é feita em livro separado, porém o presidente em exercício faz questão de relatar em ata, o caso de um operário, que de suas economias, doa um caminhão de tijolos para o Hospital, Sr. José Maria dos Santos.

O balanço de 68 é altamente positivo, toda a verba arrecadada em uma das campanhas e dos sócios contribuintes, dão um saldo de Cr\$ 92.109. A lista de estabelecimentos comerciais, industrias e de proprietarios rurais é utilizada pela

Associação, mas a campanha, frente a esses setores no município, não surte efeito.

O quadro apresentado a seguir, mostra o balanço de 1968 à 1974 da Associação Hospital de Cotia, por fontes da receita em Cr\$1000.

QUADRO DEMONSTRATIVO DO BALANÇO DO PERÍODO DE 1968 A 1974
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA (em Cr\$1000)

	68	69	70	71	72	73	74
campanhas + cont.assoc.	92.1	31	67.7	100	0,120		
CEAS			250		450	137.5	
pref.munic.Cotia					9.5	70	160
Aux.federais funrural							500
doações em espécies	*	*	*	*	*	*	*

FONTE - Livro Caixa da AHC : as doações em espécies não eram contabilizadas (em Cr\$ 1000).

A contribuição de algumas firmas é irrisória frente o vulto da obra. O Diretor Tesoureiro, em seu depoimento considera entender a atitude das industrias, pois essas vieram para o município há pouco tempo e, de fato, estabeleciam poucos vinculos com ele, mas sente que a Cooperativa Agrícola de Cotia, não tenha contribuido em nada para a obra do Hospital. O primeiro grande auxilio que iria impulsionar a obra foi a verba do Governo do Estado (Abreu Sodré), através do CEAS em 70, de Cr\$ 250.000, que somada as campanhas de fundos, atinge a casa dos Cr\$ 320.000. A Prefeitura de Cotia, também colabora pouco neste período, somando, no conjunto, menos de 10% do total do investimento.

Nesta época, o Diretor Presidente, recebeu uma intimação juiz do trabalho em Sorocaba, tendo respondido a processo movido por advogados da região, que o acusavam de pressionar os fornecedores de materiais de construção do local, a doarem material para a construção do Hospital. No processo, as firmas negam a coação e o mesmo é arquivado.

Ainda neste período, há a segunda eleição de Diretoria para a gestão 70 a 72, assumindo a presidência o Dr. Waldemar Albano e a Vice presidência Dr. Eurico Toledo de Carvalho, os demais cargos da diretoria permanecendo inalterados. Esse fato é

noticiado pelo Jornal a Tribuna de Cotia. Durante essa gestão, há dois afastamentos do Conselho de Administração. O primeiro é do Presidente da Associação Hospital de Cotia, que, devido ao afastamento do então prefeito por problemas administrativos, esse, como vice, vem a assumir a prefeitura, pedindo demissão do cargo, por questões éticas. A segunda demissão pelos mesmos motivos, é do Prof. Odair Pedroso, que assume o cargo de Coordenador da Assistência Hospitalar do Estado e é empossado membro do Conselho Estadual de Auxílio e Subvenções (CEAS). Isto é formalmente regularizado na Assembleia de Novembro de 1971.

Com as verbas conseguidas, as obras avançam e em meados de 72 vários elementos físicos do Hospital já se encontravam prontos, e há por parte de várias lideranças uma pressão para o início das atividades hospitalares. Entre os próprios diretores existe divergência e isso provoca, de certa forma, o afastamento do 1º presidente da Associação Hospital de Cotia Dr. Rubens Ferrari, em Janeiro de 1972. Iniciar o funcionamento sem o término completo das áreas mais complexas do hospital e seu equipamento, iria segundo o Prof. Odair, retardar ainda mais as obras em seu real funcionamento.

A terceira diretoria é eleita para o período de 72 a 74 e seu presidente seria o Dr. Eurico Toledo de Carvalho, tendo como vice Dr. Eptacio Gadelha.

As campanhas continuam e o número de sócios contribuintes aumenta. Outras lideranças da cidade começam a participar mais ativamente.

Em 1972, outra importante verba do Governo do Estado é cedida ao Hospital para o arranque final da obra. O CEAS, libera CR\$ 450.000. A Prefeitura aprova também uma verba de Cr\$50.000 e com isso, somadas as verbas de campanha, se viabiliza o término da primeira fase do Hospital.

Parte do problema estava resolvido, faltavam agora somente os equipamentos para colocar em funcionamento o hospital - centro de saúde. Esses são conseguidos através de uma ajuda federal do então Funrural, que cede à Associação no valor de Cr\$500.000, os equipamentos necessários para iniciar as atividades.

A PREPARAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO

As concepções que nortearam o projeto do Hospital-Centro de Saúde, são as que vão reger a instituição na realização do seu 1º convênio. Os contatos são feitos com a Secretaria da Saúde, para operar o Centro de Saúde. A ligação de seus conselheiros técnicos, à Faculdade de Saúde Pública da USP, induz uma proposta de convênio onde também a Faculdade pudesse participar.

- Convênio Associação Hospital de Cotia/Faculdade de Saúde Pública/Secretaria.

Preparação da Minuta

O processo que informa o convênio da Faculdade de Saúde Pública com a Associação Hospital de Cotia e a Secretaria de Saúde do Estado, inicia-se em 1973 (outubro) com ofício do Prof. Odair Pedroso, então titular de Disciplina de Administração Hospitalar e Chefe do Depto de Prática de Saúde Pública, ao então diretor da Faculdade Prof. Walter Engracia de Oliveira, expondo os objetivos propostos pelo convênio e anexando uma minuta do mesmo. Os objetivos centrais para a Faculdade expostos seriam:

1- Familiarizar os estudantes nas técnicas e programas de saúde da comunidade;

2- Organizar e desenvolver programas comunitários de saúde;

3- Estimular os estudantes para se interessarem pelos aspectos sociais/ecológicos, incentivando-os inclusive para serem aproveitados em cargos públicos.

A minuta proposta pela Fac. Saúde Pública é substituída no processo por uma minuta padronizada pela Secretaria da Saúde para Centros de Saúde - Escola, com despacho do então coordenador de Saúde Comunitária, Dr. Decio Pedroso, justificando o fato com as seguintes prescrições: a) a Secretaria somente poderá pagar serviços realizados em benefício da população no campo de saúde. O instrumento a firmar pois, deverá ser um convênio com pagamento de serviços prestados.

b) a verba de que a Coordenadoria de a Saúde da Comunidade disporá é de cerca de Cr\$11,00 hab/ano em 1974, e os gastos além dessa importância, implicariam em prejuízo de outras populações.

c) os Centros de Saúde - Escola, não cobrirão todos os programas, e deverão ser remunerados na proporção do número e importância dos programas que tomarem a si.

d) os centros de saúde-escola também devem ser inseridos no plano de delimitação de áreas de atuação dos centros de saúde da Secretaria, afim de permitir correta avaliação dos serviços prestados e de evitar a interferência de outros CSs em sua área.

Da discussão do processo no Conselho Departamental da Faculdade de Saúde Pública, após as anotações feitas sobre o convênio em cada departamento, surgem as seguintes sugestões:

- inserir a Associação Hospital de Cotia como contratada para assumir a administração do convênio. Os diferentes pareceres colocam que a Faculdade não poderia assumir a gerência dos serviços, o que fugiria de suas atribuições de ensino e pesquisa;

- retificar a parte do convênio onde se diz que é função do Centro de Saúde oferecer assistência preventiva e curativa, para apenas assistência preventiva;

- garantir, no Conselho Diretor, a participação majoritária da Faculdade com a composição de três representantes da mesma para um da Associação e um da Secretaria de Saúde;

- ainda quanto a cursos a serem oferecidos por parte da Secretaria, todos deveriam ser aprovados, quanto ao mérito, pela Faculdade.

O processo circula de Outubro de 73 a Dezembro de 74, quando é aprovada sua minuta final pelo Diretor da Faculdade, o Engenheiro Walter Engracia de Oliveira, o então Secretário, o Dr. Getulio Lima Filho e o Presidente da Associação, Dr. Eurico Toledo de Carvalho.

Convênio aprovado -

A minuta aprovada define os objetivos básicos do convênio como sendo: estimular o interesse para a carreira de sanitarista; desenvolver programas comunitários e de prestação de serviços; desenvolver atividades de treinamento e atualização para pessoal de saúde pública; servir de campo de treinamento para alunos e desenvolver pesquisas técnico-operacionais.

As obrigações das diferentes instituições envolvidas ficaram assim definidas: à Secretaria, assegurar a coordenação das atividades, ceder pessoal à Associação lotado no Centro de Saúde da área, dispor de verbas orçamentárias e escolher para a direção um médico sanitarista, ouvindo a Associação; à Associação administrar o Centro de Saúde, com a colaboração da Faculdade de Saúde Pública, ceder o prédio, prestar assistência preventiva e hospitalar gratuita a toda população da área e prestar contas à Secretaria, seguindo as normas emanadas pela mesma; à Faculdade de Saúde Pública, colaborar com o CSE e organizar e ministrar cursos de atualização.

A área de atuação do convênio foi definida como a o Município de Cotia, com a população estimada na época, em 30.957 habitantes.

A composição do Conselho Diretor ficou definida com um representante da Coordenadoria da Saúde da Comunidade, presidente com direito a voto de minerva, o diretor do Distrito Sanitário, um representante da Faculdade e um da Associação.

A verba estimada para o primeiro ano, foi de Cr\$ 232.584 distribuída em parcelas iguais em número de 12.

Discussão sobre a formulação do projeto

Na discussão sobre a formulação do projeto, alguns pontos são vistos pelo autor determinantes que vão constituir o eixo central da experiência.

A formação do movimento pró Santa Casa, recebe além das lideranças locais, o reforço de lideranças técnicas externas ao

município que se vinculam ao mesmo, por possuir setores de recreação.

A participação desses atores externos deslocam o eixo político local que pretendia obter resultados mais imediatos para um eixo mais técnico e estratégico de viabilização do projeto colocado mais a médio prazo.

Como caminharia o projeto local, sem a representação desse grupo externo? Teria sido possível dentro do contexto municipal e dos políticos federais e estaduais da época viabilizar a experiência mesmo dentro do conteúdo tradicional das Stas. Casas? Essas são perguntas que o estudo do caso propõe. Torna-se impossível responder essas questões senão indiretamente através da observação comparativa da evolução de serviços de saúde em municípios com semelhante estrutura ou tipologia. No caso dessa sub região, não houve nenhuma experiência na implementação de Stas. Casas ou instituições hospitalares com cunho social. Jandira, Itapevi, Barueri, Embú, Itapecerica, Ibiúna, mantiveram até o final da década de 80, aí passando pelas novas políticas estaduais e municipais apenas "redes" de postos de saúde. Os únicos municípios que desenvolveram projetos hospitalares porém com finalidade lucrativa foram Taboão da Serra e Carapicuíba, ambos ligados a grupos médicos da capital. Esses fatos tendem a reforçar como hipótese a importância desse tipo de atores na experiência de Cotia.

O segundo aspecto, refere-se a proposta técnico-organizacional que é desenvolvida para o projeto. Quando analisamos a estruturação da entidade, em seus estatutos, as concepções funcionais propostas para o modelo de assistência e o próprio planejamento físico do Hospital proposto, vemos que estes elementos fogem da fórmula tradicional das Stas. Casas, introduzindo entre estas e a visão mais empresarial do setor privado, uma terceira via.

Essa via tem ligação com um pensamento social moderno, uma síntese entre a saúde pública e a assistência médica individual, dirigida a partir do interesse público, dentro de uma lógica de administração privada com participação da comunidade local.

Essa estratégia enunciada pelo projeto através de todos os elementos de sua concepção, é que vão dar experiência ao seu caráter de modernidade e de alternativa ao sistema de saúde existente.

O caráter de modernidade na formulação do projeto, está em apontar para organização de saúde tendo como lógica o retorno social e a organização da oferta a partir da demanda coletiva de serviços. Ainda propõe pela concepção da participação social, uma forma de relação público-privada diferente. Isto está ligado também a seu caráter alternativo. Alternativo às velhas fórmulas preconizadas por um lado pela saúde pública tradicional, na organização de serviços, por outro lado pelos modelos de Santas Casas, onde a concepção de filantropia predomina conjuntamente

com a visão assistencialista. Alternativo onde as "novas", fórmulas dadas pela visão empresarial lucrativa do setor, com base um retorno econômico, com manutenção do caráter seletivo e individual na base da organização do serviço.

O terceiro aspecto a ser discutido são as formas de viabilização do projeto, nesta etapa. Chamam a atenção 2 processos em especial:

O primeiro é referente a participação local, que adquire um caráter muito mais individual envolvendo parcelas da população através ou de doações (terrenos, material, etc) participação de eventos, ou mesmo da própria disponibilidade, pessoal para o trabalho os setores econômicos, organizados, industrial e mesmo a Cooperativa Agrícola, não tem envolvimento efetivo nesta etapa. Este fato corrobora a discussão feita sobre o processo histórico e desenvolvimento do espaço local, onde o processo de industrialização é externo a este, e as vezes até ao País, e contribui pouco para a alteração da estrutura da intervenção social. A isenção de impostos e outras facilidades dadas pelos poderes públicos e a própria implementação da política econômica do Estado, estão na base de explicação do pequeno envolvimento deste setor nas políticas de desenvolvimento social.

O segundo é referente a participação do Estado nesta etapa. A principal fonte de financiamento do projeto é o CEAS, órgão ligado a Secretaria da Promoção Social que apesar de ter em sua constituição representantes da Secretaria de Saúde, não estabelece a mesma uma política de intervenção articulada.

Quero me referir, a que não há por parte da Secretaria Estadual de Saúde, no período, nenhuma proposta de construção de leitos na Grande São Paulo, em especial em pequenos municípios como Cotia. Seria possível neste momento viabilizar o projeto pela Secretaria de Saúde, enquanto prioridade estadual? As verbas conseguidas pela Associação através do CEAS correm por fora da lógica de intervenção da secretaria. Sua lógica está de um lado, ligada ao prestígio técnico dos idealizadores do projeto, que ocupam uma época cargos importantes tanto na estrutura da secretaria de Estado, quanto da Universidade e por outro lado na pressão política das lideranças locais (prefeito, vereadores, etc) que articulam suas reivindicações a nível de governo.

Essas duas lógicas é que criam a viabilidade de implementação do projeto nesta etapa principalmente no aspecto financeiro conjuntamente com as formas de participação local já mencionadas, que apresentam aspectos sociais mais relevantes que o financeiro.

O último aspecto a ser discutido nessa fase é a participação da Faculdade de Saúde Pública no projeto. Não há dúvida que as concepções centrais do projeto em Cotia são frutos de teses e doutrinas elaboradas em parte pela instituição.

Mas dentro da própria estruturação as concepções vinculadas pelo projeto, apresentam um caráter marginal, às próprias lideranças representadas pelos chefes de departamentos. A anotação no processo de convênio com a Secretaria e a Associação Hospital de Cotia da retirada de "atividades curativas" dentro do escopo de um centro de saúde escola, refletiu, esse caráter marginal das concepções de integração sanitária, que não se constitui no eixo do projeto de Cotia.

A participação da Faculdade tem como determinante a presença dos docentes já citados, em seu envolvimento como protagonistas de equiescência local

2a. FASE - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO
1o. PERÍODO 1975 -1981
CONFORMAÇÃO DO SISTEMA LOCAL

A - DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

A caracterização desse período para o desenvolvimento da instituição, pode ser sintetizado em quatro processos :

1- A procura de um padrão de financiamento para o custeio das atividades de implementação do projeto e para o investimento no término das obras (segunda fase do projeto físico);

2- Consolidação do núcleo dirigente.

3-Conformação da estrutura organizacional;

4- organização dos serviços médicos.

1-BUSCA DE UM PADRÃO DE FINANCIAMENTO DO PROJETO

As fontes de financiamento iniciais vem dos convênios firmados com a Secretaria de Saúde (1974) e com o Funrural (meados de 1975). As receitas provenientes desses dois convênios somadas ao auxílio em pessoal e material dado pela Secretaria, não são suficientes para fazer frente aos gastos do projeto. Acrescidos a esse fato , a diretoria já vinha através de empréstimos bancários realizados para o término das obras essenciais para o funcionamento do Centro de Saúde, acumulando no início de 1975 déficits financeiros. O Diretor do Projeto nesse período , Prof Odair, costumava brincar sobre esse assunto quando perguntado pelos visitantes da unidade, dizendo que a Associação possuía um grande capital de giro: e explicava, nós aqui giramos nossa dívida de banco em banco.

Todos os empréstimos eram feitos em nome de seus próprios diretores. Nos primeiros balanços da instituição, dada a precariedade da estrutura contábil ,figuram os nomes dos diretores no capítulo de empréstimos.

Os déficits operacionais neste período tem caráter acumulativo estabelecendo períodos de crise intensa nos anos de 1978 e 1980.

Os registros explicativos do déficit nas atas da diretoria desse período definem duas linhas de argumentos: a primeira , de ordem conjuntural e estrutural, dada pela forma de financiamento do setor saúde no país, que não favorecia os projetos do tipo de Cotia, visto apenas como alternativas ao sistema ; a segunda, de ordem mais técnica, discutia a característica antieconômica de unidades hospitalares com menos de 100 leitos em funcionamento, apesar da administração ser eficiente. Essa segunda preocupação tinha implícito o desafio do término das obras não somente como

satisfação a comunidade , mas como viabilização financeira e operacional do projeto.

Convem lembrar ainda no primeiro tópico que o sistema preconizava em Cotia a universalização da assistência , e a Previdência no período somente pagava por atendimentos aos previdenciários, que , no caso em questão representavam aproximadamente 60% dos pacientes atendidos.

Receitas não operacionais

Nesse período as receitas não operacionais constituídas pelas doações dos órgãos públicos e instituições internacionais (Fundação Kellogg), contribuição de sócios e campanhas de fundos na comunidade, representam do ponto de vista do custeio do projeto, cerca de 50% do total da receita.

Isto tem um significado especial no contexto mais geral da saúde, tendo em vista os objetivos e a forma de implementação do projeto: de um lado, a criação de um serviço nos moldes de Cotia visando ações de Saúde Pública, desfocado da medicina de mercado, modelo hegemônico que impera nesse período, não cria condições de auto-sustentação somente pela venda de serviços; por outro lado, a comunidade de Cotia dado o vulto relativo do projeto, não consegue sustentá-lo , diminuindo a cada ano a importância financeira de sua ajuda. Nesse sentido, a composição dessa receita e as dificuldades em obtê-la é quase que o preço que a instituição deve pagar por sair fora do modelo.

Campanhas de fundos e contribuições dos associados

As campanhas de fundo procuravam, como na fase de construção do hospital, mobilizar os recursos da comunidade, envolvendo-a com o projeto. Durante os dois primeiros anos em que o custeio da unidade integrada ainda era baixo (somente estava em funcionamento o Centro de Saúde e parte do Hospital) sua importância foi grande , alcançando cerca de 20% do valor das receitas. Os eventos criados como bingos, rifas, churrascos beneficentes, realizados duas a tres vezes ao ano, foram as atividades principais responsáveis por este rubro.

As visitas às indústrias para arrecadar contribuições e a tentativa de ampliar o numero de associados da entidade, não foram frutíferas. No caso das indústrias, com a unidade integrada da Associação já em funcionamento, a demanda destas era de compra dos serviços, através de convênios com a instituição. Isto, dada a exigência das firmas, a organização da medicina de mercado em grupos médicos e a própria capacidade de resposta da instituição, só poderia ser feito em uma escala pequena e mesmo assim intermediada pelas empresas médicas que já mantinham convênios com indústrias da área, mas eram sediadas na Capital. O esforço da diretoria da Associação é grande e o resultado é mais moral no chamamento da comunidade a assumir e participar do projeto do que propriamente financeiro.

Apoio dos órgãos públicos

O apoio dos órgãos públicos nesta fase é fundamental para a sobrevivência do projeto. Em especial, do Governo do Estado, que em dois momentos de crise apoia o projeto de maneira efetiva. Se de um lado, o modelo de prestação de serviço desenvolvido em Cotia, o desloca das formas de financiamento hegemônicas na época, por outro lado, o distingue como experiência alternativa propiciando sua valorização em setores de Saúde Pública e Assistência Hospitalar do Estado e do País, abrindo portas para os auxílios. Outro fator importante nesse mesmo sentido é a sua vinculação a Faculdade de Saúde Pública e a liderança exercida por seus diretores na área governamental.

É assim que na inauguração da unidade hospitalar em dezembro de 1975 comparecem ao evento expressando apoio a iniciativa da comunidade e ao modelo de integração sanitária proposto, o então governador do Estado Dr. Paulo Egydio Martins, o ministro da saúde Dr. Paulo de Almeida Machado e o secretário da saúde Dr. Walter Pereira Leser.

Em relação ao governo do Estado as verbas, são doadas através do Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções (CEAS) e são divididas em dois tipos: os auxílios, que importam verbas para o investimento e as subvenções, que estão ligadas ao custeio. Nesse período, o CEAS libera verbas nesses dois rubros tanto para equipar e continuar a construção do Hospital quanto para auxiliar na manutenção e no custeio de suas atividades. A ajuda governamental estadual representa do ponto de vista das receitas, cerca de 25% do seu total. Os balanços apresentados no capítulo de avaliação, mostram além das cifras nominais, as cifras deflacionadas.

O Ministério da Saúde ao nível federal, também contribui para o desenvolvimento do projeto. O então Ministro, compra a idéia de transformar Cotia em um centro de treinamento de pessoal de saúde a nível nacional e colabora com verbas substanciais para a construção de um prédio para abrigar estagiários, com bibliotecas e salas de aulas. A verba que o Ministério oferece para o custeio representa muito pouco do ponto de vista da receita operacional do projeto.

O poder municipal, é o que menos participa no custeio da unidade. As reuniões com vereadores e lideranças da comunidade surtem pouco efeito do ponto de vista financeiro. Propostas como criação de Leis para taxas especiais, a exemplo de outros municípios para o custeio do Hospital, não vão em frente. De concreto, consegue-se a doação de um terreno para a construção da residência de estagiários e uma verba de CR\$ 50.000 para a manutenção.

Fundação Kellogg

O convênio com a Fundação Kellogg, parte do contato do Prof. Odair e da Dra Lourdes através da Faculdade de Saúde Pública, com representantes da Fundação para o desenvolvimento de um projeto comunitário, interessando principalmente a área de formação de recursos humanos.

Os representantes da Fundação visitaram o projeto em meados de 78, e em discussão com a equipe técnica, elaboraram os termos de referência para a formulação do projeto e as bases de seu financiamento. O convênio é assinado em 1979 e representa para o custeio do projeto uma parte importante da receita (cerca de 18%). A maior parte desta verba está alocada para o acréscimo da equipe local, pagamento de bolsas de residentes e atividades docentes, o que faz com que a Associação nesse período recupere algumas receitas, do ponto de vista de pessoal e permite avançar o projeto de assistência à comunidade. O orçamento proposto ficou assim distribuído, de acordo com a tabela abaixo:

ORÇAMENTO PREVISTO PARA O PROJETO (em US\$)

	79	80	81	Total
Pessoal	155.910	155.910	155.910	467.730
Mat. Perm	14.000	4.000	4.000	22.000
Mat. Cons	4.000	3.000	1.000	8.000
Transp.	6.000	8.400	-	14.400
Total	179.910	171.310	160.910	512.130

Fonte - Doc. Projeto Kellogg/ AHC

Receitas operacionais

As receitas operacionais para o funcionamento do projeto resumem-se basicamente a duas fontes: a Secretaria de Estado da Saúde e a Previdência Social (INAMPS).

A Secretaria de Estado, através dos convênios com a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, pelo Centro de Saúde-Escola desde 1975 e a Coordenadoria de Assistência Hospitalar a partir de 1979, (convênio leito /dia) que se comprometia a suplementar o custeio de pacientes não contribuintes.

Os mecanismos de previsão orçamentária e de reajuste desses convênios por parte da Secretaria, colocavam para a gestão financeira da Associação, problemas operacionais que colaboravam para a efetivação dos déficits financeiros. Os atrasos na suplementação e as dificuldades que a inflação, apesar de

relativamente pequena no período, impunham à instituição uma perda constante ao final do exercício. As tentativas de regularizar esse problema através de uma padronização da cláusula financeira em desembolsos e previsões mais realistas sofriam uma barreira forte na própria estruturação orçamentária do Estado.

A Previdência Social era outra instituição que financiava basicamente a área de assistência médica hospitalar. Aí também a forma de pagamento estabelecida não favorecia o tipo de prestação de serviço oferecido em Cotia. As exigências do então INPS, para instituições como a Unidade de Cotia, tinham os seguintes conflitos:

1 - a estrutura administrativa burocrática exigida para a prestação de contas requeria um número excessivo de funcionários nesse setor.

2 - a baixa remuneração pelos atos médicos prestados, principalmente dos referentes ao sistema de Pronto Atendimento realizado em Cotia, que era um dos poucos serviços no Estado que cumpriam os parâmetros estabelecidos pelo próprio INPS.

3 - o sistema de glosas aplicado e o retardo no pagamento para a instituição, além de aumentar o trabalho burocrático na reapresentação de contas, reforçava operacionalmente o déficit financeiro.

A busca de ajuste a esse sistema requeria da instituição uma mudança radical na forma de conceber a prestação de serviços. O procedimento realizado por outros serviços de aumento do suporte de apoio diagnóstico e terapêutico, estímulo a atos desnecessários e mesmo atitudes fraudulentas, teria que ser acompanhado na instituição como a mudança na política e finalidade da mesma ou de sua própria direção.

Outro aspecto importante era toda uma redefinição do relacionamento com o corpo de profissionais médicos, que desde o início do funcionamento não eram remunerados por produção. As negociações com a superintendência de São Paulo para um estudo de um convênio global, que do ponto de vista da direção parecia ser a forma melhor de convênio com o INPS não tiveram sucesso. Isto somente viria a acontecer no final de 81 com a interferência da direção nacional do então INPS, motivada pelo credenciamento da residência médica em Cotia, passando por cima da superintendência regional.

O convênio com o Funrural era quase que simbólico do ponto de vista de receita, dada a baixa remuneração e o pequeno número de pacientes atendidos nessa categoria. A expansão do convênio com o INAMPS para a área de acidentes de trabalho, é dada em 1980, mas também sem muito significado financeiro.

Convênio com as Indústrias

Por pressão dos contatos da diretoria com as indústrias

locais e das empresas de medicina em grupo, iniciou-se em 79 convênio com a empresa Iguatemi para atendimento de seus segurados. Até 81, são realizados mais três convênios (Amesp, Sams e Intermédica São Camilo). O aporte que essas empresas trouxeram a receita operacional não chegou a 5%. As dificuldades de recebimento e as restrições impostas pelas firmas (só pagariam pacientes encaminhados ou emergências) conjuntamente com a dificuldade em separar essa clientela, dado que o atendimento universalizado em Cotia incluía em diferentes programas, os segurados por essas firmas, determinam que essa fonte de receita fosse mantida de uma maneira secundária em relação ao financiamento do projeto.

2- CONSOLIDAÇÃO DO NÚCLEO DIRIGENTE DA ASSOCIAÇÃO

O núcleo dirigente da Associação praticamente permanece o mesmo durante todo o período. A composição da diretoria com exceção da presidência, em que se revesam no caso, vários membros do grupo, os outros cargos permanecem preenchidos quase que pelas mesmas pessoas. De certa forma, os apelos e as tentativas de agregar mais pessoas ao núcleo sofrem restrições, tanto da própria comunidade (o núcleo urbano capaz de participar é muito restrito) quanto pelos interesses políticos locais. A filosofia básica do grupo dirigente também restringe essa ampliação por não querer qualquer envolvimento formal com as políticas locais, principalmente com relação à elite política ligada à Prefeitura local.

Os crescentes déficits financeiros somados a crescente responsabilidade da diretoria na condução da Associação e do Hospital, se de um lado afastam a participação das pessoas, por outro lado estimulam, dentro da direção, crises e discordâncias de condução. A primeira crise de direção da Associação acontece em meados de 78 quando um grupo de diretores da Associação, que de certa forma mantinha ligação com a Prefeitura local, inicia um trabalho de questionamento dos caminhos a serem seguidos pela instituição. A visão desse grupo é influenciada por contatos estabelecidos com a indústria e com a própria Prefeitura. A proposta de uma administração mais empresarial do Hospital seria uma solução para a crise. Isso deveria passar por uma troca da diretoria.

Este fato não é verbalizado em reuniões, mas começa a ser efetivado através de ações e de boatos lançados na comunidade. A idéia de que o hospital deveria dar lucro e que a ajuda da Prefeitura local poderia ser maior se houvesse outra diretoria, são as idéias centrais deste grupo. A interpretação dada nos depoimentos de diretores e funcionários da época era que este grupo tinha por trás intenções políticas e queriam utilizar o hospital como trampolim. Esta crise culmina com a visita deste grupo ao hospital na ausência dos diretores, que determinam em uma assembleia geral o afastamento de dois diretores componentes do grupo. Isto, de certa forma, serve para consolidar o núcleo dirigente e reafirmar as bases filosóficas do projeto.

3- CONFORMAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL EM COTIA

Estrutura formal

O primeiro regulamento da Unidade Integrada está datado de junho de 1977. Os primeiros capítulos reproduzem as finalidades contidas nos estatutos da Associação. O capítulo 4 assim define a estrutura do hospital:

I. Diretoria

II. Serviços Médicos

III. Serviços Paramédicos

IV. Centro de Saúde

V. Serviços Administrativos

As seções seguintes definem cada componente da estrutura, constituição e competências. O Diretor é nomeado pela Associação, garantido o critério técnico de possuir título de Administrador Hospitalar. Um parágrafo único define que nas faltas ou impedimentos do Diretor, deverá substituí-lo o Diretor do Centro de Saúde. Uma lista de atribuições em número de quinze define as clássicas funções de Diretoria de dirigir pessoal, normatizar o serviço e administrar financeiramente a instituição. Estabelece ainda como órgãos assessores da Diretoria três comissões permanentes, a saber:

Comissão de Prontuários Médicos

Comissão de Planejamento

Comissão Administrativa de Estagiários

Em relação aos serviços médicos, o Regulamento não explicita critérios para a escolha do Diretor. Compete ao mesmo as seguintes funções: prestação de assistência, ensino e pesquisa, educação sanitária do povo e Medicina Preventiva. Constituem o Corpo Clínico os médicos da SES colocados à disposição do hospital e/ou os contratados pela instituição. Os serviços médicos englobam ainda, segundo o regulamento, os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica: laboratório clínico, radiodiagnóstico, anestesia e gasoterapia e fisioterapia.

Os serviços paramédicos compreendem : Serviços de Enfermagem, Nutrição e Dietética, Serviço Social Médico e Arquivo Médico e Estatística (SAME). O Serviço de Enfermagem é único em toda a estrutura que é dividido nas Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Obstétrico, UTI e Centro de Saúde.

O Centro de Saúde tem definidos os critérios para direção que deve ser preenchida por médico sanitário, indicado pela SES, ouvida a Associação Hospital de Cotia. Consta ainda que este será regido por normas emanadas da SES e de acordo com a orientação técnica traçada pela Faculdade de Saúde Pública como rege o convênio firmado.

Os serviços administrativos constituídos pelas áreas de pessoal, material, contabilidade, lavanderia e rouparia, zeladoria, manutenção, transporte e caixa, tem a definição das atribuições também clássicas de todos os serviços hospitalares. Ainda o regulamento reserva um capítulo para o serviço de estagiários especificando as diferentes categorias, a saber: acadêmicos e internos, residentes e voluntários.

O organograma em anexo, feito em fevereiro de 1980, representa graficamente a concepção deste regulamento.

ORGANOGRAMA INICIAL DO HOSPITAL ODAIR PEDROSO

ESTAGIARIOS

DIRETORIA

1

2

3

4

SERVICOS MEDICOS

DIRETORIA CLINICA

CLINICA MED. E CIRURGICA ADULTO

CLINICA MED. E CIRURGICA PEDIATRIA

CLINICA OBSTETRICA

BERCARIO

LABORATORIO CLINICO

RADIOLOGICO

ANESTESIA E GASOTERAPIA

BANCO DE SANGUE

ELETCARDIOGRAFIA

FISIOTERAPIA

SERVICOS PARAMEDICOS

ENFERMAGEM

1

2

3

4

5

6

NUTRICA O E DIETETICA

1

2

3

4

SERV. SOCIAL MEDICO

EMERGENCIA (PTO. SOCORRO)

ARQUIVO MED. E ESTATISTICA

1

2

3

4

CENTRO DE SAUDE

DIRETORIA

ADMINISTRACAO

ODONTOLOGIA SANITARIA

SAUDE PUBLICA

SERVICOS ADMINISTRATIVOS

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

PESSOAL

CONTABILIDADE

CAIXA

FARMACIA DEPOSITO

LAVANDERIA E ROUPARIA

MATERIAL

ZELADORIA MANUTENCAO TRANSPORTE

LIMPEZA

LEGENDA

DIRETORIA

- 1- SECRETARIA
- 2- COMISSAO DE PRONTUARIOS MEDICOS
- 3- COMISSAO DE PLANEJAMENTO
- 4- COMISSAO ADMINIST. DE MED. ESTAGIARIOS

ENFERMAGEM

- 1- UNIDADE DE INTERNACAO
- 2- UNIDADE DE CTO. CIRURGICO OBSTETRICO
- 3- UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
- 4- UNIDADE DE CENTRO DE SAUDE
- 5- EXPEDIENTE
- 6- CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO

NUTRICA O E DIETETICA

- 1- DESPENSA, COZINHA E REFEITORIOS
- 2- LACTARIOS
- 3- COPAS DAS UNIDADES DE INTERNACAO
- 4- EXPEDIENTE

ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICA

- 1- INFORMACAO - REGISTRO - ARQUIVO
- 2- ESTATISTICA
- 3- PRONTO SOCORRO
- 4- LEVANTAMENTO DE CONTAS DE PACIENTES

57/FIV-1960

Estrutura informal

O regulamento da Unidade Integrada, serviu mais como parâmetro organizacional, mas a sua aplicação prática passou por uma série de ajustes a realidade de Cotia criando uma estrutura informal, que vai perdurar com pequenas alterações até o final do período.

Os fatores ligados a realidade local e a forma de implementação da unidade que contribuíram para esse tipo de estrutura foram:

- o funcionamento da unidade inicia-se pelo Centro de Saúde, criando, de certa forma, uma lógica diferente de necessidades, tendo sido a estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico e hospitalar montada progressivamente a partir desse núcleo básico;

- ausência de recursos humanos qualificados na comunidade do ponto de vista técnico-administrativo, tanto de nível universitário quanto médio elementar;

- dado o padrão de financiamento e as restrições de recursos, o quadro de pessoal sempre trabalhou no limite inferior somado a uma rotatividade alta de pessoal.

É assim que a estrutura informal num primeiro momento, centraliza no Diretor do Centro de Saúde as funções do Diretor Clínico. Os serviços administrativos resumem-se a um Chefe de Pessoal e de Almoxarifado, ambos sem titulação profissional na área. Em 1978, com a contratação de um Administrador, os serviços administrativos passam a ter um comando técnico da área, dividindo então com o Diretor do Centro de Saúde as interfaces das áreas paramédicas. Nesse período a direção administrativa divide alguns aspectos relativos a material e pessoal com o Diretor do Centro de Saúde. Isto se deve as relações que a Associação estabelece com a Secretaria através de Convênio e a responsabilidade que o Diretor assume no Centro de Saúde em relação as prestações de conta e ao controle de pessoal ligado a Secretaria. Isto gradativamente vai sendo unificado, resultando no final do período, um controle da área administrativa, não somente na unidade central (Hospital e Centro de Saúde), mas também nas unidades periféricas, no recebimento e distribuição de material e pessoal.

De certa forma este é outro aspecto importante na concepção da integração sanitária e desenvolvimento do sistema local em que o apoio administrativo é centralizado e unico, coordenando ações descentralizadas.

Essa estrutura de organização, permanece inalterada praticamente até 1985. De início também somente a nível do Centro de Saúde e depois da estrutura hospitalar, é formado um Conselho Técnico-administrativo com a direção do diretor do CS, composto por chefias dos diferentes serviços paramédicos e de apoio diagnóstico e terapêutico. Esse Conselho desempenha um papel

importante na planificação da unidade integrada, na horizontalização das discussões entre as áreas, os setores hospitalares e de rede básica, a normatização das unidades do ponto de vista técnico e a tomada de decisões e implementação de medidas de maneira mais eficiente.

Relações interinstitucionais

Os diferentes convênios firmados pela AHC, criam do ponto de vista de relação formal com a estrutura, dois Conselhos Diretores envolvendo as instituições conveniadas.

O primeiro diz respeito ao convênio tripartite, assinado pela Associação, Secretaria de Saúde e Faculdade de Saúde Pública, que como já foi descrito, tinha, sob a presidência de um representante da Secretaria, a participação do Diretor do Distrito Sanitário, representante da Faculdade e a direção da Associação. Apesar de apresentar no corpo do convênio uma periodicidade para a realização de reuniões, o funcionamento deste era esporádico. As reuniões entre as instituições eram realizadas fora do Conselho, encaminhando na rotina os problemas operacionais. Apesar do Conselho Diretor não possuir efetividade, as atribuições e orientações contidas no convênio foram cumpridas, na sua maior parte.

O segundo Conselho Diretor, foi definido no convênio com a Fundação Kellogg, aí envolvendo também a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e a Prefeitura local. Esse Conselho tinha praticamente a mesma composição do anterior e funcionou com reuniões anuais, onde eram apresentadas as prestações de contas e relatórios técnicos. A prefeitura local, apesar de ter assento no Conselho, não participou oficialmente em nenhuma reunião.

Efetivamente do ponto de vista político institucional, esses Conselhos tiveram pouca influência no estabelecimento e coordenação da política de saúde local.

4- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

Formação da Equipe - Recrutamento e Composição

O relatório elaborado em Março de 1975 refere-se aos serviços médicos, dizendo que: "a viabilidade da Unidade Integrada, está diretamente relacionada às condições de fixação de uma equipe básica em tempo integral e que, no parecer da direção seriam as seguintes:

- 1 - Política salarial que garanta ao profissional estabilidade para desenvolver as atividades do serviço;

- 2 - Participação nos diferentes níveis de planejamento técnico da unidade e estabelecimento de um trabalho em equipe;

3 - Perspectiva de atualização científica e participação nos programas de ensino, aproveitando os vínculos já estabelecidos com a Faculdade de Saúde Pública e a Santa Casa de São Paulo."(relatório de atividades 1975)

Esses pré-requisitos, levaram em consideração já no início de funcionamento do serviço, alguns elementos importantes a saber

1-os médicos que atuavam em Cotia, divididos em duas categorias, os residentes que desenvolviam atividades de clínica particular e possuíam empregos no Estado e na Prefeitura, e os profissionais que vinham de outros municípios, principalmente São Paulo, geralmente contratados em regime de plantão e/ ou período parcial pela Prefeitura, que não tinham maior interesse de fixação na área;

2- dado que a unidade recebia estagiários e médicos residentes da Faculdade de Saúde Pública e Santa Casa, a exigência de profissionais que tivessem condições para o ensino e se dispusessem a tal, era básica;

3- o deslocamento de São Paulo a Cotia, requeria não somente uma proposta de trabalho diferenciada, mas uma certa compensação financeira que pudesse competir com o mercado de trabalho. Os salários pagos pela Secretaria, na época não estimulavam esses deslocamentos a não ser que o número de horas realmente trabalhadas fosse bem menor como nos demais serviços públicos;

4- o regime de trabalho no sentido de poder cumprir as exigências da proposta, tanto do ponto de vista assistencial como de ensino, não poderia ser majoritariamente de médicos em tempo parcial.

O trabalho de recrutamento médico foi facilitado pela ligação com a Faculdade de Ciências Médicas da Sta Casa, tanto assim que com exceção da área de obstetrícia, onde o grupo inicial foi constituído por ex-residentes do Hospital das Clínicas, as demais áreas foram formadas a partir de ex-residentes da Sta Casa ou mesmo preceptores. O fato da Dra Lourdes, uma das diretoras do projeto, exercer na época o cargo de superintendente do Hospital catalizou esse processo, interessando os chefes de departamento pela experiência desenvolvida em Cotia, especificamente nas áreas de Pediatria, Dr. Renato J. Woisky, de Cirurgia, Dr Emilio Athie e Medicina Social, Dr. José da Silva Guedes.

Esse fato traz uma vantagem muito grande à formação de serviços médicos em Cotia, que é a uniformização de linguagem, condutas trazidas da Sta Casa que favorecem o próprio estabelecimento de normalização para assistência e ensino em Cotia. Convém lembrar ainda outro fato que é a proposta da Faculdade de Medicina da Santa Casa na formação de Médico Geral, discurso este perseguido pelos professores citados e que em Cotia encontra também campo para o seu desenvolvimento.

Composição do Corpo Clínico e divisão de trabalho

O processo de absorção e o crescimento do corpo clínico acompanham a implementação do sistema local de saúde. No período, tem-se 4 momentos de crescimento do sistema, em ordem cronológica, a saber: 1- Abertura do Centro de Saúde-Escola (1975) com implantação dos programas básicos (Saúde da Criança, Materna e Adulto); 2- Abertura da unidade de internação, com leitos na área materno-infantil e, posteriormente, clínico cirurgicos (1976-1978); Abertura do pronto socorro em regime de 24 horas (1978); Expansão da rede de unidades básicas, com descentralização do atendimento médico (desde 1977, intensificando nos anos de 1980-81).

Em cada momento o corpo clínico é ampliado, participando das atividades do serviço médico, diferenciado na divisão de trabalho em três núcleos distintos, a saber:

1- O núcleo de médicos em tempo integral nas áreas básicas, pediatria, clínica, cirurgia, obstetrícia e medicina social que assumem além das funções assistenciais, as de ensino e de direção;

2- O núcleo de médicos plantonistas, que neste período vão ficar restritos às áreas de obstetrícia e anestesia, responsáveis pela cobertura noturna e de finais de semana do atendimento hospitalar;

3- O núcleo de médicos residentes e estagiários, que entram nas escalas ambulatoriais e hospitalares, além das atividades puramente acadêmicas (aulas, seminários etc.).

O quadro em anexo, procura sintetizar as atividades de cada núcleo nas diferentes fases.

O núcleo de médicos em tempo integral constituiu a espinha dorsal do serviço, atuando em rodízio e sob a mesma direção, criando efetivamente as condições de integralidade da assistência no projeto. Isto facilitou também a coordenação dos serviços médicos pela direção, visto que, praticamente, esse núcleo em quase sua totalidade, assume parte dessas funções. A preocupação com a harmonização do conjunto de atividades e a liderança desse grupo sobre os demais, faz com que realmente as normas, o sistema de encaminhamento e contra encaminhamento, mesmo sem esquemas formais muito desenvolvidos, funcionem de maneira satisfatória pela matriz formada pela equipe.

Outro fator que contribui em muito para o desenvolvimento dessa divisão de trabalho é o tamanho da estrutura dos serviços hospitalares (50 leitos) e a forma de conceber a direção integrada dessa área com as unidades sanitárias.

A rotatividade do pessoal médico é muito baixa, mesmo entre as equipes de plantonistas, o que permite ao final do período a

constituição de um núcleo de trabalho integrado aos objetivos da instituição.

O núcleo de tempo integral no final de 1981, estava composto por 13 médicos divididos nas seguintes áreas : sanitaristas (2), pediatras (3), obstetras (3), cirurgiões (2), clínicos gerais (2), anestesista, radiologista clínico e psiquiatria.

Discussão sobre a Organização do Trabalho Médico

A organização do trabalho médico em Cotia, constitui um fulcro essencial que vai garantir o desenvolvimento dos SILOS. Este fato é dado inúmeras circunstâncias ligadas as bases doutrinárias, objetivos do serviços e a própria composição da equipe formada em Cotia, e define por linhas básicas que vão garantir o desenvolvimento do Sistema local.

O autor destaca cinco linhas básicas dessa organização, a saber:

- A primeira linha, é definida pela própria organização da Unidade Integrada, que mantém um corpo clínico único, sob a mesma direção para a rede básica e os serviços hospitalares. O médico é contratado para o sistema, devendo atuar em todos os seus pontos. Isto, somado à ênfase dada ao atendimento ambulatorial na resolução da maioria dos problemas de saúde, facilitou em muito não só a integralidade das ações mas a possibilidade de romper preconceitos entre os médicos "ambulatoriais" e "hospitalares", médicos ligados a saúde pública (preventivos) e assistência médica (curativos).

- A segunda linha pode ser definida como o estabelecimento do eixo epidemiológico social para a priorização de atividades e o guia para avaliação de resultados. A normalização através de programas facilitou a padronização de condutas clínicas. Uma base de avaliação mais coletiva do serviço na comunidade forjou ainda um nível de integração entre uma visão de saúde pública mais complementar da assistência médica e vice-versa. Isto favoreceu, de certa maneira, a não departamentalização do corpo clínico por áreas de especialidade, gerando uma disponibilidade das próprias áreas em reciclar conhecimentos entre si e em assumir atividades gerais, tanto na assistência quanto no ensino, incorporando, no seu discurso uma visão mais coletiva da problemática de saúde.

- A terceira linha definida em diferentes relatórios desse período, é a priorização da atividade assistencial em função do ensino e da pesquisa. Isso, em parte, vem da própria constituição do corpo clínico e da direção vinda da Sta Casa, onde a faculdade nasce dentro de uma instituição assistencial, moldando-se a essa filosofia. Por outro lado, a própria pressão da comunidade pelos serviços e o controle social exercido pela mesma, reforçam esse aspecto.

- A quarta linha foi o estabelecimento, desde o início, do trabalho em equipe, pelo próprio esquema criado na estrutura

informal, primeiro a nível do Centro de Saúde e depois a nível do Hospital. Na conformação de um Conselho técnico - administrativo participavam as áreas de enfermagem, serviço social, SAME, nutrição e as áreas de apoio diagnóstico-terapêutico. A coordenação desse conselho exerce sobre o corpo médico uma responsabilidade de liderar, o processo também cria condições de controle social interno sobre as suas ações.

- A quinta linha foi o estabelecimento de uma mesma política salarial para as diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas, o que permitiu que o trabalho e a coesão do grupo não fosse dividido por critérios de produção ou de valorização de atos médicos pelo sistema pagador (INAMPS), que na época diferenciava muito os honorários pagos aos clínicos dos honorários pagos às áreas cirúrgicas. A possibilidade da prática privada foi aberta pela direção da Unidade Integrada, mas não foi incorporada de maneira efetiva pelo corpo clínico. O fato do corpo médico não ter tido como prioridade o desenvolvimento de práticas privadas, diminuiu em muito o caráter corporativo de suas reivindicações e facilitou o equilíbrio entre os objetivos da instituição e do grupo médico.

QUADRO

ATIVIDADES DO SISTEMA MEDICO	1a Fase	2a Fase		3a Fase	4a Fase
	Centro Saude-Escola	Abertura da unidade de internacao		P. Socorro - 24 hs.	Extensao do atendimento V. Perifericas
		1. Materno Infantil	2. Clinico Cirurgico		
NUCLEO EM TEMPO INTEGRAL	Atendimento e supervisao dos diferentes programas S. Crianca S. Materno S. Adulto Epidemiologia Pronto atendimento dos pacientes inscritos nos programas.	Visita/controla dos leitos. Acomp. partos - C.O. Supervisao - P.Moturno Plantoes Moturnos Pediatria Obstetricia	Visita/controla dos leitos. C. cirurgicos Supervisao Noite a distancia.	Chefia do P.S. - dia dividido por areas. (Obst./Cirurgia/Clinico/Ped/Saude Publica) Noite - Plantao com rodizio de toda equipe	Dias de supervisao e atendimento em 4 unidades Um medico responsavel por unidade - chefia
NUCLEO DE PLANTONISTAS	=====	Anestesistas - 24 hs. Obstetras - 12 hs. Fins de semana - 24 hs. Feriados - 24 hs. Superv. dos residentes	Idem	Anestesistas - 24 hs. Obstetras - 14 hs. Superv. dos residentes	=====
NUCLEO DOS RESIDENTES E ESTAGIOS	Atendimento por Saude.	Plantao de pediatria p/ enfermaria.	=====	- Geral para P. Socorro	- Atendimento unidades perifericas

DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

As concepções doutrinárias de formulação do projeto, partem dos princípios de integração sanitária, quebra da dicotomia entre as ações preventivas e curativas, assistência médica e saúde pública. Outra concepção é a de construção de um modelo de gerência de um Hospital de comunidade centro de saúde, que tivesse um grau de inserção no município, estabelecendo uma relação positiva serviço-comunidade.

Essas linhas básicas vão servir de alicerce para o segundo período de desenvolvimento e implementação do sistema local em Cotia. A essas premissas, vão se somar os princípios doutrinários da medicina comunitária, da Conferência de Alma Ata entre outros e, de , certa forma o próprio movimento que a Secretaria de Saúde de implantação dos programas básicos.

Nesse sentido, podemos dizer que se processa uma nova formulação do projeto (II) no período, que tem como base a primeira, mas que aprofunda na sua implementação um modelo mais abrangente de sistema local de saúde. Desenvolve um movimento de diagnóstico de situação e de planejamento de ações, baseado, de um lado, em elementos racionalizadores da assistência (coordenação dos recursos já existentes) através de critérios eficiência, eficácia e equidade social, e de outro lado, procura acentuar o movimento de participação da comunidade no desenvolvimento dos serviços.

Vários passos são dados nesse sentido, refletidos em relatórios técnicos da Unidade, mas pode-se dizer que o documento apresentado em 1978 à Fundação Kellogg, sintetiza essa nova formulação. O projeto foi elaborado pela equipe técnica da Unidade Integrada de Cotia.

Os pontos de caracterização dessa nova formulação no período de implementação do sistema local de saúde podem ser assim enumerados:

1- Regionalização de área; 2- Hierarquização da rede de serviços; 3- Implantação dos programas básicos de saúde; 4- Integralidade das ações - incorporação da demanda espontânea aos programas de saúde e a criação de mecanismos de encaminhamento e contra encaminhamento; 5 - Participação comunitária; 6- Integração intra e intersectorial; 7 - Formação e reciclagem de recursos humanos; 8- readequação da rede física.

Todos esses pontos partem do pressuposto que o sistema deveria ampliar a oferta de serviços, universalizando a demanda e priorizando pelo eixo epidemiologia social, grupos populacionais de maior risco.

Ainda para facilitar a apreensão desse período, pode-se caracterizar em quatro fases o desenvolvimento do sistema local, a saber:

1- funcionamento do CSE a partir de 1975, com a implantação dos programas básicos, reorganização da assistência nas unidades básicas existentes e definição da regionalização e hierarquização das unidades no município. O planejamento da readequação física, também é realizado nesse período.

2- funcionamento da unidade de internação e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, a partir de Março de 1976. As áreas prioritárias na 1a. fase materno-infantil criam um movimento de abertura, acompanhado pelas áreas clínico-cirúrgicas num segundo momento. A alteração da oferta de serviço na área hospitalar fortalece muito o funcionamento do CSE e Unidades Básicas e o desenvolvimento dos programas.

3- funcionamento do Pronto-Socorro central da unidade, a partir de 1978, estabelecendo uma nova relação no sistema local, entre o atendimento da demanda espontânea e a demanda programada.

4- extensão do atendimento às unidades periféricas e postos comunitários com descentralização dos programas e desenvolvimento do componente de participação comunitária e integração intersetorial, a partir de 1977, mas que se acentua em 80 e 81.

Na área de recursos humanos as atividades de ensino e formação, permeiam todas as etapas, sendo fulcro no desenvolvimento do sistema local, e tratado como tópico separado.

1a. FASE -FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

O início das atividades do Projeto Cotia, deu-se a partir do convênio com a SES e a FSP, em Janeiro de 1975, com a transferência do antigo CSV da sede para as instalações da Unidade Integrada.

O primeiro relatório da equipe que inicia a implementação do projeto datado de Abril/75, expõe a situação encontrada nos serviços de saúde existentes, relata a implantação do serviço, rotinas e define algumas linhas centrais para o funcionamento do projeto no município.

Relata ainda a grande expectativa criada com o início do funcionamento do "Hospital" por parte da população e das lideranças locais. No fundo, o hospital, que esteve em construção desde 1970, vinha sendo discutido e divulgado na comunidade, tornando-se um fato novo para a saúde do município.

Portanto nesse primeiro momento, duas eram as preocupações da equipe recém-chegada no município (depoimento do chefe de equipe);

1 - realizar um diagnóstico da situação para orientar o serviço e 2 - responder efetivamente a demanda e à expectativa criada pela comunidade na abertura do serviço, pois não era apenas em relação ao Centro de Saúde, mas ao atendimento hospitalar.

Diagnóstico da situação e diretrizes gerais

O primeiro relatório aborda assim o sistema dos serviços em Cotia: " Os recursos da área de saúde, existentes no município de Cotia, podem ser definidos de maneira geral como recursos ambulatoriais, com ação estática, predominantemente curativa de atendimento à demanda ".

Os recursos existentes consistem em " 3 postos municipais, 2 na sede e um de menores proporções, no Distrito da Raposo Tavares, e 3 postos da SES, dois também localizados na sede do município (CSI e CSII) e um localizado no Distrito de Caucaia do Alto (CSV).

Havia ainda no bairro da Granja Vianna (km 24) um ambulatório médico, pertencente a uma Instituição filantrópica a Assistência Social Santo Antonio"(ASSA).

O primeiro com vista a estabelecer um diagnóstico de saúde em Cotia alunos de medicina da Faculdade da Santa Casa de São Paulo através do departamento de Medicina Social. Um questionário amplo é aplicado em todas as regiões do município.

Os dados coletados mostravam sinteticamente o seguinte:

Os dados coletados sobre o perfil sócio econômico e condições de saneamento estão sinteticamente apresentados no quadro de caracterização das regiões e setores no município.

Um aspecto que chamou a atenção do estudo, foi a questão de acessibilidade geográfica. Apesar da unidade integrada estar localizada no centro do município, por problemas de transporte na ligação bairro-centro, grande parte da população apresentava dificuldades no acesso.

Esses dados , somados as estatísticas do censo de 70 e informações registradas do município , foram pontos- chave para estabelecer diretrizes gerais do serviço, que no primeiro relatório aparecem expressas da seguinte maneira:

"1 - O centro das atividades da Unidade Integrada está na Unidade Ambulatorial;

2 - A Unidade Integrada deve estar estruturada para permitir o maximo de dinamismo.

Os pontos - chave para viabilizar essas 2 diretrizes, anotadas no relatório, são as seguintes:

1 - criação de um sistema de informação para o município, que permita avaliar as ações e reorienta-las;

2 - descentralização das atividades ambulatoriais como vacinação, distribuição de leite, consulta médica geral e

atividades de saneamento, programação e coordenação com os demais serviços locais, nas diferentes regiões;

3 - implementar atividades de visitação domiciliar;

4 - treinamento de pessoal auxiliar para expansão dos atendimentos de saúde."(relatório de atividade de 1975)

Regionalização do Município

O município, após esses estudos, teve uma primeira divisão em 7 regiões, que posteriormente foram reduzidas a 4, estabelecidas a partir dos critérios de acesso às unidades de saúde (recurso de saúde mais próximo, concentração populacional, referência geográfica dada pela Rodovia Raposo Tavares (a urbanização do município se deu basicamente ao longo da rodovia), características epidemiológicas e sociais das áreas e divisão administrativa do município. As 4 regiões principais foram assim demarcadas:

C 1 = tem como referência à Rodovia Raposo Tavares do Km 21 ao 29, onde se concentra grande parte do recurso industrial, com características semelhantes de população e acesso à Unidade;

C 2 = tem como referência a Rodovia Raposo Tavares do Km 30 ao 39, área de mais concentração urbana e populacional, sede do município e da Unidade Integrada;

C 3 = Distrito da Raposo Tavares (Vargem Grande) delimitado pela própria administração do município;

C 4 = Distrito de Caucaia do Alto, acrescido do Bairro do Tijuco Preto, de características mais rurais, obedecendo a divisão administrativa do município. (mapa em anexo).

Essa primeira regionalização vai ser mais detalhada, criando a figura dos setores, em cada região, com o objetivo de desenvolver unidades de menor complexidade para o atendimento de populações até 5000 habitantes. Esse novo estudo está previsto no Projeto financiado pela Fundação Kellogg e se desenvolve com uma metodologia mais participativa. No relatório da equipe descrevendo esse estudo são caracterizados os seguintes passos:

" 1 - a delimitação dos diferentes núcleos populacionais em cada região;

2 - o levantamento dos dados de população, condições habitação, saneamento, etc.;

3 - inventário dos recursos existentes em diferentes setores da área social (escolas, igrejas, clubes, etc);

4 - definição dos principais problemas de saúde da população e facilidade de acesso aos recursos já existentes."(relatório de atividades de 1978)

A estratégia para este estudo foi planejada em 3 etapas, a saber:

1 - através das lideranças locais, formais e informais, delimitar, em cada região, os núcleos populacionais, entre 2.000 e 5.000 habitantes, capazes de iniciar atividades de assistência primária;

2 - através de reuniões com a população desses setores, discutir as necessidades sentidas pela mesma na área da saúde, e avaliar os principais problemas sob o ponto de vista dos moradores;

3 - através de questionário específico, e por sistema de amostragem, dirigir um estudo no sentido de detectar - do ponto de vista mais técnico- as condições de vida e saúde dessas populações, contando nessa fase não só com o respaldo da Escola de Saúde Pública e Santa Casa, mas também com os próprios moradores.

Definição dos Setores

A primeira etapa foi concluída e sua execução contou com a participação das professoras das escolas de todas as áreas, com quem foram discutidas as propostas do programa e informações sobre a população de alunos e famílias que frequentavam tais escolas. Nesse processo, também participaram ativamente lideranças locais de alguns bairros, na delimitação das áreas. A divisão do Município em 4 regiões e sua delimitação haviam sido feitas levando em consideração as características geográficas de cada área e sua identidade dentro do Município bem como o acesso da população a recursos existentes.

O trabalho de definir os setores passou também por uma análise de cada bairro e local, sob o ponto de vista acima referido, e também procurou detectar o grau de organização desses bairros e núcleos no sentido de manter ou participar da organização de uma assistência primária. Sendo assim, o quadro anexo define as regiões e setores de maneira sucinta.

Essa regionalização e setorização do Município são a base de planejamento de ações de saúde utilizada até hoje, servindo de apoio para a extensão da rede física e para o trabalho comunitário.

Regiões	Delimitação Geográfica	Características Gerais	Saneamento Básico	Escolaridade	Estrutura de Emprego	Pop. Est.	Setores ...
Região 1	Sede - Granja Viana	1. Implant. de Indústrias	1. Água - Somente Granja Viana 20%	80% de pop. analfabeta, primário incompleto/no-primário (inclui 22% sem escolaridade)	1. Mão de obra não qualificada empregada na indústria	18.000	1. Jardim Sta. Angela (Km 21)* 2. Jardim Barbacena (Km 21) 3. Granja Viana (Km 24) sede 4. Renoir (Km 25) 5. Jardim Torine (Km 26)* 6. S. Fernando Golf Club (Km 28) 7. J. Claudio-Rio Cortia (Km 29)*
C1	Referência Rodovia Raposo Tavares Km 21-29	2. Crescimento p/ processo migratório 3. Criação de Bairros e loteamentos p/ trabalhadores e classe média alta (Granja Viana)	2. Esgoto - Fossa simples/ negra 3. Lixo - Recolhimento uma vez por semana				
Região 2	Sede do Município (Centro Histórico)	1. Área de maior urbanização 2. Concentra Atividades de comércio e serviços 3. Bairros Operários/ com crescimento migratório (loteamentos semi-clandestinos) 4. Concentração classe média natural do município	1. Água - 60% 2. Esgoto - 0% 3. presença maior de fossas sépticas	40% de pop. analfabeta, (primário incompleto/no-primário)	1. Mão de obra não qualificada 2. Concentração setor terciário	32.000	1. Jardim Ipe (Km 30) 2. Jardim N. Coimbra (Km 32)* 3. Sede do município (Km 33)* 4. Lagenda 5. Atalaia e Begarelli (Km 35)* 6. Morro Grande
C2	Referência Rodovia Raposo Tavares Km 29-39						
Região 3	Delimitação Administrativa	1. Atividade semi-rural 2. Início da implantação de indústrias 3. Dispersão em bairros com atividade rural	1. Água - poços simples 2. Esgoto - Inexistente 3. Lixo - Somente na sede Demais bairros com aberto	70% de pop. analfabeta, primário incompleto/no-primário (inclui s/ escolaridade)	1. Mão de obra ligada às atividades rurais 2. e setor terciário	10.000	1. Vila dos Camargos (Km 40) 2. Portão velho (Km 42) 3. Sede do Distrito de Paz - J. Hermínia e Bela Vista 4. Aguassai
C3	Distrito de Paz Raposo Tavares						
Região 4	Delimitação Administrativa	1. Características predom. rural 2. Pequeno crescimento migratório 3. Menor densidade demográfica 4. Tem acesso fora da Rodovia Rap. Tavares 5. Dificuldade de acesso à sede do município	1. Água - serve pop. da sede 20% demais poços 2. Esgoto - Inexistente 3. Lixo - Somente na sede	80% da pop. analfabeta primário incompleto / no-primário	1. Mão de obra predom. ligada ao setor primário (inclui olarias)	11.000	1. Tijoco Preto * 2. Sede do Distrito de Paz 3. Água Espraiada * 4. Capelinha e Grilos 5. Cachoeirinha
C4	Distrito de Paz Caucaia do Alto						

- LIMITES MUNICIPAIS
- ... DIVISÃO DOS SETORES
- DIVISÃO DOS NÚCLEOS
- RODOVIAS
- - - ESTRADAS

FIGURA 9

PROJETO COTIA
Regionalização

Reorganização dos serviços existentes

1- Coordenação intrasetorial e hierarquização da rede

A coordenação dos recursos de saúde no município foi preocupação central desde o início do funcionamento da unidade integrada. Essa coordenação por parte da Associação foi facilitada pela delegação feita através de convênio com a SES, das funções de Saúde Pública na área e também pelo próprio envolvimento que esta possuía na comunidade. O período de 75-81 consolida não somente as bases legais para essa coordenação, mas a partir da regionalização, uma rede hierarquizada multiinstitucional dentro do município. Os critérios estabelecidos para a definição dos níveis de assistência partiram dos seguintes parâmetros:

NIVEL I - unidades de setor, para o atendimento de populações de 2000 a 5000 habitantes, devendo desenvolver atividades de imunização, visita domiciliar, atendimento de enfermagem aos programas materno - infantil e vigilância epidemiológica com auxiliar treinada. Esse nível poderia contar com assistência médica esporádica. A supervisão deveria ser feita pelas unidades regionais de nível II, assim como o apoio administrativo. A esse nível, dependendo das características locais, poderia funcionar ainda uma estrutura menor, que a SES denominou de posto de vacinação (PV).

NIVEL II - constituídas por unidades regionais, tinham como referência populacional o atendimento até 20000 habitantes, desenvolvendo atividades ligadas aos programas materno-infantil, adulto, vigilância epidemiológica, saneamento e regime de pronto atendimento para a demanda espontânea ou eventual dos programas. Deveriam contar com atendimento médico permanente e pessoal de enfermagem com formação média e elementar. O horário de funcionamento também poderia ser estendido ao período noturno, de acordo com as necessidades. Tinha responsabilidade pela supervisão de unidades de nível I e eram supervisionadas pelas unidade central referência de nível III.

NIVEL III - Constituído pela unidade central que a nível ambulatorial, além de oferecer o atendimento básico à população de sua região, deveria coordenar os diferentes programas em especial a vigilância epidemiológica do município, e na área de assistência médica, garantir a retaguarda aos casos de especialidades como cirurgia, oftalmologia e casos relativos a urgências médicas durante as 24 horas. Na área hospitalar a unidade central deveria garantir a internação nas 4 áreas clínico-cirúrgicas para os casos referidos pelas unidades do sistema. (relatório de atividades de 1978)

Essa proposta de hierarquização de rede foi implementada gradativamente, viabilizando prioritariamente os programas básicos, a readaptação da rede e a redefinição das bases legais do sistema de saúde local.

Coordenação setorial

- Centro de Saúde Caucaia do Alto

A primeira unidade a ser incorporada ao sistema local foi a unidade de Caucaia do Alto. O CSV existente pelo convênio estabelecido, deveria ser anexado ao CSE. A análise das condições desse distrito de Cotia e do funcionamento da referida unidade fizeram com que a equipe ponderasse os seguintes aspectos:

1) a necessidade de manter a Unidade Caucaia descentralizada, devido à particularidade que a região apresentava e a dificuldade de acesso da população à sede.

2) coordenação direta e subordinação administrativa da mesma ao CSE, no sentido de garantir o desenvolvimento das atividades básicas e ampliação de áreas consideradas prioritárias.

3) que a equipe da unidade integrada deveria assumir, na medida do possível, as atividades descentralizadas, garantindo o atendimento nas 2 áreas prioritárias: materno-infantil e adulto (emergências) e supervisão de enfermagem.

4) que os pacientes que espontaneamente procurassem o serviço do CSE e encaminhados pelo CS V, seriam atendidos em caráter de emergência, garantindo uma retaguarda ao serviço, mas orientando para a matrícula e seguimento na unidade local.

Foram estabelecidas as rotinas da unidade, sendo deslocado 1 médico para atendimento em três períodos semanais, e a enfermeira para supervisão semanal. Os impressos foram padronizados, sendo os mesmos utilizados na Unidade Central, com boletins mensais melhor normatizados.

Início do Convênio com a ASSA

Os entendimentos com essa Instituição, iniciaram-se em 1975. A ASSA, vinha atuando na área (km 21 ao 26) desde 1962 e foi fundada pelos moradores da Granja Vianna, (loteamento de pessoas de classe média alta, executivos que trabalhavam em São Paulo e residiam em Cotia). A ligação desse núcleo com a sede do município era pequena. Fôra construído um prédio para ambulatório médico, ao lado da Igreja local, e este vinha funcionando com doações dos próprios moradores e do Governo do Estado (CEAS) para a assistência a pessoas carentes, dentro de uma visão mais de serviço social-assistencial, que propriamente médico-sanitária. O contato foi facilitado pelo médico responsável do ambulatório, que 4 vezes por semana das 15 as 19 horas, atendia a população. Após várias reuniões com a equipe do Hospital e da exposição dos programas e planos de saúde para o município, é levada pelo diretor médico a proposta de convênio com a Associação e de ampliação das atividades médico-sanitárias na área. As reuniões se sucederam, e a direção da ASSA apesar de entender os argumentos utilizados pela equipe do Hospital de estender o atendimento a população e implantar programas de

saúde, apresentava grande resistência à proposta. Os problemas financeiros da instituição e a própria visão dos diretores que preferiam dar um bom atendimento a poucos, do que um ruim a muita gente eram os pontos centrais da resistência, que fossem sendo quebrados pelo diretor médico e pelas irmãs de caridade que trabalhavam como enfermeiras no posto de saúde, sendo o convênio assinado em Julho de 1977. O resultado dos los seis meses foi muito positivo e o acompanhamento com reuniões mensais entre as duas instituições reforçou ainda mais o engajamento desta instituição ao sistema local de saúde.

Convênio com a Prefeitura de Vargem Grande Paulista

O posto de saúde, instalado em Vargem Grande Paulista, vinha funcionando de maneira bastante irregular. Com apenas 1 atendente 1 servçal e com uma rotatividade de médicos muito intensa, que, por orientação municipal, deveriam atender a demanda do dia. As coberturas dos programas materno-infantil e de imunização eram baixas na área. A supervisão desta unidade por parte da equipe do Hospital por força do convênio com a SES, vinha sendo feita desde 1975, buscando entendimentos com a Prefeitura para desenvolver um outro esquema de saúde. As dificuldades na articulação da rede municipal correram mais por conta de fatores políticos. Nessa época, a diretoria de saúde do município era exercida pela mulher do prefeito, o Sr. Carmelino Pires de Oliveira, que tinha em Vargem Grande uma de suas bases eleitorais e que não queria "misturar" os serviços municipais com os da AHC. Apesar das insistências, a evidência que deveria melhorar o atendimento e a proposta técnica da equipe ligada ao CSEscola, fizeram com que fosse aprovada uma lei na Câmara de Cotia, autorizando o Prefeito a celebrar convênio com a Secretaria da Saúde, através da Associação, nos termos de minuta padrão do Posto de Assistência Sanitária. A idéia porém de aproveitar o espaço do posto já existente, não foi aceita e o trâmite para regularizar o convênio se arrastou até Julho de 1980, quando foi inaugurado um outro posto, ao lado do existente, integrado com a Associação.

Os chamados postos periféricos ou centros de assistência primária, tinham como normatização dentro do sistema as atividades de consulta médica geral, pré-natal, acompanhamento do menor de 1 ano, imunização, notificação epidemiológica e encaminhamento de casos para a Unidade Central, além da colheita de exames laboratoriais para serem remetidos ao Laboratório do Hospital. O número de horas-médico passou em 77 a ser de 20 horas/semanais naquelas unidades, o que significou um avanço em relação ao ano de 1976. Outro aspecto importante foi a supervisão e treinamento de pessoal na área de enfermagem, ficando uma enfermeira de saúde pública em tempo integral responsável por este trabalho o que de forma visível melhorou a qualidade do atendimento e diminuiu os problemas de enfermagem nas unidades. (relatório de atividades de 1977)

Readequação Física

No período, a reorganização e redefinição dos serviços existentes, passam também por um planejamento de readequação da rede física das unidades periféricas (nível II). O primeiro estudo, foi feito em Caucaia do Alto onde existia apenas um consultório e uma sala, onde eram realizados atendimentos de enfermagem e servia também como almoxarifado da unidade, além de uma pequena sala de espera. O pedido da reforma é feito em 78 para a Secretaria e somente é concretizado em 1981. A segunda unidade a merecer um estudo da readequação física, é a ASSA que, apesar de possuir acomodações melhores, com o aumento do atendimento necessita uma ampliação em suas instalações. O estudo é feito em 80 e através de verbas da comunidade e do CEAS, a reforma é realizada em final de 1981. Em Vargem Grande, a Prefeitura de Cotia, por não desejar a integração firmada em convênio no prédio existente, reforma uma instalação de sua propriedade, ampliando o número de consultórios. O início das atividades em Vargem Grande se dá, praticamente em um prédio novo, mantendo a Prefeitura ainda o antigo posto municipal.

Implantação dos Programas

A implantação dos programas de saúde, constitui um passo importante na reorganização da assistência no município. As experiências desenvolvidas pelos CSE (CS Barra Funda e Botucatu), e a sua implementação na rede básica da Secretaria na segunda gestão do Prof. Leser, apoiam o desenvolvimento dos programas em Cotia. As concepções básicas da programação, é somada uma definição mais clara em relação ao atendimento da demanda espontânea, pela própria característica do serviço de Cotia e também pela pressão que a população e dirigentes locais fazem sobre o novo serviço. Assim, a incorporação da assistência médica na programação apresentava duas lógicas, uma de integralidade das ações, mais a nível de concepção e outra de necessidade e pressão da população para aumentar a oferta que também é detectada pela equipe e absorvida na organização da assistência.

Os programas são implantados gradativamente obedecendo, ao eixo epidemiológico social de priorização e própria absorção dos serviços que já existentes. Nesse sentido, por ordem cronológica o primeiro programa a ser implantado é o da saúde da criança, logo depois saúde materna, controle de doenças transmissíveis, saneamento e já no final do período, se estrutura o programa do adulto para doenças crônico-degenerativas, saúde mental, ginecologia e saúde ocupacional.

I- Saúde da Criança

A transferência do CSV para a Unidade Integrada e a

implantação do serviço de saúde da criança, obedeceu as seguintes preocupações de acordo com a equipe : " 1 - específicas: estabelecimento de rotinas, junto as pacientes, organização dos arquivos, treinamento de pessoal, definição de critérios para a classificação social, implantação de ficha de saúde da criança, ficha familiar, etc.; 2 - gerais : verificar que tipo de clientela frequentava o antigo serviço, do ponto de vista social, de geografia do município, etc, qual a demanda e a expectativa que tinham do serviço, etc. " (relatório de atividades 1975).

Com essas preocupações e procedimentos efetuados pelo serviço, estabelece-se no primeiro diagnóstico, em relação ao atendimento da criança no município, conclusões que podem ser assim resumidas: 1- a procura ao serviço deve-se a dois motivos o plano de leite (57.8%) e a consulta médica de emergência (36.8%). 2- não havia consultas de rotina ou seguimento; 3- a vacinação também não tinha uma rotina, sendo que grande parte da clientela que procurava o serviço, mesmo a incluída no plano do leite, não recebia vacinas regularmente; 4- o motivo da procura por consulta médica era dada por "emergências" como falta de apetite, palidez, manchas no rosto, etc., sendo que devido à ausência de critérios para o atendimento, a prioridade no antigo sistema era a ordem de chegada; 5- a maioria das crianças que frequentava o serviço era das regiões central (próximo ao hospital) cerca de 80% (registro de saúde da criança - Janeiro 1975), sendo que dos 2 Distritos do município Caucaia e Raposo Tavares, a frequência ao serviço era quase nula; 6- a classificação socio- econômica da clientela do serviço nos meses de Janeiro e Fevereiro, mostrava que 80% deste percebia uma renda familiar inferior a 2 salários mínimos.

A partir e concomitantemente a esse diagnóstico, as atividades de organização do CSE passaram pelo estabelecimento de um registro e sistema de informação que permitissem utilizá-las como avaliação permanente da evolução do serviço. Foi feita uma reprogramação do atendimento à criança objetivando os seguintes pontos:

1- Abertura à demanda, normalizando prioridades para as crianças, menores de 1 ano, desnutridas e as patologias de seguimento para a consulta agendada (rotina) triadas a partir das consultas eventuais (Pronto atendimento médico ou Atendimento de emergência);

2- Priorização de atividades de imunização - reavaliação de toda a criança que procurava pelo serviço em qualquer atividade, do Centro de Saúde - Escola para regularização dos esquemas de imunização;

3- Estabelecimento do atendimento de enfermagem para os casos mais simples, iniciando trabalho com grupos de mães;

4- reorganização do programa do leite, estabelecendo critérios clínicos para a matrícula, avaliação mensal dos desnutridos, programa educativo por todos os profissionais de

equipe, responsabilidade do serviço social pela condução do programa e estudo de possibilidade de descentralizar o programa para outras unidades do município;

5- Implantação da ficha de atendimento individual e familiar.

A sistemática adotada no CSE é gradativamente implantada nas unidades periféricas, começando já em 1975, com a supervisão nas salas de vacina e no aumento significativo desta atividade como rotina em Caucaia, V. Grande e ASSA. O segundo ponto foi a implantação do acompanhamento aos menores de 1 ano, que ao final de 1977, já estava em funcionamento em todas as unidades. O apoio da área de enfermagem, tanto no atendimento de rotina como eventual (demanda espontânea) foi decisivo para a extensão de cobertura nessa faixa. (relatório de atividades de 1977)

O atendimento ao grupo de 1 a 4 anos foi programado para patologias de risco, triadas a partir do acompanhamento e da vinda das crianças no atendimento eventual. A faixa do escolar, é atendida somente a partir da consulta eventual, obedecendo à mesma sistemática. Os contatos com as escolas e os primeiros passos para a implantação do programa de saúde escolar são feitos em 1976 e consolidados através do SIAME (Sistema Integrado de Assistência Médica ao Escolar), a partir de 1980.

II- Saúde Materna

O primeiro relatório chama a atenção para a situação existente quanto ao programa de saúde materna. Em todas as unidades do município não era desenvolvida nenhuma atividade específica de controle da gestação. A inexistência de leitos obstétricos no município, demandava da Prefeitura, a remoção para São Paulo e São Roque, principalmente, das parturientes. O parto domiciliar, segundo informação do cartório local era alto. A extensão do município e a dificuldade de locomoção, corroboravam essa assertiva, principalmente para as regiões de Caucaia do Alto e Vargem Grande Paulista (áreas mais rurais). Na região de Caucaia, o levantamento feito sobre curiosas existentes, apontou 9, que, segundo entrevista, nunca haviam recebido qualquer treinamento para o desempenho dessa atividade. Os dados estatísticos, referentes aos indicadores de saúde de Cotia, corrigidos por local de residência a partir de 1970, mostravam-se elevados. Os componentes de mortalidade perinatal, neonatal, natimortalidade e mortalidade materna, eram muito altos para os anos de 1970 a 1972 (dados disponíveis na época).

O início das atividades do programa materno, data de abril de 1975. Com base em dados populacionais, taxa de natalidade (28.1/1000has) foram traçados parâmetros de cobertura e concentração de consultas, utilizando ainda os critérios de regionalização do município. A normalização do atendimento foi feita segundo os padrões da SES e do Depto Materno-Infantil da FSP USP, que assessorou a montagem do programa. A sua discussão foi feita com toda a equipe, e o recurso humano para esta

atividade foi de um médico obstetra em 20 horas semanais e de um médico sanitарista em 3 períodos por semana.

Um relatório detalhado, avaliando no primeiro ano todos os elementos do programa foi anexado ao relatório geral. A primeira parte expõe o diagnóstico geral desta área e estabelece os critérios populacionais e metas a serem alcançadas pelo programa. A segunda parte faz a avaliação do programa desenvolvido pelo CSE. A avaliação realizada mostrou, uma cobertura ainda baixa (24,3%) do programa, que concentrava na região central, seu maior indicador. O maior problema apontado pelo relatório, foi a dificuldade na referência hospitalar do parto (relatório Saúde Materna -1976).

Esse fato colocava para a direção da unidade a urgência da abertura dos leitos hospitalares para maternidade, que vai acontecer em maio de 1976.

A implementação do programa a partir de 76, com a abertura da maternidade, sofre um avanço dado pela procura espontanea que a população faz ao serviço para as atividades de pré-natal, vinculando estas a garantia do parto institucional. O programa após ser implantado em Caucaia, é estendido à ASSA em 77 e em V. Grande a partir de 80. Nesse período, antes da descentralização do programa nas unidades periféricas, o CSE é o principal responsável pela cobertura a outras regiões.

Vigilância Epidemiológica e Programa do Adulto

As atividades relativas à vigilância epidemiológica se iniciam com a incorporação do CS III de Cotia ao CS da Unidade Integrada. O relatório constata a precária situação de funcionamento do mesmo, em prédio alugado no centro da cidade, que contava com um médico consultante em tempo parcial (chefe), um atendente com funções de escriturário, dois fiscais sanitários 1 em licença de saúde há 2 anos e uma atendente cedida pela Prefeitura para vacinação. Funcionando desde 1948, suas atividades eram: a) fornecimento de carteira de saúde, laudos e licença para tratamento de saúde para funcionários públicos; b) consultas médico-sanitárias gerais à adultos somente; c) vacinação- somente para adultos (carteira de saúde); d) saneamento-fornecimento de alvarás sanitários e fiscalização sanitária; e) epidemiologia, desenvolvida pelo fiscal sanitário, que deveria receber notificação de outros postos e consolidar em impresso próprio. (relatório de atividades 1976)

O programa de atendimento ao adulto inicia-se pelo atendimento dos laudos e atestados de saúde e estabelece um grupo independente para este tipo de atividade. A matrícula não era obrigatória, nem o paciente era inscrito no Same automaticamente como eram as crianças e gestantes.

O que se constatou desde o início, a partir do atendimento desta demanda de atestados de saúde, era que esta atividade

constituía-se, no caso de Cotia, em uma inspeção na faixa do adulto jovem, recém-chegado ao município, de outras regiões do Estado e do País. A equipe vinculou esta atividade ao programa de epidemiologia, estabelecendo uma rotina para detecção de doenças transmissíveis - tuberculose, hanseníase, esquistossomose e a partir daí, iniciou ações ligadas ao programa de adulto. As atividades ligadas à área de vigilância epidemiológica, era representada pela consolidação dos boletins de notificação compulsória no município. Os postos de notificação estavam distribuídos nos seguintes locais: Posto de atendimento da Prefeitura, ambulatório médico (ASSA); Posto Sanitário de Vargem Grande Paulista e o CS V de Caucaia do Alto. A investigação epidemiológica, não era feita de rotina.

Foram tomadas as seguintes medidas nesta área: 1) manutenção dos postos de notificação, 2) organização da informação epidemiológica, mapeando as principais doenças no município, 3) estabelecimento de rotinas de notificação no CSE, a partir dos diferentes programas e dos atestados de saúde, 4) investigação epidemiológica de algumas doenças como prioridade, a saber: tuberculose, polio, esquistossomose, hanseníase, acompanhadas de medidas preventivas e curativas.

Os sub-programas de tuberculose, hanseníase e esquistossomose, no que diz respeito ao atendimento médico, é centralizado no CSE durante todo período. A abertura para o atendimento dos adultos, doenças crônicas degenerativas e ginecologia somente é acentuada a partir de 1978, com a abertura do Pronto Socorro.

Programa de Saneamento

A área contava com dois fiscais, sendo que somente 1 estava em exercício, desenvolvendo mais atividades na área de epidemiologia, que de saneamento propriamente dito.

As atividades de saneamento eram realizadas de maneira esporádica.

A 1ª providência foi o levantamento de todos os processos que circulavam nesta área, divididos segundo o critério; 1) controle de alimentação pública; 2) construção de residências e estabelecimentos comerciais; 3) construção de indústrias; 4) loteamentos. Esse levantamento, procurava separar os processos por regiões. Outra providência, foi obter informações sobre as questões ligadas à rede de água, esgoto e lixo no município, mapeando sua extensão e cobertura.

Outro contacto feito foi com a Prefeitura local, responsável pela regularização de moradias, indústrias, coleta de lixo, etc, no sentido de estabelecer um fluxo de informações, em relação aos pontos abordados. A principal dificuldade era a ausência de recurso humano habilitado para essas funções. Em Novembro de 1975, foi lotada uma inspetora de saneamento, que integrou a equipe local.

Com a transferência do CS III para a Unidade Central (CSE) e extensão de suas funções, de acordo com o convênio firmado, este passa a coordenar as atividades de Saúde Pública no município, delegadas pela SES.

A organização desse programa em Cotia, apresentou sérios problemas para a equipe. O diagnóstico situacional realizado destaca os seguintes aspectos.

1- Total desvinculação das ações de saneamento das atividades desenvolvidas pelo CS, reforçada pela maneira vertical e centralizada das ações da Secretaria de Saúde, no caso específico da Regional de Osasco, nessa área.

2- A prática de suborno, utilizada pelos fiscais, era conhecida em toda região pelos comerciantes e outros donos de estabelecimentos, que, à medida em que a Associação assumia a responsabilidade dessa área, apresentavam suas denúncias a direção sobre os procedimentos de tais fiscais vindos de Osasco.

3- A ausência de recursos humanos qualificados na área do município.

4- dificuldades de integração intersetorial a nível local com os órgãos responsáveis por regulamentações e licença nessa área entre outros CETESB e a própria Prefeitura local.

Esse diagnóstico fez com que a priorização do programa de saneamento fosse vinculada ao desenvolvimento dos demais programas no Centro de Saúde. As atividades ligadas ao saneamento básico e o controle de alimentação pública, foram a tônica do programa. O apoio da Faculdade de Saúde Pública através do Depto. de Saneamento foi importante nesse sentido.

Iniciou-se a integração intersetorial com a SABESP, realizando-se um trabalho de mapeamento da rede de água e esgoto no município, a análise através de um laboratório simplificado das fontes de água (poços) e o estímulo através da educação sanitária a população para realizar as ligações de água no domicílio onde havia rede pública. Em paralelo no CSE a distribuição de cloro e promoção de medidas gerais para o saneamento básico eram as ações principais do serviço.

As dificuldades relativas ao pessoal, as contínuas denúncias de corrupção e a própria estrutura da Secretaria fizeram com que o programa a nível local, sofresse, no período, muitas restrições.

2a. FASE- FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

As atividades hospitalares são iniciadas em Março e Maio de 1976, com a admissão de pacientes respectivamente nas áreas de pediatria e obstetrícia. A contratação e treinamento de pessoal

é feita a partir de Janeiro desse ano pela equipe de enfermagem. Conjuntamente com a abertura da Unidade de Internação, são colocados em funcionamento o laboratório clínico, a radiologia, o banco de sangue, a lavanderia e o setor de nutrição. O esquema médico até 1978, para atendimento noturno e de final de semana, é feito através de plantonistas na área de obstetria e anestesia, e a cobertura aos leitos de pediatria e clínica, por residentes. A ligação com a Santa Casa de São Paulo nesse início é fundamental não somente para o apoio dos setores como lavanderia e banco de sangue, mas também na retaguarda para os casos mais graves. O número de internações no primeiro ano é de 972, sendo 90% nas áreas de pediatria e obstetria. As áreas de clínica médica e cirurgia, vão ampliar sua participação nas internações, a partir de 1979.

A repercussão da abertura da unidade de internação do sistema local de saúde foi grande. A possibilidade de estabelecer, principalmente, no programa materno - infantil a referência hospitalar de nível secundário local, deu ao sistema um maior grau de resolução. Em relação ao programa materno, a possibilidade de leitos de retaguarda para patologias do período gestacional, o retorno ao puerpério e a inscrição precoce de gestantes no pré-natal, foram alguns dos indicadores referidos pela equipe como repercussão da abertura do Hospital (relatório de atividades 1977).

Nos programas da área da criança, isso se deu pela possibilidade de iniciar orientações e educação, dentro do Hospital, sobre o cuidado com o recém-nascido, de priorizar grupos de risco para o agendamento precoce e visita domiciliar e a real capacidade de resolver, a maioria dos casos, com ações simples de reidratação e tratamento das doenças respiratórias agudas a nível de internação em Cotia evitando o encaminhamento para São Paulo.

Na área cirúrgica o nível de resolução dado pelo Hospital prioriza as intervenções de pequeno e médio porte (hernias, fimoses, até gastrectomias), desenvolvendo também a área de cirurgia pediátrica, que representou em torno de 50%, o total das cirurgias realizadas. No CSE, o sub-programa de cirurgia passa a ser referência para todo o município, inicialmente a partir de encaminhamentos internos e, gradativamente, estendendo-se aos externos.

Na área clínica, o desenvolvimento maior da unidade hospitalar se dá através de dois eventos que se interligam: implantação do programa de adulto e a abertura do Pronto Socorro para a demanda espontânea. Ambos se alimentam e servem de porta de entrada para a internação, e o controle ambulatorial dos casos. Isso se dá com maior intensidade a partir de 79. A abertura do laboratório e do serviço de radiologia, oferece para a rede básica, uma retaguarda importante no apoio aos programas. As atividades de colheita de material são normalizadas e descentralizadas ao nível das unidades periféricas. A agilização do tempo de entrega do resultado dos exames é significativa,

enquanto o Adolfo Lutz demorava de 15 a 20 dias para a entrega, o laboratório da unidade começou a entregar no prazo de 3 dias.

3a.FASE- FUNCIONAMENTO DO PRONTO SOCORRO

A abertura do Pronto Socorro em regime de 24 horas e em local próprio, se dá no final de 78. Isso representa um acréscimo real da capacidade de oferta de serviço no município, principalmente para o atendimento ao adulto.

As atividades de pronto atendimento e de emergência, vinham até então sendo feitas no CSE durante o dia, através dos programas e de um consultório improvisado para estas atividades. Com a mudança do local de atendimento além de melhorar as condições da assistência, provoca o estabelecimento de uma nova relação entre o atendimento da demanda espontânea e a programada. Enquanto a primeira era reprimida pela capacidade de oferta, a relação entre as duas era de aproximadamente 50% nas atividades ambulatoriais das unidades. Isso passa a representar, nesse momento, com a ampliação do atendimento ao adulto e a extensão do horário, uma relação de 70% para a demanda espontânea. A particularidade em Cotia, é que esse fato provoca uma normalização desse atendimento que como porta de entrada, favorece a implementação dos programas. Como indicador desse fato, temos um crescimento do número de notificações dos casos de tuberculose, hanseníase e outras doenças transmissíveis, a partir da notificação do pronto socorro para o Centro de Saúde, assim como o encaminhamento dos grupos de patologias de risco. (relatório de atividades 1979)

Na área materno-infantil, mantém-se o atendimento das intercorrências durante o dia no Centro de Saúde - Escola, onde se tem a vantagem de consultar o prontuário médico. Gradativamente com a matrículas e inscrições dos pacientes adultos, os casos eventuais também são atendidos no CSE.

4a.FASE -EXTENSÃO DO ATENDIMENTO AS UNIDADES PERIFERICAS

Esta fase tem uma implementação real a partir de 1979, e recebe como base financeira para sua expansão, o financiamento da Fundação Kellogg. Ela é caracterizada pela extensão gradativa dos programas básicos (programa materno-infantil, vigilância epidemiológica, adulto) as unidades periféricas nível II, desenvolvimento do movimento de participação comunitária, a criação dos postos de nível I, e o desenvolvimento de ações inter setoriais no município.

Descentralização dos Programas Básicos

O processo de descentralização dos programas iniciou-se com o aumento gradativo de equipes a nível das unidades periféricas (nível II). Estabeleceu-se uma coordenação dessas unidades que

tinha como responsáveis um médico sanitaria, uma enfermeira e a assistente social da Unidade Central. Através dessa coordenação eram feitas escalas semanais onde se deslocava diariamente para cada unidade, um médico responsável pelos programas num primeiro momento. O setor de enfermagem realizava durante a semana a supervisão das ações de enfermagem e treinamento de pessoal nas unidades. O serviço social implantou o sistema de classificação dos pacientes e os contatos com instituições de cada região e com lideranças locais.

Esse tipo de organização proporcionou o desenvolvimento dos seguintes aspectos centrais do sistema local: 1 - um movimento de normalização de procedimentos e ajustes em cada unidade quanto aos programas, do sistema de informação e da organização das unidades; 2 - a partir do envolvimento de toda a equipe médica responsável pelo atendimento, tanto a nível central, quanto periférico, criou-se um real sistema de encaminhamento e contra - encaminhamento, normalizados que encontrava nas duas partes do sistema "receptividade" e respostas às demandas não resolvidas nos diferentes níveis. Isso fez com que a resolução das unidades de nível II fosse realmente aumentada; 3 - o diagnóstico de cada região foi trabalhado mais a nível local, envolvendo internamente todo o pessoal das unidades e externamente, lideranças e instituições (escolas, clubs), possibilitando o estabelecimento de canais mais próximos de participação; 4 - o incremento real de oferta de serviços, garantindo acessibilidade a grupos da população que, por condições socio-econômicas e culturais, mantinham-se a margem das ações, principalmente de caráter preventivo-promocionais de saúde. Como exemplo desse fato, é a cobertura alcançada na região de Caucaia do Alto (tipicamente rural) das atividades de pré-natal, puericultura e imunização (todas em torno de 70%). O parto institucional nessa região atingiu também essas cifras. (relatório de atividades 1980)

Participação comunitária e implantação dos Postos de Nível I

As atividades ligadas a extensão do serviço buscando o desenvolvimento do componente de participação comunitária no projeto, sofre maior impulso, a partir da descentralização dos programas básicos e do funcionamento das unidades do nível II.

Duas estratégias foram estabelecidas: a primeira, a partir das reuniões de grupo que se realizavam no serviço, procurou identificar possíveis lideranças locais e estimular uma ação mais organizada no seu local de residência; a segunda foi através de instituições e lideranças nos bairros do município, estimulando as discussões e organizações das pessoas para os problemas de saúde.

Quanto à primeira estratégia o comentário geral relatado pela equipe da unidade sanitária ao desencadear esse processo com grupos internos de pacientes que frequentavam o serviço foi o seguinte: " Na discussão desses problemas, com o objetivo de equacionar soluções, o primeiro aspecto levantado pelas pessoas presentes, foi a dificuldade de agrupar em seus bairros a população para tomar consciência desses problemas. Uma frase

muito comum, citada pelos participantes de cada reunião, foi a de que os moradores dos bairros, devido ao fato de estarem há pouco tempo no município e virem da área rural, tem a sensação de que melhoraram seu padrão de vida, apesar de todos os problemas que enfrentam. A mentalidade fatalista que trazem da área rural como bagagem cultural e a fase de adaptação que vivem para a vida urbana, também colaboram para o distanciamento das pessoas da região." (relatório de atividades 1979)

Essa estratégia estabelecida como rotina no serviço para os diferentes programas, propiciou mais repercussão ao nível da consciência sanitária da população, mas efetivamente não criou canais para participação organizada da comunidade.

A segunda estratégia foi desenvolvida nas diferentes regiões.

Na região 1 (Km 21 ao 29), de responsabilidade da ASSA, o bairro mais carente apontado pelo grupo foi o do Rio Cotia, que apresentava um crescimento muito grande e problemas sérios de saúde, devido a existência de lagoas contaminadas, prováveis fontes de transmissão de esquistossomose no Município.

O primeiro passo no sentido de concretizar a idéia de ação comunitária, foi o levantamento da área, juntamente com os moradores, e a preparação de um curso sobre problemas de saúde a ser desenvolvido na igreja local pela ASSA e pela equipe técnica da Associação Hospital de Cotia.

Na região central, as reuniões tiveram como base de apoio um grupo da Igreja Católica, que pretendia desenvolver um trabalho comunitário escolhendo a saúde para área de atuação. O grupo é composto de 20 pessoas de diferentes bairros e camadas sociais. A equipe do hospital realizou, numa primeira etapa, a discussão dos principais problemas de saúde encontrados no Município, definindo suas causas e deixando para o grupo a discussão as prováveis soluções. O curso foi dado ao longo de 1979, abordando os seguintes temas:

- Problemas relacionados com a criança (desidratação, verminose, hábitos alimentares, desnutrição)

- Problemas relacionados à maternidade (concepção, cuidado pré-natal, problemas mais comuns na gestação, parto domiciliar e hospitalar)

- Problemas relacionados ao saneamento básico (água, esgoto e lixo).

Com o tempo, começaram também a participar desse grupo pessoas de outras religiões. Nas discussões, surgiu a idéia básica do grupo funcionar como multiplicador de cursos, palestras e discussões sobre saúde, aproveitando as reuniões que a igreja fazia, para analisar problemas religiosos e de ação social. Desse grupo também saiu a idéia de se realizar em Cotia, em comemoração ao Ano Internacional da Criança, uma Semana da Criança, que seria

patrocinada pelo grupo, pelo Hospital de Cotia e pelas escolas primárias. Dentro do programa da Semana foram aprovadas as seguintes propostas:

- um concurso de cartazes sobre saúde, feito pelos escolares, com distribuição de prêmios no encerramento da Semana. A comissão julgadora seria constituída por um grupo de professoras de cada região, membros da comunidade e do Hospital de Cotia;

- reuniões de cada região, para discussão dos problemas relacionados à criança com elaboração de textos de teatro, filmes, etc, para motivar a participação;

- festa de encerramento, no Ginásio de Esportes da Prefeitura, com a participação das autoridades e representantes das escolas e da comunidades, no sentido de alinhar um programa para atendimento das necessidades da criança no Município.

Esta semana da criança foi realizada e o balanço analisado pela equipe local foi altamente positivo. (relatório de atividades 1979)

A partir dessas discussões, um grupo de teatro amador, ligado a uma igreja batista, foi procurar a equipe do Hospital, no sentido de colaborar na discussão dos temas de saúde. O grupo, a partir das discussões com a equipe do CSE, elaborou um texto de teatro para encenação. A peça denominada "Viver por Viver" retratava a vida de uma família migrante em Cotia, abordando problemas de saúde, a procura de uma assistência e o choque de padrões culturais da área rural e urbana. Abordava também os problemas sociais (emprego, educação, etc), vivenciados pela família. Foram realizadas 5 apresentações em bairros e sua repercussão na comunidade foi grande. A principal delas foi a fundação de uma sociedade amigos de bairro no Tijuco Preto, bairro pertencente à região de Caucaia do Alto, onde se desenvolve um pequeno posto comunitário.

Posto comunitário do Tijuco Preto

O único local onde a repercussão das ações descentralizadas pelo projeto desenvolveu resultados mais objetivos foi no bairro do Tijuco Preto. As razões apontadas nos depoimentos para que isso ocorresse foram: que a maior parte de sua população é natural de Cotia e a existência de lideranças comunitárias que nasceram ali.

A associação amigos de bairro através de sua diretoria composta na maioria por mulheres do bairro, tinha como presidente a servente da escola primária local. Esse grupo consegue mobilizar os recursos locais e a cessão de um pequeno terreno para a construção do posto, que é feita através de um trabalho de mutirão pelos próprios moradores.

A discussão dos problemas de saúde e de como funcionar o

posto foi exaustiva. A principal reivindicação era atendimento médico no bairro, apesar de chegarem a referir verbalmente conclusões sobre a saúde de caráter coletivo (educação, saneamento, salários) como as principais causas dos problemas encontrados. A implantação do serviço seguiu os seguintes passos:

- definição de um elemento da comunidade para trabalhar na área de enfermagem, no caso, uma funcionária do Hospital que morava ali, foi a escolhida;

- as atividades a serem desenvolvidas pelo posto, imunização, visita domiciliar, atendimento de enfermagem aos programas da criança, gestante e pequenos socorros, atendimento médico esporádico, priorizando atividades ligadas a criança e a gestante;

- treinamento de funcionário para atender os principais problemas de saúde (orientação ao RN, diarreias, resfriados etc) primeiros cuidados, e encaminhamento dos casos mais complexos.

O início das atividades em 1981 e um acompanhamento e estudo feito, apresentou a seguinte avaliação das atividades:

a) Imunização - implantou-se a aplicação de vacinas básicas, transferiram-se as cadernetas de saúde de moradores daquela área para sua Unidade de referência e, em setembro, iniciou-se a aplicação do BCG/ID. O movimento de vacinações, que começou com a aplicação de 20 doses, mensais, foi ampliado até alcançar a média de 080 doses, nos últimos cinco meses. Só para se ter uma base de comparação, basta citar que a Unidade de referência, Caucaia do Alto, apresentava um movimento médio de 400 doses mensais de vacinas. Com a descentralização, facilitando o acesso da população ao posto, a cobertura vacinal para a área, no ano de 1981, foi ampliada para famílias da zona rural, que não se deslocavam até a Unidade Caucaia do Alto, por dificuldades de transporte.

b) Atendimento de Enfermagem - inicialmente, a implantação desse serviço foi feita atingindo a cobertura da faixa infantil, como atividade de rotina. Os recém-nascidos no hospital recebiam o primeiro atendimento com 15 dias de idade, ocasião em que a auxiliar desenvolvia os seguintes procedimentos: anotação de queixas, relação dos dados vitais (peso, temperatura, estatura, perímetro cefálico e torácico), exame sumário do recém-nascido, orientação quanto a cuidados gerais e patológicos simples desse período (obstrução nasal, cólicas, dermatites, etc). Caso a auxiliar detectasse algum problema que necessitasse de cuidados médicos, a criança era encaminhada à Unidade de Caucaia.

Ainda no âmbito do atendimento de rotina, a auxiliar recebeu, em setembro e outubro, treinamento específico na área materna, em curso de 150 horas, com conteúdo prático e teórico. Os atendimentos eventuais ou de emergência foram implantados desde o início das atividades. Gradativamente, este tipo de

demanda vem aumentando, conjuntamente com o grau de resolução de auxiliar, a nível local. Os principais problemas que constituem a demanda deste atendimento referem-se a doenças comuns na infância (resfriados, diarreias, dermatites, verminose, escabiose, etc), ferimentos, aplicação de medicação e orientação.

c) Visita Domiciliar - pela facilidade de acesso à área, a partir de agosto deste ano, e com supervisão de enfermagem, foi iniciada esta atividade com o programa materno-infantil e a epidemiologia. Houve um aprendizado muito grande por parte da equipe e da auxiliar nesta atividade, quanto a um melhor conhecimento da realidade local. Assim, por meio desta atividade, foi possível adequar algumas orientações, tornando-as mais específicas para a área.

d) Atendimento Médico - tendo em vista o levantamento de necessidades, iniciou-se o atendimento médico na área materna, realizado uma vez por mês na Unidade. Esta atividade facilitou também a implantação do atendimento de enfermagem a gestantes e a própria estruturação do programa materno, de maneira mais efetiva. (relatório de atividades 1981)

A repercussão do Tijuco Preto em outros bairros foi fomentada pela Associação. Portão Vermelho (km 40), Rio Cotia (km 29) e km 21, foram os locais em que as atividades mais se desenvolveram com respostas da comunidade mais efetiva, mas não conseguiram organizar-se a ponto de implantar a experiência de Tijuco Preto, de construção de um posto comunitário. As repercussões políticas dessas atividades a nível de Prefeitura de Cotia é sentida de maneira contraditória. O aumento das reivindicações a Prefeitura e a estimulação de correntes contrárias dentro do poder local, provoca, de um lado, a tentativa de competição desses movimentos através de suas lideranças e de outro o combate e a desestimulação dessas associações e atividades por algumas autoridades locais.

Nos períodos seguintes foram criados no km 21 e km 29 postos municipais, em resposta as demandas criadas, obedecendo a lógica da gestão em exercício na Prefeitura.

Integração Intersetorial

A integração intersetorial começa com a rede escolar. Um primeiro levantamento sobre a distribuição de escolas no município aponta um número de aproximadamente 48 estabelecimentos, com uma localização geográfica excelente, privilegiando todos os núcleos populacionais. Esse fato já havia sido explorado em Agosto de 75, quando da 1ª campanha antirábica no município.

A preocupação maior realçada pela equipe em relatório, era a impossibilidade de cobertura dessa faixa de idade pelo serviço e de atender especificamente aos seus problemas prioritários. A demanda espontânea que vinha ao serviço dessa faixa etária (7-14a), apresentava, em 90% das queixas, a falta de apetite e

verminose. As ações relacionadas exclusivamente dentro da consulta médica, de orientar a mãe e receitar vermífugo, ficaram muito àquém das reais necessidades desse grupo. (relatório de atividades 1977)

As ações programadas pela Secretaria da Educação, através de seu programa de saúde escolar, dependiam em grande parte de disponibilidade e sensibilização dos diretores para os problemas, da disponibilidade dos serviços municipais e estaduais em apoiarem as ações e dos meios efetivos que a população dispunha para dar alguma efetividade às ações.

O ano de 1977 avança o Programa de Saúde Escolar e o relatório registra ações conjuntas com a Delegacia de Ensino do Interior:

1 - A realização da campanha de BCG id, em escolares de todo o município, no período de Maio a Junho de 1977. O treinamento das equipes foram feitas juntos ao CSE e unidades periféricas, tendo sido alcançado uma cobertura excelente.

2 - Juntamente com a educadora da Delegacia, foi elaborada e discutida a melhor forma de atender as epidemias de "piolho" e "sarna" em escolares da área. A estratégia passou por um treinamento e discussão com os professores e a distribuição de medicamentos para aplicação pelos mesmos, ficando as Unidades de cada região como referência para eventuais complicações.

3 - Foram realizadas reuniões para a implantação conjunta de saúde escolar com a Delegacia e Diretores das Escolas locais. A premissa básica de uma programação integrada foi a de ver a escola como ponto de influência para as atividades de saúde, não só individual mas coletiva, atuando sobre a comunidade local, principalmente na educação sanitária.

4 - Por ultimo, foi encaminhado em conjunto com a Delegacia de ensino, um pedido de auxilio para a Prefeitura local, no sentido de contratar profissionais para o funcionamento de 6 gabinetes odontológicos, instalados ociosos por falta dos mesmos. (relatório de atividades 1977)

Ao final do período com a criação do SIAME (Sistema Integrado de Assistência Médica ao Escolar), ampliou-se a participação dos professores e as atividades nessa área consolidaram-se nos seguintes pontos:

- exame médico a todo o escolar de 1a. e 2a. série primária, com criação de um prontuário de cada aluno na escola;

- criação de uma unidade de primeiros socorros, com material básico nas escolas a cargo de uma professora responsável;

- sistema de encaminhamento dos problemas de saúde detectados no escolar para as unidades sanitárias de maneira regularizada;

- campanhas coletivas com participação de pais e alunos, na educação e medidas preventivas para a carie dental, verminose, pediculose, escabiose e imunizações;

- introdução do programa de saúde mental, com orientação dos professores e referência à unidade central dos casos triados;

- programa de oftalmologia, com aplicação de teste em todos os escolares e encaminhamento a consulta oftalmológica (em Osasco/São Paulo). (relatório de atividades 1983)

C- AREA DE RECURSOS HUMANOS

A ausência quase que total de profissionais ligados a saúde em todos os níveis, superior, médio e elementar, a grande rotatividade de profissionais (principalmente nível médio e elementar) e o perfil da população residente, fazem com que as atividades de formação e treinamento constituam o centro dos esforços nessa área.

1 -TREINAMENTO E FORMAÇÃO DE PESSOAL

- Nível Médio e Elementar

Nesse nível a principal concentração se deu na área de enfermagem através de três tipos de treinamento:

- atendente de enfermagem (formação básica primário completo), para nível hospitalar e de Centro de Saúde, aproximadamente 100 horas, noções de enfermagem, anotações de dados vitais, medidas básicas com paciente; (Programa de Treinamento de Atendentes 1975)

- auxiliar de tratamento (formação básica ginásio), para pessoal, principalmente hospitalar, aproximadamente 300 horas, aprofundamento em noções e cuidados de enfermagem ao paciente internado, aplicação de medicações e do processo saúde - doença; (Programa de Treinamento de Auxiliar de Tratamento 1976)

- auxiliar de visitadora sanitária (formação básica ginásio) de aproximadamente 580 horas, para a área do Centro de Saúde, envolvendo noções de enfermagem, processo saúde - doença, estudo dos principais problemas de saúde, programa de saúde e abordagem do paciente em ambulatório e domicílio. (Programa de Treinamento de Visitadoras 1977)

Todos esses cursos, além do acompanhamento teórico, apresentavam forte carga de treinamento em serviço. O curso de atendente foi oferecido de maneira contínua, durante todo o período, agregando em cada turma de 10 a 15 funcionários recém-admitidos. Esse curso, era um pré-requisito para os demais. Esse setor foi durante todo o período o de maior índice de rotatividade, chegando a alcançar em alguns anos, mais de 50%.

O curso de auxiliar de tratamento era feito mediante a seleção dos melhores funcionários (atendentes) e aí eram intensificados sua formação na área. Este grupo foi conjuntamente com os auxiliares de enfermagem (90% vindos de S. Paulo), e as enfermeiras responsável pelo suporte ao atendimento na área hospitalar. O índice de rotatividade desse pessoal era bem menor, em torno de 10% e quando abandonava o serviço, continuava ligado às atividades de saúde, fora ou dentro do município. O curso de auxiliar de visitadora, foi feito com o pessoal das unidades sanitárias, e durante o período, foram realizadas 2 turmas de 10 alunos. Esses profissionais formados é que vão desenvolver a nível da saúde pública, todas as ações de vigilância epidemiológica, atendimento nos programas materno-infantil e do adulto na área. Seu índice de rotatividade é baixo e se constituíram no suporte de nível médio para rede básica de serviços de saúde.

2. ATIVIDADES DE ENSINO UNIVERSITARIO

Em relação a atividade de estagiários e de ensino universitário na Unidade, este se inicia, a partir de Fevereiro de 1975, com um convênio firmado entre a Faculdade de Medicina da Sta Casa, através do Depto de Pediatria. O estágio de residentes de 1o. ano por 2 meses em rodizio na Unidade tinha como objetivo expresso pelo coordenador da residência, a exposição dos residentes ao trabalho ambulatorial e de Saúde Pública em uma Unidade de Saúde "periférica". O trabalho de supervisão dos residentes foi assumido pela equipe local, que em Abril desse ano foi reforçada pela contratação de um pediatra, ex-residente da Sta Casa, que assumiu mais especificamente a coordenação de assistência e de ensino dos residentes. O primeiro programa de residência tinha seus objetivos assim definidos:

1-orientação quanto ao atendimento da criança sadia (puericultura); 2-oferecer conhecimentos sobre os problemas de saúde pública, ligados à área infantil; 3 - oferecer conhecimentos sobre o trabalho em equipe multidisciplinar; 4-papel da pediatria em um Centro de Saúde comunitário. (relatório de atividades 1976)

Outra atividade de ensino também ligada à Fac. de Medicina da Sta Casa, foi feita através do Depto de Medicina Social e se inicia com alunos do 2o. ano de Faculdade, que, além do levantamento de dados estatísticos sobre o município, realizaria a pesquisa domiciliar no município, em conjunto com a Faculdade de Saúde Pública. Posteriormente, através do estágio de 2 residentes de 1o. ano no serviço.

Todas essas atividades, tiveram uma coordenação estrita da direção da unidade e equipe local, objetivando a implementação do projeto na área assistencial, vinculando o próprio ensino as condições particulares do serviço.

Na área de medicina geral, o programa de internato e

residência sofreu nesse período, um impulso muito importante. Foram recebidos 6 internos, 4 da Faculdade de Medicina da Santa Casa e 2 da PUC de Campinas, os quais realizaram estágio de 3 meses em rodízio nas 4 áreas básicas. A partir desta experiência, e em decorrência de mudanças do currículo médico da Faculdade de Ciências Médicas da Sta. Casa para o 5o e 6o. anos - internato geral - foi prevista uma alteração para 1982, tornando obrigatório o rodízio em serviços de comunidade pelo período de 3 meses. A Unidade Integrada de Cotia foi incluída nesta proposta.

Quanto ao sistema de residência médica em Cotia, no período na experiência dos residentes de pediatria, este evoluiu para uma proposta de ampliação nas 5 áreas básicas. No convênio estabelecido com a Sta. Casa, a abertura do edital era feita em Cotia e a seleção pela própria Irmandade. O 1o. ano era feito em Cotia, onde era reforçada a visão comunitária e integral, ainda dentro das áreas básicas. No 1o. ano eram financiadas 4 Bolsas da Associação Hospital de Cotia.

No 2o. ano, o residente passaria na sua área básica de escolha na Santa Casa de São Paulo, recebendo bolsa por aquela instituição. Devido à crise administrativa-financeira da Santa Casa no período para que o programa pudesse ser cumprido, por parte da Associação Hospital de Cotia, instituiu-se o que se convencionou chamar de "bolsa-trabalho" - em que os residentes se submeteriam a plantões gerais no Hospital de Cotia, como parte de suas atividades de ensino, sendo para tanto remunerados.

Em relação aos programas de Saúde Pública desenvolvidos no Hospital de Cotia, foram os seguintes os tipos de estágio:

1- Disciplina de Administração Hospitalar - Os alunos realizavam o fichamento da Unidade Integrada, com posterior discussão no Curso de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública.

2- Estágio especializado, com duração de um mês, de dois alunos médicos da Faculdade de Saúde Pública.

3- Estágio para residentes de Medicina Social do INAMPS, com duração de 2 meses, composto de programação ao nível da Unidade Integrada e do Distrito de Itapeverica da Serra. Passaram pelo estágio 15 residentes, sendo 10 da área médica e cinco da área de enfermagem. O fato da Unidade Integrada de Cotia estar incluída neste programa, reveste-se da maior importância, para a formação de profissionais voltados para a recuperação da saúde da população brasileira, tendo em vista o papel que desempenha este órgão no financiamento de quase toda a assistência médica hoje no Brasil.

Ainda dentro da área de Saúde Pública, o Curso de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública desenvolveu trabalho no campo da área de Tijuco Preto, com levantamento e apresentação de planejamento de funcionamento da Unidade de Nível

I a ser implantada em 1981. Na área de enfermagem, também, a Faculdade de Enfermagem da USP realizou, com a supervisão conjunta dos docentes daquela Escola e a equipe técnica do Hospital -Centro de Saúde, estágio para 20 alunos do curso de graduação com duração de 1 mês, em diferentes períodos do ano.

Na área de serviço Social, a Unidade Integrada recebeu 2 estagiários, provenientes de duas escolas diferentes, que desenvolveram durante todo o ano de 1980, treinamento na área da saúde. O serviço Social da Unidade Integrada, conjuntamente com a área de Medicina Social do INAMPS e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, programou para 1981, a inclusão do Assistente Social na Residência oferecida pelo INAMPS, contando com 5 vagas anualmente. Foi previsto estágio de 3 meses em 1981, deste grupo de profissionais na Unidade Integrada de Cotia. A experiência não se desenvolveu, sendo suspensas três bolsas.

Discussão

Esse período representa a conformação do sistema local de Cotia na fase de implementação do projeto. O centro de discussão desse período, serão as estratégias traçadas pela instituição para viabilizar a proposta alternativa formulada nos seus diferentes aspectos, o desenvolvimento institucional, o modelo assistencial e as questões relativas aos recursos humanos.

Em relação ao desenvolvimento institucional duas dimensões são importantes dessas estratégias: as relacionadas a inserção do projeto dentro de políticas e estruturas existentes no contexto local, estadual e nacional e as relacionadas as concepções organizacionais e de condução gerencial implementadas no período.

Em relação a primeira dimensão, a principal estratégia, baseada no princípio da realidade () foi a referente a busca de financiamento do projeto. Pode-se dizer que essa estratégia subordinou as diferentes fontes de receitas, principalmente, no caso das operacionais com lógica diferentes, ao objetivo de desenvolvimento da proposta alternativa.

Fica evidente, neste aspecto o conflito entre a organização do Sistema Nacional de Saúde e a proposta da estrutura local em Cotia. Esse período mostra a hegemonia da medicina previdenciária calçada no desenvolvimento de um modelo de assistência médica individual e curativo, que valoriza essencialmente na sua forma de credenciamento e financiamento os atos médicos, principalmente os que envolvem o uso de tecnologia de apoio e diagnóstico e terapêutico mais sofisticados, reforçando a área hospitalar. Na área ambulatorial o modelo previdenciário propõe em 75 o chamado Plano de Pronto Atendimento, que utiliza o atendimento a demanda espontânea, ampliando a oferta de serviços nessa área numa forma desvinculada de qualquer sentido de acompanhamento do paciente e vinculação às questões coletivas do setor. Este Plano, vai se constituir em uma das formas mais efetivas de viabilização da rede hospitalar privada no período, onde cerca de 80% dessas consultas são pagas como emergências médicas, apoiadas em exames

laboratoriais completamente deslocados do eixo epidemiológico e social como indicador das necessidades da população.

Essas formas são utilizadas representando as maneiras diretas de relacionamento da instituição com a proposta previdenciária do sistema. As formas indiretas, estão dadas pela relação da instituição, com os sistemas de pré pagamento representados pela medicina de grupo. No final do período a instituição mantém convênios com quase todas as empresas que atuam na área.

Essas duas formas vão representar, no período menos de 30% no financiamento total do sistema local.

A outra forma de vinculação ao sistema se dá do lado da área de saúde pública, através da Secretaria Estadual da Saúde. Neste caso a forma representada pelo convênio do Centro de Saúde Escola, é realmente alternativa ao sistema previdenciário e subordina seu financiamento ao caráter coletivo da proposta, enfocando o centro de saúde como unidade básica do modelo. Somente que aqui também por ser este um subsistema não hegemônico, seu financiamento está limitado pela quantidade de recursos aí colocados. No caso do sistema local de Cotia vai representar no período cerca de 20% do total de gastos.

A impossibilidade de manutenção do sistema pelas formas existentes coloca um peso grande nas outras formas de receita, ditas não operacionais. Mas de uma forma também alternativa de captação do recurso, que é baseada na proposta do projeto. Aí estão as ajudas externas (Fundação Kellogg) e os apoios de outros setores do Estado, não subordinados em específico às políticas oficiais de saúde, que vão constituir outra base de complementação de financiamento do sistema.

A especificidade dessa estratégia que no período consegue viabilizar no espaço local de Cotia, a implementação de um sistema alternativo, pode ser visto a partir dos seguintes aspectos:

1- A experiência de Cotia testa, uma nova relação pública privada, possível enquanto alternativo, em que uma instituição de rótulo privado filantrópico, desenvolve uma estratégia de política pública para um município e consegue utilizando os mecanismos formais existentes estabelecer sua hegemonia na área enquanto proposta alternativa. Não é mais uma Santa Casa, não é mais a unidade sanitária, nem uma rede multiinstitucional desarticulada com várias fontes de financiamento, mas uma única instituição, que pelas suas características privadas, tem possibilidade de estabelecer uma nova racionalidade ao recurso através de uma estratégia única para o espaço local.

2- O fato de não existirem consolidadas no espaço local, pela sua própria história econômico-social, outros atores sociais organizados, capazes de desenvolver formas de organização dos serviços, mais compatíveis com o modelo hegemônico, propicia a

esta, uma possibilidade de caminhar com menos conflitos, e de catalizar o que seria adverso para sua estratégia única.

A corporação médica é o primeiro grupo de atores organizados que não desenvolve as propostas da medicina empresarial, nem geram propostas de integração de formas liberais, híbridas com a medicina previdenciária. As empresas médicas seriam os outros, que desenvolvem ações na área, mas tem limites estabelecidos de um lado pelo grau de desenvolvimento industrial menor em Cotia e por outro, pela fragmentação de interesses dado pela concorrência entre mais de 5 grupos que atuam na área.

Esses aspectos vão dar a experiência de um lado os limites de sua extensão e por outro um grau de autonomia local capaz de viabilizar no máximo as suas possibilidades dentro desse quadro traçado pelo Sistema Nacional de Saúde.

Ainda enquanto projeto vai propiciar, com as mudanças que vão ocorrer no período que se segue (AIS - Reorientação da política previdenciária, e reorganização do sistema estadual), apresentar-se como resposta, a nível de modelo para o sistema, ampliando aí seus limites de expansão e factibilidade.

A segunda dimensão que merece discussão no desenvolvimento institucional do projeto, diz respeito as concepções organizacionais e gerenciais implantadas no período.

Essas concepções acabam por se subordinar as estratégias maiores de concepção do modelo e de sua forma de inserção nas políticas oficiais.

A primeira delas é o desenvolvimento de direção única do sistema. Esse aspecto está subordinado a possibilidade estabelecida pela discussão do item anterior, de concentrar institucionalmente recursos. A direção única permite dois aspectos organizacionais e gerenciais básicos na condução do sistema: facilita a articulação interinstitucional e cria sistemas administrativos/gerenciais únicos, de pessoal, material e apoio, ambos estabelecendo fortes graus de racionalização de recursos no sistema.

Quanto ao primeiro aspecto a organização multiinstitucional e desarticulada dos serviços de saúde no período que antecede a implementação do projeto, passa através de convênios a constituir uma rede articulada, possibilitando graus de normalização não somente nos sistemas administrativos-gerenciais, como na implementação funcional do modelo de assistência (regionalização, hierarquização de rede, descentralização de programas, etc.)

O segundo aspecto relativo a criação dos sistemas administrativos gerenciais únicos é que esses dão uma base de racionalidade e eficiência maior ao modelo. O autor reforça nessa discussão dois sistemas que constituem a base desse processo, o primeiro é o de material em sumos e outro é o de pessoal.

Quanto ao sistema de material o aspecto central, está na constituição de um almoxarifado e setor de compras estruturado tanto para a rede de unidades sanitárias como para o hospital. Essa centralização vai permitir padronizar insumos, principalmente a lista básica de medicamentos, somando os recebidos pela Secretaria de Estado da Saúde e comprados pela instituição. Isso se estende a todas as unidades do sistema.

Em relação ao sistema pessoal, o aspecto que mais chama atenção, é a constituição de um único serviço médico, tanto para a área hospitalar quanto para a rede básica. A situação básica de assalariamento dessa categoria na estrutura, somada a perspectiva de trabalho no sistema como um todo, dá sustentação e valoriza as atividades da rede básica no modelo assistencial e sua relação (Sistema de encaminhamento e contra encaminhamento) com a área hospitalar.

Outros aspectos funcionais dessa direção única, vão se referir ainda aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que permitem para a rede de serviços, uma resposta mais efetiva nessa área, diminuindo de um lado o espaço de tempo entre o pedido e o recebimento dos exames pelo profissional, e por outro a possibilidade de controle de qualidade mais efetivo e próximo de atividade fim, do sistema de apoio.

Quanto ao desenvolvimento do modelo assistencial os critérios para discussão, estão informados pelos princípios organizativos dos sistemas locais.

O texto mais descritivo do estudo do caso, discute alguns desses princípios (regionalização, hierarquização, entre outros), de maneira a dispensar o comentário do autor. Neste sentido, os pontos do modelo de assistência, que necessitam uma maior reflexão vão se relacionar, a questão de integralidade do sistema dada pelas ações individuais, coletivas, a demanda espontânea e programada a assistência ambulatorial e hospitalar e a questão das formas de participação social do projeto.

Em relação as questões ligadas à integralidade das ações de saúde as propostas do modelo encontram determinantes e limitações. Quando observamos as propostas desenvolvidas pelo sistema de saúde dois modelos encontram-se polarizados. De um lado o sistema previdenciário, que se estabelece a partir do atendimento a demanda (Plano de Pronta Ação a nível ambulatorial e de emergência, e que tem como local os hospitais da rede privada, (sintomática, na maioria das vezes). De outro lado, o sistema estadual de saúde que elege o eixo dos programas em saúde (ênfase coletivo) e inicia uma abertura para a incorporação da assistência médica a demanda (consultas eventuais, programa do CIAM), e que tem como local de sua implementação os centros de saúde da rede estadual.

Esses dois modelos que encontram graus de implementação diversa dados os fatores ligados ao financiamento, possibilidade

de adaptação institucionais separação de clientela (previdenciárias e não previdenciárias), encontram em Cotia a factibilidade de conviverem sob o mesmo teto, mas dentro de uma ótica coletiva de ações de saúde. A Associação Hospital de Cotia, estabelece através das diferentes fontes de financiamento, a porta de entrada do sistema através do Centro de saúde e do Pronto Atendimento, mas com estratégia e direção única dos recursos.

Creio que este é um dos pontos determinantes, para o desenvolvimento de uma maior integralidade das ações no sistema local de Cotia, e' que de certa forma rompe a falsa dicotomia "teórica" entre as ações preventivas e curativas, coletivas e individuais. Teórica porque na prática o contexto político administrativo hegemônico coloca esta dicotomia, tanto na sua concepção (Lei do Sistema Nacional de Saúde 1975) quanto nas formas de implementação e financiamento.

Outro aspecto de integralidade que existe na experiência de Cotia é a presença do Hospital como parte integrante e integrada no sistema. Caberia aqui uma pergunta, se esse sistema de rede de serviços básicos sem a presença do hospital conseguiria se desenvolver dessa maneira? Capote () levanta como princípio a impossibilidade de planejar um sistema local, sem planejar seus níveis mais complexos de atuação. No caso de Cotia a complexidade deste nível hospitalar esta na sua caracterização de hospital local (quatro grandes especialidades). A pergunta inversa também cabe aqui, teria o hospital se desenvolvido dessa forma se não estivesse vinculado e integrado a uma rede básica de serviços? Certamente não. Sua lógica, provalvemente estaria mais centrada e influenciada por outros parâmetros, aí com maior ênfase até para as outras formas de manutenção apresentados pelo sistema principalmente o Previdenciário.

A particularidade da implementação do modelo assistencial em Cotia resumida no texto nas 4 etapas, que gradativamente vão subordinando ao eixo epidemiológico social do espaço local, a visão da necessidade do sistema, talvez seja outro fator a ser levado em consideração, como determinante para essa integração hospital rede básica. Primeiro o Centro de Saúde articulando o diagnóstico, e planejamento das ações, abertura de leitos na área materno-infantil, dando resposta a expansão da rede, a abertura maior a demanda espontânea para o adulto subordinado a implementação de sub programas, essas áreas e a abertura de leitos clínico-cirúrgicos e por último a volta da descentralização e implantação de programas na periferia do sistema.

Com relação ao princípio de participação social no modelo, dois movimentos podem ser observados: o primeiro de retração deste componente a nível de direção de instituição por parte do grupo de lideranças e setores da camada média local e o segundo a abertura na base do sistema deste componente para setores marginalizados da representação local, trabalhadores rurais e urbanos.

Os dois movimentos se apoiam na estratégia traçada pela instituição para o desenvolvimento do modelo. A criação de um sistema municipal para Cotia, faz com que setores de elite local vislumbre outras alternativas de interferência sob a ótica de interesses políticos locais. O conflito nesse nível discutido no texto é criado pela impossibilidade desse grupo, partir da estrutura proposta, introduzir as chamadas práticas clientelísticas (favores versus direito).

Este conflito vai colocar restrições a participação desses setores, ainda pela impermeabilidade do núcleo dirigente da associação, aos interesses políticos locais.

Por outro lado, o modelo de assistência procura abrir a participação aos setores excluídos, na ponta do sistema, criando um embrião de movimentos comunitários em alguns locais e em outros facilitando a participação da organização já existentes. O exemplo da experiência de Tijuco Preto que representa uma forma mais avançada de participação inclusive na gerência da unidade local vai ter suas limitações no próprio contexto social do município.

A última questão a ser discutida neste período é a da área de recursos humanos. As estratégias desenvolvidas nessa área constituem a outra especificidade de experiência em Cotia. A implementação no período de uma política de formação de quadros de nível médio e elementar principalmente na área de enfermagem, constitui um dos aspectos centrais na viabilização do modelo assistencial. A delegação das funções no nível de unidades básicas utilizando do trabalho do auxiliar de saúde é um dos componentes incorporados pela proposta da medicina comunitária.

Mas a grande questão dessa área, está no desenvolvimento de um modelo de ensino para a área médica. O modelo alternativo do sistema local encontra nessa área um grande conflito com o modelo do hospital escola tradicional (Flexneriana). A ligação com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, apesar do discurso de formação do médico geral, mantém em sua estrutura central um padrão na formação do profissional que favorece a visão mais individual e biológica da saúde, a tendência a especialização precoce, incorporação de tecnologias mais sofisticadas com ênfase no atendimento hospitalar. Essa ligação no início permite o recrutamento de quadros egressos da instituição, que vem o novo modelo proposto como desafio e se engajam no núcleo dirigente do modelo.

Com a passagem de internos e residentes de diferentes áreas clínicas, as propostas alternativas de um hospital de nível secundário, que incorpora a tecnologia básica, e dá ênfase a assistência ambulatorial e da saúde pública exige uma atitude da visão integral do paciente, este fato vai ampliando o conflito com a expectativa do ensino e qualificação do serviço que estes tem criadas pelo Hospital Escola.

Esse conflito não se dá somente em Cotia por ser um serviço que contempla ensino, mas a nível mais geral de proposta de programas incorporados na rede de serviços da Secretaria da Saúde. (Médicos sanitaristas versus médicos consultantes). Essa situação coloca uma forte limitação ao desenvolvimento dos programas que ao mesmo tempo que propõem a incorporação da assistência médica e centram as atividades programáticas na figura do médico, não estabelecem nenhuma estratégia para capacitação e treinamento desses profissionais na rede.

Essa situação evolui no caso de Cotia, na busca de um modelo de ensino que tenha identidade com a proposta assistencial. A estratégia é a desvinculação ao sistema tradicional de ensino da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e a criação de um sistema de Residência Médica próprio de Cotia. O perfil dessa residência para a formação de quadros para o sistema local, é o da medicina geral - comunitária. Um perfil híbrido do sanitarista com formação clínica geral capaz de atuar nos diferentes pontos do sistema local.

A viabilização dessa proposta vai encontrar no sistema previdenciário, sua resposta, com a abertura da residência médica, que atende esse perfil, numa tentativa de valorização do médico geral pelo aparelho prestador de serviço. A Secretaria, estabelece nesse período um passo importante para impulsão de sua reforma, que é a formação do médico sanitarista e estabelecimento de uma carreira para este profissional.

Essas questões relativas aos recursos humanos vão ser mantidas nos períodos posteriores, com avanços e retrocessos. Mas a terceira via proposta por Cotia para o médico geral - comunitário, é polêmica não agradando nem aos Departamentos de Medicina Preventivas da Faculdades de Medicina de um lado, nem as áreas clínicas de outro, ambos questionando a qualificação dos profissionais a serem formados.

2o. PERÍODO 1982- 1985

A- DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

O desenvolvimento institucional no período, tem como fatos mais importante a expansão do projeto de Cotia, com a formulação da proposta do Distrito Docente - Assistencial de Itapequerica e a inclusão da experiência de Cotia no Programa Metropolitano de Saúde (SES). Alteram-se as bases legais do convênio padrão com o INAMPS, para convênio MEC-MPAS.

Antecedentes da Formulação do Projeto- Distrito Docente Assistencial

Relação do Projeto Cotia/ Distrito Sanitário de Itapequerica

A relação formal de vinculação com a Secretaria da Saúde, desde 1975 era feita pelo D. Sanitário de Itapequerica da Serra em reuniões mensais, para avaliação de atividades. A equipe do Distrito Sanitário, que deveria desenvolver as funções de coordenação supervisão e treinamento do pessoal das Unidades Sanitárias, resumia-se a um Diretor médico, uma enfermeira e uma educadora, além de três escriturários e um motorista. A maioria das unidades Sanitárias com exceção de Cotia, era dirigida por médicos consultantes em período parcial. Com sua fragilidade estrutural, o D. Sanitário cumpria seu papel com grande dificuldade atendo-se, mais ao controle de distribuição de leite e medicamentos bem como ao controle de pessoal. A dificuldade de contratação de médicos e de sua fixação nas unidades, gerava, não somente baixa cobertura pela rede pública, como também uma ociosidade em relação à pequena capacidade instalada nos municípios. As atividades ligadas à saúde, desenvolvidas pelas Prefeituras locais, também eram bastantes precárias.

Esta situação começa a ser alterada, quando da 2a. gestão do Prof. Leser, com a formação de sanitaristas pela Faculdade de Saúde Pública (cursos curtos), e o ingresso, ao nível da rede, de uma massa de profissionais jovens de saúde pública. Com a vinda de 3 sanitaristas para o D. Sanitário chefiando unidades sanitárias da área em tempo integral, iniciou-se um processo de reformulação do Distrito, num primeiro momento, pela discussão de implantação dos programas da Secretaria e, num segundo momento, pela montagem de uma coordenação permanente desses profissionais a nível distrital. Nessa época, por várias vezes é solicitado do Diretor Técnico de Cotia a substituição do Diretor do D. Sanitário, afastado por motivos de saúde e férias. Este fato facilita e torna as relações entre o Distrito Sanitário e o projeto mais efetivas. O aprofundamento do diagnóstico de cada município, as discussões sobre Cotia e seu modelo assistencial, mais a redefinição gerencial do Distrito Sanitário, formam o embrião do projeto de expansão de Cotia.

Centros de Saúde Escola/e Projetos Docentes Assistenciais.

As experiências dos centros de saúde- escola, das áreas de extensão universitária para a comunidade, teriam, na década de 70 uma forte expansão, acompanhando propostas mais gerais de mudança a nível das instituições prestadoras de serviço e as acadêmicas. Em São Paulo, o constante contato através de reuniões dos Depto de Medicina Preventiva, consolidam-se algumas propostas, no sentido de expandir a área de abrangência da Universidade e da rede de serviços, com vistas à formação de médico geral a nível de graduação e de estender sua atuação para a comunidade. Exemplo dessa preocupação surgiu na Faculdade de Ciências Médicas da Sta Casa, em Sorocaba, e na PUC de São Paulo

No início de 1980 o MEC divulga um documento sobre programação do Centro Assistencial, propondo a criação dos Distritos Docente- Assistenciais, discutindo a redefinição dos conceitos de ensino-pesquisa e extensão universitária. Preconiza uma ligação mais efetiva das universidades com a rede de serviços, ultrapassando os limites de um centro de saúde, para uma área que contemple toda uma rede de serviços assistenciais inclusive os hospitalares.

Essas idéias também vão servir de base para a formulação do projeto, envolvendo a Faculdade de Saúde Pública que, na época além do C. Saúde Geraldo de Paula Souza e a unidade experimental em Araraquara, desde 1975 havia estendido em Cotia um campo de treinamento que já contemplava a área hospitalar, além do CSEscola.

Doc. sobre rede de serviços e os antecedentes do Programa Metropolitano-

Vários documentos de diagnóstico da área metropolitana de São Paulo (88) (89) ressaltam o agravamento das condições de saúde da população, em particular, na área periférica e propõe dotar a Secretaria de estrutura adequada para responder a estas dificuldades. As experiências de movimentos populares de saúde em São Mateus e esses documentos diagnósticos, dão ensejo ao "Projeto de Expansão da rede de serviços básicos de saúde da Grande São Paulo" criado por uma comissão especial, com participação das seguintes instituições: Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, Secretaria de Higiene do Município de São Paulo, INAMPS, Ministério da Saúde e Fundap. Este documento prevê as seguintes estratégias para desenvolvimento do projeto (90):

- estabelecimento de uma Política Estadual de Saúde;

- reorganização do sistema de saúde da RM-SP, que implique na regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços, definindo sua área de influência e sua vinculação a determinada população, referência e contra-referência de

pacientes e as portas de entrada do sistema;

- estabelecimento de um sistema integrado de planejamento intra e inter institucional, elaborado a partir do nível local;

- implementação dos mecanismos financeiros, tais como o Fundo Estadual de Saúde e outros;

- aumento da capacidade resolutive dos diferentes níveis do Sistema ambulatorial e hospitalar;

- extensão de cobertura, por unidade básica de saúde e centros hospitalares, a toda população da Região Metropolitana de São Paulo.

- estabelecimento de uma política de recursos humanos para o setor saúde, que possa assegurar uma efetiva fixação dos profissionais de saúde às suas unidades de trabalho, com garantia de realização profissional e, adequada remuneração.

As negociações com o Banco Mundial, iniciadas nessa gestão, levam em consideração esse documento e a previsão de expansão da rede básica era um projeto a ser financiado por esta instituição. A visita da comissão de saúde da Secretaria e do Bird em Cotia, que também consta em relatório específico sobre a experiência, define-a como a única na Grande São Paulo que pode servir de modelo ao novo projeto (91).

Esse documento gerado pela Secretaria da Saúde sintetiza todo um movimento, também a nível de sede de Distrito Sanitário, para elaborar o diagnóstico de sua área, como dissemos anteriormente, e reforça a visão da equipe de Cotia, influenciando de maneira decisiva para a formulação do projeto do Distrito Sanitário Docente- Assistencial.

O projeto Escrito -

A justificativa desse projeto coloca na introdução do trabalho, a convergência de fatos e idéias no plano das instituições a serem envolvidas, a saber a Secretaria de Saúde do Estado, a Faculdade de Saúde Pública e a Associação Hospital de Cotia. O objetivo geral definido aqui seria "desenvolver na área correspondente ao D. Sanitário de Itapequerica da Serra, localizado na Região Metropolitana de São Paulo, um modelo de programa docente - assistencial que cumpra as finalidades de extensão da rede básica, a criação de um modelo gerencial a nível distrital, o desenvolvimento de recursos humanos apropriados na área de Saúde Pública para a nossa realidade, com ênfase especial no treinamento do administrador em saúde e o desenvolvimento de pesquisas técnico-operacionais, envolvendo a FSPública da USP, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Associação Hospital de Cotia e a Fundação Kellogg, tendo como consequência, a melhoria da assistência e dos níveis de saúde da população da área programática" (92)

O segundo capítulo procura caracterizar a área programática do D. Sanitário envolvendo 6 municípios da Gde. São Paulo, em sete tópicos a saber: ação da Secretaria da Saúde, o distrito sanitário de Itapequerica da Serra, a área geográfica, evolução demográfica, indicadores de saúde, outros indicadores e os recursos de saúde existentes.

Como caracterização geral, o documento procura analisar a estrutura da Secretaria de Saúde, fragmentada em 4 grandes coordenadorias, sendo que o nível Distrital pertencente à Coordenadoria de Saúde da Comunidade tinha funções apenas de supervisão da rede de Centros de Saúde, sendo as demais atividades, no campo hospitalar, de saúde mental, laboratório, etc, de responsabilidade de outros comandos. O distrito de Itapequerica da Serra especificamente, apresentava fragilidade organizacional e de recursos humanos, além dos entraves estruturais da Secretaria da Saúde e do próprio sistema de saúde sintetizados no documento em 2 pontos:

"1 - Descoordenação das atividades das várias instituições prestadoras de serviços de saúde (INAMPS, Secretaria de Saúde e Prefeitura);

2- Incapacidade ao nível gerencial do Distrito Sanitário, na realização das atividades de supervisão, treinamento e controle das ações integrantes e integrais de saúde " (92)

A área geográfica e a evolução demográfica caracterizarão 3 tipos de municípios; um, com rápido crescimento demográfico, às custas do saldo social migratório e o processo de industrialização (Cotia, Taboão da Serra e Embú); outro, de características também de intensa urbanização, porém sem a industrialização, por serem áreas de reserva ecológica (Itapequerica e Embú-Guaçu) e o último, de características tipicamente rurais (Juquitiba).

Os indicadores de saúde e outros caracterizam a região como periférica com altos índices de mortalidade infantil, saneamento básico precário, altas taxas de analfabetismo e uma população com níveis salariais baixos (uma média de 70% da população com renda abaixo de 5 salários mínimos).

Quanto aos recursos de saúde existentes na área, o diagnóstico mostrava a baixa capacidade instalada, tanto do setor público quanto privado, na área ambulatorial e, principalmente, hospitalar.

O terceiro capítulo descreve com detalhes o Plano de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde, formulada pela Secretaria e com possível financiamento do Banco Mundial, com a previsão de ampliação da rede física em todos os municípios e a tipologia de unidades e qualificação de recursos humanos. Cita ainda que o Distrito, dentro desse projeto, é considerado pelos critérios estabelecidos pela Secretaria, de obter impactos sociais mais imediatos, como área prioritária dada, a inserção

neste, do Projeto de Cotia, considerado como modelo adequado para a região.

O capítulo que descreve objetivos e atividades do projeto, divide-se em 3 áreas a saber: Assistencial, de Ensino e de Pesquisa.

Na área assistencial o objetivo geral é definido como: "desenvolvimento de um modelo sub-regional para o Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado, com a participação da comunidade e articulação dos recursos do nível federal, estadual, municipal e de outras instituições afins". Dentro deste objetivo geral do projeto, os específicos foram os seguintes:

" a - desenvolver e ampliar a rede de unidades básicas de saúde na área distrital;

b- ampliar, desenvolver e implementar a rede de cuidados secundários;

c- desenvolver mecanismos de coordenação distrital e programas interinstitucionais a nível municipal, estadual e federal;

d - desenvolver sistemas - modelo de referência e contra referência, unidades de apoio e tecnologia apropriada a assistência primária, secundária e terciária distrital;

e - desenvolver mecanismos de participação comunitária na elaboração e gerenciamento dos programas de saúde a nível local;

f - desenvolver programas de extensão de cobertura na assistência odontológica, a nível da rede de unidades básicas;

g - desenvolver programas de saúde ocupacional a nível primário, bem como outros programas, objetivando particularmente os trabalhadores em pequenas empresas e determinadas classes de trabalhadores (mulheres, menores, idosos sem e expostos a riscos especiais)"

Na área docente, o objetivo geral é definido : "participação, através dos corpos docentes das instituições das ciências da saúde envolvidos no projeto, no planejamento, implantação, execução e avaliação dos programas docente-assistenciais, no que tange ao desenvolvimento de recursos humanos "

Na área de Saúde Pública , 3 são os objetivos específicos:

a- desenvolver condições para o ensino prático de Saúde Pública, bem como a integração comunitária;

b - ampliar a nível de cursos, a prática na organização e desenvolvimento de programas de saúde a nível local e sub-regional, dentro das naturais limitações de recursos do Distrito

Docente-Assistencial

c - criar centro de treinamento de recursos humanos para a área distrital, abrangendo a multi-profissionalidade, com especial ênfase para treinamento de profissionais na área de saúde pública e cursos para treinamento de pessoal auxiliar em assistência primária à saúde.

Na área de pesquisa, o objetivo geral expresso é o de "estimular e desenvolver pesquisas relacionadas com problemas do setor saúde na área do Distrito Docente-Assistencial".

Para efeito operacional, o projeto é dividido em 3 sub-projetos a saber: 1- Implantação e desenvolvimento do modelo docente-assistencial e gerencial a nível distrital; 2- Implantação e desenvolvimento do Centro de treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos a nível distrital; 3- Implantação e desenvolvimento do módulo odontológico.

Nos termos do projeto, compete à Associação, através de recursos específicos do mesmo: "desenvolver e gerenciar o centro de treinamento da área distrital, como sub-projeto, e sob a coordenação da Faculdade de Saúde Pública.

Quanto a esse tópico, o documento lista as atividades relacionadas ao sub projeto :

1- implementar e desenvolver o estudo de programas para treinamento de recursos humanos, com base na realidade sub-regional; 2- oferecer condições físicas e materiais para o desenvolvimento dos programas de treinamento; 3- desenvolver programas de residência em saúde pública destinados a pessoal especializado; 4- desenvolver, em regime de residência médica, treinamento de pessoal médico; 5- criar módulos para educação continua, reciclagens, envolvendo a participação de docentes da área.

Previsão de recursos

O total de recursos previstos para três anos do projeto, foi da ordem de US\$ 949.953,00, dos quais US\$300.418,00, seriam destinados ao centro de treinamento. Essa previsão orçamentária dividida em três itens:- pessoal, material de consumo e equipamentos e veículos, tinha no primeiro item a proporção de quase 90% da previsão de gastos.

As negociações com a fundação Kellogg, Faculdade de Saúde Pública e a Secretaria de Saúde, foram desenvolvidas durante os anos de 1983/84, sendo o convênio assinado somente em fevereiro de 1985.

Minuta do convênio assinado

Os objetivos e as responsabilidades das instituições envolvidas repetem o documento escrito do projeto, que é anexado

à minuta, constando da cláusula de disposições gerais. O Conselho Diretor fica assim constituído: um representante da Faculdade como presidente, um representante da comissão de ensino da Escola, um da Secretaria e um da Associação

O convênio não prevê uma cláusula financeira de repasse de recursos, mas ressalva na cláusula oitava "dos recursos que a Secretaria poderá através da Comissão Interinstitucional de Saúde, liberar recursos oriundos do Programa Metropolitano de Saúde, financiado pelo Banco Mundial." Em parágrafo único, desta mesma cláusula consta que "para execução das atividades conveniadas, poderão ser recebidos auxílios financeiros da Fundação Kellogg, na forma prevista no item cinco do projeto em anexo"

O PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE (PMS)

O PMS, conforme o decreto no. 23.195 de 02.01.85, surge como uma proposta da Comissão Especial do Programa Metropolitano, criada em 12/83 (93), com o objetivo de suprir as deficiências operacionais dos DRS da Grande São Paulo. Ainda de acordo com o referido decreto, a Coordenação do PMS (CPMS) constitui um órgão da estrutura básica da SES. Sua organização compreende:

Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), que é responsável pela coordenação interinstitucional conforme convênio no. 7/83 entre MPAS/MS/Governo do Estado, para implantação de AIS, no Estado de São Paulo e de acordo com documento BIRD-Relatório no. 4.447A -BR, relativo ao PMS (95);

-CPMS, que é responsável pela gerência; e

-Módulos de Saúde, com seus Hospitais gerais e UBS, responsáveis pela assistência à saúde da população da área com 60.000 a 250.000 habitantes.

A organização de cada módulo poderá apresentar estrutura diferenciada porém tem como base os seguintes critérios: Gerência única; estruturação de sistema de informação (gerencial, operacional e custos) e de outros apoios; produção de assistência integral à saúde; avaliação de resultados e seus impactos, por meio de critérios homogêneos; planejamento das ações de saúde a nível do módulo; e articulação intra e interinstitucional.

O decreto no. 24.633 de 10.01.86, retifica o anterior no que diz respeito ao Módulo de Cotia, que é incorporado e substituído pelo Módulo de Itapeverica da Serra.

A proposta do Módulo pela Secretaria através do PMS, reforça em muito a estrutura de Cotia, que a quase 10 anos vinha caminhando nesta mesma linha. Esse fato vai criar dois processos importantes, que conjuntamente com o projeto Docente-Assistencial, vão interferir no desenvolvimento da experiência em Cotia, nesse período.

O primeiro é que a elaboração, por parte da equipe de Cotia, de todo planejamento da expansão física e funcional do sistema local, agregado ao desenvolvimento da área de recursos humanos, cria uma nova perspectiva para o projeto, estabelecendo internamente a consolidação da proposta assistencial e seu desenvolvimento. A participação ativa da equipe de Cotia ocorreu, principalmente, na elaboração de projetos para cada módulo de saúde tais como: "o programa funcional do módulo" onde se especifica a política, as diretrizes, a funcionalidade das UBS e do Hospital, as articulações entre os serviços, a fim de orientar a estruturação dos demais módulos; a elaboração do modelo de prontuários para a UBS, que se baseou na Ficha Família de Cotia; levantamento de equipamentos, móveis e utensílios para os Hospitais Gerais, etc.

O segundo processo é que, sendo Cotia modelo já em funcionamento, as instâncias centrais da SES, iniciam uma cooptação de recursos humanos, que se concretiza com a saída do Diretor Clínico de Cotia em 1983, que assume a Coordenadoria de Assistência Hospitalar e posteriormente a própria CPMS, os egressos da residência de medicina geral comunitária, terminando em 86 na dissolução quase que total da equipe dirigente formada até 81. Esse segundo processo vai determinar, com outros fatores conjunturais, no final do período, uma crise interna no projeto Cotia.

Apesar do decreto de no. 24.633 incorporar o Distrito Sanitário de Itapecerica à CPMS, os investimentos previstos pelo programa nesta primeira fase, são destinados exclusivamente às áreas de Cotia e Vargem Grande Paulista. O custo total do programa de investimentos para todas as áreas é da ordem de US\$ 121.463.000,00, a ser executado até 1989. No plano, os Municípios de Cotia e Vargem Grande estão contemplados, recebendo o valor aproximado de US\$ 4.201.000,00, a serem utilizados na expansão do Hospital Dr. Odair Pedroso de 54 leitos para 180; construção e equipamento de mais duas novas UBS Rio Cotia e Jardim Bela Vista (VGP) e também a reforma da UBS de Caucaia do Alto. Em anexo encontra-se uma tabela descritiva destes investimentos na área de Cotia de acordo com o cronograma a ser cumprido. As obras, efetivamente, somente irão se iniciar em 1986.

BASES LEGAIS

Nesse período, ocorrem duas grandes alterações na institucionalização do projeto. A primeira em decorrência da aprovação, pelo Conselho Nacional de Residência Médica, do credenciamento da Residência de Medicina Geral e Comunitária em Cotia, que, somada à aprovação de bolsas financiadas pelo INAMPS cria um ambiente favorável para a mudança do convênio padrão hospitalar em vigor para o convênio MEC/MPAS(Universitário). Este tipo de convênio, além de remunerar melhor a Associação por serviços prestados, possuía um grau de adequação maior a proposta de atendimento global e universalizado de Cotia. A diminuição dos procedimentos burocráticos da prestação de contas também favorece a Instituição.

A segunda alteração é dada em decorrência da criação, em 1982, do Município de Vargem Grande Paulista, com seu consequente desmembramento de Cotia. Isso faz com que a partir da instalação da nova Prefeitura, seja firmado um convênio entre essa e a Associação, mantendo a proposta do sistema local, mas ampliando a sua cobertura. Esse último convênio coloca a Associação como participante do Conselho Diretor, embrião da futura CIMS. Nesse momento a gerência dos serviços passa a ser executada de maneira mais intensa e autônoma pela Prefeitura local, mas articulada ainda à Associação Hospital de Cotia.

As cláusulas específicas do convênio firmado propõe a integração de recursos materiais humanos de ambas as instituições para assistência ao munícipe; a extensão do ambulatorio da Prefeitura de Vargem Grande, ao convênio da Associação com o INAMPS, proporcionando pela receita arrecadada, reversão para o financiamento das atividades de saúde do município.

Fica como responsabilidade da Associação o atendimento médico de segunda a sextas-feiras pelo seu Corpo Clínico das 8:00 as 17:00hs e a retaguarda de serviços hospitalares e laboratoriais nas 24 horas; transferir receitas relativas ao atendimento na UBS municipal ao Conselho Diretor para aplicação nos serviços médicos do município. A Prefeitura fica com a responsabilidade do atendimento diário através de uma equipe de plantonistas contratados pela mesma no período das 17 as 22 horas e nos sábados, domingos e feriados; manter pessoal auxiliar; fornecer viaturas para a remoção de pacientes e ressarcir a Associação de despesas realizadas através do convênio.

Outros convênios são assinados pela Associação, sendo o mais importante o de Acidente de Trabalho em 82 com o INAMPS, pois abre a perspectiva de iniciar a implementação de um programa de saúde do trabalhador. Convênios com empresas médicas do município crescem, incluindo em 1983 a Health (SP) e a Cruzeiro do Sul (Osasco) em 84 a Unimed.

Os convênios da Secretaria de Saúde já existentes (CSE e Leito dia) somente são revistos em suas cláusulas financeiras de reajustes permanecendo inalterados na essência. O convênio já referido do Distrito Docente Assistencial somente é assinado no próximo período (1985) incluindo Cotia como centro de treinamento distrital.

Por último, por exigência do Banco Mundial e do Governo do Estado é assinado com a Secretaria um contrato em que a Associação Hospital de Cotia compromete-se a cumprir os objetivos constantes do Programa Metropolitano como garantia para receber as verbas de investimento tendo como sanção a possibilidade de intervenção do Estado em sua administração em caso de não cumprimento do contrato.

PADRÃO DE FINANCIAMENTO

O padrão de financiamento do projeto sofre neste período, baseado nas mudanças legais, duas alterações: a primeira a nível das receitas não operacionais (término do convênio com a Fundação Kellogg); a segunda a nível das receitas operacionais determinada pela mudança do convênio com a Previdência que eleva sua participação relativa na forma de financiamento.

Receitas não operacionais

A composição das receitas não operacionais, mostra além da saída significativa dos recursos da Fundação Kellogg uma diminuição percentual nos demais rubros: apoio de órgãos públicos, associados e campanhas de fundos.

Em relação aos órgãos públicos o CEAS, continua sendo a principal fonte nesse período através de doações de verbas de manutenção. O poder municipal praticamente não colabora em nada com a Associação.

Os associados e as campanhas de fundos percentualmente representam muito pouco em relação às receitas totais da unidade. A diretoria da Associação, com o falecimento do Prof. Odair em 1981 e o afastamento da Dra Lourdes em 1983 para ocupar o cargo de Diretora da Faculdade de Saúde Pública, perde um pouco da iniciativa nesse sentido. O próprio crescimento em complexidade dos serviços faz com que esses elementos importantes de ligação com a comunidade do ponto de vista financeiro sejam vistos de maneira secundária na manutenção.

Receitas operacionais

O crescimento das receitas operacionais deve-se fundamentalmente as repercussões do aumento de prestação de serviços e na forma de relacionamento com as duas principais fontes a SES e o INAMPS.

A Secretaria com a mudança de governo e a incorporação política mais geral das propostas de Cotia cria condições favoráveis para os convenios dos CSE nas negociações de reajuste dos convênios, atualizando mais as defazagens apresentadas no período anterior.

O INAMPS com a alteração do convênio padrão para o Universitário, passa a remunerar melhor a prestação de serviços, cobrindo a partir de 1984 o atendimento ao não previdenciários, o que faz crescer em muito sua participação real e percentual nas receitas operacionais.

Os demais convênios, de medicina de grupo, e a receita de pacientes particulares, tem participação financeira pequena, mantida desde o período anterior, refletindo de certa forma o aprofundamento da Instituição na universalização da assistência e em decorrência a sua maior dependência das verbas públicas para funcionamento.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura formal, ditada através do regulamento do Hospital não sofre nenhuma alteração. A estrutura informal, sofre influência dado o grau de complexidade que o sistema começa a adquirir pelas as mudanças do período. Estas podem ser assim enumeradas: 1- ampliação do atendimento das unidades periféricas do sistema e na unidade central; 2 - ampliação do atendimento de emergência hospitalar; 3 - crescimento das atividades de ensino e treinamento em serviço.

Nesse sentido, tanto as atividades da direção técnica, quanto administrativa tiveram que passar por um processo de delegação e descentralização de papéis, procurando estabelecer mecanismos de coordenação mais efetivos. Sendo assim a área técnica através da Coordenação do Diretor Clínico, que assumia anteriormente a direção do Centro de Saúde e das áreas paramédicas, passou a ter necessidade de estruturas intermediárias de tomada de decisão e controle das atividades. Isso foi encaminhado, designando para cada unidade sanitária uma chefia e um coordenador na área de saúde pública responsável pelo Centro de Saúde Escola e Unidades periféricas. Na área paramédica, com ingresso de enfermeiras e ampliação de suas funções tanto hospitalares quanto de saúde pública, a diretoria de enfermagem ganhou mais autonomia e ligação direta com a diretoria geral e administrativa da unidade integrada, para encaminhamentos dos problemas da área. Essa "autonomia" refletiu-se inclusive na participação mais ativa dessa área nas atividades de planejamento técnico exigida pelos projetos de expansão (PMS e Distrito Docente Assistencial).

A coordenação de ensino e da residência com a ampliação do programa também passou a ter um responsável que gradativamente assumiu essas funções estabelecendo um comando em matriz com o diretor clínico, nas escalas e definições de atividades e na normatização das condutas e dos programas de ensino.

A área de nutrição nesse período concentra-se quase que exclusivamente aos serviços hospitalares, estabelecendo muito mais a relação com o Diretor Administrativo e menos com a área técnica da unidade.

A Diretoria Administrativa, também tem suas funções aumentadas nesse período desde o incremento das atividades de pessoal, suprimento de material, contabilidade e zeladoria, bem como em relação a coordenação com as áreas paramédicas principalmente enfermagem, SAME e nutrição. A ausência de quadros intermediários, chefias e a rotatividade intensa de pessoal, faz com que o processo de descentralização dado na área técnica não ocorra de maneira tão intensa sobrecarregando a direção e criando dificuldades em responder a demanda de expansão do serviço.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

As linhas centrais de organização dos serviços médicos permanece nesse período. As alterações citadas no tópico anterior em decorrência da expansão dos serviços e da residência médica, criam uma mudança na composição dos seus núcleos. A implantação da residência de medicina geral impõe ao serviço no período três mudanças fundamentais, que irão repercutir tanto na assistência como na constituição do Corpo Clínico, a saber: 1- o número de residentes R1 e R2 fixos em Cotia, aumenta significativamente, forçando uma ampliação da assistência e uma nova forma na relação assistência / ensino; 2- a cooptação por parte da SES de quadros dirigentes de Cotia, inicia um processo de renovação de Corpo Clínico pelas suas lideranças; 3- a absorção dos egressos da residência a partir de 83, altera a composição do núcleo de tempo integral do Corpo Clínico.

Nesse sentido, esses processos que ocorrem no serviço médico, se de um lado criam condições para uma expansão do ensino e da assistência (esse período é visto pelos profissionais da área como "os anos dourados") por outro lado, não reforçam a estrutura formal que possa garantir a estabilidade do processo iniciando-se já no final do período uma crise dos serviços médicos que vai se aprofundar a partir de 85.

O quadro de composição, quantitativa junto com as alterações de atribuições descentralizadas a nível das unidades periféricas, fragmenta as atividades internas, estabelecendo necessidade de uma nova forma de coordenação. O Conselho Técnico Administrativo que no período anterior cumpria essas funções, continua funcionando mas apresenta dificuldades em coordenar todas as frentes internas (Unidades periféricas, atividades hospitalares, ampliação dos programas e o ensino) e externas dadas pelo Distrito Docente Assistencial e o Programa Metropolitano em sua fase de planejamento. A nova forma encontrada é a criação dos Foruns de Debates, quase que uma assembleia geral da equipe técnica que semestralmente-anualmente faz um balanço de avaliação e de propostas para mudança do projeto. Esse processo, foi denominado no relatório em 1983, como "fortalecimento da estrutura coletiva de decisões de equipe". O registros destes Foruns, estão sucintamente apresentados nos relatórios da instituição de 83 e 84. Muitas das propostas desses Foruns, por não terem executivamente um encaminhamento permanente através da estrutura formal, não só se perderam como começaram a criar expectativas negativas para a equipe forjando obstáculos ao avanço do projeto.

A divisão de trabalho continua semelhante ao período anterior, mas baseia-se muito mais na presença do residente, tanto nas atividades intra hospitalares e emergência como nas atividades ambulatoriais e saúde pública. Os médicos em tempo integral continuam a rodiziar os plantões noturnos chefiando as equipes internas e há uma estabilidade no núcleo de plantonistas da obstetrícia havendo pouca rotatividade desses no período. A coordenação clínica e o cumprimento das normas, a encaminhamento e contra-encaminhamento encontram dentro da equipe uma repercussão positiva somada ao trabalho dos residentes, que se sedimenta através da supervisão e controle da equipe. Esses procedimentos

constituem uma liga homogênea e qualitativamente boa para o desenvolvimento da integralidade das ações de saúde e a boa condução da assistência médica prestada no serviço.

Os sentimentos corporativistas neste período, começam a aparecer nos serviços médicos a partir principalmente do núcleo de residentes. A crise geral da residência médica no país, tem repercussões menores em Cotia, dada a sua especificidade porém, as greves gerais, as questões salariais e o questionamento dos objetivos da residência e em particular da medicina geral comunitária fazem com que esse grupo estabeleça um sentimento de corporação maior, gerando a princípio crises com a direção administrativa e posteriormente com a própria área médica do serviço.

As questões corporativas ligadas ao núcleo de médicos de tempo integral e plantonistas nesse período são muito diluídas apesar de reivindicações salariais serem conduzidas a direção. Ainda os aspectos mais gerais do projeto em crescimento e as condições positivas de trabalho deixam essas questões para segundo plano.

B-MODELO ASSISTENCIAL

Em relação ao modelo assistencial, as características mais marcantes nesse período são: a ampliação dos programas nas unidades básicas do nível II do município e a consolidação do modelo geral de assistência. Essas características do período tem relação direta com o início da residência de medicina geral comunitária. O processo iniciado de extensão das ações a nível das unidades básicas no período anterior, propicia com o crescimento do núcleo de médicos residentes e as propostas de ensino o aprofundamento das questões relativas a integralidade das ações envolvendo o relacionamento médico-paciente ("generalização da prática médica") e o trabalho em equipe e a ampliação das ações a nível periférico do sistema garantindo um atendimento maior a demanda espontânea e programada. Outro fator importante, foi a integração do serviço municipalizado de Vargem Grande Paulista, que ampliou, a partir de 84, a soma real de recursos aplicados na área, garantindo, desta forma a expansão do atendimento.

1- AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DA COBERTURA NAS UNIDADES BÁSICAS

A fixação de uma chefia em cada unidade básica, rodízio permanente dos residentes R1 e R2 e a supervisão diária feita pela área médica, fez com que os programas de saúde e o atendimento da demanda espontânea fossem ampliados para as regiões. Em linhas gerais, os programas ampliados nas unidades

básicas foram: Saúde da Criança (incluindo as faixas do pré-escolar), Saúde Materna, Saúde do Adulto, estendendo a todas as unidades o Sub programa de doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase e esquistossomose), o Sub programa de doenças crônicas degenerativas (hipertensão, diabetes, cardiopatias), Sub programa da saúde da mulher (ginecologia e prevenção de CA), assim como a supervisão de casos cirúrgicos que passou a ser feita uma vez por semana. No caso do chamado Pronto-Atendimento, além das consultas eventuais ligadas aos programas, a demanda espontânea recebeu uma ampliação significativa em todas as unidades durante o dia e no caso de Vargem Grande a abertura da unidade nas 24 horas. O CSE, concentrou além de toda a coordenação dos programas e a referência natural dos casos não resolvidos, o sub programa de Saúde Mental, atendimento ao acidentado do trabalho, as atividades de fonoaudiologia. O PS Central, ficou como retaguarda de todo o município, e a porta de entrada além do CSE para as internações ou encaminhamento de casos a nível mais complexo do sistema. O resumo das atividades básicas em cada unidade relatada pelo serviço é o seguinte:

- área médica - consulta médica de rotina e eventual, para crianças, gestantes, adultos, pronto atendimento, pequenas cirurgias e supervisão de casos cirúrgicos;

- área de enfermagem : rotina- crianças (ênfase menor de 1 ano), gestantes e adultos;

- eventual - patologias mais comuns (gripes, escabiose, diarreias, etc), com condutas padronizadas e delegadas;

- visita domiciliar- priorizada para recém-nascidos, puerperas, suspeitas de contatos com doenças transmissíveis, assistência a pacientes com alta hospitalar, pacientes com pap-nicolaou grau II;

- vacinação - suplementação alimentar, colheita de material para exames laboratoriais e esterelização de materiais;

- área odontológica - priorizado o atendimento de rotina para a faixa do pré-escolar e da gestante, e eventual para as emergências odontológicas em qualquer faixa de idade.

As outras áreas, serviço social, suprimento de material, SAME, mantinham atividades de supervisão da equipe nas unidades feita pelo nível central da unidade integrada e, definidas através de normas e procedimentos.

2- GENERALIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA

A equipe de Cotia nesse período considera o fato mais relevante em relação a assistência o que chamaram de "generalização da prática médica". A divisão do atendimento por programas foi mantida porém com o início da residência, estimulou-se a nível das unidades básicas, a consecução do

atendimento integral as pessoas que procurassem o serviço, suprimindo um grande número de consultas desnecessárias. Esse tipo de proposta de atendimento resultou também de uma auditoria feita aos prontuários principalmente de adultos onde foi constatada a fragmentação dada nas consultas o que fazia o paciente retornar várias vezes ao serviço passando pelos diferentes "sub - programas". Um exemplo era uma mulher hipertensa que apresentava problema ginecológico ou cirúrgico. No fundo o serviço vinha reproduzindo o esquema ambulatorial dos demais serviços médicos principalmente os universitários. O caso índice, relatado foi uma paciente que em menos de três meses havia passado por treze consultas nos diferentes programas e em cada um havia sido feito um diagnóstico inconclusivo ficando com a equipe de saúde mental o encaminhamento final. O que mostrava este caso também é que a seletividade do serviço através do atendimento médico nos "sub - programas", repercutia também no paciente que agia de maneira seletiva nas suas queixas apresentando para cada profissional o que ele julgava ser da sua competência. Essas constatações já vinham sendo observadas no final do período anterior e discutidas nas reuniões de corpo técnico, mas as propostas de superação e reorganização da assistência somente são incrementadas com a ajuda dos residentes que servem de elemento catalizador desse processo.

Pode-se caracterizar esse processo de generalização da prática médica através dos seguintes fatos:

1- enfoque na atitude geral na assistência ao paciente através da reciclagem do Corpo Clínico em técnicas de abordagem de pacientes por problemas (grupo Balint), na relação médico paciente e na busca de resolutividade da consulta médica. Nesse sentido a integração da equipe de saúde mental e das diferentes clínicas nas discussões de casos e seminários sobre a realidade sócio-cultural do paciente em Cotia, foram determinantes para o processo de mudança de atitude do Corpo Clínico.

2 - mudanças na organização do serviço- essas começam a ocorrer desde a formulação do prontuário médico que possibilite garantir a anotação mais adequada dos problemas do paciente e da família, passando pelo esquema de agendamento e definição de riscos até os esquemas de supervisão e auditoria de prontuários.

3 - garantia do eixo epidemiológico social para definição do atendimento sem perder de vista os objetivos de extensão de cobertura dos grupos prioritários. Manteve-se a estrutura básica dos programas, utilizando no componente de assistência médica, os critérios de grupos de riscos e abrindo espaço para a concentração de atividades nesses grupos.

3-ESQUEMAS DE ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM COTIA

Os esquemas elaborados em número de oito por programas e sub-programas pela equipe nesse período de certa forma sintetiza o modelo assistencial em suas principais características em Cotia:

- a regionalização e hierarquização já descritas são a base do esquema, considerando a rede básica a porta de entrada do sistema.

- a integralidade das ações, preventivas e curativas de assistência médica e saúde pública, garantida pelo fluxo de paciente, normalização de condutas, criterios de risco e pelo comando único das ações no sistema.

- atendimento a demanda espontanea e criação da demanda técnica tendo como base o eixo epidemiológico social e o trabalho em equipe.

- integração intra e intersectorial.

- participação comunitária através das associações da comunidade no planejamento e gerência das atividades principalmente a nível local.

O esquema 1, geral é a base do modelo que se reproduz nos outros 7 esquemas para os programas: materno (2), da criança (3), do adulto crônico degenerativas (4), cirurgia(5), programa da mulher (6), saúde mental (7) e epidemiologia (8).

A porta de entrada dada no sistema pelo Pronto Atendimento e Ambulatorio Geral (CSE, Unidades Basicas e Postos),desenvolvendo as atividades já descritas propiciam encaminhamentos entre as unidades para internação e para unidades mais complexas do sistema. Todo esse esquema tem suporte ainda de todos os serviços administrativos e de apoio diagnóstico terapêutico que não aparecem mas constituem também, as bases do modelo de assistência.

4 - PROGRAMA ESCOLAR - SIAME

O programa escolar através do SIAME (Sistema Integrado de assistência médica ao escolar) implementado a partir de 80 em Cotia, neste período apresenta um avanço incorporando-se de maneira efetiva nas atividades do sistema local.Realizam-se exames clínicos em todas as crianças matriculadas no 1o. grau das escolas do município, através dos residentes com supervisão pediátrica. Intensifica-se a relação das escolas com as unidades de saúde, funcionando em sistema de 1o. atendimento das professoras , dado na propria escola e a referência de casos para as UBS de cada região ou o PS Central. O esquema de Saúde da Criança mostra essa relação estabelecida com o SIAME na área odontológica.A nível de promoção e prevenção institui-se o programa de placas bacterianas, que consiste no uso de Fucsina e escovação dos dentes para remoção das placas,desenvolvido nas escolas. As atividades de recuperação e tratamento de cárie são realizadas no CSE onde as crianças são encaminhadas através do

MODELO ASSISTENCIAL - ESQUEMA 1 GERAL

Cotia/85

MULHERES GRAVIDAS
ou com suspeita
de gravidez

P.A. / ROTA

Diagnostico de gravidez e
encaminhamento ao pre-natal
Admissao de urgencias obstetri-
cas
Admissao de parturientes
intercorrencias na gravidez
a noite e fins de semana

OUTROS SERVICOS

Ultrassom
Casos ou enfermarias de
especialidade

saude
do
adulto

comissao
de
etica

odonto

AMBULATORIO GERAL

Acompanhamento (AE+CH) de
PRE-NATAL
intercorrencias de dia duran-
te a semana
Admissao do alto risco
exame da puerpera
AI, AE
Admissao de parturiente
exame da puerpera

pre-natal
de
risco

Odonto
Vacin.

certamente
gestantes

vacinacao
anti-tetânica

INTERNAÇÃO

Assistencia ao parto e puer-
perio
Internacao da gestante de alto
risco complicada
cirurgia obstetrica
monitoragem obstetrica
anestesia

UI-1

ALTA
ABANDONO
TRANSFERENCIA
OBITO

Cotia/85

MODELO ASSISTENCIAL - SAUDE DO ADULTO: MULHERES

MULHERES

P.A.

Triagem dos casos para o ambulatorio
Tratamento dos problemas mais simples
Admissao de urgencias e emergencias ginecologicas.

OUTROS SERVICOS

Casos de UTI
Casos de cancer que necessitem de cirurgia de grande porte, RT e Q1(3).
Alguns casos de esterilidade
ULTRASSON
Patologias endocrinas complexas.

AMULATORIO GERAL

Tratamento ambulatorial das ginecopatias mais comuns.
Deteccao e prevencao do cancer ginecologico.
Pre e Pos operatorio de cirurgia ginecologica
Admissao das cirurgias eletivas:
- pequena cirurgia ginecologica (1)
- Anticoncepcao/esterilidade

INTERNAÇÃO

Internacao para cirurgia ginecologica eletiva de pequeno e medio porte (2)
Internacao de mulheres com quadros de ginecopatias de urgencia e seu tratamento clinico e/ou cirurgico.
Anestesia

Saude Materna,
Saude do Adulto
Saude da Crianca
H.N.

ALTA
ABANDONO
TRANSFEREN.
OBITO

- 1) Cauterizacoes
Biopsias
Exereses de Nodulos de Mama
- 2) Ats pan-histerectomia
Wertheim-Meigs
Hastectomias
Exenteracoes, etc.

TODA A
POPULACAO

P.A.

Atendimento a distúrbios psiquiátricos agudos
Epilepsias

Saúde Materna,
Saúde do Adulto
Saúde da Criança
H.M.

SIANE

OUTROS SERVICOS

Eletroencefalografia
Internações psiquiátricas
Avaliações e tratamento:
neurológicos, fonoaudiológico e psicoterapias de longa duração

AMBULATORIO

Estudos de caso: criança, adolescentes e adultos
Psiquiatria Clínica,
Psicoterapias breves: criança, adolescentes e adulto
Orientação de pais e de pacientes em tratamento.
Participação em grupo de gestantes e hansenianos
- Anticoncepção/esterilidade

→ ALTA
→ ABANDONO
→ TRANSF.
→ OBITO

INTERNACAO

Eventualmente são feitas internações em leitos clínicos, para transtornos psicóticos agudos e convulsões de etiologia não determinada, após discussão com a equipe de saúde.
Interconsulta a pacientes internados em outras áreas clínicas.
GRUPO de puerperas e de pais de crianças internadas.

----- Fluxo Mínimo

MODELO ASSISTENCIAL - ESQUEMA 7 EPIDEMIOLOGIA

MODELO ASSISTENCIAL - ESQUEMA 2 SAUDE DO ADULTO DOENÇAS CRONICO-DEGENERATIVAS

Cotia/85

exame médico. A saúde mental atua junto as professoras e orientadores de saúde da escola. São realizadas reuniões para discussão de casos e é reforçado o treinamento para observar diversos comportamentos, normatizando critérios para encaminhamentos ao CS para os psicólogos. O SIAME, é coordenado pela área de saúde pública e implantado a nível das regiões pelos médicos residentes de 2o. ano.

5 - PARTICIPAÇÃO COMUNITARIA

O relatório de 1983 que aborda este tópico, comenta a dificuldade de articulação do trabalho com a população, analisa os dados da população migrante, referindo-se a dificuldade que tem o homem migrante em integrar-se ao seu local de moradia e o choque de padrões culturais que ocorre ao chegarem em São Paulo e especificamente em Cotia. A equipe da Unidade, continua nesse período um trabalho de incentivar organizações comunitárias locais, discutindo em reuniões aspectos de saúde ligados as condições de moradia, saneamento e alimentação. O Bairro do Tijuco Preto ainda é o centro de referência para esta atividade da instituição, A Sociedade de Moradores continua mobilizada e consegue através do apoio da Prefeitura de V. Grande, a doação de recursos financeiros da Levi Strauss do Brasil, para a construção do novo prédio do Posto de Saúde Comunitária, e a criação de uma creche e um centro de lazer. A supervisão das atividades técnicas e treinamento de visitadoras sanitárias continua sendo feita pela Associação. Na área do Rio -Cotia, Km 29, as reuniões com os moradores continuaram a ser realizadas para a construção do Posto de Saúde, mas esse intuito somente foi conseguido em 1988, em instalação alugada pela Prefeitura nas vésperas da eleição. A Associação de Moradores neste período fortaleceu-se.

Na área do Km 21, também ocorreram reuniões gerais e a Associação de Moradores conseguiu através da Prefeitura a montagem de um Posto de Atendimento. As propostas da comissão de moradores e associação de bairros no sentido de formar uma estrutura de participação permanente nos níveis de planejamento e decisão, não conseguem implementação real.

C - AREA DE RECURSOS HUMANOS

Especificamente na área de recursos humanos nesse período o fato mais importante, é a criação da residência em Medicina Geral Comunitária.

As demais atividades vinculadas ao treinamento de pessoal a nível elementar e médio continuam a ser desenvolvidas. E nesse período ainda, que a rotatividade de pessoal para essas categorias, é a mais baixa (em torno de 30%).

A política de incentivos nessa área principalmente os de ordem salarial, começam a sofrer resistências de um lado pela conjuntura econômica do país, no início dos anos 80 (elevação

das taxas de inflação) e por outro lado, com a abertura do mercado de trabalho, a nível do setor público, iniciando uma competitividade de mercado para a área médica e de enfermagem maior na própria região.

A descrição mais detalhada do programa de residentes permite uma análise melhor de sua relação com o modelo assistencial.

Residência de Medicina Geral Comunitária

O documento que apresenta o programa de residência, relata como antecedentes deste, "as experiências desenvolvidas pela Unidade Integrada desde 1978, juntamente com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e Fundação Kellogg... as dificuldades geradas por este tipo de programa se situavam desde o tipo de seleção até a perspectiva e o perfil do profissional a ser formado, ou seja a residência formaria um pediatra, um cirurgião, obstetra ou clínico, com uma formação geral que nem sempre lhes interessava".

O programa de residência tem como base legal a portaria 07/81 do Conselho Nacional de Residência Médica, que cria essa nova modalidade de medicina geral comunitária. As discussões mais gerais vincularam esse tipo de residência a área de saúde coletiva, estimulada pelo núcleo central de residência do próprio INAMPS. Cotia como serviço apenas ligado a Faculdade de Medicina e de Saúde pública, ve condições objetivas de desenvolver esse tipo de formação, que se ajustava as expectativas criadas, a partir do desenvolvimento do sistema local, do perfil profissional médico para assistência e mesmo para gerência das unidades básicas.

Os objetivos básicos expressos no primeiro programa foram os seguintes:

a- Objetivo geral - oferecer uma formação integrada de cuidado médico individual e coletivo, dentro de um modelo de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado.

b- Objetivos específicos- capacitar o médico para o atendimento nos programas materno infantil, adulto, e de vigilância epidemiológica;

- capacitar o médico para atendimento das principais patologias clínico cirúrgicas em regime de urgência médica e internação.

- habilitar o médico para desenvolver atividades a nível comunitário e a nível das instituições formais e informais com ênfase na participação comunitária;

-habilitar o médico para o planejamento e administração da assistência médica a nível primário;

- desenvolver no médico uma visão crítica da organização dos serviços médicos assistenciais.

O sistema existente em Cotia, oferecia amplas condições para o ensino preconizado com o apoio academico das instituições de ensino que mantinham convenio com a Associação. A duração de 2 anos fez com que as atividades tivessem concentração diferenciada, tendo o primeiro ano a enfase em:

A- Treinamento em serviço relacionado a: 1- comunidade-visita domiciliar, programa de assistência ao escolar e participação nas reuniões dos grupos locais; 2- cuidados primários em saúde- prestação de assistência a gestante criança e adulto, programa de vigilância epidemiologica, programa de saúde mental, laboratório clinico e radiologia clinica; 3- administração e planejamento - programação de saúde a nível primário e organização dos serviços de saúde; 4- cuidados em nível secundário- centro cirurgico obstetrico, enfermaria de pediatria, clinica medica e cirurgica e atividades de pronto socorro.

B- Programação Didática :

1- Unidade Materno-Infantil- discussão dos aspectos individuais e coletivos relacionados ao processo gestacional, parto puerpério, e a criança e seu desenvolvimento;

2- Adulto - discussão dos problemas clínicos cirúrgicos e sua importância na rede básica de saúde;

3- Comunidades e Serviços de Saúde - discussão do diagnostico de saúde da comunidade, organização dos programas de vigilância epidemiologica, assistência primária e programas nacionais de saúde.

No segundo ano o residente, deveria estagiar em unidades de cuidados terciários de interesse na formação do médico geral , a saber: serviços especializados de doenças infecto-contagiosas e urgências médicas; estágio opcional numa das três áreas básicas; e estágio a nível central da Secretaria de saúde e INAMPS.

O segundo ano previsto pelo programa inicial, sofre em 83 modificações, estimuladas pela experiência desenvolvida e pela propria turma de residentes, que interagem com intensidade no sistema. A mais significativa modificação foi a introdução do curso de saúde pública composto de um módulo teórico e um modulo prático.

O módulo teórico, de duração de 300 horas, era composto das disciplinas de Ciências Sociais, Epidemiologia, Bio-estatística, Estatística vital, Metodologia em pesquisa, Planejamento e administração sanitária e políticas de saúde. A coordenação de cada disciplina era feita por professores da Faculdade de Saúde pública e do Depto. de Medicina Social da Santa Casa.

O módulo prático com duração de 600 horas era desenvolvido

nas unidades de Cotia, sob supervisão da equipe local, tendo como objetivos básicos habilitar o residente a:

- decidir sobre questões administrativas gerais e de rotina em unidades sanitárias e unidades mistas;

- analisar dados de produtividade e relaciona-los a parametros com cobertura concentração e rendimento;

- conhecer e propor medidas de ajustamento para as atividades desenvolvidas nos vários programas realizados pelas unidades sanitárias;

- participar na direção e coordenação da equipe de saúde, através de reuniões rotineiras;

- coordenar as atividades, de vigilância epidemiológica e propor medidas de controle para as doenças de notificação compulsória e outras patologias, de acordo com as demandas locais;

- analisar dados de produtividade hospitalar;

- coordenar e organizar o serviço de apoio necessários a realização de atividades sanitárias e hospitalares, assessorados pelos profissionais afins de cada serviço;

- coordenar e organizar enfermarias gerais e especificamente na área materno-infantil;

- elaborar e executar programas de treinamento de recursos humanos para a saúde.

As repercussões desta programação a nível da assistência já foram referidas no tópico anterior. As avaliações e relatórios apresentados pela equipe e residentes, são satisfatórios nesse período, ressaltando que "a maior parte dos egressos do programa de Cotia, integravam o quadro de médicos que trabalham hoje na área do Distrito Sanitário". Parte desses egressos, também foram absorvidas pelo próprio sistema de Cotia. Uma avaliação mais aprofundada sobre a residência a partir de entrevistas com os egressos e realizada em 1987(94), coordenada por docente da Faculdade de Saúde Pública e chega a seguinte consideração: "de um modo geral o estudo revelou uma grande homogeneidade dos ex-residentes no tocante ao programa de residência, evidenciado principalmente pela excelência da base clínica e das ilimitadas oportunidades de se praticar uma medicina geral comunitária numa rede de Centros de Saúde integrados ao Hospital".

O numero. de residentes que passam por Cotia nesse periodo esta quantificado no quadro abaixo:

	R1	R2
1982 -	13	10*
1983 -	12	12
1984 -	12	11

* referem-se a residencia geral da Sta. Casa

Discussão -

A caracterização mais geral desse período pode ser dada por duas dimensões encontradas no contexto político federal e estadual, que vão se constituir em fatores determinantes para a expansão do projeto e sua inserção mais efetiva a nível das políticas oficiais.

No contexto federal a "crise previdenciária" desencadeia um processo de reorientação da sua política (Conasp-1982) com a implementação das Ações Integradas de Saúde. Este fato vai colocar em questionamento a política privatista do período anterior e orientar gradativamente suas ações para o setor público. No contexto estadual, a primeira eleição para o Governo, após quase 20 anos, coloca como ênfase central de seu programa, as políticas sociais, onde a questão de saúde ganha relevo nesta conjuntura. Esses dois processos vão determinar mudanças substanciais na articulação dos dois sub-sistemas (previdenciário e saúde pública), uma nova política de investimentos (Programa Metropolitano de Saúde) e custeio (repasse do governo federal através das AIS), mas fundamentalmente o desenvolvimento de uma nova proposta de modelo assistencial, buscando aprofundar o movimento já existente na direção da integralidade das ações.

Esse contexto político administrativo insere a experiência desenvolvida em Cotia, dentro do projeto oficial da Secretaria para a área Metropolitana, observando os principais pontos de suas concepções gerenciais e de modelo de integração sanitária, definidas na figura do módulo de saúde.

Quando se analisa o desenvolvimento institucional do projeto nesse período, as estratégias da instituição expandem-se através do seu projeto sub regional no sentido do desenvolvimento e crescimento da experiência.

Algumas dessas repercussões a nível local valem a pena ser ressaltadas para a compreensão do período.

A primeira delas é o reforço que a instituição recebe no sentido de fortalecimento da estratégia de direção única a nível local. A mais importante se dá através da mudança das formas de financiamento do projeto. O convênio MEC-MPAS, introduz uma lógica de custeio das atividades muito mais adequada ao sistema local de Cotia. A valorização do convênio Centro de Saúde-

Escola, pela nova gestão também permitiu uma maior estabilização financeira da instituição. Essas novas formas vão ser responsáveis no período para 80% dos custo operacional do sistema.

O segundo ponto refere-se a viabilização do investimento para a ampliação da capacidade instalada a nível municipal tanto na área hospitalar quanto da rede básica de serviços.

Essas mudanças do padrão de financiamento, vem acompanhadas do desenvolvimento de procedimentos gerenciais e de modelo administrativo catalizados pelo nível central da Secretaria de Estado da Saúde, no componente de desenvolvimento institucional do Programa Metropolitano. A implantação da avaliação de custos operacionais do sistema, estudo da informatização dos sistemas gerenciais, administrativos e de atendimento ao paciente.

Pela primeira vez, a nível de política oficial, é considerada como uma das alternativas de concretização do modelo assistencial a nova relação - político - privada, proposta por Cotia, que poderia ser estendida às demais Santas Casas do Estado. O documento oficial de estratégias de desenvolvimento do Programa Metropolitano, considerando a multiinstitucionalidade do sistema, propõe um modelo, onde a instituição responsável pelas ações integradas de um espaço local, pudesse ser de natureza privada filantrópica, a exemplo de Cotia, desenvolvendo uma concepção do sistema organizacional e gerencial, onde o diretor do módulo seria responsável pela coordenação e direção da unidade hospitalar e da rede básica em seu conjunto.

Outra dimensão do desenvolvimento institucional, é a criação a nível de Cotia, de uma estratégia sub regional, consolidada na proposta de desenvolvimento do Projeto Distrito - Docente Assistencial de Itapequerica da Serra. O texto descritivo do projeto apresentado na formulação vislumbra a expansão da experiência para a área Distrital, contemplando dois aspectos importantes a serem discutidos.

O primeiro é do crescimento do modelo elaborado para outras áreas, implicando num crescimento da rede física, dentro da lógica do modelo.

O segundo é a tentativa de desenvolver um modelo de gerencia para o nível sub regional, dentro da nova ótica do sistema local de saúde. Essas propostas apresentam na análise de seu dircurssso componentes importantes do pensamento estratégico e situacional na área de planejamento em saúde.

Esse projeto vai servir de base no seu desenvolvimento - período 85 / 88 para a estruturação do ERSa e posteriormente o SUDS R de Itapequerica.

Quanto ao modelo assistencial a expansão da oferta, com a ampliação do atendimento e da cobertura dos programas, principalmente na área do adulto introduz a necessidade de rever

os esquemas propostos no 1o. período. O princípio da não exclusão da demanda espontânea, principalmente com a abertura da programação do aulto, em sub programas de doenças transmissíveis (TBC-Hanseníase, etc.) cirurgia, e crônico degenerativas (hipertensões, diabetes), além do programa da saúde da mulher, incluindo a expansão do atendimento a mulher fora do período gestacional, acentua a discussão sobre o relacionamento demanda espontânea/programada, resolução de consulta médica e o estabelecimento de critérios de riscos, pelo sistema local.

No fundo essas novas demandas do modelo, aprofundam os conflitos entre, modelo flexneriano, como tecnologia de processo para desenvolvimento do sistema local e um modelo de visão mais integral a nível individual somado a critérios coletivos de resolução dos problemas de saúde (eixo epidemiológico social).

O instrumental utilizado para o enfrentamento do conflito é catalizado, pelo início da residência de medicina geral comunitária, que reforça e viabiliza a introdução dessas mudanças.

A nível do atendimento individual o reforço de uma visão integral se dá pela expansão e reciclagem dos profissionais a partir dos problemas de saúde mais frequentes e na discussão de uma abordagem mais global dos aspectos psicológicos e sociais do paciente. O processo de generalização da prática indica e reflete o movimento de busca de uma nova tecnologia para o sistema local do ponto de vista do atendimento médico-individual.

Quanto ao enfoque coletivo, é a discussão de critérios de riscos da população que vai informar a reorientação na inscrição de pacientes nos programas.

O autor acredita que esses aspectos são um dos principais nós a serem enfrentados, no desenvolvimento do novo modelo de assistência, nos SILOS. A proposta desenvolvida por Cotia, neste sentido elabora uma estratégia para equacionar esse ponto de estrangulamento, com as limitações evidentes dadas pelas tendências de mercado e ensino no país.

Quanto a área de recursos humanos a principal discussão, está na implantação do sistema de Residência Médica Geral Comunitária em Cotia, como estratégia do desenvolvimento de recursos humanos para o sistema local de saúde. A polêmica apontada na discussão do período anterior merece aqui aprofundamento.

Duas dimensões do problema podem ser destacadas:

A primeira é quanto ao perfil de formação desse tipo de profissional. Aqui as propostas feitas por diferentes áreas apresentam uma multiplicidade de perfis, mas tem quase todas a mesma base diagnóstica. A tendência crescente a especialização, o descompasso entre a formação e o mercado de trabalho, a falência do modelo de Hospital Escola, entre outros.

Na área dos Deptos. de Medicina Preventiva e Social, a visão é de que este perfil deve ser esperado no profissional a ser formado pela graduação. Outras linhas defendem a formação de uma nova especialidade - médico de família (no caso brasileiro, não apresentou grande número de adeptos nessa proposta).

Quanto a área clínica, em especial os deptos. de clínica médica confundem o perfil do clínico geral com o do internista, prevendo sua formação com forte carga nas especialidades e a partir dos tradicionais hospitais escolas, para garantir sua qualificação.

Para o autor a experiência de Cotia deixa clara a necessidade de um novo tipo de profissional, para o desenvolvimento dos SILOS e que as estratégias traçadas e propostas para definição do perfil desse profissional que partem da universidade tem sofrido influência de suas concepções doutrinárias hegemônicas para o ensino e de sua própria forma de conceber a assistência.

A experiência de Cotia, reforça a visão, de que este componente deve estar ligado, como estratégia também a áreas de serviços, apoiados ou não por universidades, mas que sejam apoiados por políticas oficiais nessa área mais compatíveis com o desenvolvimento de suas propostas assistenciais.

Como escrevemos no período posterior, a ausência de definições mais claras nessa área, vão determinar uma mudança de nome residência (Preventiva e social) e uma crise no modelo de ensino adotado.

PERÍODO - 1985-1989
CRISE E REORDENAMENTO

Pode-se dizer que esse último período, traz como características centrais dois movimentos: um de crise institucional aguda gerada por situações conjunturais externas e internas, frente ao crescimento do sistema local (85-87) e outro de reordenamento e refinição do sistema local frente ao novo papel da instituição (AHC) dentro da área (87-).

No primeiro movimento, as situações conjunturais internas são marcadas pelos seguintes fatos:

1- nível institucional- a -desequilíbrio na estrutura organizacional gerando conflitos abertos entre a área administrativa, o corpo médico e o corpo de funcionários; b- mudança na composição dos serviços médicos acentuando características corporativas dos profissionais, com elevada rotatividade dos mesmos nos serviços; c - evasão de profissionais de nível universitário tanto da área médica como da enfermagem que ocupavam cargos de direção; d- início das reformas da área física da unidade integrada.

2- Nível do modelo assistencial - a - tendência de expansão das atividades de atendimento da demanda espontânea em detrimento das atividades programadas de saúde pública; b- fragmentação do sistema e descordenação da rede dos serviços; c- diminuição das atividades intersetoriais do sistema local.

3- Nível de modelo de ensino - a- crise da residência médica; b- conflitos na implementação do Centro de Treinamento Distrital.

As situações conjunturais externas são dadas pela implementação das políticas de reorganização da SES, das Ações Integradas de Saúde, posteriormente do SUDS-SP e do processo de municipalização. Todos esses fatores vão determinar graus de incerteza, abertura de frentes institucionais e criação de um mercado de trabalho ampliado no setor público que vão ter repercussões no sistema de Cotia.

O movimento de reordenação e redefinição do sistema local de Cotia, frente a nova situação institucional é marcado também por uma série de fatores.

1 - a ampliação da capacidade instalada tanto na área de internação, como dos serviços auxiliares de apoio diagnóstico e terapêutico, que forjam uma mudança de características de referência hospitalar para um nível regional.

2- O processo de municipalização em curso, dado a partir de 87 pelo SUDS Regional também, rearticula a relação e o papel dos municípios frente a rede básica de saúde.

3 - A crise econômica e os movimentos de congelamento e alta de inflação no período, também definem um novo padrão de financiamento para enfrentar a manutenção do sistema.

A- DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Bases Legais

São três as mudanças de base legal no projeto nesse período:

A primeira é o início do convênio do Distrito Docente-Assistencial em 1985 com a participação da Fundação Kellogg em que a Associação está presente, responsabilizando-se pela implementação do centro de treinamento de recursos humanos a nível distrital; a segunda, diz respeito à mudança da relação contratual com a SES, representada pelo Termo de Adesão ao Convênio SUDS-SP a partir de 1988; e a terceira, é a municipalização da unidade de Caucaia do Alto, saindo da responsabilidade da Associação no ano de 88.

O convênio com a Fundação Kellogg, SES e Faculdade de Saúde Pública já foi descrito anteriormente.

O convênio Termo de Adesão ao SUDS-SP, é que vai representar a grande alteração no relacionamento com o sistema público (SES/INA MPS). O documento preparado, apresenta um projeto específico da instituição, relacionando todas as atividades ambulatoriais e de internação e os recursos disponíveis para o SUDS-SP. Prevê ainda, baseado na categorização estabelecida pelo INAMPS por portes, a quantidade de atos a serem efetuados no ano de 89 e o seu custo, com base nos valores estabelecidos em Dezembro de 88.

Os convênios anteriores apresentavam duas fontes e duas lógicas diversas. A SES, através do convênio com o CSE, estabelecia um controle sobre a produção e execução dos programas. Do ponto de vista da sistemática de pagamento, esta era feita em parcelas fixas, sujeitas à suplementação mediante a prestação de contas das despesas realizadas pela instituição na realização dos programas assistenciais e de ensino. O INAMPS, através do convênio MEC/MPAS, ao contrário, pagava por atos produzidos, internações e consultas, classificadas em portes, introduzindo no critério de pagamentos um índice de valorização hospitalar, baseado em critérios julgados discriminatórios para a qualidade da assistência e do ensino.

O Termo de Adesão assinado, utiliza os mesmos critérios do convênio com o INAMPS, para as contas ambulatoriais em relação ao CSE, valorizando apenas as consultas médicas e as atividades ligadas à assistência individual, deixando de lado do ponto de vista do financiamento, as medidas de alcance coletivo promocionais e preventivas, realizadas pela equipe de saúde. Na área de ensino é feito um outro Termo Aditivo ao Termo de Adesão, aí em caráter global para as atividades ligadas à residência médica, escola de auxiliar de enfermagem e educação continuada. Nesse sentido, a grande alteração do ponto de vista institucional, é que o Termo de Adesão favorece muito mais as ações de assistência médica a nível do sistema local, não diferenciando critérios para as atividades de saúde pública.

promoção e prevenção.

Outro aspecto importante, é que a medida em que o pagamento se faz através de uma única fonte, cresce o grau de incerteza da instituição em relação ao recebimento de verbas públicas no caso de atraso de pagamentos, estabelece-se deficits financeiros de um lado, pela corrosão inflacionária e, por outro pela defasagem entre os custos reais e a remuneração dos serviços.

A terceira mudança importante nas bases legais da AHC, é o processo de municipalização estabelecido a partir do SUDS-SP. Com a passagem da unidade básica de Caucaia do Alto para a administração municipal em 1988, cria-se a necessidade de novamente repensar o sistema local e as articulações da AHC com a Prefeitura de Cotia. Esse fato foi concretizado no final da gestão municipal e desencadeou, por parte da Associação, uma resistência a esse processo.

Formação da Receita

O padrão de financiamento da instituição nesse período, apresenta um incremento na receita não operacional, decorrente da entrada do convênio com a Fundação Kellogg. A grande diferença do período 75/81, é que, dada a conjuntura econômica, esse recurso entra no financiamento, gerando uma receita financeira especulativa, que vai adquirir proporções significativas. Das receitas não operacionais, a composição não se altera mantendo-se baixa, do ponto de vista financeiro, a contribuição dos associados e campanha de fundo.

O apoio dos órgãos públicos é pequeno nesse período, enquanto a verba repassada à instituição para sua manutenção. Mas é nesse período que através do PMS, a Secretaria, com co-financiamento do Banco Mundial, executa uma reforma na Unidade Integrada, ampliando o prédio existente, de 3852m² para 9.990m² elevando sua capacidade de leitos de 54 para 180, incluindo todo equipamento da unidade. A ampliação se dá também nas unidades ambulatoriais, de apoio administrativo e de apoio diagnóstico terapêutico. Iniciando-se em Abril de 86 com término em Julho de 88, as obras, do ponto de vista patrimonial, representaram um incremento significativo para a Associação e para o Município. Como já foi referido, para esse investimento, um contrato assinado com o Estado sela um acordo de cumprimento dos objetivos da Secretaria e da Instituição na prestação de assistência universalizada e pública do serviço.

Do ponto de vista da receita operacional, esta apresenta um comportamento semelhante ao do primeiro período, apresentando como fontes básicas para a manutenção, as representadas pela Secretaria e o INAMPS, e a partir de 88, o SUDS.

Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional sofre nesse período um

desequilíbrio em relação à sua forma de atuação, gerando uma série de conflitos abertos entre a área administrativa, serviços médicos e o corpo de funcionários.

Do ponto de vista da estrutura formal, somente no final de 87 é revisto o regulamento do Hospital e criado regimentos internos para os diferentes serviços. Essas mudanças já fazem parte do reordenamento e redefinição da estrutura organizacional. A discussão e a efetividade de sua implementação ainda estão em curso.

As alterações da estrutura informal, iniciadas no período anterior, vão se acentuar a partir de 1985. Os dois processos mais importantes são: a centralização da área administrativa e a fragmentação da direção dos serviços médicos e para-médicos.

Esses dois processos se interligam e encontram um nível de explicação mais consistente, dada pelos fatores conjunturais já referidos e também pela percepção de papéis que cada ator institucional tem no período. Essa percepção é definida e muito mais por atributos pessoais (personalidade, experiência profissional) do que realmente pelas definições de funções expressas na estrutura formal ou mesmo nos papéis delegados a cada um pela própria direção da instituição.

Na área dos serviços médicos a forma adotada de "fortalecimento da direção coletiva" através dos Foruns de Debates, não encontra um respaldo efetivo, do ponto de vista da direção, no encaminhamento executivo da pauta de mudanças e reinvidicações geradas pelo processo. Esse processo, iniciado em 83, tem nos anos de 85 e 86 a crise mais aguda. O afastamento temporário do diretor clínico para fazer curso de administração hospitalar, somado a saída de elementos-chaves no início de 86 e do próprio diretor em meados desse ano, consolidam a crise.

Do ponto de vista interno, a composição da área médica sofre três alterações básicas: 1- evasão, no período de lideranças, da área médica cooptadas pela estrutura central da Secretaria; 2- crise da residência médica, com diminuição acentuada do número de residentes e da própria estrutura da residência; 3- mudança na composição do núcleo de tempo integral com, renovação de médicos e aumento da importância do núcleo de plantonistas para cobrir espaços criados pela extensão dos serviços.

Essas mudanças foram cercadas por uma conjuntura de crise no setor, dada pela expansão, no mercado de trabalho do setor público, reinvidicações salariais e movimentos grevistas. A perda relativa de competitividade salarial no mercado e a expansão da oferta de empregos a nível dos municípios vizinhos, trouxe ao recrutamento de profissionais do Corpo Clínico enormes dificuldades. Esse processo vai gerar uma heterogeneidade de formação e de perspectivas dos médicos recém-admitidos, uma atuação mais corporativa dos mesmos e uma queda na qualidade da assistência. As dificuldades da direção clínica em coordenar as atividades técnicas e representar perante a instituição a

expectativa desse novo grupo, gera conflitos dentro dos serviços médicos, que tem desdobramentos na criação de uma Associação de Trabalhadores de Saúde da AHC, com caráter representativo sindical. Essa Associação parte de um grupo de médicos, que procura, inclusive, catalizar o descontentamento dos demais funcionários da instituição gerando em termos reais, uma espécie de poder paralelo ao diretor clínico. A Associação é reconhecida pela instituição, mas no processo, se desarticula, gerando uma nova evasão de médicos e funcionários. Nesse período, o índice de rotatividade encontrado na área médica, chega a ser em média 50%, representado em parte pelos médicos em tempo integral, mas com forte peso dos médicos plantonistas e de tempo parcial.

Na área paramédica o setor de enfermagem apresenta uma crise semelhante, gerada por conflitos internos no serviço e posteriormente, com a administração e o próprio corpo clínico. O resultado é a demissão da chefia e um período de alta rotatividade dos profissionais de enfermagem de nível universitário, somada à já existente nos níveis médio e elementar.

A centralização administrativa, representada pela hipertrofia de funções da direção administrativa e sua entrada em papéis técnicos, é reforçada nesse período, pela conjuntura citada.

Outros fatos ainda vão ampliar o grau de insatisfação de funcionários e profissionais de nível universitário, mas talvez o mais significativo no período, seja o início das obras de reforma do Hospital. A entrada de 600 homens ligados à construção, nos diferentes setores da unidade central e o deslocamento de enfermarias, ambulatorios e da própria administração no espaço em construção, agravam mais esse quadro.

Pode-se dizer que esses fatos somados com o que já foi dito, levam a direção administrativa a entrar, nesse período dentro das funções de coordenação técnica acompanhamento de obras. Esse é o cenário que provoca crise aguda na estrutura organizacional do serviço. O grupo vê nessa direção, os principais problemas da instituição, por seu caráter centralizador e autoritário. A ausência de uma estrutura formal mais definida e a saída dos quadros de direção das áreas técnicas, são determinantes para o acirramento desses conflitos.

Estrutura Formal

O processo de reordenamento inicia-se em 87 e a direção reforça seu quadro de assessores para esse trabalho, trazendo para as áreas de planejamento e áreas de serviços técnicos e SAME, três profissionais. Nesse período é elaborado o novo regulamento do Hospital.

Nesse regulamento, os primeiros capítulos de

conceituação, finalidades e manutenção permanecem inalterados.

Em relação à estrutura, a primeira grande alteração, é a retirada da direção do Centro de Saúde. A substituição da área paramédica pela criação de um serviço técnico auxiliar é a outra alteração substantiva. Os demais órgãos da estrutura permanecem.

Nas seções de constituição e competência das diferentes diretorias, as principais alterações são as seguintes:

1- Diretoria Geral- é criado um setor de informática, além da secretaria e das comissões permanentes; ampliam-se as comissões permanentes de três para cinco, criando-se as comissões de ética e de infecção hospitalar. Em parágrafo único e definido que o diretor deverá ser substituído em suas faltas e impedimentos pelo diretor de serviços técnicos auxiliares.

2- Os serviços médicos, são acrescidos nos serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a hemoterapia e a odontologia.

3- Dos serviços técnico auxiliares- a criação de uma direção, estabelecendo critérios preferenciais para o cargo, a ser preenchido por médico com curso de administração em saúde; são acrescidos aos serviços técnico auxiliares, os setores de psicologia e fonoaudiologia.

Além dessas alterações constam das disposições gerais, as seguintes definições: a Unidade Básica de Saúde- Escola e as demais unidades da rede serão administradas pela AHC, mediante convênio com órgãos governamentais ou privados, e as atividades da UBS - Escola serão desenvolvidas conjuntamente com as do ambulatório do Hospital.

Essas alterações reforçam claramente a estrutura dos serviços hospitalares na AHC, desaparecendo a conformação técnica das atividades de saúde pública nesse regulamento, apesar de constar em todos os regimentos atividades relativas ao setor hospitalar e de UBS. O organograma em anexo reflete a estrutura contida no regulamento.

Ainda dentro da reordenação da estrutura formal, são elaborados regimentos internos para cada um dos serviços, a saber: Corpo Clínico, Serviço Social Médico, Serviço de Nutrição e Dietética, Material, Pessoal, Zeladoria, Manutenção e Transporte, Odontologia, Fisioterapia, a Seção de Lavanderia e Rouparia e o Serviço de Enfermagem.

HOSPITAL DE COTIA

SECRETARIA

DIRETORIA

COMISSOES PERMANENTES

INFORMATICA

SERVICOS MEDICOS

DIRETORIA
CLINICACLINICA
MEDICA
GERALCLINICA
CIRURGICA
GERALCLINICA
OBSTETRICACLINICA
PEDIATRICASAUDE
MENTALSERVICOS COMPLEMENTA-
RES DE DIAGNOSTICO E
TRATAMENTOLABORATORIO
CLINICORADIOBIAGNOS-
TICO

HEMOTERAPIA

ANESTESIOLOGIA
I
GASOTERAPIA

REABILITACAO

ODONTOLOGIA

SERVICOS TECNICOS
AUXILIARESDIRETORIA
TECNICASERVICO DE
ENFERMAGEMSERVICO DE
NUTRICAO I
DIETETICASERVICO
SOCIAL MEDICOSERVICO DE
ARQUIVO MED. E
ESTATISTICASECAO DE
FARMACIASETOR DE
FONOAUDIOLOGIASERVICOS ADMINISTRATI-
-VOSDIRETORIA
ADMINISTRATIVASERVICO
DE
PESSOALSERVICO
DE
MATERIALSERVICO
DE
FINANCASSECAO
DE
LAVANDERIA
I
ROUPARIASERVICO
DE
ZELADORIA
MANUTENCAO E
TRANSPORTE

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

A alteração fundamental observada nos serviços médicos, está representada pela mudança, nesse período, da composição dos seus núcleos.

A expansão da assistência e dos programas efetivados no período anterior, à custa do crescimento do núcleo de residentes, sofre um retrocesso dada a crise da residência médica. Esse fato, somado a evasão de médicos e as crises internas, resultara em pouco tempo, numa dependência maior do serviço, ao núcleo de plantonistas. Numericamente maior que o núcleo básico em tempo integral, esse núcleo se concentra principalmente nas atividades hospitalares e de emergência. A multiplicação de profissionais e a fragmentação do horário médico na unidade, faz com que a direção clínica redobre sua atenção na manutenção das escalas, principalmente no Pronto Socorro, deslocando profissionais das UBS para cobrir falhas aí encontradas. A composição do núcleo de tempo integral com função de coordenação tem, na sua maioria, os médicos gerais formados pela residência. Esse grupo sustenta, em parte, a manutenção do esquema anterior. A sobrecarga que esse grupo vai sofrer, repercute, inclusive, na divisão de seus membros e numa evasão de alguns que não conseguem mais ver no trabalho, as perspectivas oferecidas pelo projeto. A repercussão desses fatos é significativa para o modelo assistencial proposto, revertendo em parte, algumas das atividades de saúde pública e coordenação intersetorial, para as questões emergenciais do atendimento da demanda a nível de Pronto Socorro e da Unidade de Internação.

REGIMENTO INTERNO

O Regimento Interno do Corpo Clínico, constitui-se numa das mudanças encaminhadas no sentido de reordenamento do serviço e institucionalização da sua estrutura.

No capítulo da organização, o regimento reforça a premissa de que as atividades médicas da Associação serão desenvolvidas tanto na área hospitalar quanto na área das UBS. Dispõe os serviços médicos em três departamentos, a saber: medicina, incluindo clínica médica, pediatria e saúde mental; cirurgia, incluindo clínica cirúrgica geral obstetrícia, ginecologia, ortopedia e traumatologia além dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento incluindo laboratório clínico, radiodiagnóstico, anestesiologia, hemoterapia, reabilitação e odontologia.

Na constituição dos serviços médicos, são criadas três categorias de profissionais: honorários, consultores e efetivos. Quanto às duas primeiras, o regimento define pré-requisitos de notório saber e critérios curriculares para admissão nessas

categorias. Quanto aos efetivos, classifica em três grupos, a saber: docente-assistenciais (tempo integral), assistentes (20 horas semanais) e plantonistas.

A direção é definida na figura do Diretor Clínico e de um Conselho Técnico. Como critério para designação do Diretor Clínico dispõe que será feito através de uma eleição em votação secreta, de uma lista de três médicos docente-assistenciais, referendada pela diretoria. A duração do mandato é definida em dois anos para o Diretor Clínico e o Conselho Técnico será constituído por três membros efetivos e dois suplentes, também eleitos pelo Corpo Clínico.

Quanto à admissão para os médicos efetivos, essa será feita mediante concurso público de provas e títulos. Estabelece a seguinte hierarquia dentro do serviço médico: Diretor Clínico, Diretor de Área, Diretor de Serviço, Chefe de Equipe e Médico.

No capítulo das atribuições e competências, cabe ao Diretor Clínico, além de coordenar e de dirigir as atividades do Corpo Clínico, atribuições relativas à assistência, ensino e pesquisa, auxiliar a direção do Hospital no desenvolvimento da política de saúde na instituição e a execução das políticas emanadas pela Secretaria de Saúde. Ao Diretor de Área compete de coordenar e dirigir especificamente as atividades de assistência e ensino, auxiliando a diretoria clínica em seu trabalho e substituindo-a quando designado ou nas faltas e impedimentos desta. Como pré-requisito para Diretor de Área, é exigido título de especialização em saúde pública. Os demais artigos do regimento, definem direitos e penalidades em relação ao Corpo Clínico.

A estrutura proposta pelo regimento, concentra no Diretor de Área, a coordenação das atividades de ensino e assistência. Essas funções, pela estrutura informal anterior, vinham sendo desempenhadas por um coordenador da área de saúde pública, responsável pelos programas e pela direção das UBS e por um diretor do Centro de Treinamento, que coordenava as atividades de ensino e pesquisa da unidade.

Esse novo regimento ainda não foi totalmente implementado na nova estrutura proposta.

Discussão sobre o desenvolvimento institucional

A discussão do desenvolvimento institucional nesse período está muito ligada como já foi assinalado ao contexto de mudança das políticas de saúde. As relações interinstitucionais no período vão sofrer significativas alterações relativas a dois processos em curso: implantação do Distrito Docente-Assistencial e a implantação da estrutura descentralizada da SES, primeiro através do ERSa e, posteriormente, do SUDS. Esses processos acontecem simultaneamente e por envolver as mesmas instituições SES, AHC e Faculdade, acabam por criar ritmos institucionais diferentes para a mudança.

Esse fato vai gerar uma série de conflitos interinstitucionais na articulação do Sistema local de Cotia, com reflexos na estratégia de Direção Única, desenvolvidas pela Associação Hospital de Cotia.

O fortalecimento da estrutura sub regional de saúde, o Distrito Sanitário, que até 82 apresentava funções técnicas e administrativas muito restritas, passa por três momentos diferentes nesse período: o primeiro, é definido em 1985, com a inclusão do Distrito Sanitário como modelo de saúde, a coordenação do PMS e a instalação do projeto Docente-Assistencial; o segundo, é definido em 1986, com sua reestruturação para Escritório Regional de Saúde, recebendo funções técnico-administrativas mais efetivas da SES e o terceiro em 1987, com sua transformação em SUDS Regional, absorvendo gradativamente funções do INAMPS, no que diz respeito à avaliação e controle da assistência médica na região e um papel político delegado ao processo de municipalização dos serviços.

A velocidade com que essas transformações ocorrem, gera uma sobrecarga de serviços, papéis e situações com alto grau de incerteza e insegurança, à uma estrutura existente que organizacionalmente apresenta uma série de deficiências pela sua própria história.

As idéias definidas no projeto Docente-Assistencial, são de certa forma "atropeladas" pela real implementação das mudanças institucionais da SES, na realidade local. Isso vai gerar descompassos com a FSP, no apoio, que, apesar de efetivo na área tanto administrativa como técnica, não consegue acompanhar o ritmo das mudanças.

No caso do Sistema local de Cotia e da AHC, esse processo de mudança vai repercutir em duas direções: nas concepções sobre a direção do sistema local refletidas numa nova relação formal estabelecida e reorganização da estrutura formal da associação, não mais incorporando a visão do módulo de saúde.

No que diz respeito às novas relações formais estabelecidas no período, pode-se dizer resumidamente que:

Na área de Cotia e Vargem Grande, foram criadas 3 Foruns de decisões interinstitucionais a saber:

- 1 - O conselho Diretor do convênio com a Associação Hospital de Cotia, constituído e presidido por representantes do SUDS R e da direção da Associação, que é responsável pela definição dos planos operacionais, controle de internação e de contas ambulatoriais;

- 2 - Comissão interinstitucional municipal de Saúde de Cotia (CIMS), constituída e presidida pelo representante do Depto. de Saúde Municipal, representante do SUDS Regional e um representante da Associação Hospital de Cotia, que é responsável

pela definição do plano municipal de saúde e da implantação dos programas de aplicação de verbas e do controle da prestação de contas;

3- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Vargem Grande Paulista (CIMS), constituída e presidida pelo representante do Depto. de Saúde Municipal, representante do SUDS R de Itapequerica e um representante da Associação Hospital de Cotia, com as mesmas funções da anterior.

Acima desses três conselhos interinstitucionais, encontra-se a CRIS, de Itapequerica da Serra, com representantes de todos os municípios da região, da AHC e o Conselho Diretor do Projeto Docente - Assistencial no qual participam a SUDS-R/FSP USP e a Associação.

A constituição dessa rede de conselhos interinstitucionais abre um novo espaço de informação e coordenação do sistema regional e local de saúde, que no período em questão pelo diferentes sistemas institucionais e situações específicas, gera conflitos claros a nível de poder e de concepções no desenvolvimento das políticas de saúde.

A centralização política institucional a nível do SUDS R, dos aspectos administrativos e do controle do processo de municipalização e dos convênios da área não tem correspondência técnico operacional a nível do sistema local Cotia-V. Grande.

O que ocorre nesse nível é uma fragmentação de coordenação em 3 comissões interinstitucionais, que dificultam esse trabalho, pois coloca em jogo, de maneira dispersa, interesses e estruturas muito diferentes. De um lado, as prefeituras, com estruturas de atendimento e de organização de serviços, pautados historicamente pelo clientelismo e assistencialismo, passam a receber verbas substanciais para saúde, criando em certos casos, como o de Cotia planos municipais fictícios para utilização desses recursos. De outro lado, a Associação Hospital de Cotia, que vinha desempenhando um papel delegado pela SES, de coordenação de atividades de saúde na área, com essas alterações externas e as internas (ampliação do hospital, crise nos serviços técnicos), recua nesse papel e participa com resistências nas atividades ligadas aos aspectos técnico-organizacionais do sistema local.

A proposta forjada de direção única do sistema local no 1o. período, através da estratégia única para município e que evoluiu no estudo e estrutura de uma direção e gerência modular única (PMS), sofre uma quebra com a formação das 3 comissões a nível local. Isto rearticula do ponto de vista político as instituições envolvidas mas cria também um vazio na coordenação técnico operacional e na gerência do Sistema Local. Este fato vai ter repercussão direta no modelo principalmente sobre a rede básica de serviços e as atividades de saúde pública no sistema.

No que diz respeito a reorganização da estrutura formal da Associação Hospital de Cotia, pode ser caracterizada em dois

pontos centrais:

1- A estrutura formal proposta no organograma e regulamento contempla somente a organização dos serviços médicos hospitalares.

2- As atividades relacionadas à saúde pública e a própria estrutura do Centro de Saúde- Escola, enquanto unidade integrada por convênio e proposta na sua concepção original, não estão formalmente regulamentadas na estrutura.

Essa definição para a estrutura formal, reforça a discussão feita no tópico anterior, e indica tendencialmente uma posição de mudança de papel institucional, no Sistema Local da Associação, recriando uma articulação mais formal com a rede básica, e concentrando sua estratégia para a redefinição do hospital dentro do sistema.

A consolidação dessa proposta estrutural, vai estar diretamente relacionada às capacidades da instituição de negociar e rearticular o sistema frente as políticas federais, estaduais e municipais, nos futuros cenários a serem projetados. A discussão desses cenários o autor fará no final do capítulo.

B-MODELO ASSISTENCIAL

O modelo assistencial sofre influência de crise, gerada a nível institucional. A desestruturação dos serviços médicos em função da evasão de residentes e médicos docente- assistenciais (tempo integral), crescimento do núcleo de plantonistas e aumento da rotatividade dos profissionais além da reforma física em curso no período, são os fatores internos de maior relevância.

As repercussões desse fato sobre o modelo, são refletidas no seguintes aspectos: 1- necessidade de manutenção da demanda criada no período anterior, pela extensão da oferta, exigindo um recuo nas ações programadas e de caráter coletivo; 2- descoordenação da rede básica do serviço, com fragmentação de condutas geradas pela municipalização; 3 - diminuição das atividades intersetoriais do sistema local e da participação comunitária.

Todos esses aspectos vão interferir de maneira direta, sobre a integralidade das ações e na própria qualidade da prestação de serviços. Os programas básicos, materno-infantil, imunizações e epidemiologia, por estarem mais sedimentados, sofrem menos repercussão. Os programas de adulto, doenças crônicas degenerativas, saúde da mulher e o programa escolar, são os mais afetados. A demanda programada, cede lugar ao Pronto Atendimento, como uma maneira de cobrir os vazios deixados pela evasão da equipe. As atividades intra- hospitalares e de emergência médica ganham destaques no sistema. Isso não impede que o número de consultas cresça no período, mas numa proporção de 70% para os eventuais, contra 30% para as consultas programadas.

O outro aspecto já mencionado é que a coordenação das ações na rede básica, a supervisão e a sua extensão para a comunidade, sofrem um processo de recuo, dada pela própria mudança de relação interinstitucional, e pelas mudanças internas formais e conjunturais. As conjunturais vão fazer com que a direção dos serviços médicos tenda a garantir o funcionamento da Unidade Integrada, voltando-se para dentro do sistema, para cobrir escalas, administrar a excessiva rotatividade dos médicos na cobertura de assistência e a heterogeneidade de formação do grupo de plantonistas em termos de conduta.

O processo de municipalização se concretiza com mais intensidade em 87 no município de V. Grande Paulista e em 88 no município de Cotia. Esse fato requer uma nova reordenação da coordenação interinstitucional, o processo já descrito de implantação do SUDS na área, e a estruturação das diferentes comissões interinstitucionais, vão ter influência, além dos fatores já citados para que a Associação recue no seu papel de coordenação técnica e se volte mais para tarefas de coordenação interna do serviço.

C- AREA DE RECURSOS HUMANOS

Nesse período, a área de recursos humanos, apresenta 3 características centrais.

- 1- criação da escola de auxiliares de enfermagem;
- 2 - implementação do centro de treinamento sub regional;
- 3- crise do sistema de residência médica.

1- Criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem

A decisão em criar uma escola de auxiliares de enfermagem, parte das seguintes idéias e fatos: a carência total na região e no mercado, em geral de profissionais de nível médio nessa área; a ineficiência dos sistemas de formação existentes e propostas a nível institucional, para suprir a demanda; a ampliação do hospital para 180 leitos e a preocupação com a qualidade de assistência prestada ao paciente, principalmente em regime de internação.

O processo de criação da escola dura 3 anos e se inicia, somente em Outubro de 1988 com 22 alunos. Afora os trâmites burocráticos de legalização da escola junto à Secretaria de Educação (Conselho Estadual de Educação), outro problema encontrado foi a resistência, por parte de alguns setores da SES na área de recursos humanos, para a aceitação do projeto e efetivo apoio. A política nessa área para a região metropolitana, era concentrar em 2 hospitais públicos a formação desse recurso

e através do "larga escala", estabelecer a nível local, o desenvolvimento de núcleos multiplicadores e de treinamento do recurso humano para as áreas básicas. Este tipo de orientação bloqueia, no período, a obtenção de material e apoio financeiro para formação da escola.

Com a assinatura do Termo de Adesão ao SUDS é feito um Termo Aditivo para Educação Continuada e aí se inicia um apoio efetivo ao curso, já em andamento com o financiamento de profissionais docentes na escola pela Fundação Kellogg. Os critérios utilizados para seleção de candidatos nessa primeira turma, foram de considerar os melhores funcionários dentro do sistema local e a indicação, a nível sub regional de funcionários do SUDS R.

Implantação do Centro de Treinamento Sub-Regional

O Centro de Treinamento previsto pelo projeto Distrital, instala-se em Cotia a partir de 1985. Em seus relatórios e nos depoimentos colhidos, o plano traçado para o desenvolvimento deste centro, sofre dois tipos de limitações.

O primeiro referente à característica multiinstitucional da área distrital e as diferentes políticas de recursos humanos traçados por essas instituições (Prefeituras locais, SES, AHC.)

O segundo de ordem técnico-operacional, foi da organização da pauta de cursos, reciclagens e a possibilidade de sua implementação real na área.

Essas limitações não imobilizaram as atividades do Centro, que realizou, no período, treinamento e reciclagens, mas restringiu o âmbito de atuação para praticamente dois municípios: Cotia e Embú.

Crise do sistema de residência médica

A residência de medicina geral comunitária neste período sofre influência de todos os fatos já comentados, mas também apresenta uma crise particular, própria do seu modo de ser.

No final do período anterior a residência por exigências legais, e pela própria situação dos egressos em relação ao mercado de trabalho, muda de nome para Medicina Preventiva e Social. O conteúdo da residência e sua forma de organização, praticamente não são alterados. O perfil dos candidatos, este sim sofre alteração. A ênfase dada, além da formação em Saúde Pública, aos aspectos clínicos pela residência em Cotia frustra parte dos residentes. Nesse período, também se exarceba uma crise geral de residência médica no país, acabando por influir também em Cotia. A saída de vários residentes e a diminuição de candidatos para a residência, provocou por parte da direção, da residência uma preocupação em discutir os diferentes aspectos do

problema. Neste sentido, foi realizado, a pedido da direção, um estudo (94) em 1987, coordenado por uma docente do Projeto Itapeirica para avaliar a residência médica em Cotia. Em paralelo, foi produzido um documento (95) pela direção da residência para discussão, analisando a crise e suas causas.

O estudo realizado pelo Projeto Itapeirica teve como objetivo avaliar, qualitativamente a residência de Cotia a partir de entrevistas não estruturadas com os egressos da residência no período de 82 a 86. Nesse período, passaram pela residência 60 residentes, sendo que 27 não concluíram a residência "ou porque voltaram para seus estados ou cidades de origem ou por motivos de conflitos com a própria residência". A pesquisa foi realizada sobre os 33 que concluíram a residência, tendo sido colhida a amostra de 20 egressos. Na introdução do trabalho, é feita uma descrição sucinta de residência e uma avaliação genérica dos problemas que suscitam o estudo. Neste sentido, divide em dois períodos a residência: de 82 a 84 (período áureo) "onde o modo próprio de ser da residência envolveu o corpo clínico e os residentes num "esprit de corps", onde a cooperação dominava qualquer competição referente a vontade de acertar era denominador comum entre residentes e corpo clínico"; " 85 a 86, foram os anos caracterizados por uma série de problemas e crises sucessivas envolvendo residentes, corpo clínico e administração". Pondera ainda que a crise não é somente interna, mas "apresenta reflexos das distorções encontradas no ensino médico brasileiro e as contradições do próprio sistema de saúde".

Em relação aos problemas internos, relata que a mudança de normas da residência foi um deles. A mudança de denominação, apenas uma vez que a programação em Medicina Geral Comunitária prosseguiu em seu ritmo normal. A justificativa da mudança foi a prática lógica: a nova denominação, respondia melhor às exigências do mercado de trabalho, já que o perfil ocupacional para que estavam sendo treinados, encontrava fraco respaldo no setor público de prestação de serviços de saúde. Se, por um lado, a justificativa foi prática e lógica, por outro, as consequências vieram rápidas e polêmicas, pois o desajuste entre o que "era para ser" (Medicina Preventiva e Social) e o que "foi encontrado" (Medicina Geral Comunitária) gerou sérios impasses e situações conflitantes entre residentes e corpo clínico, culminando em evasão dos primeiros. Portanto, uma parte da evasão deu-se por esse motivo - tanto é que, após realizarem parcialmente a residência em Cotia, procuraram residência em Medicina Preventiva e Social em outras instituições. Uma pequena parcela de residentes, evadiu-se por desinformação quanto ao tipo de residência - seja Geral Comunitária ou de Medicina Preventiva - pois esses poucos saíram em busca de residência de especialidade. Uma boa parte, entretanto, evadiu-se por problemas práticos relativos ao mercado de trabalho.

O trabalho de avaliação abordou os seguintes aspectos: decisão sobre a escolha da residência em Cotia; responsabilidade médica/experiência clínica; percepção dos espaços de aprendizagem (relação residente/corpo clínico, R1 e R2) e percepção do espaço

institucional (administração/residentes).

Quanto ao tópico sobre a escolha da residência em Cotia a pesquisa aponta que "os interesses foram mais voltados para assumir problemas do setor primário e secundário da saúde das populações, do que em perseguir especialidades que conferem mais status social e maior prestígio".

O motivo de terem tomado conhecimento desta residência através ou de amigos que já estavam em Cotia, ou de visitas "in loco", ou ainda através da realização do internato em Cotia, foi de grande valia para os novos candidatos. O modo próprio de ser, deve ter se espalhado, porque, mesmo antes de entrarem na residência, já sabiam pelo menos teoricamente, da excelente base clínica e das propostas da residência geral comunitária numa unidade integrada, o que marca diferença a de um Hospital de Ensino tradicional. Percebe-se, então, que tanto o local como a qualidade do programa pesaram muito na decisão da escolha de Cotia.

Quanto à responsabilidade médica/experiência clínica e a percepção, pelos residentes do espaço de aprendizagem, são apontadas as seguintes observações:

1- Houve um ajuste percebido, um equilíbrio entre a responsabilidade médica e a experiência clínica, que "começou com uma insegurança natural, atravessou por uma tolerância com a incerteza para finalmente, alcançar uma gradativa independência do residente;

2- A relação Corpo Clínico/residente foi traduzida através de uma supervisão discreta, mas permanente e segura, sem exagerar o controle, encontrando a independência e a segurança do residente na prática médica geral;

3 - O envolvimento do residente com o sistema local foi grande, gerando em muitos momentos, conflitos em relação à quantidade de atendimento (demanda excessiva) e o tempo disponível para as atividades relacionadas ao estudo;

4 - Um dos pontos críticos foi o curso teórico de Saúde Pública e Administração que, na percepção dos residentes, não foi satisfatório. Um depoimento expressa esse tipo de percepção:

"O curso de Saúde Pública e Administração foi muito inadequado que tive de aprender sozinho, bem aqui nessa sala, como administrar um serviço de saúde. No geral, só tenho elogios ao programa: objetivo, prático e dentro da realidade..."

5 - Quanto a relação entre os residentes, os depoimentos apontam para um clima quase familiar entre R2 e R1, com baixa competitividade e grande disponibilidade em dividir conhecimentos, tarefas e convivência social.

Por último, a percepção do espaço funcional centrou suas

observações em três aspectos já referidos no período a saber:

1 - centralização administrativa, repercutindo num estilo de gerência considerado autoritário, com excessivo grau de controle tanto a nível de pessoal, quanto material;

2 - desorganização dos serviços médicos e a, saída de elementos- chave tanto na área clínica como de Saúde Pública;

3 - crise financeira, repercutindo sobre as condições materiais para desenvolver as atividades, onde, as vezes, racionalização exagerada prejudicava o ensino.

O outro documento (95) elaborado pela coordenação da residência, sobre a crise instalada aponta os seguintes aspectos:

1 - a crise da residência em geral e específica da área de Saúde Pública, onde as crescentes alterações do sistema de saúde tem gerado uma indefinição e uma crise de entidade na chamada carreira de Saúde Pública;

2 - os conflitos crônicos entre a área técnica e administrativa são apontados como um falso dilema e, que em Cotia ganhou proporções maiores, dados os fatores conjunturais e a própria qualidade de recursos humanos na área;

3 - certa perplexidade das instituições de saúde, tanto formadoras quanto prestadoras de serviço, frente as mudanças em curso.

A conclusão do trabalho sintetiza esses pontos da seguinte maneira: "reconhecida a crise da residência em Cotia, revelam-se fatores múltiplos de sua causalidade, internos e externos à instituição. Há, sem dúvida, um certo esgotamento da proposta inicial, vigente desde 1982, embora não tenha surgido nenhuma proposta alternativa nova, nem dentro nem fora de Cotia, que fizesse frente à crise. Esta se configura pela negação da proposta e até mesmo pelo seu abandono, e só. A residência médica como um todo no entanto, vem tomando rumo de reforçar a superespecialização, como se pode perceber pelo aumento do número de vagas e de programas em áreas restritas da clínica de 3 anos para cá. Ao mesmo tempo as discussões sobre o Sistema Nacional de Saúde, tomam outro rumo e se percebe então, claramente uma incoerência entre os setores formadores de recursos humanos na área de saúde e os setores que propõe a transformação do sistema de saúde. Estes falam em simplificação, hierarquização, regionalização e uso dos recursos. Aqueles ensinam a prática individual, elitizada e sofisticada tecnologicamente.

Os sanitaristas não tem se posicionado claramente contra estas incoerências, e nem proposto modificações sobre ela, amarrados talvez pela defesa da corporação, que os faz atuar como especialistas a mais. A conjuntura permanece idêntica à de 1982, no que concerne a esta parte do processo, e o papel polêmico que poderia ter sido desempenhado também por Cotia, foi esvaziado.

O momento crítico desta residência nos parece bem mais ser reflexo desta situação geral, entremeado de vários fatores particulares ao próprio espaço onde se realiza o programa (99).

A discussão realizada por esses dois relatórios, sintetiza a representação que o autor faz sobre essa questão.

Discussão Período 85/88

A discussão do ponto de vista mais conjuntural desse último período estudado, está contemplada no texto, observando no que se refere ao desenvolvimento institucional, ao modelo assistencial e a área de recursos humanos, as repercussões das mudanças externas e internas ocorridas no sistema local.

Entretanto, os aspectos mais importantes desse período estão na discussão das tendências de reordenamento do sistema local, elaboradas institucionalmente. Neste sentido, aqui trata-se de discutir o futuro ou sua projeção com base em hipóteses ou constituição de cenários diferentes para esse fim.

O autor procurou utilizando a técnica de cenários (96) antever futuros estados do sistema local frente a sua relação externa (contexto político administrativo), com as mudanças projetadas em tendências e as variáveis que poderiam intervir, como condicionantes a este estado futuro.

Neste sentido dois cenários foram caracterizados projetando tendências mais favoráveis e desfavoráveis ao desenvolvimento do sistema local. Os aspectos considerados para caracterização desses cenários basearam-se naqueles apontados pela OPAS (2), como fundamentais para o desenvolvimento dos SILOS, a saber: a reorganização do Sistema Nacional de Saúde, a descentralização e desconcentrados, participação social, readequação de mecanismos de financiamento, novos modelos assistenciais, integração de programas de prevenção e cura e políticas apropriadas para a área de recursos humanos.

CENÁRIO 1

Este cenário estaria caracterizado pela tendência de reorganização do Sistema Nacional de Saúde no sentido de um modelo de saúde com a lógica de retorno do investimento social e organização mais coletiva da demanda de saúde.

Essa tendência teria como repercussões na área econômica, uma saída para a crise dos anos 80, com crescimento desta área, diminuindo os efeitos recessivos, garantindo uma política redistributiva mais efetiva com diminuição dos seus efeitos na marginalidade social. Essa tendência econômica daria sustentação ao desenvolvimento das políticas sociais, em específico na área de saúde viabilizando os aspectos ligados às questões do

financiamento, descentralização efetiva de recursos e de direção do sistema e aumento dos níveis de participação social no sistema.

Em grandes linhas esse seria o cenário favorável para a viabilização e regulamentação do sistema único enquanto política social, preconizada pela atual constituição.

Outro aspecto importante desse cenário, seria a redefinição da relação público/privado na implementação do novo modelo assistencial

Dentro desse cenário o sistema local de Cotia teria como processo tendencial de reordenamento as seguintes resultantes:

- manutenção de órgãos colegiados (CIMS - CLIS) interinstitucionais caracterizados como instâncias de negociações e definições de políticas e estratégias convergentes na área de saúde;

- possibilidade de criação de uma instância local de coordenação técnico operacional implementando as idéias de direção única do sistema local;

- readequação dos esquemas de financiamento viabilizando a manutenção e ampliação da oferta de serviço na área;

- redefinição do papel da instituição hospitalar mantendo suas funções na coordenação da rede de serviço e treinamento e capacitação de recursos humanos para a área, como elementos chaves na manutenção do atual modelo assistencial;

- rede básica de serviços de responsabilidade municipal desenvolvendo gradativamente as funções de saúde pública e controle do meio ambiente dentro do Sistema Local de Saúde;

- SUDS Regional desempenhando mais seu papel técnico administrativo de controle e de normalização do sistema.

CENÁRIO 2

Esse cenário estaria caracterizado pela tendência de reorganização do modelo de saúde com a lógica de retorno econômico do investimento e a organização mais individual da demanda de saúde.

Esse cenário estaria apoiado na área econômica nas tendências neo-liberais preconizadas para a saída da crise, prevendo um crescimento econômico de caráter mais recessivo ampliando seus efeitos negativos sobre o processo de marginalidade social. A repercussão dessa política no campo social estaria relacionada a contenção do gasto público, maior centralização dos recursos e o estabelecimento de linhas mais privatistas concebendo sistemas de auto financiamento para os setores sociais.

Esse seria um cenário mais desfavorável a implementação e regulamentação do sistema único de saúde. Sob essa ótica a relação público /privado estaria reestabelecendo uma fragmentação do sistema reforçando os aspectos do modelo de medicina de mercado.

Dentro desse cenário o sistema local de Cotia, teria como processo tendencial de reordenamento, as seguintes resultantes:

- manutenção dos órgãos colegiados interinstitucionais caracterizados como instâncias formais, mais esvaziados como palco de negociações e definições de políticas e estratégias locais para a área de saúde;

- sistema de financiamento deslocado para formas de auto financiamento no investimento e custeio dos serviços;

- redefinição do papel da instituição hospitalar com desligamento gradativo das funções de coordenação da rede básica. Tendência a transformação do Centro de Saúde Escola em unidade ambulatorial de especialidades;

- rede básica de serviços municipalizada assumindo como sistema isolado funções de saúde pública e meio ambiente.

Esses dois cenários básicos não restringem o continuum de situações possíveis, mas marca como forma de discussão as tendências que podem vir ou não a fortalecer as propostas do sistema local.

Ainda como fatores a serem levados em consideração na discussão deste cenário, estão relativos ao contexto local específico, que irão determinar as marcas destes dois cenários.

O primeiro fator está ligado a capacidade da Associação Hospital de Cotia em incorporar e renovar as suas lideranças locais, garantindo a possibilidade de manter uma dinâmica adequada na condução do projeto.

Como já foi assinalado, um dos fatores importantes e determinantes do ponto de vista da condução do projeto, foi a liderança exercida por seus idealizadores e fundadores.

O segundo, está ligado as formas de desenvolvimento e relação da organização dos serviços médicos, dentro do sistema local. Os sentimentos cooperativistas dos profissionais, tem-se ampliado ao longo do desenvolvimento do projeto, e o próprio crescimento da área hospitalar, somada a formação de uma camada média mais diferenciada do município, tende a estabelecer uma pressão sobre a instituição para a abertura de outras formas de relacionamento copor médico/sistema local. As pressões salariais exercidas até o momento, podem encontrar nessas outras formas, uma saída, que vai ter seus limites estabelecidos pela própria tendência dentro dos cenários colocados.

A exemplo do que aconteceu e acontece em municípios de caracterização semelhante a Cotia, a relação da corporação médica, com instituições hospitalares tipo Santa Casa, tem levado a uma negociação de sobrevivência de ambos, mas criando sérios obstáculos a integração dessas instituições, num sistema com ótica mais pública e coletiva. A experiência de Cotia nesse caso, tem mostrado uma relação diversa desse tipo, onde um dos fulcros do próprio sistema tem se constituído na própria concepção de organização dos serviços médicos e na sua relação funcional dentro do sistema local.

O terceiro fator relacionado ao espaço local está na velocidade de implementação de oferta de serviços públicos na área hospitalar, nos municípios vizinhos de Cotia. A pressão hoje já exercida pela ausência de recursos nessa área, sobre a instituição, tende a projetar um papel mais regional, o hospital, descaracterizando sua concepção de planejamento inicial e seus limites no atendimento de tal demanda. Este pode ser outro fator que possa vir a desequilibrar o sistema local, forçando uma vinculação mais regional da entidade, que institucionalmente não está preparada para tal.

Fica claro que os fatores de possibilidade de ampliação de leitos, já previstos e em andamento na região, vão ter seus limites estabelecidos dentro dos dois cenários tendenciais, mas que a velocidade da ocorrência vai determinar uma situação conjuntural, apresentada aqui que deve ser levada em consideração.

Como último fator a ser levado em consideração a possibilidade de uma política de formação e fixação de recursos humanos na área. Independente dos grandes questões levantadas dos modelos de formação, perfis de profissionais, com tendências estruturais, as questões ligadas ao mercado de trabalho, oferta de mão de obra no setor e a capacidade de fixação dos profissionais para a implementação do sistema local, conjunturalmente pode repercutir favorável ou desfavoravelmente, estabelecendo normas na sua implantação dentro dos 2 cenários.

AVALIAÇÃO DO SISTEMA LOCAL

Esse capítulo pretende trabalhar com as informações geradas pelo sistema local de Cotia, realizando, através de indicadores e/ou parâmetros estabelecidos, uma medida da sua eficiência e eficácia.

Avaliar segundo Franco (102), é fixar em valor uma coisa, para fazê-lo, se requer efetuar procedimento mediante o qual se compara aquilo a avaliar, tendo em conta um critério ou um padrão determinado. Nesse sentido, o esforço de avaliação é complementar e corrobora o processo descritivo e analítico dos determinantes de um projeto local de saúde.

A determinação dos critérios e indicadores obedeceu a toda uma revisão bibliográfica já existente para esse tipo de avaliação. Partindo dos objetivos gerais e específicos do projeto, procurou-se estabelecer indicadores ligados aos recursos financeiros materiais e humanos, a produção de serviços tanto na rede básica quanto hospitalar e, por último, medir impacto que estes serviços causaram no perfil de saúde da comunidade.

- Indicadores do Padrão de financiamento do Sistema local.

Nesse grupo de indicadores para avaliação na interdependência dos recursos financeiros do projeto, procurou-se, a partir dos dados coletados nos balanços da instituição, recompor durante todo o período, as fontes de receitas e a maneira como foram efetuadas as despesas. Ainda dentro desse grupo, procurou-se avaliar a participação da Associação no projeto de saúde local, frente as outras instituições notadamente as Prefeituras de Cotia, e de Vargem Grande Paulista. Como produtos secundários dessas análises, chegou-se a indicadores de gasto per-capita de saúde no município por fonte de recurso, relação entre investimento e custeio, custos médios por procedimentos básicos (leito dia, consulta médica) e o grau de dependência do sistema ao setor público.

- Indicadores da área de Recursos Humanos

Esse grupo de indicadores procurou estabelecer, a partir dos dados de funcionamento da unidade, as relações específicas com os recursos humanos empregados no projeto. A relação dos profissionais de nível superior, médio e elementar, o índice de giro e rotatividade por categoria e atividade, relação funcionário/leito e o número de pessoas formadas pelo sistema, foram os principais aspectos levantados nessa área.

- Indicadores de Produção

a) Desempenho da rede básica - esse grupo de indicadores, procurou medir a eficiência das ações através da quantificação do número de atividades, sua concentração na população, a cobertura nos programas prioritários, relação entre demanda espontânea e demanda programada e a distribuição das atividades dentro da rede básica de serviço.

b) Desempenho hospitalar - esse grupo de indicadores procurou medir o grau de eficiência alcançado pelos serviços hospitalares através da sua taxa de ocupação, média de permanência, taxa de mortalidade, perfil de morbilidade hospitalar (principais causas de internação), relação leito/população e relação consulta/internação.

- Avaliação do Impacto -

Nesse ponto, procurou-se avaliar as repercussões dos serviços ao longo do tempo, relacionando as atividades com mudanças observadas no perfil epidemiológico da área

I- INDICADORES RELACIONADOS AO FINANCIAMENTO DO SISTEMA LOCAL

A - PADRÃO DE FINANCIAMENTO

A principal fonte de informação para esse tipo de avaliação, foi os balanços oficiais da instituição (AHC), no período. Foram consultadas ainda informações contábeis mais detalhadas para análise, que no balanço apareciam condensadas em categorias maiores. No período de 84 até o final de 88, foi também estabelecida pela direção do serviço, um sistema de apuração de custo do leito/dia, que serviu de base para avaliar o desempenho do projeto.

Para facilitar a exposição, dividiu-se a apresentação dos dados e sua avaliação nos seguintes tópicos: formação da receita e despesas efetivadas.

- FORMAÇÃO DA RECEITA

O quadro 1 (em anexo), apresenta os dados do balanço da instituição, em valores nominais da moeda corrente, na série histórica de 1974 a 1988. Do período de 1968 a 1974 relativo à fase de construção do hospital, as informações contábeis foram apresentadas no texto de formulação do projeto. As dificuldades em manusear os balanços desse período, atem-se ao fato de que a estrutura da Associação pelo acompanhamento da obra, era quase que pessoal, dada pelo tesoureiro da instituição, que possuía todos os controles, porém não contabilizados de maneira adequada. Além desse fato, as categorias apresentadas pelo balanço nesse período, não tinham maior interesse para análise do projeto em si, na sua fase de implementação.

A divisão em três tipos de fontes, doações, operação de serviços e receitas financeiras e outras, foram também extraídas da forma de apresentação do balanço.

O quadro inicial com valores nominais serviu de base para aplicação de deflatores e transformação em valores reais, tendo como referência o ano de 1988 (quadro 2 anexo). O índice utilizado para deflacionar foi o IGP (Índice Geral de Preços) do

período. Isso permitiu a comparabilidade dos dados da série histórica.

- PADRÃO GERAL DE FINANCIAMENTO

O padrão geral de financiamento é dado pela relação estabelecida entre os três grupos que formam a receita da instituição. A observação das tabelas 9 e 10 que apresentam a distribuição percentual de cada fonte no período, permite identificar o movimento e a importância de cada uma.

TABELA 9

DISTRIBUICAO PERCENTUAL DAS FONTES DE RECEITA DA A.H.C. POR CATEGORIAS, 1975 A 1988.

FONTES DE RECEITA	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
I. DOACOES	47,5	50,4	42,2	38,9	43,9	30,7	21,4	7,8	2,3	10,6	11,4	21,5	12,9	5,4
1.Publico(Fed.,Est.e Mun.)	0,0	22,5	36,0	27,0	15,4	11,3	8,4	5,4	0,7	7,2	3,2	5,1	0,0	0,3
2.Associados	2,6	0,0	1,4	0,0	0,8	0,9	0,7	0,8	1,1	0,8	0,3	0,3	0,1	0,0
3.Fundacoes Privadas (Kellog's)	0,0	0,0	0,0	0,0	20,1	17,3	10,7	1,6	0,0	0,0	7,3	16,1	12,3	0,4
4.Particulares(Campanhas de Fundos+Donativos)	44,9	27,9	4,8	11,9	7,5	1,2	1,6	0,0	0,5	2,6	0,7	0,0	0,4	4,7
II. OPERACAO DOS SERVICOS	52,5	49,6	57,8	58,5	53,4	60,8	70,1	88,4	91,8	86,6	71,7	76,1	81,1	51,8
1.Particulares	0,0	0,0	0,6	0,0	0,5	0,5	0,6	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
2.Convenios Estado	43,5	21,4	18,7	23,2	25,2	21,6	33,6	34,8	43,8	38,4	29,6	21,8	28,9	7,4
.CSC	43,5	21,4	18,7	23,2	21,2	19,1	32,0	33,7	42,6	37,4	29,3	20,2	28,9	7,4
.CAH	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	2,5	1,6	1,1	1,2	1,0	0,3	1,6	0,0	0,0
3.Inamps	0,0	22,2	35,4	29,3	26,7	32,9	28,9	48,5	45,5	44,9	38,1	51,4	49,5	42,6
4.Convenio com Empresas	0,0	0,0	0,0	1,4	0,9	4,2	5,8	3,5	1,7	2,4	3,1	2,5	2,4	1,7
5.Funrural	9,0	6,1	3,1	4,7	0,0	1,6	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6.Acid.de Trabalho	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	0,7	0,4	0,4	0,3	0,0
7.Ianspe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
III.RECEITAS FINANCEIRAS E DIVERSOS				2,6	2,7	8,5	8,5	3,8	5,9	2,8	16,9	2,4	6,0	42,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE - Balanco financeiro da A.H.C.

TABELA 10

ÍNDICE DE EVOLUÇÃO REAL NO PERÍODO DE 1975 A 1988, POR CATEGORIAS.

FONTES DE RECEITAS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
I. DOACOES	21	100	180	86	169	121	85	35	8	30	53	149	117	47
1.Publico(Fed.,Est.e Mun.)	0	100	344	134	133	100	75	53	5	46	33	79	0	6
2.Associados														
3.Fundacoes Privadas (Kellog's)					100	88	55	9	0	0	43	144	144	5
4.Particulares(Campanhas de Fundos+Donativos)	36	100	37	48	52	8	11	0	3	14	6	0	7	74
II. OPERACAO DOS SERVICOS	23	100	251	132	209	244	282	396	319	253	337	536	748	461
1.Particulares														
2.Convenios Estado	45	100	189	121	229	201	314	363	353	260	323	356	620	152
.CSC	45	100	189	121	193	178	299	351	344	253	321	331	620	152
.CAH														
3.Inamps	0	100	343	147	234	296	259	486	354	293	401	808	1020	848
4.Convenio com Empresas														
5.Funrural	33	100	110	87	0	53	40	9	0	0	0	0	0	0
6.Acid.de Trabalho														
7.Iamspe														
III.RECEITAS FINANCEIRAS E DIVERSOS				100	184	584	587	292	350	140	1368	293	951	6542
IV.TOTAL	22	100	215	112	194	199	199	222	172	145	233	349	457	441

FONTE - Balanco financeiro da A.H.C.

OBS: 1976 = 100 %

ITEM III - 1978 = 100 %

ITEM I.3 - 1979 = 100 %

Percentual das Fontes de Financiamentos

Associação H. de Cotia - 1975 a 1988

No caso das doações pode-se observar o seguinte:

1 - a tendência de declínio dessa fonte na formação da receita, no período;

2 - a sua participação significativa no período de 1975 a 1981, apresentando uma amplitude na variação do percentual de 21,4% a 50,4%.

3 - os índices mais baixos de participação, excluindo o ano de 1988, encontram-se no período de 1982 a 1985.

No caso de fontes geradas pela operação dos serviços, observa-se o seguinte:

1- tendência de crescimento das receitas em todo o período, excluindo o ano de 1988, onde existe uma queda significativa;

2 - no período de 82 a 84, sua participação percentual encontra os mais altos índices (88,4%, 91,8% e 86,6%).

No caso das receitas financeiras, observa-se o seguinte:

1 - tendência de crescimento a partir de 1984, alcançando em 88, um índice desproporcional de 42,8%.

Essas observações permitem caracterizar três padrões gerais de financiamento: 1- período de 75 a 81- grau de dependência às doações é grande e as receitas operacionais, apesar de tendencialmente crescerem, apresentam percentuais mais baixos; 2- período de 82 a 85 - as receitas operacionais representam quase a totalidade das receitas gerais; 3 - período de 86 a 88 - crescimento das fontes de receitas financeiras e doações, com peso significativo em 88.

Chama a atenção nesse último período, o crescimento das receitas financeiras, principalmente em 88. Esse fato tem sua explicação, dada pela conjuntura econômica do país no período, e o processo especulativo a partir das altas taxas de inflação. A consulta aos dados contábeis da instituição, mostra que o crescimento dessa receita, tem como fonte a doação feita pela Fundação Kellogg para o projeto, a partir de 1985. O recurso doado de maneira global no início de cada exercício, sofreu aplicação financeira, acumulando taxas retroativas que vão repercutir de maneira significativa, nos anos subsequentes. A receita gerada nessa operação, acaba por cobrir custos operacionais e equilibra financeiramente a instituição, nesse período.

Convém lembrar que a receita operacional apresentou um déficit crescente, devido ao descompasso entre o custo do serviço e o pagamento pela Previdência em termos reais (congelamento em 86), além dos frequentes atrasos de quase 60 dias para o pagamento das faturas.

Quando se analisa a participação da Fundação Kellogg e das receitas financeiras no período isso se torna claro. Enquanto um aumenta, a outra diminui, sendo que em 88 o efeito acumulativo de 87 é lançado como ajuste do balanço, estando aí a explicação da taxa de participação de 42,8%. Se analisarmos ainda o período de 78-81, em que a Fundação também auxilia a instituição, vemos que as receitas financeiras apresentam um crescimento, mas seu peso, pela conjuntura econômica da época, é pouco significativo em relação a esse último período.

Uma primeira conclusão geral que se aprende, da análise desses dados, é que a instituição, sob o ponto de vista financeiro, com maior ou menor, grau não consegue, dentro do atual sistema, operar somente através da venda de serviços, estabelecendo dependência para isso, das outras fontes de maneira significativa.

- PADRÃO POR FONTE DE RECEITA

- Doações

A análise interna dos dados das doações agrupados, em quatro

fontes, a saber: pública (federal, estadual e municipal), associados, fundações privadas e particulares (campanhas de fundo e donativos), apresentados nas tabelas 9 e 10, respectivamente, distribuição percentual e índices de evolução real, permite constatar o seguinte:

1- tendência de queda na participação das doações dos órgãos públicos nesse período, acentuando-se a partir de 1981;

2 - a contribuição dos associados mantém-se relativamente constante em baixos percentuais, chegando, em alguns períodos, financeiramente, a um valor próximo a zero;

3- a presença do recurso proveniente de fundações privadas, no caso específico a Kellogg, tem expressão significativa percentualmente, não somente como item, mas também na geração de receitas financeiras para o período;

4 - as campanhas de fundos e donativos oscilam numa tendência decrescente mais no final do período e representam quase a totalidade desse rubro (4.7%).

Em termos dos índices de evolução real, as mesmas tendências são observadas. Algumas considerações, complementam a análise desses dados, a saber: 1- com exceção da doação dos órgãos públicos, que contemplam verbas para investimento conjuntamente com verbas para custeio, as demais representam somente auxílios para a manutenção da instituição; 2 - a principal entidade que participa das doações dos órgãos públicos é o CEAS (Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções), seguido pelo Ministério da Saúde, que também auxilia na construção da Residência de Estagiários. A Prefeitura local tem uma participação quase que simbólica do ponto de vista financeiro; 3- ainda como doação estadual em investimento para a instituição, registra-se a verba relativa ao Programa Metropolitano de Saúde destinada a ampliação das instalações do Hospital. A quantificação desse recurso não consta do balanço da instituição pois foi administrada pela própria Secretaria.

Neste sentido, reforça-se a idéia de que apesar de estar tendencialmente diminuindo a participação deste rubro, estas desempenharam um papel central na manutenção do projeto e em sua possibilidade de capitalizar em investimentos seu patrimônio, dependente, fundamentalmente desses apoios governamentais, privados e da própria comunidade.

- Operação dos serviços

A composição interna das tabelas 9 e 10 e o gráfico relativo às fontes da receita de operação do serviço, mostram os seguintes fatos:

1 - as fontes públicas (SES, INAMPS/Funrural), representam, ao longo do período, mais de 90% dessa receita;

2 - o crescimento tendencial da participação do INAMPS e a diminuição tendencial de participação da Secretaria da Saúde. Esta tendência é demonstrada nos índices de evolução real, em que o INAMPS cresce 8 vezes, enquanto a Secretaria quase chega ao seu valor inicial de 1975;

3 - as fontes de atendimento particular e convênios com empresas, tem seus índices mais elevados em 82 e 83, mas mantem-se baixas durante todo o período, representando na média menos de 3% do total das receitas.

Evolução das Fontes de R. Operacionais

Associação H. de Cofin - 1975 a 1988

Essas constatações tem explicações, de um lado pela política traçada pela instituição, na própria conformação de seus objetivos e na maneira de implementá-los e, de outro lado, na determinante externa, que é a própria organização do Sistema Nacional de Saúde nos diferentes períodos.

Do ponto de vista da política da instituição as premissas de universalização de clientela, integralidade de ações e de rede de serviços efetivando-se em um espaço local em que 90% da população não tem condições de acesso a uma medicina de mercado,

compreende-se o grau de dependência quase que total na aos órgãos públicos (SES e INAMPS) para sua viabilização. As variações incrementais de receita nesse período, correm também por conta do aumento das atividades realizadas pelo projeto, marcadamente a partir de 81.

Em relação às políticas federais e estaduais do período, essas repercutem mais profundamente a partir de 1982. A implementação dos planos do CONASP através das AIS, a priorização da política estadual para a rede básica na região metropolitana através do PMS e posteriormente o SUDS, são os elementos de maior impacto sobre as fontes de financiamento nesse período, representadas pela implantação do convênio universitário, fortalecimento das parcelas relativas ao CSE, pagamento pela Previdência dos pacientes não previdenciários, primeiro a nível ambulatorial, depois a nível hospitalar.

Receitas Financeiras

O crescimento dessa fonte na formação da receita, no caso específico de Cotia, tem como base o apoio da Fundação Kellogg em período de 85 a 88. Nesse sentido, a conjuntura econômica foi o principal fator responsável pela distorção do crescimento desse tipo de receita.

DESPESAS EFETIVADAS

Os quadros 3 e 4 (em anexo) representam respectivamente as despesas efetivadas no período, em valores nominais e reais (deflacionados IGP) divididas em seus dois principais componentes, investimento e custeio.

A fonte primária de informação desses dados é também o balanço da instituição. Nesse sentido a especificação de cada item e seus componentes, não pode ser mais detalhada principalmente no que diz respeito ao custeio. Ai somente aparecem três categorias: pessoal, insumos e despesas financeiras e taxas. O levantamento dos dados, incluindo a divisão dos insumos em outras categorias (medicamentos, material de enfermagem), bem como gastos de manutenção, tornou-se possível, dado o volume de notas e faturas a serem classificadas no período de 15 anos do projeto.

- PADRÃO GERAL DE DESPESAS

As tabelas 11 e 12 de distribuição percentual de despesas e de índices de sua evolução real, apontam praticamente, uma relação investimento/custeio homogênea em todo o período, com exceção do ano de 1976, onde os percentuais chegam quase a se igualarem. Pode-se dizer, do ponto de vista do balanço da entidade, que o padrão geral de despesas, frente ao quadro de fontes das receitas e a grande demanda de custeio, tem uma lógica para esse tipo de instituição. No caso dos investimentos, a concentração no 1o. período refere-se principalmente ao término das obras do hospital (50 leitos), seu equipamento e a construção

da residência dos estagiários (M.Saúde). Essas são as principais variações patrimoniais que o balanço apresenta. As obras de ampliação e término da capacidade planejada (180 leitos) do hospital vão ocorrer em 1986, com verbas públicas da SES, ainda não computadas no balanço da instituição.

TABELA 11

DISTRIBUICAO PERCENTUAL DE PARTICIPACAO DE DIFERENTES CATEGORIAS DE DESPESAS NO PERIODO DE 1974 A 1988.

DESPESAS	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
I - INVESTIMENTO	100,0	100,0	43,9	12,8	17,7	16,6	3,1	2,9	2,2	3,0	0,7	4,9	1,2	6,2	3,8
1. Imoveis	91,3	58,2	6,3	6,8	16,9	15,9	2,8	2,2	1,6	1,8	0,6	4,5	1,0	0,3	1,3
2. Veiculos	0,0	0,0	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
3. Equipamentos	0,0	0,0	26,8	2,6	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	5,2	1,7
4. Outros	8,7	41,8	9,4	2,6	0,5	0,6	0,0	0,2	0,6	0,9	0,0	0,0	0,2	0,4	0,8
II - CUSTEIO			56,1	87,2	82,3	83,4	96,9	97,1	97,8	97,0	99,3	95,1	98,8	93,8	96,2
1. Pessoal			45,7	70,4	62,3	64,9	66,7	69,0	67,4	70,8	69,2	69,0	76,5	62,1	76,3
2. Total Insumos			7,9	11,8	16,0	17,3	21,6	21,3	22,1	21,3	23,6	21,9	20,9	30,9	19,6
3. Despa. Fin. + Taxas e Impostos + Administracao			2,5	5,0	4,0	1,2	8,6	6,8	8,3	4,9	6,6	4,2	1,4	0,8	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE - Balanco financeiro da A.H.C.

No item custeio, a relação percentual das categorias pessoal, insumos e despesas financeiras apresenta as seguintes características:

1 - Os gastos em pessoal, mantem ao longo do período um percentual médio em torno de 70%;

2 - Os gastos com insumos mantem tambem uma constância de percentuais, com ligeira tendência de crescimento no ultimo periodo;

3 - Os dados que mais apresentam variações são os relativos as despesas financeiras e taxas, que têm no periodo de 80 a 85, seus mais altos indices, apresentando, nos anos subsequentes, uma

tendência de queda acentuada.

As observações que podem ser acrescentadas a esses dados, dizem respeito aos seguintes aspectos: 1 - durante grande parte do início do período, a Secretaria da Saúde fornece uma quantidade razoável de insumos, principalmente nos itens de medicamentos e material de enfermagem, que não são computados nos balanços, justificando, em parte, um gasto percentual menor desse item pela instituição; 2 - na questão dos gastos com pessoal, que se apresentam um pouco acima de uma relação usual estabelecida em torno de 60 % para unidades hospitalares, como foi visto. O sistema local privilegia uma extensão da rede básica em 4 unidades, o que de certa forma, alimenta essa relação maior entre pessoal e demais categorias no custeio; 3 - no aspecto ligado às despesas financeiras e taxas, relativamente aumentadas no período de 79-84, relaciona-se nitidamente a operações bancárias de empréstimos para cobrir gastos e a regularização da entidade como utilidade pública, que ainda não se beneficia com isenções de algumas taxas pelo poder público.

Percentual Despesas de Custeio

Associação H. de Cotia - 1976 a 1988

Quando se observa a tabela 12, dos índices de evolução real dos diferentes itens refletidos no gráfico, outros aspectos chamam a atenção: 1-do ponto de vista do crescimento real, e a categoria dos insumos a que mais cresce no período, apresentando até 1979, estabilizando-se até 85, voltando a crescer no último período; 2- a categoria pessoal, apresenta um crescimento semelhante, porém menor que o insumo até 79, chegando a decrescer no período de 80 a 85, retomando seu crescimento nos anos 86/88; 3 - as outras despesas apresentam um crescimento máximo até 82 e decrescem a partir de 85, chegando a um gasto real de 26 em 1988, contra 100.

TABELA 12

ÍNDICES DE EVOLUÇÃO REAL DE DESPESAS POR CATEGORIA NO PERÍODO DE 1974 A 1988.

DESPESAS	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
I - INVESTIMENTO	185	63	100	36	65	70	11	11	9	11	2	20	6	44	25
1. Imóveis	290	257	100	134	437	466	72	61	47	46	14	126	36	14	57
2. Veículos	0	0	100	70	11	0	0	65	0	0	0	1	0	61	0
3. Equipamentos	0	0	100	12	1	1	2	0	0	2	0	3	0	61	18
4. Outros	38	124	100	35	8	11	1	3	12	15	1	0	5	13	24
II - CUSTEIO			100	193	238	274	282	305	322	282	242	299	410	522	481
1. Pessoal			100	191	221	261	238	265	273	253	207	266	390	424	469
2. Total Insumos			100	185	327	401	445	473	516	440	407	489	615	1.218	695
3. Desp. Fin. + Taxas e Impostos + Administração			100	255	267	89	573	490	626	328	367	303	130	108	26
TOTAL	51	20	100	124	162	184	163	176	185	163	137	177	233	312	281

FONTE - Balanço financeiro da A.H.C.

OBS - 1976 = 100 %

Esses dados revelam muito mais situações conjunturais da economia do país, do que relações internas, geradas por demandas no atendimento. Quando cotejamos esses dados, por exemplo, com o número de funcionários no período de 79 - 84, vemos que este é constante, o que nos faz pensar em uma real diminuição do valor dos salários, frente à inflação do período. O inverso pode-se dizer dos insumos, que nesse período alcança valores acima das taxas de inflação, principalmente os ligados à indústria

Evolução de Despesas de Custeio

Associação H. de Cotia - 1976 a 1988

Por último, pode-se dizer, ressaltados os aspectos abordados anteriormente, que o Padrão de despesas relativas ao custeio, tem uma relação compatível entre suas diferentes categorias; pessoal, insumos e despesas financeiras. Quanto à relação investimento/custeio, a conclusão é que este tipo de instituição, somente por suas fontes de receita operacional, não teria condições de manter os investimentos feitos, a não ser com ajuda de subsídios e verbas governamentais, apesar dos esforços realizados pela comunidade, em campanhas de fundos e outras ações.

B- COMPOSIÇÃO DE GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE DO SISTEMA LOCAL DE COTIA

Os dados financeiros colhidos neste tópico, através dos balanços anuais de despesas efetivadas pelas Prefeituras de Cotia (a partir de 1975) e de Vargem Grande Paulista (a partir de 1983), tiveram como preocupação central, estabelecer relações entre as diferentes instituições que atuam no setor saúde, quanto aos seus gastos em saúde.

A escolha dessas instituições foi feita, por elas traduzirem

de certa maneira, os gastos públicos na área do projeto, ou seja, a nível municipal, as prefeituras e a nível federal e estadual, a AHC, que, por força de seus convênios recebeu verbas desses níveis para operação de serviços. Os demais gastos efetivados principalmente pelo setor privado através de empresas médicas conveniadas, tem uma parte apurada no repasse de verbas à Associação e outro montante, por essas empresas não terem caráter local, não foi possível a apuração.

A primeira relação que se procurou estabelecer, foi o percentual aplicado em saúde pelos municípios em relação às suas despesas gerais. A segunda relação, estabeleceu a participação de cada instituição nos gastos em saúde, efetivados no período nos municípios de Cotia e V. Grande Paulista. E por ultimo, como decorrência das duas primeiras relações, construiu-se um indicador de gastos em saúde per- capita nos municípios estudados.

- EVOLUÇÃO DO GASTO EM SAÚDE DA PREFEITURA DE COTIA

As tabelas 13 e 14, em anexo, apresentam respectivamente, as despesas gerais e em saúde da Prefeitura de Cotia em valores nominais e deflacionadas a preços reais em 1988. A distribuição percentual do gasto de saúde realizado pela prefeitura (tabela 15), mostra percentuais médios no primeiro período, ate 1981 em torno de 6% e no segundo período, uma tendência de queda, atingindo um percentual médio de 3,5%. As explicações relativas a tendência de queda nesse segundo período, tem duas vertentes: a primeira, representada pelo desmembramento do distrito de V. Grande Paulista em 82 e sua transformação em município, propiciando através da absorção dos serviços existentes naquele distrito pela prefeitura recém criada; a segunda diz respeito aos efeitos que a extensa cobertura dada pela Associação no município, tem sobre a prefeitura local que a despeito de suas obrigações no setor, coloca menor quantidade de recursos para essa área.

Um estudo realizado por um grupo docente da FSP sobre o gasto em saúde das prefeituras da região de Itapeverica da Serra, constata que no período dos ultimos cinco anos, a prefeitura de Cotia, apesar de possuir a maior arrecadação da região, é a que menos investiu em saúde. Essa hipótese da acomodação da Prefeitura em função da presença da Associação, é, de certa forma corroborada por vários depoimentos, que vêm uma lógica política nesse fato.

Ainda se considerarmos os valores mínimos preconizados para os gastos em saúde a nível municipal (em torno de 10% das despesas), vemos que, no caso de Cotia, os percentuais encontrados sempre estiveram abaixo desse valor. Outro fato a ser considerado, é que ao longo desse período, a contribuição municipal através de doações e/ou convênios com a Associação, tiveram pouco significado, do ponto de vista financeiro.

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS DESPESAS TOTAIS DO MUNICÍPIO
COTIA - 1975 a 1988

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
PREFEITURA DE COTIA														
DESPESAS TOTAIS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
DESPESAS DE SAÚDE	7,0	0,2	5,3	5,1	6,2	7,9	10,5	5,1	4,4	4,6	3,4	3,1	2,6	3,7
INVESTIMENTO	16,1	-	10,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	5,2	33,7	0,5	12,9	11,0
CUSTEIO	83,9	-	89,8	99,7	0,0	0,0	0,0	0,0	99,2	94,8	66,3	99,5	87,1	89,0

FONTE: BALANÇO PREFEITURA DE COTIA

EVOLUÇÃO DO GASTO EM SAÚDE NA PREFEITURA DE V.GRANDE PAULISTA

As tabelas 16 e 17, em anexo, apresentam as despesas gerais e em saúde efetivadas pela prefeitura em valores nominais e deflacionada em preços reais em 1988, no período de 1983 até 1988.

A distribuição percentual do gasto em saúde no município (tabela 18), mostra uma tendência de crescimento, chegando, nos anos de 1985 e 1988, a representar 18,1 % e 19,6% respectivamente.

A primeira constatação é que a prefeitura de V.Grande apresenta uma relação inversa da de Cotia, que no mesmo período decresce seus gastos. A análise dessa tendência no município de V.Grande, nos levou a considerar três ordens de fatores:

1- a criação do município e a estruturação da nova gestão municipal nesse período, tende a responder às demandas sociais de maneira diferente, pela própria conjuntura "subjéctiva" de agregação das forças locais e o entusiasmo pela nova situação gerada;

2 - a estruturação dos serviços de saúde local sofre um impulso grande a partir de 1980, pelo convênio firmado com a AHC, estendendo no primeiro momento, as coberturas dos programas básicos, e no momento seguinte, unificando os serviços municipais sob o mesmo comando, amplia as atividades de Pronto Atendimento para o período noturno. A primeira gestão municipal, reafirma o convênio com a Associação, redefinindo seus termos enquanto

extensão do convênio universitário para os serviços de Vargem Grande Paulista. Esse fato gera um incremento real de receitas municipais para a saúde, através do repasse mensal de verbas da Associação para a Prefeitura, em função do atendimento prestado pelos postos municipais. Isto vai representar, nos anos de 84,85,86, um incremento médio de 25% dos gastos em saúde, anotados no balanço municipal como transferência de instituição privada à Prefeitura;

3- o processo de municipalização incrementado pelo SUDS-SP, a partir de 1987, reforça a estrutura municipal com o término e a entrega de uma UBS para o município, ampliando sua capacidade instalada e com repasse de recursos que somam aproximadamente 50% dos gastos em saúde em 87 e 88.

TABELA 18

**DISTRIBUICAO PERCENTUAL DA PARTICIPACAO DAS DESPESAS DE SAUDE
EN RELACAO AS DESPESAS TOTAIS DO MUNICIPIO
VARGEM GRANDE PAULISTA - 1975 a 1988**

ANO	1983	1984	1985	1986	1987	1988
IPREFEITURA DE V.GRANDE P.						
IDESPESAS TOTAIS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
IDESPESAS DE SAUDE	5,2	5,4	18,1	9,0	10,1	19,6
INVESTIMENTO	10,9	15,0	1,4	1,0	5,6	10,7
CUSTEIO	89,1	85,0	98,6	99,0	94,4	89,3

FONTE: BALANCO PREFEITURA DE VARGEM G. PAULISTA

COMPOSICÃO DO GASTO POR INSTITUIÇÃO

As tabelas, 19 e 20 em anexo, apresentam as despesas efetivadas no período pelas três instituições em valores nominais e deflacionados a preços reais em 1988.

A tabela 21 e o gráfico 6 mostram a evolução dos percentuais de cada instituição na participação do gasto em saúde na área. Da análise dessa evolução, constata-se os seguintes aspectos:

1 - mantém-se praticamente constante a participação de cada instituição no período;

2- a Associação representa em termos do sistema, 70% dos gastos em saúde nos municípios;

3 - em termos percentuais a participação no último ano da Prefeitura de Vargem Grande, chega a se igualar à de Cotia, apesar desta representar, em termos de peso populacional e de gastos gerais, apenas 20% do total do município de Cotia.

TABELA 21

PARTICIPACAO PERCENTUAL NAS DESPESAS TOTAIS EM SAUDE NOS MUNICIPIOS DE COTIA E V.G.P. SEGUNDO INSTITUICOES DE 1975-1988

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
DESPEAS TOTAIS EM SAUDE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PREFEITURA DE COTIA	67,8	3,1	31,2	26,0	25,5	44,9	26,5	29,9	24,1	26,6	21,4	22,0	16,6	19,4
PREFEITURA DE V.GRANDE P.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	7,3	7,0	9,0	7,6	14,5
ASSOCIACAO H. COTIA	32,2	96,9	68,8	74,0	74,5	55,1	73,5	70,1	70,7	66,1	71,6	69,1	75,8	66,1

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO PREFEITURAS DE COTIA, VARGEM G. PAULISTA E A.H.C.

A tabela 22 mostra a taxa de incremento de cada instituição em valores reais (base 88) a partir de 1975 (Prefeitura de Cotia e a AHC) e a partir de 1983 (Prefeitura de V. Grande).

A análise dos dados aponta as seguintes conclusões:

1- a instituição que tem do ponto de vista real, maior incremento no período e a Associação (10 vezes), apresentando uma elevação até 79, onde permanece estável até 1985, retomando crescimento nos últimos três anos;

2- a Prefeitura de Cotia e a que menos cresce podendo-se dizer que em termos reais os valores que esta aplicava em 75 tem quase o mesmo valor em 1988;

3- a Prefeitura de Vargem Grande tem um crescimento real de cinco vezes o seu gasto em saúde no período de 83 a 85 e, relativamente, foi a que mais cresceu.

Esses dados corroboram as análises feitas anteriormente em relação principalmente aos gastos da Prefeitura de Cotia, que sofre, no período uma retração, de um lado, pela presença da Associação que representa quase 70% dos gastos em saúde no município, e, por outro lado, com a municipalização de saúde, ocorrem transferências de verbas do SUDS-SP, tanto para a Prefeitura de Cotia, como de Vargem Grande Paulista.

TABELA 22

TAXA DE INCREMENTO REAL POR INSTITUIÇÕES NO SISTEMA LOCAL DE COTIA DE 1975 A 1988 A VALORES REAIS DE 1980

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
DESPESES TOTAIS EM SAÚDE	149556	173438	313206	379935	428592	513589	415005	457911	400538	359190	427802	584907	714111	736722
TAXA DE INCREMENTO	100	116	209	254	287	343	277	306	268	240	286	391	477	493
PREFEITURA DE COTIA	101446	0	97612	98898	109327	230604	109839	136895	96718	95544	91707	128540	116358	142624
TAXA DE INCREMENTO	100	0	96	97	108	227	108	135	95	94	90	127	117	141
PREFEITURA DE V.GRANDE P.	0	0	0	0	0	0	0	0	20486	26124	29893	52476	54511	106964
TAXA DE INCREMENTO									100	128	146	256	266	522
ASSOCIAÇÃO M. COTIA	48110	173438	215595	281036	319266	282905	305167	321017	283334	237522	306202	403891	541242	487134
TAXA DE INCREMENTO	100	361	448	584	664	588	634	667	589	494	636	840	1125	1013

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO PREFEITURAS DE COTIA, VARGEM G. PAULISTA E A.H.C.

Evolução Percentual dos Gastos em Saúde

Instituições - 1975 a 1988

TABELA 23

TAXA DE INCREMENTO EM DOLARES POR INSTITUIÇÕES NO SISTEMA LOCAL DE COTIA DE 1975 A 1988

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
DESPESES TOTAIS EM SAÚDE	1315373	411830	749368	1018431	1174591	1517827	1396818	1561323	1088298	977821	1122288	1686132	2319007	2837834
TAXA DE INCREMENTO	100	121	244	323	372	481	443	495	345	310	354	535	735	900
PREFEITURA DE COTIA	1213923	12948	239776	265101	299618	681617	369693	466764	262791	260098	240581	370547	384357	549228
TAXA DE INCREMENTO	100	6	112	124	140	319	173	218	123	122	112	173	180	257
PREFEITURA DE V.GRANDE P.	0	0	0	0	0	0	0	0	55464	71118	78421	151274	177020	411908
TAXA DE INCREMENTO									100	128	141	272	318	740
ASSOCIAÇÃO H. COTIA	1101451	390883	529592	753329	874973	836210	1027125	1094558	769844	646606	803285	1164311	1757630	1875898
TAXA DE INCREMENTO	100	393	522	743	862	824	1012	1079	759	637	792	1148	1732	1849

FONTE: BALANÇO FINANCEIRO PREFEITURAS DE COTIA, VARGEM G. PAULISTA E A.H.C

A tabela 23 que apresenta a variação da taxa de incremento real em dolares oficiais. As mesmas tendências comentadas anteriormente são observadas, somente variando os percentuais incremento em 9 vezes para os gastos gerais em saúde e 2,7 e 18 vezes para a Prefeitura de Cotia, Vargem Grande e a Associação respectivamente, isto devido a diferença de variação do índice geral de preços e do dolar no periodo.

Percentual de Participação em Saúde

Instituições - 1975 a 1988

GASTO PER-CAPITA HABITANTE/ ANO EM SAÚDE

O gasto per capita em saúde foi calculado a partir dos balanços financeiros de cada instituição que atua na área, dividido pela população existente, através de estimativa oficial feita pelo SEADE (tabela 6). Como em todos os outros dados financeiros, partiu-se dos valores nominais de cada ano, que foram deflacionados pelo IGP e pela cotação do dólar oficial médio anual.

As tabelas 24 e 25, apresentam os valores encontrados no gasto geral per capita (habitante/ano) na área e por instituição participante. A idéia de deflacionar os valores nominais em dolares, surgiu por dois motivos básicos: o primeiro, é que a deflação pelos valores reais de 88, apesar de mostrar a tendência geral do indicador, dificultava, dada a tendência da atual conjuntura econômica, evidenciar a ordem de grandeza do valor encontrado, e o segundo, foi tornar o indicador comparável com outros países, onde esse dado é apresentado em dolar.

A tabela 25 ainda, na divisão pela população da área é feita uma distinção para o gasto por instituição, assim a Prefeitura de Cotia, tem como população alvo a partir de 1983, somente o município de Cotia, e a Prefeitura de Vargem Grande somente a população do município sede, ficando a Associação que abrange os dois municípios com seus gastos divididos por toda população da área. Ainda cabe lembrar, que os recursos de investimentos em área física e equipamento realizados no período, não foram computados nesse indicador, por não estarem registrados no balanço financeiro das instituições.

TABELA 25

DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE POR INSTITUIÇÃO E GASTO PERCAPTA, SISTEMA LOCAL DE COTIA 1975 - 1988 EM DOLARES

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE	1315373	411830	749348	1018431	1174591	1517827	1396818	1561323	1088298	977821	1122288	1686132	2319007	2837834
PREFEITURA DE COTIA	1213923	12948	239774	265101	299618	481617	369693	466764	262791	260098	240581	378547	384357	549228
PREFEITURA DE V.GRANDE P.	0	0	0	0	0	0	0	0	55444	71118	78121	151274	177820	411998
ASSOCIACAO H. COTIA	1181451	398883	529592	753329	874973	836210	1027125	1094538	769844	646686	803285	1164311	1757630	1875898
GASTO PERCAPTA - HAB/ANO	7	9	15	19	20	24	21	23	15	13	14	21	27	32
GASTO PERCAPTA P/INST.														
PREFEITURA COTIA	5	0	5	5	5	11	6	7	4	4	4	5	5	7
PREFEITURA V.G.P.	0	0	0	0	0	0	0	0	8	10	10	19	22	49
AHC	2	8	10	14	15	13	16	16	11	9	10	14	21	21

FONTE : BALANCOS FINANCEIROS DAS PREFEITURAS DE COTIA, VARGEM G. PAULISTA E A.H.C.
SEADE

Feitas essas considerações gerais, os dados refletidos nas tabelas mostram os seguintes aspectos:

1 - Tendência de aumento da per capita que tem como valores mínimos em 1975 Cz\$ 3.40 e US\$ 7 para em 1988 os valores de Cz\$ 8.42 e US\$ 32.

2- Tomando-se o ano de 1980 como base, dado que o denominador populacional não sofre viés pelas estimativas feitas no período intercensitário, o per capita de US\$ 24 e Cz\$ 8.16 é praticamente a cifra que reflete melhor o indicador no período.

3 - O gasto per capita institucional mostra que, com exceção da Prefeitura de Cotia, que mantém no período um índice constante, tanto a Prefeitura de V. Grande quanto a Associação, apresentam um incremento significativo desse indicador.

C - CUSTOS UNITARIOS DO SISTEMA

A avaliação dos custos unitários se desenvolveu por dois caminhos distintos. O primeiro, partiu de dados já existentes no sistema pela contabilidade de custos para leito/dia, iniciada em 84 e que sofreu um ajuste em Maio de 89. Esse sistema implantado, com pequenas variações de adaptação às especificidades da Unidade Integrada de Cotia, foi constituído a partir de 29 Centros de Custos, sendo 14 de base, 09 intermediários e 06 finais. Os custos indiretos obedeciam a critérios de rateio, em percentuais relativos à Unidade de Internação, Pronto Socorro, Centro de Saúde e Unidades periféricas. Esses dados foram colhidos de maneira sistemática até Novembro de 1988, e a tabela 27 apresenta os valores nominais apurados mês a mês e seu deflacionamento pelo dolar oficial médio.

O segundo caminho estabeleceu um método de apuração de custos prováveis, através de dados conhecidos (despesas efetivadas, número de internações e consultas) e hipóteses trabalhadas na relação do custo entre internação e consultas.

Azevedo (15), em sua Tese de Livre Docência, tendo em vista as dificuldades em estabelecer a comparação dos custos unitários dos diferentes serviços estudados, propôs o cálculo de custos prováveis através do seguinte raciocínio: "Os gastos totais de um serviço em pauta no ano seriam realizados em função da produção de seus produtos finais, ou sejam internações e consultas médicas." A partir dessa hipótese estabeleceu a seguinte equação:

$$OE = nS . Cs + nc . cC$$

onde OE são os gastos efetivados pelo serviço, nS e nc, o número de altas hospitalares e de consultas e Cs e cC representam os custos unitários de altas e consultas, respectivamente. A partir ainda dessa equação em que os gastos totais, o número de altas e de consultas são conhecidos, o autor propõe uma relação entre o

custo da alta e da consulta, em valores mínimos e máximos. Nesse sentido, adotou-se uma segunda maneira de apuração, utilizando o mesmo raciocínio, somente partindo dos dados apurados pelo próprio sistema, através de uma relação média encontrada entre o custo da consulta médica no CS e na unidade de emergência, com o custo da alta hospitalar. Essa relação no sistema de Cotia, mostrou que o custo da consulta de Pronto Atendimento e do Centro de Saúde representou 5% do custo da alta hospitalar.

A equação então estabelecida para apuração dos custos, ficou assim definida:

$$OE = nA \cdot Ca + nCm \cdot 0,05 Ca$$

Onde nA, nCm representam o número de altas e consultas médicas no Centro de Saúde e Pronto Atendimento respectivamente e Ca o custo da alta hospitalar

A tabela 26 apresenta o resultado em dolares, do custo médio provável por internação e consulta médica, calculado a partir da equação descrita, para o período de 1976 a 1988.

Os dados encontrados mostram os seguintes fatos:

1 - existe uma grande amplitude de variação no custo unitário da internação, calculado de US\$ 64 a US\$ 192.

2 - essa variação está marcada fundamentalmente em dois períodos, de 76 a 78, quando encontram-se os valores mais elevados, e o de 82 a 85, onde estão situados os valores mais baixos.

3 - nos demais anos do período, a amplitude de variação é menor, girando o valor encontrado em torno de US\$ 130.

TABELA 26

GASTO PERCAPITA HAB/ANO GERAL E POR INSTITUIÇÃO NOS MUNICÍPIOS DE COTIA E VAREM D. PAULISTA PARA OS ANOS DE 1975 A 1988 EM VALORES REAIS DE 1980

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
GASTO PERCAPITA - HAB/ANO	3,40	3,68	6,18	6,98	7,32	8,16	6,27	6,61	5,53	4,73	5,37	7,12	8,43	8,42
GASTO PERCAPITA P/INST.														
PREFEITURA COTIA	2,31	0,00	1,93	1,82	1,87	3,66	1,66	1,98	1,33	1,26	1,15	1,57	1,40	1,63
PREFEITURA V.D.P.									0,28	0,34	0,38	0,64	0,64	1,22
AHC	1,10	3,68	4,25	5,16	5,45	4,49	4,61	4,64	3,91	3,13	3,85	4,92	6,39	5,57

FONTE: BALANÇOS FINANCEIROS DAS PREFEITURAS DE COTIA, VAREM D. PAULISTA E A.H.C.
SEADE

A análise destes dados obtidos pelo balanço da instituição, devem ser vista sob a influência de duas ordens de fatores: a primeira, é que a categoria de doações para fontes de recursos em investimentos para as despesas, comportam-se de maneira muito diferente nos períodos em que a variações de custo, tanto a menor quanto a maior, e a segunda, atem-se às características de dinâmica do serviço.

TABELA 26

ESTIMATIVA DOS CUSTOS MEDIOS PROVAVEIS POR INTERNACAO E CONSULTA MEDICA - SISTEMA DE COTIA DE 1976 A 1988

ANO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
CUSTO MEDIO PROVAVEL DE INTERNACAO	192	156	191	137	97	127	119	87	64	77	101	143	130
CUSTO MEDIO PROVAVEL POR CONSULTA MEDICA	10	8	10	7	5	6	6	4	3	4	5	7	7

FONTE: BALANCO FINANCEIRO DA A.H.C.
SANE - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

Na primeira ordem de fatores, o período de 76 a 78, é representado pelo início das atividades hospitalares, onde o término das obras e o equipamento do hospital entram com um grande peso na elevação dos custos unitários. Em relação ao segundo período, como já foi assinalado, a instituição passa a viver quase que exclusivamente de suas receitas operacionais, gerando deficits que de maneira direta vão repercutir, pelo critério utilizado, na diminuição dos custos unitários encontrados.

A segunda ordem de fatores relativa à dinâmica do hospital, considerando o numero de leitos 54 e o fato deste ser classificado como Hospital de Ensino, altera relações de desempenho e de custos unitários quando comparado com hospitais puramente assistenciais e com um numero de leitos maior. No caso estudado, os indicadores de desempenho hospitalar podem ser considerados satisfatórios (taxa de ocupação 70% e média de permanência 3 dias) no período, havendo pouca variação desse desempenho. Esses dados reforçam a idéia de que a primeira ordem de fatores é que tem maior influência sobre a amplitude de variação encontrada.

A comparação por dados obtidos pela estimativa de custos prováveis tabela 26 e os custos reais apurados pela instituição tabela 27 no período de 84 a 88 mostra os seguintes aspectos:

1 - as diferenças encontradas nos dois sistemas são grandes, sendo que em 84, o custo real apurado pela instituição representa o dobro do valor estimado.

2 - somente em 86 e 87 os custos estimados estão acima dos apurados pela instituição.

Esses dados de maneira geral, inferem uma conclusão de que a receita obtida pela Associação no período, refletida pelos balanços, não cobre os custos reais do atendimento. A exceção feita no período de 86 e 87, como já assinalamos, reflete a participação da Fundação Kellogg no custeio (20%), que eleva significativamente o indicador calculado.

No sentido de estabelecer uma comparação dos valores encontrados com as receitas operacionais na área hospitalar de sua principal fonte, o INAMPS, o autor procedeu a um levantamento das faturas recebidas pelo serviço no ano de 1988, relativa a internações e consultas. Tendo em vista os critérios do INAMPS, que classificam os procedimentos por porte e os diferencia financeiramente o autor trabalhou com um valor médio pago por internação e consultas no período, ou seja, o total faturado nos diferentes portes pelo número total de internações e consultas.

A tabela 20 apresenta o resultado encontrado mês a mês para o ano de 1988, dos valores pagos de internação e consulta pelo INAMPS, nominais e deflacionados pelo valor oficial. Na tabela ainda, se estabelece uma relação entre os valores pagos pelo INAMPS pela internação e consulta.

Os dados obtidos mostram que para o ano de 1988, o custo médio da internação pago para a Instituição foi da ordem de US\$ 167,69 e da consulta de US\$ 8.39. A relação valor pago pela consulta e alta hospitalar girou em torno de 5%.

Esses dados, comparados com os custos reais apurados pela Associação, apresentam pequena variação. Outro aspecto é que a relação encontrada pela Associação em 5% do valor da consulta médica - internação, também foi mostrada pelos dados do INAMPS.

Nesse sentido, pode-se inferir que os valores médios, pagos pelo INAMPS no ano de 1988, cobrem os custos operacionais do serviço. A ressalva aqui a ser feita, diz respeito a dois aspectos, um ligado à conjuntura inflacionária desse último período e o outro, ligado aos aspectos administrativos dos pagamentos efetuados pelo INAMPS. Esses dois aspectos se interligam e acabam por defazer os custos reais da instituição, com os valores pagos pelo INAMPS. Isso quer dizer, que numa conjuntura inflacionária média de 30% ao mês, o procedimento de pagar pelo atendimento efetuado no prazo de 60 dias, defaz os custos reais, gerando déficits operacionais.

TABELA 27

CUSTO POR INTERNACAO EM DOLAR - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA SEGUNDO MES DE 1984 A 1988

ANOS/MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MEDIA
1984													
VALOR NOMINAL	33992	36072	42621	45728	51016	62931	67612	70914	78603	83019	99514	118914	65911
VALOR	119	124	119	118	121	135	133	128	128	120	131	140	127
DOLAR	1.013,00	1.034,00	1.267,00	1.376,00	1.492,00	1.649,00	1.809,00	1.961,00	2.177,00	2.449,00	2.698,00	3.008,00	1827,75
1985													
VALOR NOMINAL	121813	130144	139928	148564	163534	180033	-	194937	199631	131470	256011	268910	161248
VALOR	117	110	108	102	101	101	0	93	86	52	92	87	87
DOLAR	3.318,00	3.802,00	4.161,00	4.680,00	5.200,00	5.710,00	6.200,00	6.700,00	7.455,00	8.135,00	8.870,00	9.855,00	6173,83
1986													
VALOR NOMINAL	271,55	284,65	296,15	307,15	338,79	365,00	384,14	400,00	421,85	462,91	489,93	507,02	378
VALOR	71	64	62	64	71	76	80	85	88	97	101	102	80
DOLAR	11,17	12,90	13,84	13,84	13,84	13,84	13,84	13,84	13,84	13,84	14,09	14,452	13,61
1987													
VALOR NOMINAL	674,28	751,90	906,14	1074,91	1311,85	1468,12	1687,00	1878,70	2211,58	2531,34	2787,06	3181,95	1705
VALOR	125	121	127	131	123	103	109	116	129	130	138	137	125
DOLAR	15,589	17,985	20,729	23,820	30,874	41,314	44,918	46,931	49,719	53,016	58,640	67,423	39,25
1988													
VALOR NOMINAL	4078,28	5138,28	6268,15	7961,48	9078,90	11348,62	12018,00	14902,13	16918,21	18003,14	-	-	8810
VALOR	169	182	188	204	196	205	180	180	168	143	0	0	151
DOLAR	77,277	90,538	106,80	125,15	148,59	177,05	213,91	264,97	321,35	403,69	525,47	661,37	259,68

FONTE: SISTEMA DE APURACAO CUSTOS HOSPITALARES - A.H.C.

TABELA 28

VALORES MEDIOS FATURADOS POR INTERNACAO E CONSULTAS AO INAMPS DEFLACIONADOS EM DOLAR NO ANO DE 1988 SEGUNDO MES

MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MEDIA
INTERNACAO													
VALOR NOMINAL	12432,66	14149,38	19582,71	21732,53	26465,40	31743,75	37219,12	44943,52	54039,85	67072,94	84245,27	108913,95	43545,090
DOLAR 1988	77,277	90,538	106,80	125,15	148,59	177,05	213,91	264,97	321,35	403,69	525,47	661,37	259,680
VALOR EM DOLAR	160,88	156,28	183,36	173,65	178,11	179,29	173,99	169,62	168,17	166,15	164,32	164,68	167,69
CONSULTAS													
VALOR NOMINAL	570,69	680,67	774,27	875,19	1036,88	1280,77	1808,32	2211,84	2774,03	3450,31	4693,99	5991,35	2179,026
DOLAR 1988	77,277	90,538	106,80	125,15	148,59	177,05	213,91	264,97	321,35	403,69	525,47	661,37	259,680
VALOR EM DOLAR	7,38	7,52	7,25	6,99	6,98	7,23	8,45	8,35	8,63	8,55	8,93	9,06	8,39
CUSTO CONSULTA/ INTERNACAO (%)	4,59	4,81	3,95	4,03	3,92	4,03	4,86	4,92	5,13	5,14	5,57	5,50	5,00

FONTE: MAPA DE FATURAMENTO - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

Discussão sobre os indicadores de financiamento

A descrição e a quantificação dos indicadores relacionados aos aspectos financeiros dos SILOS de Cotia nos permite discutir os seguintes pontos:

1- a inadequação das formas de financiamento para a proposta do sistema local em Cotia.

Duas tendências aqui ficam bem marcadas no período, a primeira, pré- AIS (75-82), em que as políticas tanto previdenciárias como da Secretaria, mantem em apenas 50% os custos de implementação do sistema; a segunda expressa pós AIS em que há uma valorização relativa deste tipo de serviço porém com cobertura parcial de seus custos.

Quanto à natureza da receita operacional, mais de 90% está representado por órgãos públicos (SES, INAMPS), sendo que a participação de convênios privados ficam em torno de 3% ao longo do período.

No período existe ainda uma tendência crescente de participação do INAMPS, este tipo de receita representa em termos de evolução real um crescimento de oito vezes, enquanto a SES apresenta tendência inversa chegando em termos reais a equiparar seu valor inicial no final do período analisado.

A forte tendência dos órgãos públicos, tem sua explicação tanto na caracterização sócio-econômica da população de Cotia e dos municípios vizinhos, quanto na própria política de assistência traçada pela instituição.

Como hipótese, tendo em vista o caráter privado da instituição, poderíamos questionar este tipo de assistência e mesmo propor formas de auto financiamento da instituição a partir da venda de serviços. Qual seria a factibilidade de uma instituição como a Associação Hospital de Cotia, desenvolver formas de pré pagamento de assistência privada? Que fatia do mercado local poderia ser instituído, e que repercussões sobre a proposta assistencial atual teria? Estas talvez sejam questões a serem estudadas se concebermos a tendência mais privatista do sistema único.

Na atual situação o autor vê com pouca factibilidade a aplicação dessas formas de financiamento no espaço local.

O número de empresas médicas que funcionam na área a partir de convênios com as indústrias chegam a mais de 6, com as quais a Associação mantém convênio ambulatorial e hospitalar. Competir nesse mercado, seria conceber a instituição ao seu inverso.

A camada média de Cotia, que apresenta uma tendência de crescimento poderia se associar a um plano do hospital.

Qual seria o número de associados necessários para viabilizar parte dos custos atuais? E com o plano a ser oferecido pela instituição haveria competitividade com outras empresas de seguro saúde?

As recentes tentativas de algumas Santas Casas, em estabelecer esses tipos de plano, através da iniciativa de alguns setores da Federação das Misericórdias, não teve sucesso.

A outra forma (pagamento direto do usuário ao serviço prestado) poderia ser estimulada a partir do corpo médico, para uma pequena parcela da população, ou em conflito com o sistema universalizado, na chamada "cobrança por fora" para o médico e para o hospital, ou como ocorre na maioria das vezes somente para o médico, que mantém com a instituição vínculo empregatício autônomo.

Todas essas formas partiriam do princípio que o escopo e os objetivos da instituição permanecessem os mesmos, de entidade sem fins lucrativos, voltada para o atendimento médico hospitalar da comunidade, ou seja mantendo a lógica do retorno mais social, viabilizando formas de retorno financeiro.

2- Gasto Público Per Capita no Sistema Local

A análise desse indicador para o Sistema Local de Cotia, não encontrou na literatura um dado comparativo que pudesse servir de parâmetro para esse nível de assistência.

Os dados encontrados por países, mostram uma grande diferença quando comparamos os países desenvolvidos e os sub desenvolvidos, em especial, a América Latina. Para os países centrais da Europa Ocidental e os USA, os gastos per capita em saúde, apresentam variações de 500 até 1.500 dolares habitantes/ano. Nos países Latino Americanos, essas cifras não chegam a 100 dolares (96). No Brasil essa cifra alcançou o valor de U\$ 37.00 per capita em 1986 (97).

Se compararmos os dados encontrados em Cotia contra os países Latino Americanos, pode-se dizer que o Sistema Local de Cotia, encontra-se na média de gastos e até pode ser considerado "privilegiado", na questão de saúde. Quando comparamos com os países centrais, a desigualdade realmente é muito grande.

Outro dado que o autor tomou para comparar este índice, foi o referido no documento de 1975 elaborado pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade no sentido de definir a cláusula financeira com a Associação. Ai, a cifra estimada para o gasto per capita era de Crs\$ 11.00 habitantes/ano. Esse valor deflacionado em dolares oficiais da época, significa a quantia de US\$ 1.35 habitantes/ano. De fato quando vemos a tabela 25, o valor gasto pela Associação neste ano, é de US\$ 2,00 (incluindo doações, campanhas de fundo), que parece ser este um parâmetro para as atividades de Saúde Pública a nível local estimado pela SES, para

outras áreas, no ano de 1975.

Os comentários e referências desse indicador, cotejado com outros dados de dinâmica dos serviços na área, será feito no capítulo de discussão dos resultados.

INDICADORES DA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Na área de recursos humanos, a avaliação partiu da sua quantificação e qualificação no sistema local de saúde. Os dados foram levantados através das fichas cadastrais do Serviço de Pessoal, identificando num grande quadro de referência por categoria profissional ano a ano, o número de pessoas admitidas, demitidas e as que permaneciam no serviço em Dezembro de cada exercício. A tabela 29 mostra os dados obtidos.

NÚMERO DE CATEGORIAS PROFISSIONAIS

O número de categorias profissionais registradas no sistema local de Cotia foi de 29. A denominação de categorias, obedece a duas ordens lógicas: a primeira, dada pela própria instituição nessa área, que, através de treinamento e incentivos financeiros, cria algumas denominações internas para diferenciação funcional e salarial do recurso humano. Os exemplos desse tipo de lógica são dados pelas categorias expressas no quadro, como auxiliar de tratamento, título dado à atendente de enfermagem que recebia, além do treinamento básico, outro específico para tratamento de pacientes internados; o mesmo se repete na área do Centro de saúde para a auxiliar de visitadora domiciliar. Na área administrativa, isso também ocorreu na diferenciação do escriturário em funções de auxiliar de almoxarifado, custos, contabilidade obedecendo à mesma lógica; a segunda foi o enquadramento nas categorias regulamentadas pela C.L.T., através do (GRAD), elaborado anualmente para a receita federal. Ai, muitas das categorias sofriam o enquadramento mais próximo às suas funções e durante o período de 78 a 84, em grandes grupos de ocupação.

Nesse sentido, a tabela 29 é construída de acordo com a lógica estabelecida, diferenciando em alguns períodos, por subcategorias criadas pelo serviço (não regulamentadas) em outras utilizando a classificação "oficial". Para facilitar a discriminação das categorias e construção dos indicadores procedeu-se a duas divisões básicas nessa área:

1 - a primeira diferencia nível universitário, médio e elementar, e a segunda por atividades fins(nucleares), de apoio diagnóstico e terapêutico e de apoio administrativo.

TABELA 29

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS ADMITIDOS, DEIXADOS E TOTAL POR ANO E CATEGORIAS DA ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA DE 1975 A 1988 E ÍNDICE DE ROTATIVIDADE

ANOS	1975			1976			1977			1978			1979			1980			1981			1982			1983			1984			1985			1986			1987			1988			
	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T	A	D	T				
1- ATEND. ENFERMAGEM	12	0	12	33	17	16	41	26	15	67	20	47	101	51	50	102	44	58	104	36	68	111	54	67	114	28	76	110	25	77	71	16	55	64	54	10	111	55	56	95	26	69	
2- AUX. ENFERMAGEM	0	0	0	3	0	3	6	2	4	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	4	15	9	2	7	21	4	17	30	6	24		
3- AUX. CONTABILIDADE	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0			
4- AUX. ALMOXARIFADO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0			
5- AUX. TRATAMENTO	0	0	0	13	1	12	30	10	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4			
6- AUX. LAVANDERIA	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	5	2	3	8	3	5		
7- AUX. CUSTOS	0	0	0	6	1	5	8	2	6	6	1	5	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
8- ADMINISTRADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	
9- ASSISTENTE SOCIAL	1	0	1	2	0	2	2	0	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	2	1	0	1	2	1	1	2	0	2	
10- BOMBEIROS	0	0	0	2	1	1	1	0	1	2	1	1	2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	0	2	1	2	1	1		
11- COZINHEIRA	0	0	0	3	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
12- ENFERMEIROS	3	1	2	2	1	1	5	0	5	5	1	4	6	2	4	3	0	3	3	0	3	5	0	5	7	2	5	5	1	4	10	5	5	13	5	8	19	10	9	16	7	9	
13- ESCRITURÁRIOS	4	0	4	12	2	10	26	12	14	28	11	17	29	13	16	41	22	19	38	14	24	45	19	26	38	11	27	45	17	28	42	30	32	40	31	9	74	41	33	51	31	20	
14- FISIOTERAPEUTAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
15- MOTORISTA	0	0	0	2	1	1	4	3	1	4	3	1	0	0	0	3	1	2	7	4	3	5	3	2	7	3	4	4	0	4	12	3	9	13	5	8	24	16	8	11	3	8	
16- MÉDICOS	4	1	3	11	1	10	13	4	9	10	2	8	16	1	15	13	0	13	14	1	13	13	0	13	17	4	13	18	5	13	30	5	25	41	0	33	73	26	47	78	35	43	
17- NUTRICIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	5	2	3		
18- OPERADOR DE RX	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	1	1	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	1	1	1	0	1	2	0	2	1	0	2	1	0	2	
19- ODONTÓLOGOS	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	3	0	3	2	0	2	1	6	2	1	1	1	0	1	1	0	1		
20- OFFICE BOY	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	2	2	0	2	
21- PSICÓLOGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
22- PEDREIRO	0	0	0	2	1	1	2	1	1	4	1	3	2	1	1	4	1	3	2	0	2	3	0	3	9	5	4	9	5	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
23- SERVENTE PEDREIRO	0	0	0	2	0	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0		
24- SERVENTE	4	0	4	23	11	12	29	15	14	31	19	12	19	7	12	22	9	13	34	14	20	45	25	20	35	13	22	41	19	22	44	22	22	39	26	13	55	28	27	84	36	48	
25- TEC. LABORATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
26- TEC. CONTABILIDADE	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	3	0	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2	
27- VIGIA	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
28- VISITADORA	0	0	0	2	0	2	3	0	3	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	7
TOTAL	29	2	27	124	39	85	186	79	107	165	61	104	119	77	117	119	70	121	212	69	143	124	97	144	128	66	162	125	75	160	126	86	190	124	136	110	146	186	220	143	150	253	
ÍNDICE ROTATIVIDADE	7			31			42			37			40			39			33			40			29			32			32			55			46			37			

O quadro abaixo faz o cruzamento dos dois critérios por categorias:

	nível superior	médio	elementar
Nuclear	médico, enfermeiro	aux. enferm.	atendente
	fisiot., psicol.,	visitadora	aux. tratamento
	As. Social, Odontól.		
	Nutricionista		
Apoio Diag e Terap.	Bioquímico	op. de raio x	
Ap. Admin. serv. gerais	Administrador	Tec. Contabil	aux. lavand.
		aux. contábil	cozinheira
		" almoxar.	servente
		" custos	sev. pedreiro
		escriturário	office boy
		motorista	vigia
		pedreiro	

A primeira observação de ordem geral a respeito do numero de categorias envolvidas no sistema, e sua distribuição por atividades e níveis de formação, constata que, de certa forma, apesar da representação das grandes categorias básicas, existe pouca diferenciação profissional, principalmente a nível médio e técnico. A explicação desse fato, tem, de um lado, conotações mais gerais da área de recursos humanos em saúde e, de outro lado, as especificidades do nível local.

A ausência de uma política de formação de quadros técnicos na área de saúde, constitui um sério problema hoje para a implementação dos serviços. Os diferentes programas estabelecidos, não vem dando resposta a esse fato. A ênfase ao ensino universitário e, principalmente o de medicina, tem criado, a nível dos serviços, uma pirâmide invertida de profissionais. Inumeros (84) (85) autores, chamam a atenção, para esse fato e suas repercussões na qualidade da assistência prestada à população.

Do ponto de vista local, o município com o perfil socio-econômico traçado, com altas taxas de analfabetismo e baixa escolaridade, não propicia um recrutamento facil de pessoas para trabalhar nas áreas técnica e administrativa, gerando uma grande dificuldade para a implementação e garantia de qualidade nos serviços de saúde.

Percentual de profissionais por leito

A tabela 30 mostra, no período, a relações e numero de profissionais por leito.

A relação funcionário/leito, mantem uma média em torno de

3, ao longo do período, distinguindo três fases: início das atividades hospitalares (materno-infantil) e rede básica integrada até 1980 (2,0); expansão da rede básica (clínica, cirurgia e atendimento de urgência) (3,0) e a ampliação dos leitos e serviços auxiliares (4,0).

TABELA 30

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR LEITO DE 1976 A 1988, UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

ANO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
N. DE FUNCIONARIOS	85	107	104	117	121	143	144	162	160	180	110	220	253
N. DE LEITOS	45	54	54	54	54	54	54	54	54	54	51	51	64
FUNC./LEITOS	1,9	2,0	1,9	2,2	2,2	2,6	2,7	3,0	3,0	3,3	2,2	4,3	4,0

FONTE: SAHE - SERVIÇO PESSOAL

Do ponto de vista de um Hospital geral (4 especialidades), essa relação é considerada satisfatória, estando acima da média encontrada no Brasil para hospitais inclusive de maior complexidade (14).

Pessoal de enfermagem por leito

A tabela 31 especifica o número de profissionais de enfermagem por leito.

Como se observa, a relação enfermagem/leito, cresce até 1980, estabilizando no período de 81/85, voltando a crescer, alcançando quase 2 funcionários por leito. Quando cotejamos esse índice, com a rotatividade do pessoal nesse setor e as dificuldades no primeiro período em recrutar e treinar atendentes e auxiliares, a manutenção desse indicador em níveis acima de 01 funcionário de enfermagem por leito, pode ser considerada satisfatória. Azevedo (14), no estudo realizado em hospitais complexos, encontra valores variando entre 0,1 a 2,8, tendo como média o valor 1.23.

- Proporção de pessoal de acordo com nível superior, médio e elementar

TABELA 31

NUMERO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR LEITO DE 1976 A 1988, UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

ANO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
ENFERMAGEM	35	47	51	59	61	71	72	81	81	82	32	89	113
IN. DE LEITOS	45	54	54	54	54	54	54	54	54	54	51	51	64
FUNC./LEITOS	0,8	0,9	0,9	1,1	1,1	1,3	1,3	1,5	1,5	1,5	0,6	1,7	1,8

FONTE: SANE - SERVICO PESSOAL

A tabela 32 apresenta em percentuais a proporção dos três níveis superior, médio e elementar, no serviço durante o período.

A relação encontrada no Sistema de Cotia, durante todo o período, mostrou variações pequenas, acentuando uma tendência, no final do período, em aumentar a proporção do nível médio sobre o elementar. A proporção do nível elementar variando em torno de 50-60%, tem parâmetro em estudos que apontam uma grande variabilidade nos serviços estudados, onde mais da metade possui proporções acima de 50% em hospitais especializados.

No caso do serviço estudado, a observação feita pelo autor, em específico nas áreas de enfermagem e de apoio administrativo, é que muitos dos funcionários qualificados no nível elementar, apresentam, pelo treinamento recebido e o tempo que possuem nas funções, uma diferenciação profissional mais compatível com o nível médio. A partir de 1988, esse grupo de funcionários na área de enfermagem, pela instalação da escola de auxiliares enfermagem, começa a receber a qualificação legal dessas funções, passando efetivamente para o outro nível.

Essa tendência observada no final do período, representa a política de incentivos pessoais e treinamento da Instituição, acrescida do aumento da complexidade da estrutura hospitalar e a entrada de pessoal qualificado vindo de São Paulo.

TABELA 32

DISTRIBUICAO PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS SEGUNDO NIVEL UNIVERSITARIO, MEDIO E ELENENTAR, A.H.C. - 1975/88

ANOS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
NIVEL UNIVERSITARIO	22,22	18,82	17,76	16,35	21,37	18,18	14,69	15,97	16,05	13,75	20,56	43,64	28,18	24,11
NIVEL MEDIO	18,52	27,06	29,91	23,08	23,08	19,83	21,68	20,83	20,37	21,25	33,89	30,00	30,00	25,30
NIVEL ELENENTAR	59,26	54,12	52,34	60,58	55,56	61,98	63,64	63,19	63,58	65,00	45,56	26,36	41,82	50,59
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: SERVICO PESSOAL A.H.C.

Indice de Rotatividade

Esse indice foi construido a partir da informacao anual do numero de pessoas admitidas e demitidas no servico por categoria profissional. Aqui construimos um indice geral de rotatividade e outro por niveis superior, medio e inferior. A tabela 33 apresenta os percentuais gerais e por niveis ao longo do periodo.

Os percentuais encontrados demonstram um indice geral de rotatividade de pessoal elevado e constante, em torno de 35 a 40%, no periodo. Quando observamos os percentuais por nivel, alguns fatos chamam a atencao: 1 - o nivel superior e o que apresenta o menor indice de rotatividade ate 1983, aumentando a partir de 84 e, acentuadamente nos dois ultimos anos; 2 - os niveis medio e inferior sao os que apresentam o maior indice, ficando quase sempre acima do indice geral.

A analise dos resultados encontrados apontam duas explicacoes:

1 - a primeira, e a competitividade do mercado, dada pela questao salarial. Esse aspecto, envolve todos os niveis. No caso do nivel superior, a instituicao conseguiu manter ate 1984, uma certa competitividade salarial. A partir da expansao da rede publica estadual e municipal, e a conjuntura economica geral, vem se tornando cada vez mais dificil a manutencao dessa competitividade. Isto se reflete principalmente ao nivel dos

médicos, que nos últimos dois anos vem apresentando índices de rotatividade que chegaram a 50%. Outro aspecto, é o que tem gerado uma fragmentação das horas trabalhadas em plantões, dificultando a condução dos serviços médicos, como já foi relatado. Para o nível médio e elementar, a competitividade tem mais um caráter local, pela expansão das atividades industriais e de nível terciário no município.

2 - O segundo, se refere à especificidade do trabalho em saúde, que apresenta maior grau de dedicação e contacto com problemas e responsabilidades, principalmente a nível hospitalar, muito diferentes do trabalho em qualquer outro ramo. Esse aspecto contribui muito para que o nível elementar, além da questão salarial referida, tenha os mais elevados índices de rotatividade.

TABELA 33

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS SEGUNDO NÍVEL UNIVERSITÁRIO, MÉDIO E ELEMENTAR, A.H.C. - 1975/88

ANOS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
NÍVEL SUPERIOR	25	16	17	23	11	0	5	0	19	27	21	23	39	42
NÍVEL MÉDIO	0	15	37	40	36	50	37	42	30	35	38	54	48	38
NÍVEL ELEMENTAR	0	41	50	39	48	42	35	45	31	32	32	74	48	34
TOTAL	2	39	79	61	77	78	69	97	66	75	86	136	186	150

FONTE: SERVIÇO PESSOAL A.H.C.

INDICADORES DA DINÂMICA DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

A - Dinâmica da Rede Básica

- Número de consultas globais por unidade sanitária

A tabela 34 apresenta o número de consultas globais realizadas no período, pelas diferentes unidades básicas de saúde, com seus respectivos percentuais. Os dados apresentados mostram os seguintes fatos:

- a implementação gradual das unidades básicas, nas diferentes regiões do município e a crescente descentralização das ações de saúde na área;

TABELA 34

NÚMERO DE CONSULTAS GLOBAIS E DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR UNIDADES SANITÁRIAS - SISTEMA LOCAL DE COTIA, 1975 - 1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Nº DE CONSULTAS GLOBAIS	10498	22352	27472	36514	66397	84116	83361	105635	96763	122912	127396	148075	159617	186224
PERCENTAGEM	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
UNIDADES SANITÁRIAS:														
COTIA	10498	22352	22472	24250	52813	67419	63697	70306	77724	77506	73381	87245	93607	105546
PERCENTAGEM	100,00	100,00	81,80	66,41	79,54	80,15	76,41	66,56	80,32	63,06	57,60	58,92	58,64	56,68
CAUCAIA DO ALTO	0	0	4004	4257	4093	4777	6312	10890	8063	11032	11295	11266	11074	15651
PERCENTAGEM	0,00	0,00	14,57	11,66	6,16	5,68	7,57	10,31	8,33	8,98	8,87	7,61	6,94	8,40
ASSA - KM 21/29	0	0	1270	5563	7150	10016	8086	13981	7067	9090	8899	9459	12045	11655
PERCENTAGEM	0,00	0,00	4,62	15,24	10,77	11,91	9,70	13,24	7,30	7,40	6,99	6,39	7,55	6,26
VARDEM GRANDE	0	0	0	0	0	1117	5269	10458	7136	25284	33821	40105	42891	53372
PERCENTAGEM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	6,32	9,90	7,37	20,57	26,55	27,08	26,87	28,66

FONTE: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO
 SAME - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

- a unidade central representada pelo CSE e o PS, apesar de elevar sua capacidade de oferta de consultas, notadamente a partir de 79 e 86, percentualmente, no sistema diminui sua participação em torno de 80% no primeiro período para um pouco mais de 50% no último;

- das unidades básicas chamadas periféricas, todas tiveram um aumento percentual significativo a partir do primeiro período (75-81). O incremento mais acentuado na unidade de V. Grande Paulista, é devido ao fato de que ao funcionamento da UBS, soma-se o Pronto Atendimento em regime de 24 horas, introduzido pelo processo de municipalização na rede básica.

Esses dados nos levam a uma primeira conclusão a respeito da dinâmica da rede básica na área, caracterizada por : a- ampliação de sua capacidade de oferta; b- incorporação, dentro da porta de entrada, do atendimento à demanda espontânea e descentralização das ações básicas.

Taxa de incremento de consultas globais por unidade sanitária

A tabela 35 apresenta a taxa de incremento observada globalmente no município e por unidade sanitária no período.

TABELA 35

NUMERO GLOBAL DE CONSULTAS E TAXA DE INCREMENTO POR UNIDADES SANITARIAS - SISTEMA LOCAL DE COTIA, 1975 - 1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
NO DE CONSULTAS GLOBAIS	10498	22352	27472	36514	66397	84116	83361	105635	96763	122912	127396	140075	159617	186224
TAXA DE INCREMENTO	100,00	2,13	2,62	3,48	6,32	8,01	7,94	10,06	9,22	11,71	12,14	14,11	15,20	17,74
UNIDADES SANITARIAS:														
COTIA	10498	22352	22472	24250	52813	67419	63697	70306	77724	77506	73381	87245	93607	105546
TAXA DE INCREMENTO	100,00	2,13	2,14	2,31	5,03	6,42	6,07	6,70	7,40	7,38	6,99	8,31	8,92	10,05
CAUCAIA DO ALTO	0	0	4004	4257	4093	4777	6312	10890	8063	11032	11295	11266	11074	15651
TAXA DE INCREMENTO	0,00	0,00	100,00	1,96	1,02	1,19	1,58	2,72	2,01	2,76	2,82	2,81	2,77	3,91
ASSA - KM 21/29	0	0	1270	5563	7150	10016	8086	13981	7067	9090	8899	9459	12045	11653
TAXA DE INCREMENTO	0,00	0,00	100,00	4,38	5,63	7,89	6,37	11,01	5,56	7,16	7,01	7,45	9,48	9,18
VARGEM GRANDE	0	0	0	0	0	1117	5269	10458	7136	25284	33821	40105	42891	53372
TAXA DE INCREMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	4,72	9,36	6,39	22,64	30,28	35,90	38,40	47,78

FONTE: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO
SAME - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

Os dados apresentados quantificam melhor os apresentados , percentualmente, na tabela anterior 34, ou seja:

- incrementa-se 17 vezes a capacidade de oferta de consultas à população da área. Cabe ressaltar nesse ponto, que o sistema local de Cotia sofre uma invasão da população de outras áreas, principalmente nas unidades de Cotia e V. Grande. Isto se dá fundamentalmente no sistema de Pronto Atendimento (calculado em torno de 20%);

- a unidade de Caucaia do Alto, que apresenta a menor taxa de incremento, aproximadamente 4, é a que mais se ajustou às demandas da população de sua área de abrangência. Este fato,

deve-se a que essa região do município é a de menor taxa migratória e de mais difícil acesso. É por esse fato que esta unidade teve menor invasão de população de outras áreas;

- a unidade de V. Grande, ao contrário da de Caucaia do Alto, é a que apresenta a maior taxa de incremento e a que responde, junto com a unidade central, pela invasão da população dos municípios vizinhos, Itapevi, Ibiuna e São Roque, que tem melhor acesso a essa unidade.

Consulta/Habitante/Área

A tabela 36 tomando por base as projeções oficiais da população para a área e das regiões, apresenta as taxas encontradas para área e para as diferentes regiões. Os comentários a serem feitos para esse indicador sofrem três ressalvas importantes:

TABELA 36

NÚMERO DE CONSULTAS GLOBAIS E ÍNDICE DE CONSULTA HAB/ANO NO MUNICÍPIO DE COTIA E VARGEM GRANDE PULISTA DE ACÓRDIO COM UNIDADES SANITÁRIAS, 1975-1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Nº DE CONSULTAS GLOBAIS	10498	22352	27472	36514	66397	84116	83361	105635	96763	122912	127396	148075	159617	186224
CONSULTA HAB/ANO	0,24	0,47	0,54	0,67	1,13	1,34	1,26	1,53	1,33	1,62	1,60	1,80	1,88	2,13
UNIDADES SANITÁRIAS:														
COTIA	10498	22352	22472	24250	52813	67419	63697	70306	77724	77506	73381	87245	93607	105546
CONSULTA HAB/ANO	0,51	1,00	0,93	0,92	1,85	2,18	1,96	2,07	2,19	2,08	1,88	2,17	2,25	2,46
CAUCAIA DO ALTO	0	0	4004	4257	4093	4777	6312	10890	8063	11032	11295	11266	11074	15651
CONSULTA HAB/ANO	0,00	0,00	0,75	0,78	0,74	0,84	1,05	1,72	1,21	1,56	1,51	1,45	1,37	1,85
ASSA - KM 21/29	0	0	1270	5563	7150	10016	8086	13981	7067	9090	8899	9459	12045	11655
CONSULTA HAB/ANO	0,00	0,00	0,10	0,39	0,47	0,60	0,46	0,76	0,37	0,45	0,42	0,44	0,54	0,50
VARGEM GRANDE	0	0	0	0	0	1117	5269	10458	7136	25284	33821	40105	42891	53372
CONSULTA HAB/ANO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,52	0,98	0,64	2,19	2,81	3,25	3,39	4,11

Fonte: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO

- indicadores indiretos tais como, número de eleitores, taxas de cobertura vacinal, números de matrículas em escolas e

outros, projetam um crescimento maior da população nesses municípios. Apesar de considerar plausível tais afirmações por parte das autoridades locais, o autor baseou-se exclusivamente nos dados oficiais, para estimativa da população. Outro aspecto é que o numerador, número de consultas, também é alterado pela invasão da população dos municípios vizinhos, influenciando o indicador. A depuração desses dados para cálculo do indicador, não foi possível de ser realizada.

A última ressalva, diz respeito ao funcionamento dos indicadores e o papel que desempenham na área, ou seja, no caso de Caucaia e da ASSA, que tem funcionamento até às 17 horas e concentram mais suas atividades em consultas programadas de pessoas de sua área de abrangência. Já a unidade Central e de V. Grande, tem funcionamento 24 horas, sendo que o Pronto Socorro Central serve de referência a toda a população da área.

Os dados apresentados apontam os seguintes fatos:

1 - um acréscimo significativo do número de consultas/habitante ano, para o período de 0,24 para 2,13;

2 - a região correspondente ao Km 21 a 29, é a que apresenta o menor indicador (0,50). Afora o fato relacionado ao tipo de atendimento, mais programado da unidade, esta é talvez a região que apresenta a maior taxa de crescimento populacional, migratório do município. Isso mostra de um lado, que a taxa de crescimento de consultas 9,18, não é suficiente para cobrir a população em todas suas necessidades e de outro lado, que essa é a região que tem mais acesso à unidade central do município, e, por isso, é a que mais se serve desse serviço para atendimento de sua demanda espontânea (PA);

3 - a região de Caucaia do Alto é a que melhor reflete o indicador para uma região (1,85), pois é a que menos sofre influência dos fatores citados, e apresenta um equilíbrio maior entre o atendimento a demanda espontânea e a programada;

4 - no caso da região de V. Grande Paulista, o dado é extremamente alto para o período, principalmente no ano de 1988, que chega a 4.11 cons/hab/ano. Dois fatos corroboram esse índice, o primeiro ligado à ampliação de sua capacidade operacional nas 24 horas e o segundo, a pressão da demanda já referida, por populações vizinhas, incrementando o número de consultas no chamado pronto atendimento;

5 - no caso da unidade central, que serve de referência para as diferentes regiões da área, inclusive VGP, e a outros municípios vizinhos, o indicador reflete, apesar de estar elevado, provavelmente uma repressão da demanda programada para sua própria área de abrangência (CSE). Esse fato é corroborado pela relação constante que nos últimos anos vem mantendo entre consulta e pronto atendimento/consulta programada, em torno de 70%/30%.

Discussão

As observações sobre esse indicador tem na literatura duas referências básicas: uma, de caráter experimental, que constata essa relação em diferentes locais e outra, de caráter normativo, dado por critérios do planejamento em saúde.

A primeira referência tem nas projeções de consultas médicas para o Estado, um valor de 2,8 cons/hab/ano, incluindo aí procedimentos especializados e as distorções que o sistema de prestação de serviço tem em relação ao Pronto Atendimento.

A segunda referência, dada pelo planejamento normativo, estabelece metas de cobertura para grupos específicos, programas, incluindo o atendimento a demanda, tem sido dimensionada em torno de 2 cons/hab/ano. (CIPLAN -anexo Portaria no. 3.046/82).

Neste sentido o sistema local de Cotia, encontra-se dentro do parâmetro preconizado. As observações e comentários feitos, tendem a reforçar a hipótese de que o sistema possa estar iniciando um período, que necessita reorientar a oferta para demandas programadas, expandindo aí sua capacidade operacional, em detrimento da expansão do atendimento à demanda espontânea.

Nos diferentes períodos observados essa relação dinâmica da demanda espontânea/programada, sofreu um processo de intervenção permanente no sentido de integralidade das ações e de um equilíbrio positivo dessa relação. A hipótese mantida acima, vem corroborada pela crise de expansão que sofreu o sistema da AMC, principalmente no último período, e o processo de municipalização (específica em VGP), onde essa relação sofreu impactos negativos.

COBERTURA DOS PROGRAMAS BÁSICOS

Cobertura para menores de 1 ano/Concentração de consultas.

A tabela 38 consolida os dados de cobertura de menores de um ano inscritos nas diferentes unidades do sistema e a concentração de consulta por criança inscrita no período.

Os dados apresentados mostram coberturas elevadas, nesse grupo populacional, desde 1975. Convém lembrar que esse foi o primeiro programa a ser implantado pelo sistema local de Cotia e que a Unidade Central, o CSE centralizou, praticamente, nos dois primeiros anos, o atendimento a essa faixa de população de todo município, iniciando a descentralização em unidades periféricas mais efetivamente, a partir de 1977. A anotação feita pela equipe antes dessa descentralização, mostrava a preferência alta das regiões 1 e 3 no serviço central. Outro aspecto a salientar, é que essas coberturas mantêm-se constantes durante todo o período. A variabilidade é pequena e, às vezes, atinge indicadores acima de 100%, fato explicado pelas estimativas oficiais da população nos períodos e uma provável invasão do sistema por

população de municípios vizinhos

A concentração de consultas por criança inscrita é que sofre acréscimo importante. Enquanto nos primeiros anos alcança cifras menores de 6 cons/criança inscrita, a partir de 1980, mantém-se quase constante em torno desse numero. Aqui estão computadas também as consultas eventuais, oferecidas à população menor de um ano. Essas consultas eventuais computadas em levantamento amostral, apontam que em 90% dos casos, os problemas apresentados agrupavam-se em duas causas básicas: as gastroenterites e as infecções respiratórias agudas.

TABELA 38

COBERTURA E CONCENTRAÇÃO DE CONSULTAS EM CRIANÇA MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE COTTA DE VARGEM GRANDE PAULISTA, 1975 - 1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
SAÚDE CRIANÇA														
Cobertura (1 ano	87,7	87,6	1105,6	1107,6	1103,5	1103,5	85,4	98,1	93,2	100,9	89,3	98,2	83,8	1121,37
Concentração consulta/ crianças inscritas.	2,9	3,4	4,2	5	5,9	7	4,5	4,9	6,6	6,5	5,3	6,5	6,1	4,35

FONTE: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO

Uma observação quantificada indiretamente pelo pequeno numero de internações relacionadas a essas principais patologias, faz inferência ao resultado obtido na rede básica quanto à resolutividade desses problemas. A normatização das condutas nessa faixa etária com o tratamento de pneumopatias sem comprometimento pulmonar, a reidratação oral e o acompanhamento dado pelo serviço a altas hospitalares, reforça a hipótese de que as coberturas elevadas, mais a integralidade das ações nesse grupo de risco, diminuíram as necessidades de internação e mesmo intervieram positivamente na prevenção de óbitos por causas evitáveis.

Cobertura Vacinal

A tabela 39 apresenta, por tipo de vacina, a cobertura à população menor de uma área, durante todo o periodo. Aqui não foram computadas as doses de vacina aplicadas em campanhas.

Os dados mostram que somente a partir de 1977, alcança-se índices de cobertura esperada na área. A descentralização das

ações e a melhoria das condições para efetivação dessas ações nas unidades periféricas e postos da comunidade e vacinação, foram os principais elementos para realização desses índices. O funcionamento coordenado na vigilância sanitária, a manutenção das atividades de rotina de um lado, o conhecimento por parte da equipe dos locais de maior risco (migração recente com entrada da população susceptível), e por outro, é que vão garantir a ausência da polio, tetano, difteria e a diminuição significativa da incidência do sarampo e, em consequência de seu coeficiente de mortalidade no período. As campanhas desempenharam na área papel complementar à vacinação de rotina pelo sistema local.

TABELA 39

COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1975 - 1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
COBERTURA VACINAL														
Vacinas														
Sabin	37,1	55,1	93,9	86,5	96,1	96,1	78,4	93,7	104,7	101,3	104,6	100,5	121,8	96,6
Triple	49,7	52,2	104	98,4	103,8	98,7	93,2	101,9	97,1	88,9	102,5	100,8	109,3	102,7
B C D	-	-	-	47	53,1	82,1	92,1	91,2	96,3	114,5	82,4	100	133	122,4
Sarampo	45,6	75	87	95,9	99,7	99,3	89,1	99,2	105,1	97,11	100,3	107,2	154,4	97,8

FONTE: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO

Cobertura à Gestante

A tabela 40 apresenta os dados de cobertura pré-natal e concentração de consultas por gestante na área, durante o período.

Os dados mostram que nos dois primeiros anos, o sistema alcança percentuais baixos 24,3% e 60,8%, e a partir de 1977, as coberturas, atingem um índice bastante elevado. Observa-se também que a partir de 1984, ha tendência de queda na cobertura dada pelo sistema.

A concentração preconizada de 4 consultas/gestante é alcançada a partir de 1977 e se mantém durante todo o período. O programa de atendimento à gestante, como já foi referido, sofre influência acentuada com a abertura dos leitos obstétricos da Unidade Integrada, a garantia do parto institucional e da intervenção sobre as patologias do período gestacional, sob

regime de internação, são fatos que ampliam a atuação e dinâmica do programa na rede básica.

As hipóteses apresentadas para a redução da cobertura do programa a partir de 1984, atem-se a duas explicações: a primeira, relacionada a taxa de natalidade da área, que pela atuação ampliada no atendimento à mulher, extensão dos programas de planejamento familiar e a melhoria das condições sociais, vem apresentando uma tendência de queda. Os dados oficiais trabalham a taxa acima de 25/1000hab, o que superestima o número esperado de gestantes se for realmente verdade a queda da natalidade; a segunda, diz respeito à diminuição específica de cobertura para a região central, dada a diminuição de suas atividades programadas.

TABELA 40

COBERTURA E CONCENTRAÇÃO DE CONSULTA DE GESTANTES NO MUNICÍPIO DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1975 A 1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
BAUDE MATERNA														
I. Cobertura Gestantes	24,3	60,8	92,3	93,1	94	91,2	93,2	91,8	88,5	79	75,2	68,6	60,2	59,8
I. Concentração Consulta/ Gestante inscrita.	3,83	3,5	4,1	4,9	5,3	3,1	5,2	4,9	4,9	5,5	3,7	3,8	5,4	5,1

FONTE: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO

DINÂMICA HOSPITALAR

Total de Altas

A tabela 41 apresenta o número total de altas hospitalares segundo a situação previdenciária e clínicas no Hospital de Cotia, no período de 1976 a 1988.

Altas por situação previdenciária

A primeira observação dos dados atem-se à proporção de pacientes previdenciários e não previdenciários atendidos no Hospital. Durante todo o período em que é anotada essa informação (1975/84), é alta a proporção de pacientes não previdenciários. No início, chega a atingir quase 60% do total de pacientes internados, representando, ao final do período, com uma

proporção de aproximadamente 30%. Em raros hospitais filantrópicos do Estado, a proporção de pacientes não contribuintes é igual à de Cotia e isso é explicado em parte, pela seletividade financeira demonstrada pelas instituições e pelo corpo clínico em particular, no atendimento dessa categoria social. Esse dado permite apontar os seguintes aspectos:

- dado o perfil socio-econômico da população de Cotia, sua e inserção no mercado de trabalho, a demanda de internação, representa essa situação ou seja, os quase 90% da população de Cotia.

- pode-se inferir que o princípio da universalização da assistência na área hospitalar foi aplicado. A legislação vigente no período, exigia para as entidades filantrópicas o cumprimento do atendimento gratuito à população não previdenciária, com a colocação de 20% dos leitos da instituição. No caso do Hospital de Cotia essa cifra sempre foi ultrapassada.

TABELA 41

TOTAL DE ALTAS SEGUNDO SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E CLÍNICAS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE COTIA, 1976 - 1988.

ANO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
TOTAL DE ALTAS	961	2013	2120	3084	4393	3934	3918	4014	3943	4061	4172	4271	5084
previdenciários	367	958	1142	1871	3484	2543	2573	2713	-	-	-	-	-
não previdenciários	594	1055	978	1203	909	1391	1345	1301	-	-	-	-	-
I. Pediatria	172	357	327	524	847	942	707	668	713	732	847	640	803
I. Cirurgia	12	134	232	362	623	315	211	383	412	334	272	216	128
I. Obstétrica	494	1324	1532	2005	2585	2037	2334	2186	2017	2013	1999	2200	2757
I. Clínica Médica	83	198	29	193	330	640	664	635	801	922	985	1083	1291

FONTE: SANE - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

- o peso percentual elevado desse tipo de atendimento na área hospitalar e sua repercussão financeira, visto que o sistema até 1984 somente ressarcia as altas de pacientes previdenciários, explica a situação de extrema dependência do sistema às verbas de doações e auxílios para a manutenção na formação da receita, nesse período.

- outro aspecto, é o que podemos chamar de grau de coerência, entre o perfil da demanda a nível da rede básica e sua correspondência na demanda hospitalar, do ponto de vista socio-

Altas por Clínicas

Os dados referentes às altas pelas 4 clínicas básicas (pediatria, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica), permitem identificar os seguintes aspectos:

- durante todo o período a área materno-infantil foi responsável em média, por 70% das altas na unidade de internação,

- a área da clínica médica, apresenta um crescimento gradual, representando nos primeiros anos, menos de 10% das altas e chegando ao final do período com a responsabilidade de 25%.

- a área cirúrgica, tem um comportamento irregular, crescendo nos primeiros anos, estabilizando-se no período de 82 a 85 e diminuindo sua participação no final do período.

Os dados referentes as altas por clínica acompanham as fases de implantação do sistema local, mantendo um estreito grau de coerência entre as respostas dadas pela rede básica, e seu reflexo no atendimento hospitalar, as demandas de saúde priorizadas de acordo com o perfil de morbi-mortalidade da área. A prioridade materno-infantil na área hospitalar, garantiu na área obstétrica/ginecológica a assistência ao parto institucional e patologias gestacionais e, num segundo momento, a partir de 1985, com o incremento do programa de saúde da mulher e patologias ginecológicas, clínico - cirúrgicas e de prevenção do Câncer ginecológico (tabela 47). Na área infantil, o atendimento clínico e cirúrgico das principais patologias responsável pela alta mortalidade infantil, é da faixa de 0-4 anos (gastroenterocolites, infecções respiratórias e causas perinatais). É importante ressaltar que as cirurgias realizadas em crianças, representam durante quase todo o período aproximadamente 40% do total das cirurgias realizadas no serviço, sendo representadas basicamente pelas hernias, fimoções, criptorquidia etc, parte dela feita em regime ambulatorial.

A área clínica apresenta seu crescimento num primeiro momento, a partir da abertura do PS, pelo atendimento de patologias agudas no adulto (pneumonias, infecções, etc.), num segundo momento, com a sua extensão às patologias cardiovasculares. O programa de saúde do adulto, iniciado a partir de 1979 na área das doenças crônico-degenerativas, vai contribuir para a ampliação da demanda de casos de internação, justificando no ultimo período o maior crescimento nessa área.

A área cirúrgica se desenvolveu também a partir do PS e da saúde da criança, no encaminhamento dos casos cirúrgicos. Ao longo do período, as cirurgias do tipo eletivas foram as predominantes, ainda encaminhadas pela área ambulatorial. As cirurgias de emergência, que tinham entrada pelo PS, representam, no período, menos de 10% do total das cirurgias realizadas.

Indicadores Gerais

A tabela 42 apresenta consolidada a taxa de cesáreas, ocupação, mortalidade e a média de permanência, do período de 1976 a 1988, no Hospital de Cotia.

TABELA 42

TAXAS DE CESÁRIA, OCUPAÇÃO, MORTALIDADE E MÉDIA DE PERMANÊNCIA DO HOSPITAL DE COTIA. 1976 A 1988.

ANO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
1. Taxa Cesária	17,73	18,13	20,05	14,06	15	14,07	13,08	13,02	13,06	14,03	20	20,9	20,8
1. Taxa Ocupação	..	..	..	170,94	153,61	161,97	67,87	173,11	73,64	64	64,1	68,2	59,9
1. Média permanência	..	..	..	4,2	3	2,97	3,41	3,61	3,75	3,2	2,9	2,9	3,2
1. Taxa de mortalidade	..	..	..	1,7	1,7	1,76	1,6	2,8	1,34	1,8	1,5	1,7	2,3

FONTE: SAMC - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

Taxa de Ocupação

Os dados relativos à taxa de ocupação, no período apresentam pouca variabilidade, oscilando entre valor mínimo de 53,61% e o valor máximo de 73,11%. Considerando a implementação gradativa que o serviço apresentou e o número de leitos disponíveis no período, em torno de 54 (somente em 1988, passou a 64 leitos), pode-se considerar esses valores, apesar de um pouco abaixo da média esperada para esse tipo de serviço, como razoáveis.

Média de Permanência

Os valores encontrados, mostram uma média de permanência relativamente baixa, em torno de 3 dias /paciente. A análise desse indicador merece as seguintes considerações:

- o perfil de atendimento do hospital concentra em mais de 50% a área de obstetrícia, onde a média de permanência preconizada gira em torno de 3,5 dias, levando em conta as taxas de cesárea e as patologias obstétricas. Por fatores de ordem cultural e estrutura familiar em Cotia, a diminuição do tempo de permanência média esperada nessa área é observada, mantendo frequências em torno de 2,0 dias e 3,5 para partos normais e operatórios, respectivamente.

no caso da pediatria, que representa uma média de 20% das internações, a normatização do serviço, que permite o acompanhamento da mãe durante a permanência da criança no hospital, a orientação de alta precoce, com possibilidade de seguimento ambulatorial da criança pela área médica, tem reduzido significativamente esse indicador. Trabalhos recentes () () tem mostrado os aspectos positivos desse tipo de orientação, nas internações pediátricas.

- na área de clínica médica, uma grande parte da demanda de internações é dada por casos agudos (infecções respiratórias, intoxicações exógenas) na faixa do adulto jovem e pelas cardio-patias e acidentes vasculares, na população adulta de 50 anos e mais. Aqui também, a normatização do serviço permite manter esse indicador abaixo das médias estabelecidas, entre 10 a 12 dias.

- na área cirúrgica, dois fatores basicamente mantem médias de permanência baixas: o primeiro, ligado ao tipo de cirurgias realizada pelo serviço, que concentram seus portes entre I, II e III (classf. INAMPS), muitas delas realizadas em regime ambulatorial ou seja, o maior grau de complexidade são as gastrectomias, e o segundo, está ligado à normatização da internação cirúrgica, onde todos os exames laboratoriais são realizados a nível ambulatorial, somente internando o paciente na véspera do ato cirúrgico.

Taxa de Mortalidade

Esse indicador ao longo do período mantem uma taxa relativamente baixa, em torno de 1.8. Isto se deve, em parte, ao perfil da demanda hospitalar apresentada pelo serviço (ver item B1.3.5). Os encaminhamentos observados no serviço de ambulatório do hospital através do PS, mostram a cifra média de 1 remoção por dia. Na grande maioria dos casos, as causas básicas são os politraumatizados por acidentes na Rodovia Raposo Tavares.

Taxa de Cesárea

A taxa de cesárea apresenta índices no período com uma amplitude de 13.02 a 20.09%. O período de maior estabilização desse indicador, encontra-se entre 1979 e 1985. O período de 86 a 88 apresenta os maiores índices do serviço.

De maneira geral esse indicador se encontra dentro dos limites esperados e preconizados na área obstétrica. As distorções desse índice hoje, na realidade assistencial brasileira, que o eleva a mais de 50%, não encontrou no sistema local de Cotia, fatores que permitissem que o serviço acompanhasse essa tendência observada. A análise desses fatores permite apontar, em Cotia, os seguintes determinantes para explicar esse indicador:

- cobertura pré-natal elevada durante todo o período, possibilitando acompanhamento do alto risco no período gestacional.

-o regime de trabalho médico em Cotia, privilegiou neste período, uma relação do profissional em tempo integral com seu salário não vinculado à produção e com pequeno ou quase nulo desenvolvimento da prática privada liberal;

- a normatização das condutas na área obstétrica em função da assistência e do ensino, com auditoria permanente dos motivos de indicação de cesáreas e discussões clínicas, permitiram uma certa vigilância epidemiológica da incidência das cesáreas;

- a existência de uma comissão de ética médica atuante, nos casos de indicação de esterilização da gestante por ligadura tubárea. Os casos de pré-natal, em que o profissional indicava a ligadura, eram analisados pela comissão, aulas do parto, obedecendo como regra critérios clínicos e de conscientização do casal.

PERFIL DA MORBIDADE HOSPITALAR

A caracterização do perfil da morbidade hospitalar da Unidade Integrada de Cotia, foi feita a partir do levantamento amostral das causas de internação registradas no Boletim 106 (SES) para os anos de 1976, 1985 e 1988. O levantamento cobriu cerca de 35% dos pacientes internados nesses anos, tendo sido escolhidos para a amostra todos os pacientes internados, em 4 meses dos anos escolhidos. Em relação à escolha dos anos de 76, 85 e 88, deve-se basicamente o fato destes representarem 3 períodos diferentes do funcionamento da unidade ou seja, 1976 o início do funcionamento da unidade de internação, 1985 o período anterior a reforma e ampliação da Unidade Integrada e 1988, o período posterior à sua ampliação e reforma.

A apresentação dos dados é feita por clínicas (pediatria, clínica e cirúrgica, ginecologia e obstetria, adulto (clínica médica e cirúrgica)), obedecendo, na pediatria, às faixas etárias de menores de 1 ano, de 1 a 4 e de 5 a 14 anos.

As tabelas 43, 44, 45, 46 e 47, apresentam os dados encontrados em números e em percentuais, das principais causas de internação na Unidade Integrada.

Clínica Pediátrica

- menores de 1 ano

A análise da tabela 43 mostra os seguintes aspectos:

1 - as três principais causas de internação (90%) observadas nos diferentes anos, são definidas pelo gastroenterocolites, as infecções agudas e causas perinatais (englobando problemas ligados ao parto, prematuridade e infecções).

TABELA 43

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA CLÍNICA PEDIÁTRICA NOS ANOS 1976, 1985 E 1988
EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO - ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA

ANOS	1976		1985		1988	
CAUSAS	N	%	N	%	N	%
1-Gastroenterocolite	39	52,70	35	23,18	30	28,30
2-Infecções Resp. Agudas	23	31,08	41	27,15	45	42,45
3-Afeções Perinatais	6	8,11	55	36,42	20	18,87
4-Desnutrição	2	2,70	12	7,95	2	1,89
5-Outras Causas	4	5,41	8	5,30	9	8,49
TOTAL	74	100,00	151	100,00	106	100,00

FONTE: SAME/HOSPITAL DE COTIA

2 - as internações devido a gastroenterocolites (GECA) tem apresentado uma tendência de queda significativa, diminuindo sua participação percentual nos motivos de internação.

3 - ao contrário, mais as infecções respiratórias agudas e em menor escala as causas perinatais, apresentam uma tendência de elevação nos anos estudados.

4 - os casos de desnutrição como diagnóstico principal em 1985, apresentam uma elevação significativa (8%), voltando em 1988, a percentagem em torno de 2%.

Esse perfil representa o eixo epidemiológico social traçado para o município dentro dos riscos e agravos de saúde, nessa faixa. O comentário a ser feito é em relação à queda de internação por GECA, que pode ser explicado, por dois grandes fatores, o primeiro, melhoria do saneamento básico no município e o segundo, pelas altas coberturas do programa da criança nessa

faixa etária, promovendo medidas de prevenção, diagnosticando e intervindo precocemente no processo, evitando as internações e óbitos por essa causa. Os dados diferentes dessa causa, relativos à mortalidade infantil no município, também apresentam queda significativa (tabela 52).

-crianças de 1 a 4 anos

A análise da tabela 44 mostra os seguintes aspectos:

TABELA 44

**PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA CLÍNICA PEDIÁTRICA NOS ANOS 1976, 1985 E 1988
EM CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS - ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA**

ANOS	1976		1985		1988	
CAUSAS	N	%	N	%	N	%
1-Gastroenterocolite	5	13,89	15	16,67	11	15,07
2-Infeccões Resp. Agudas	22	61,11	36	40,00	39	53,42
3-Molestia Infec.	4	11,11	12	13,33	9	12,33
4-Desnutrição	3	8,33	4	4,44	2	2,74
5-Genito Urinário	1	2,78	10	11,11	3	4,11
6-Outras Causas	1	2,78	13	14,44	9	12,33
TOTAL	36	100,00	90	100,00	73	100,00

FONTE: SAME/HOSPITAL DE COTIA

1- neste grupo, chama atenção as infecções respiratórias agudas, que representam mais de 50% das causas de internação;

2- o grupo das moléstias infecciosas (inclui todas as causas do 10. capítulo do CID) e as GECAS, são outras 2 causas mais importantes de internação.

O comentário a respeito desse grupo etário, com relação às IRA (Infecções Respiratórias Agudas) levanta dois aspectos que o autor julga explicativos para esse fato: o primeiro, é um certo "abandono" de cuidados, tanto familiares, quanto dos

serviços de saúde, para essa faixa etária. A percepção dos agravos por parte da estrutura familiar e a falta de uma estrutura programática de atendimento, faz com que esse grupo de causas ganhe importância nos motivos de internação; a segunda, são as próprias condições de habitação e proteção para essa faixa etária nos domicílios de baixa renda, em relação ao menor de 1 ano e a faixa escolar. Esses fatos são corroborados pelos baixos coeficientes de mortalidade nesta faixa etária, que em função da limitação de recursos, acabam por não serem priorizados devidamente nas ações de saúde.

-crianças de 5 a 14 anos

A análise da tabela 45, mostra uma diversificação maior das causas, percentualmente, aparecendo aí as afecções cirúrgicas (fimoses, criptorquídias, hernias, etc) e parto, que se mostram frequentes em Cotia, na população de baixa renda.

TABELA 45

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNACAO NA CLINICA PEDIATRICA NOS ANOS 1976, 1985 E 1988
EM CRIANCAS DE 5 A 14 ANOS - ASSOCIACAO HOSPITAL DE COTIA

ANOS	1976		1985		1988	
CAUSAS	N	%	N	%	N	%
1-Infecções Resp. Agudas	3	50,00	9	16,67	10	22,22
2-Molestia Infec.	2	33,33	8	14,81	10	22,22
3-Parto	1	16,67	2	3,70	0	0,00
4-Afecções Cirúrgicas	0	0,00	12	22,22	7	15,56
5-Genito Urinário	0	0,00	11	20,37	4	8,89
6-Outras Causas	0	0,00	12	22,22	14	31,11
TOTAL	6	100,00	54	100,00	45	100,00

FONTE: SANE/HOSPITAL DE COTIA

Clinica Obstétrica-Ginecológica

A tabela 46 mostra que, em média 75% das internações são devidas ao parto e as outras 20% patologias gestacionais (aborto e outras). Este perfil reflete a prioridade dada ao processo gestacional na unidade de internação, garantindo, como já foi assinalado, a cobertura ao atendimento pré-natal da rede básica de Cotia.

As patologias ginecológicas vem aumentando seu percentual de internação, ligadas, basicamente, a patologias cirúrgicas (ca, colo uterino, perineo).

TABELA 46.

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNACAO NA CLINICA OBSTETRICA/GINECOLOGICA
NOS ANOS 1976, 1985 E 1988 - ASSOCIACAO HOSPITAL DE COTIA

ANOS	1976		1985		1988	
CAUSAS	N	%	N	%	N	%
1-Parto	442	80,51	462	71,74	450	75,38
2-Aborto	23	4,19	46	7,14	41	6,87
3-Outras Patologias Gestacionais	75	13,66	110	17,08	75	12,56
4-Patologias Gineco.	9	1,64	26	4,04	31	5,19
TOTAL	549	100,00	644	100,00	597	100,00

FONTE: SANE/HOSPITAL DE COTIA

Clinica Médica

A tabela 47 mostra como primeira causa, as ligadas ao aparelho circulatório. Aqui, nos sub grupos a e b, aparecem a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral, respectivamente, como as principais causas (35%) de internação no grupo etário de 50 anos e mais.

Nos demais grupos de patologias, a distribuição etária é mais ou menos homogênea, não havendo concentração no grupo de 50 anos e mais. No caso das doenças mentais, o principal diagnóstico observado, é o alcoolismo, representando mais de 80% desse grupo.

TABELA 47

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA CLÍNICA MÉDICA, NOS ANOS DE 1985 E 1988 - ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA

ANOS	1985		1988	
	N	%	N	%
1-Aparelho Circulatorio	147	39,84	168	32,43
1a-Cardiopatias	84	22,74	54	16,22
1b-Vasculares	63	17,07	54	16,22
2-Aparelho Respiratorio	54	15,18	53	15,92
3-Aparelho Urogenital	33	8,94	39	11,71
4-Aparelho Digestivo	27	7,32	33	9,91
5-Afeccoes Endocrinas	23	6,23	23	6,91
6-Doencas Mentais	25	6,78	24	7,21
7-Tumores	23	6,23	11	3,38
8-Molestia Infecciosa	14	3,79	18	5,41
9-Traumatismo	14	3,79	12	3,60
10-Intoxicacao Exogena	7	1,90	12	3,60
TOTAL	369	100,00	333	100,00

FONTE: SANE/HOSPITAL DE COTIA

RELAÇÃO NÚMERO DE LEITOS/1000 HABITANTES

A relação observada no Sistema Local de Cotia, durante o período, estabelece uma cifra em torno de 0,8 leitos/1000 hab.

Com a ampliação feita da capacidade instalada do hospital, para 180 leitos, quando em funcionamento, atingirá a cifra de 1,8 leitos/1000 hab.

A literatura sobre o assunto apresenta referência de 4 leitos gerais/1000 hab, na observação dos diferentes países e existe hoje uma tendência em diminuir essa relação, pelos diferentes estudos, para 2 leitos/1000 hab, prevendo maior solução pela rede básica de serviços. O trabalho de planejamento físico para a Grande São Paulo, nas áreas do Programa Metropolitano de Saúde sugeriu a cifra de 1,8 leitos/1000 hab.

RELAÇÃO NÚMERO DE CONSULTAS GERAIS/ALTA HOSPITALAR

A tabela 48 mostra a relação do numero de consultas gerais por alta hospitalar de 1976 a 1988, no Sistema Local de Cotia.

TABELA 48

ÍNDICE DE CONSULTA GERAL POR ALTA HOSPITALAR NO SISTEMA LOCAL DE COTIA, 1976 A 1988.

ANO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
CONSULTAS/ALTA HOSPITALAR	23,26	13,65	17,22	21,53	19,15	21,19	26,96	24,11	31,17	31,37	35,49	37,37	36,63

FONTE: SAME - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

Os dados mostram uma relação média em torno de 3 internações (leitos gerais) para cada 100 consultas realizadas pela rede básica do sistema. A relação preconizada pelo Programa Metropolitano de Saúde, para as áreas periféricas da Grande São Paulo, trabalhava com a hipótese de que 10% das consultas gerais, incluindo a urgência resultariam em internações no

sistema.

Se considerarmos o número de consultas hab/ano do sistema (em torno de 2), as coberturas alcançadas nos programas materno-infantil, dinâmica de integralidade das ações (demanda espontânea/demanda programada e os indicadores da dinâmica hospitalar (perfil de morbidade, taxa de ocupação, média de permanência)). O indicador de 3%, infere um papel relevante da rede básica no sistema, no nível de resolutividade.

Discussão sobre a dinâmica dos serviços

Na visão do autor, os indicadores apresentados nesse capítulo sobre a dinâmica dos serviços, mostram o elevado grau de eficiência do sistema em função da quantidade em torno de US\$ 20 percapita como custo do mesmo.

A explicação desse grau de eficiência para o autor está na organização e condução do sistema local, estabelecido a partir do seu desenvolvimento institucional, a qualificação modelo assistencial através de seus princípios organizativos e a política de recursos humanos estabelecida.

Mas o que mais chama a atenção, são os indicadores de qualificação do sistema e sua aderência ao perfil epidemiológico e social do espaço local.

Essa qualificação está dada pelas relações obtidas através dos parâmetros de cobertura populacional das ações básicas e o grau de descentralização e coordenação dos programas nas unidades básicas do sistema.

Na área hospitalar esses indicadores estão relacionados ao perfil de morbidade hospitalar encontrado e a taxa de cesária.

Esses parâmetros atingidos são permeados por uma relação clara com o perfil epidemiológico encontrado no espaço local. Esse aspecto para o autor é um dos pontos mais importantes revelados pelos dados apresentados.

O grau de impacto dessa dinâmica, a ser discutido no tópico seguinte, encerra a avaliação de que realmente, apesar das conjunturas desfavoráveis, o resultado obtido pelo sistema é altamente satisfatório.

AVALIAÇÃO DE IMPACTO

A avaliação de impacto tem como objetivo medir o resultado dos efeitos de uma política, em plano ou mesmo ações. Segundo Cohen, todo o modelo de avaliação de impacto parte da relação causal e dentro dele, de identificação de causa eficiente. Esses modelos e procedimentos para as ações o sistema local referenciam um estudo de maior profundidade, especificando mais seu objetivo, grupos de patologias, etc o que no presente trabalho não se constitui eixo central.

A idéia básica deste tópico é, ao caracterizar as mudanças de perfil de saúde na área de atuação do sistema, identificar, ou mesmo inferir, relações causais dessas mudanças com as ações realizadas pelo mesmo.

Neste sentido procurar-se-á, baseado nos indicadores de saúde disponíveis, analisar, num primeiro momento, as mudanças ocorridas e, num segundo momento, discutir as possíveis relações causais com as ações implantadas pelo Sistema Local de Cotia.

Indicadores de Saúde da Área

A tabela 49 apresenta a série histórica do coeficiente de mortalidade geral, mortalidade infantil e taxa de mortalidade no período de 1970 a 1987 no município de Cotia e a tabela 49A apresenta, a partir de 1983 os mesmos indicadores para o município de Vargem Grande Paulista, ex-Distrito de Paz de Cotia.

Os dados anteriores a 1970 não foram computados, pelo fato de que o registro dos óbitos não foi corrigido por local de residência.

Indicadores Globais

a - Mortalidade Geral

A análise do coeficiente mostra uma tendência de queda, com valores máximos no início da década de 70, em torno de 11/00 hab. e números, no final da década de 80, em torno de 6,8% o hab.

A tendência mais acentuada de queda, se inicia a partir de 1980.

Para o município de Vargem Grande Paulista, os dados acompanham os anos correspondentes ao município de Cotia.

TABELA 49

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL, MORTALIDADE INFANTIL E TAXA DE NATALIDADE, NO PERÍODO DE 1970 A 1987 - MUNICÍPIO DE COTIA

ANO	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
MORTALIDADE GERAL	10,00	11,16	10,5	11,34	10,40	9,9	9,53	8,51	8,36	9,25	7,50	7,69	6,66	7,00	6,07	6,50	...	6,00
MORTALIDADE INFANTIL	120,07	140,91	142,7	137,64	106,4	105,07	92,83	64,54	59,06	62,6	54,43	64,5	45,12	38,50	36,90	30,39	...	23,8
Neonatal	55,63	60,07	59,73	50,90	...	34,53	32,1	25,93	24,72	29,20	24,29	30,04	22,75	22,96	18,01	21,74	...	...
Infantil tardia	72,45	80,84	82,96	86,66	...	70,5	61,73	36,6	35,01	37,17	30,13	33,63	22,37	15,61	18,96	16,65	...	...
TAXA DE NATALIDADE	25,34	26,29	26,00	31,94	32,33	33,40	36,00	35,54	43,04	39,74	35,92	37,67	36,74	35,45	32,74	31,99	30,34	29,55

FONTE: CIB/SEADE

b- Mortalidade Proporcional

A tabela 50 apresenta o número de óbitos e a razão da mortalidade proporcional nas diferentes faixas etárias nos anos de 1970, 1975, 1980 e 1984, para o município de Cotia.

TABELA 50

INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VARGEM S. PAULISTA NOS ANOS DE 1983 A 1987

ANOS	MORTALID. INFANTIL		MORTALID. NEO NATAL		MORTALID. INF. TARDIA		MORTALIDADE GERAL		TAXA DE NATALIDADE
	ÓBITOS	COEF.	ÓBITOS	COEF.	ÓBITOS	COEF.	ÓBITOS	COEF.	
1983	11	20,32	6	11,19	5	9,32	40	3,61	40,41
1984	10	20,43	5	7,09	13	20,53	75	6,49	54,85
1985	10	32,67	14	25,41	4	7,26	83	6,9	45,01
1986	...	...	...	...	...	...	...	...	35,78
1987	14	27,94	...	...	...	...	102	8,07	39,61

FONTE: CIB/SEADE

A análise do indicador de Swaroop e Uemura, mostra que Cotia sai do Grupo IV em 1970 com apenas 7,1% dos óbitos para o Grupo III em 1975, tendendo em 1984 à passagem para o Grupo II. Tais valores ainda denotam condições de saúde insatisfatórias e condições de vida inadequadas, visto que mais de 50% dos óbitos, ainda acometem pessoas com menos de 50 anos.

c- Curva de mortalidade proporcional (Nelson de Moraes)

As curvas feitas para os anos de 1970, 75, 80 e 84, mostram uma mudança do perfil para os anos de 70 e 75 do tipo I e II (muito baixo e baixo) para o tipo III (regular) na década de 80 o que expressa, em termos gerais, a melhoria relativa das condições de saúde e de vida no município.

CURVA DE NELSON DE MORAES

COTIA - 1970

CURVA DE NELSON DE MORAES

COTIA - 1975

CURVA DE NELSON DE MORAES

COTIA - 1980

CURVA DE NELSON DE MORAES

COTIA - 1984

Mortalidade Infantil

Os dados apresentados na tabela 49 e o gráfico mostram em relação ao coeficiente de mortalidade infantil, uma queda significativa no período. Pode-se identificar, de maneira geral, 2 inflexões importantes nessa tendência de queda, a primeira, em 1977, quando o coeficiente sai da classificação de muito alto e alto (valores entre 148.1% a 73.83%) para regular (64.5% a 59.06%) e a segunda, no ano de 1982, onde passa de regular para baixo, atingindo em 1987, o seu valor de 33,8% nv.

A relação entre o componente neonatal (menores de 1 mês) e o infantil tardio, apresenta um comportamento esperado, acompanhando a diminuição do coeficiente de mortalidade infantil ou seja, no período de 1970 a 1977, o componente infantil tardio representa 2/3 dos óbitos infantis, no segundo período, de 1978 a 81, a relação diminui para quase a metade, invertendo-se no período seguinte, 82-85.

MORTALIDADE INFANTIL

MUNICÍPIO DE COTIA - 1970/87

Principais causas de óbito em menores de 1 ano

A tabela 51 apresenta as 5 principais causas de óbitos no grupo menor de 1 ano em coeficientes específicos e mortalidade proporcional por causa, para os anos de 1970, 1975, 1980, 1982 e 1986, no município de Cotia.

TABELA 52

AS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NOS MENORES DE 1 ANO COTIA 1970, 1975, 1980, 1984 e 1986.

CAUSAS		ANOS				
		1970	1975	1980	1984	1986
Pneumonia	ÓBITOS	19	33	28	18	19
	X	19,19	22,60	23,14	23,07	21,84
	COEF. *	24,58	26,09	22,64	10,47	8,92
Enterites e outras Doenças Diarreicas	ÓBITOS	18	50	20	11	7
	X	18,18	34,25	16,53	14,1	8,05
	COEF.	23,28	39,53	16,17	6,40	3,28
Outras Causas de Mortalidade Perinatal	ÓBITOS	16	13	17	7	6
	X	16,16	8,90	14,05	8,97	6,90
	COEF.	20,70	10,28	13,75	4,07	2,82
Sintomas e Estados mal Definidos	ÓBITOS	15	10	...	...	...
	X	15,15	6,85	...	...	...
	COEF.	19,40	7,90	...	...	...
Lesões ao Nascer Partos distorcido e outras afecções	ÓBITOS	9	10	20	18	22
	X	9,09	6,85	16,53	23,07	25,29
	COEF.	11,64	7,90	16,17	10,47	10,32
Avitaminoses e Outras Doenças Nutricionais	ÓBITOS	...	...	11	...	...
	X	...	...	9,10	...	...
	COEF.	...	...	8,90	...	...
Anomalias Congenitas	ÓBITOS	...	...	5	7	10
	X	...	...	4,14	8,97	11,49
	COEF.	...	...	4,09	4,07	8,92

FONTE: CIB/SEADE

* - Coeficiente de Mortalidade por 1.000 Nascidos Vivos

O gráfico abaixo facilita a visualização das mudanças ocorridas.

Causas de Óbitos Menores de um Ano

Ordem - 70, 75, 80, 84 e 86

A análise dos dados ressaltam os seguintes aspectos:

1 - a diminuição significativa das enterites como causa básica no período, diminuindo sua participação percentual máxima de 34.25% em 75, para 8.05% em 1986 e seu coeficiente específico, de 39.53/ooNV em 75, para 3.28/ooNV.

2 - desaparecimento dos sintomas e estados mal definidos, como causa básica de óbito no município, a partir de 1975. Nos dois anos estudados (70 e 75), essas causas representaram 15.15% e 6.85% respectivamente, do registro de óbitos de menores de 1 ano.

3 - a diminuição também significativa, do grupo de outras causas de mortalidade perinatal, que passa de 20.70/ooNV em 70 para 2.82/ooNV, em 86.

4 - o aumento relativo do grupo de causas lesão ao nascer e anomalias congênitas a partir de 1980, representando em 1986, a primeira e terceira causa dos óbitos infantis, respectivamente.

5 - queda do coeficiente específico de mortalidade por pneumonia no período, que passa de 24.58/00NV em 70, para 8.92/00NV em 86.

6 - o aparecimento de causas relacionadas a problemas nutricionais, somente no ano de 1980.

Feitas essas observações, a consideração de ordem geral a ser colocada é a divisão dos dados apresentados quanto a sua qualidade em dois períodos, antes e depois de 1975.

Esse divisor de águas está demarcado pela quantidade de diagnósticos mal definidos como causa dos óbitos infantis e mesmo pela excessiva classificação em outras causas de mortalidade perinatal o que denota, como já foi assinalado no presente trabalho, a insuficiência de serviços de saúde na área antes da implementação do projeto de Cotia. A melhoria das informações sobre os óbitos, notadamente a partir de 1980, deve-se fundamentalmente aos serviços implantados pelo projeto, como a maternidade e internação pediátrica na área hospitalar e a extensa cobertura dos programas materno-infantil na rede básica.

Coeficiente de mortalidade por causa específica de 1 a 4 anos

A tabela 53 apresenta os coeficientes de mortalidade para causas específicas para a faixa etária de 1 a 4 anos, no município de Cotia, nos anos de 1976, 80, 81, 82 e 86.

A análise dos dados apresentados ressaltam os seguintes aspectos:

-uma diminuição significativa do coeficiente geral do período de 356.95/00000 hab. em 1976, para 70.01/00000 hab. em 86.

-desaparecimento das causas mal definidas, a partir de 1976.

-desaparecimento das causas nutricionais, a partir de 1981.

- as pneumonias, demais doenças infecto-contagiosas e as enterites, são as causas principais do período, ressaltando a queda em todos os coeficientes específicos.

Coeficientes de Mortalidade por causas específicas de 5 a 19 anos

A tabela 54 apresenta os coeficientes de mortalidade por causas específicas para a faixa de 5 a 19 anos, no município de Cotia, nos anos de 76, 80, 81, 82 e 86.

A análise dos dados mostra os seguintes aspectos.

- o coeficiente geral tem se mantido praticamente constante em todo o período, ficando em torno de 110/0000 hab.

- as causas relativas a acidentes de veículos e demais acidentes, são as principais nessa faixa etária.

- chama a atenção o aparecimento da causa homicídio no ano de 1986, com o coeficiente significativo de 17.2/00000 hab..

Esses dados merecem um comentário geral relativo ao processo de urbanização e às condições socio-econômicas das populações, que tem gerado uma elevação da violência nas periferias das grandes metrópoles. O coeficiente específico de homicídio nessa faixa etária, revela esse processo.

Coeficiente de mortalidade por causa específica de 20 a 49 anos

A tabela 55, apresenta os coeficientes específicos para os anos de 76,80,81,82 e 86, para o município de Cotia.

A análise dos dados mostra os seguintes aspectos:

- as causas cardio-vasculares, aparecem nesse grupo etário com participação significativa.

- os acidentes de veículos, demais acidentes e os homicídios, representam, isoladamente, as causas específicas mais frequentes, depois das cardio-vasculares.

- a diminuição da mortalidade por tuberculose pulmonar até 1981 e seu desaparecimento como causa específica, nos anos de 82 e 86.

- no grupo correspondente às demais causas não consta nesses anos, nenhuma causa especificada relativa a complicações da gravidez, parto e puerpério.

Os comentários feitos sobre o processo de urbanização e a violência para o grupo anterior, são válidos para esse grupo, onde as causas aparecem com intensidade relativamente maior.

Coeficiente de mortalidade por causa específica 50 anos e mais

A tabela 56, apresenta os coeficientes de mortalidade por causa específica para a faixa etária de 50 anos e mais no município de Cotia, nos anos de 1976,80,81,82 e 86.

Os dados apresentados mostram os seguintes aspectos:

- as causas cardio-vasculares, representam o grande grupo responsável por mais de 1/3 dos óbitos nessa faixa etária.

- os tumores malignos, vem como o segundo grupo de causas mais importantes.

- a tuberculose pulmonar apresenta uma diminuição em 01 e desaparece como causa básica nessa faixa etária.

TABELA 53

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECIFICA
PARA A FAIXA ETARIA DE 1 A 4 ANOS, NO MUNICIPIO DE COTIA, NOS ANOS 76, 80, 81, 82 e 84.

ANOS	1976		1980		1981		1982		1984	
CAUSAS	N DE OBTOS	COEF. #	N DE OBTOS	COEF. #	N DE OBTOS	COEF. #	N DE OBTOS	COEF. #	N DE OBTOS	COEF. #
Sintomas e Est. Morb. Mal Ret.	5	89,24	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumonia	4	71,39	2	28,92	2	24,32	7	84,4	1	14,0
Demais acidentes	3	53,54	7	101,21	1	12,16	2	24,1	-	-
Demais doenças infec. e parasitarias	2	35,70	1	14,46	1	12,16	1	12,1	1	14,0
Enterites e Outras doenças diarreicas	-	-	2	28,92	2	24,32	-	-	1	14,0
Avitaminose	-	-	2	28,92	3	36,49	-	-	-	-
Anomalias Congenitas	-	-	-	-	1	12,16	-	-	-	-
Demais	6	107,09	3	43,38	2	24,32	4	48,2	2	28,0
TOTAL	20	356,95	17	245,81	12	145,95	14	168,86	5	70,02

FONTE: CIS/BEADE

(#) - Coeficiente de Mortalidade por 100.000 habitantes

POPULACAO:	1976	-	5403
	1980	-	4916
	1981	-	8222
	1982	-	8291
	1984	-	7141

TABELA 54

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECIFICA
PARA FAIXA ETARIA DE 5 A 19 ANOS, NO MUNICIPIO DE COTIA, NOS ANOS 76, 80, 81, 82 e 86.

ANOS	1976		1980		1981		1982		1986	
CAUSAS	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *
	OBTOS		OBTOS		OBTOS		OBTOS		OBTOS	
Homicidios	-	-	-	-	-	-	-	-	4	17,20
Demais acidentes	6	35,19	6	27,00	8	35,80	4	17,14	1	4,30
Acidentes de veiculos	1	5,86	5	23,17	4	17,90	6	25,71	9	38,69
le motos										
Anomalias Congenitas	1	5,86	2	9,27	-	-	1	4,28	-	-
Pneumonia	1	5,86	3	13,90	-	-	4	17,14	1	4,30
Meningites	-	-	2	9,27	1	4,48	2	8,57	-	-
Suicidios e lesoes auto	-	-	2	9,27	2	8,95	-	-	-	-
infligidas										
Outras formas de doenca	-	-	2	9,27	1	4,48	2	8,57	1	4,30
do coracao										
Demais	10	58,64	3	13,90	9	40,28	4	17,14	9	38,69
TOTAL	19	111,42	25	115,83	25	111,80	23	98,54	25	107,47

FONTE: CIS/SEADE

* - Coeficiente por 100.000 habitantes

POPULACAO:

1976	- 17052
1980	- 21583
1981	- 22345
1982	- 23340
1986	- 23262

TABELA 55

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECIFICA
PARA FAIXA ETARIA DE 20 A 49 ANOS, NO MUNICIPIO DE COTIA, NOS ANOS 76, 80, 81, 82 e 86.

ANOS	1976		1980		1981		1982		1986	
CAUSAS	N DE	COEF. #	N DE	COEF. #	N DE	COEF. #	N DE	COEF. #	N DE	COEF. #
	OSTOS		OSTOS		OSTOS		OSTOS		OSTOS	
Demais acidentes	10	48,56	8	30,88	3	11,06	3	10,4	-	-
Demais externas	9	43,70	-	-	2	7,37	2	7,0	-	-
Acidentes de veiculos	8	38,85	16	61,75	21	77,42	25	87,0	20	66,2
le motos										
Sintomas e est. morb. mal	8	38,85	1	3,86	2	7,37	2	7,0	-	-
definidas										
Doencas isquemicas do	6	29,13	9	34,74	10	36,87	8	27,9	8	26,5
coracao										0,0
Tumor maligno	5	24,28	10	38,60	4	14,75	3	10,4	11	36,4
TBC do aparelho respira-	5	24,28	3	11,58	2	7,37	-	-	-	-
torio										0,0
Doencas cerebrovasculares	4	19,42	3	11,58	9	33,18	6	20,9	10	33,1
Outras formas de doenca	4	19,42	7	27,02	2	7,37	8	27,9	-	-
do coracao										
Pneumotica	4	19,42	-	-	2	7,37	1	3,5	8	26,5
Homocidios	2	9,71	4	15,44	7	25,81	8	27,9	7	23,2
Cirrose hepatico	2	9,71	4	15,44	6	22,12	1	3,5	-	-
Trissomias	1	4,86	-	-	1	3,49	2	7,0	-	-
Demais	29	140,82	21	81,05	22	81,11	27	94,0	39	129,0
TOTAL	97	471,01	86	331,92	93	342,87	96	334,20	103	340,75

FONTE: CIB/SEADE

- Coeficiente por 100.000 habitantes

POPULACAO:	1976	- 20594
	1980	- 25910
	1981	- 27124
	1982	- 28725
	1986	- 30227

TABELA 56

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECIFICA
PARA FAIXA ETARIA DE 50 ANOS OU MAIS, NO MUNICIPIO DE COTIA, NOS ANOS 76, 80, 81, 82 e 86.

ANOS	1976		1980		1981		1982		1986	
CAUSAS	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *	N DE	COEF. *
	OBITOS		OBITOS		OBITOS		OBITOS		OBITOS	
Doencas cerebrovasculares	31	635,90	48	777,71	34	524,37	41	597,1	51	687,2
Sintomas e est. morb. mal	18	369,23	9	145,82	4	61,69	6	87,4	-	-
definidas										
Tumores malignos	17	348,72	32	518,47	31	478,10	33	480,6	34	458,2
Doencas isquemicas do	16	328,21	27	437,46	43	663,17	57	830,2	41	552,5
coracao										
Outras formas de doenca	10	205,13	18	291,64	23	354,72	28	407,81	22	296,5
do coracao										
Pneumonia	8	164,10	10	162,02	3	46,27	6	87,4	14	188,7
Teb. do ap. respiratorio	6	123,08	2	32,40	1	15,42	-	-	-	-
Bronquite, enfisema e asma	5	102,56	5	81,01	2	30,85	3	43,7	-	-
Doencas hipertensivas	5	102,56	7	113,42	11	169,65	5	72,8	-	-
Diabetes mellitus	2	41,03	4	64,81	8	123,38	6	87,4	-	-
Acidentes de veiculos	2	41,03	11	170,22	11	169,65	8	116,5	-	-
e motos										
Demais acidentes	1	20,51	2	32,40	1	15,42	4	58,3	-	-
Cirrose hepatica	1	20,51	5	81,01	-	-	6	87,4	-	-
Demais	26	533,33	40	640,09	57	879,09	37	538,9	97	1307,1
TOTAL	148	3035,90	220	3564,48	229	3531,77	240	3495,48	259	3490,10

FONTE: CIS/SEADE

* - Coeficiente por 100.000 habitantes

POPULACAO:	1976	-	4875
	1980	-	6172
	1981	-	6484
	1982	-	6866
	1986	-	7421

Incidência de doenças imunopreviníveis

A tabela 57 apresenta o número de casos das doenças imunopreviníveis no município de Cotia, nos anos de 75 a 88.

TABELA 57

INCIDÊNCIAS DE DOENÇAS IMUNO PREVINEIS NO MUNICIPIO DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, DE 1975 A 1988.

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Varicela	31	41	48	...	2	6	1	...	...	...	-	-	-	-
Poliomielite	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tétano	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Difteria	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - UNIDADE INTEGRADA DE COTIA

Os dados apresentados mostram, para a poliomielite e difteria, o desaparecimento de casos, a partir de 78. Um único caso de tétano é relatado após 1976, que mostrou, na investigação epidemiológica, se tratar de imigrante de área rural, recém chegado ao município, que havia sofrido um pequeno ferimento no pé e não havia procurado assistência.

Outros indicadores

a) abastecimento de água e esgoto

O município de Cotia no início da década de 70, possuía uma rede de água que cobria apenas 30% de sua população urbana. Em 1984, o dado fornecido pela SABESP, indicava que 60.32% dos domicílios urbanos eram servidos por água. Os últimos dados levantados em 1987, mostram que já se alcançou 70% de cobertura da população urbana.

A rede de esgoto mostra uma situação inversa, a informação de cobertura da população em 1984, era de 1.47%, não tendo sido ampliada essa cobertura, recentemente.

b) indicadores socio-econômicos da população

Os indicadores socio-econômicos da população discutidos no

capítulo referente ao Cenário Municipal, mostram uma melhoria dos padrões de renda familiar nos dois últimos censos, diminuindo o percentual de famílias na faixa de menos de 1 salário mínimo. Mesmo assim, 62.3% das famílias, percebem menos de 5 salários mínimos e a renda percapita em salários mínimos, é estimada em 1.33 para o ano de 1980.

Esse fato tem explicação no processo de urbanização e industrialização que o município sofreu nas últimas décadas, propiciando a formação de camada média mais numerosa ligada aos setores secundário e terciário da economia, que foram os que mais cresceram na última década (tabela 1).

DISCUSSÃO SOBRE IMPACTO NO SISTEMA LOCAL

Os indicadores apresentados no tópico anterior revelam uma melhoria do nível de saúde na área, que pode ser sintetizada nos seguintes pontos:

- melhoria dos indicadores gerais de saúde, mortalidade geral e proporcional.

- queda significativa do coeficiente de mortalidade infantil no período, invertendo a relação de seus componentes infantil tardio e neonatal.

- alteração das principais causas de óbito na faixa de menor de 1 ano, com diminuição das enterites e pneumonias e elevação relativa das causas perinatais e anomalias congênitas.

- ausência de óbito ligado às complicações de gravidez, parto e puerpério na faixa de 20 a 49 anos.

- ausência de casos de doenças imunopreveníveis no período, a partir de 78.

- diminuição de óbitos ligados às causas infecciosas em todas as idades e ausência, nos anos de 82 e 86, de óbitos por tuberculose pulmonar.

Na discussão desses dados, pode-se enumerar três tipos de causas eficientes, que influenciaram nesse impacto positivo na saúde, relacionadas a : saneamento básico ambiental, condições socio-econômicas da população e serviços de saúde.

Em cada um dos indicadores da situação de saúde, esses três tipos de causas eficientes, agiram de maneira sinérgica. Um estudo e a quantificação dessas causas eficientes, através de modelo de avaliação de impacto, como já assinalamos, foge do eixo central do trabalho. Esse fato de um lado, limita afirmações mais conclusivas sobre o peso desses fatores mas por outro lado, o volume de informações recolhidas na área de serviços de saúde, permite inferir algumas afirmações ou mesmo ponderar parte desses resultados, como ação direta do sistema local desenvolvido em Cotia.

Neste sentido, o autor elegeu alguns dos resultados obtidos na melhoria dos indicadores, que pudessem estar relacionados com um peso maior com a atuação dos serviços de saúde na área.

A primeira inferência está relacionada à cobertura vacinal e o desaparecimento da incidência de doenças imunopreveníveis, onde se pode afirmar que o peso relativo ao serviço é total.

A segunda inferência está relacionada à queda da mortalidade infantil, com a mudança dos perfis de causas, o desaparecimento da tuberculose como causa de óbito, a partir de 82, e a ausência de óbito por causa materna. Aqui, o peso das ações de saúde é menor do que no item anterior, mas a correlação dos dados apresentados da dinâmica dos serviços, nos faz crer que é bastante intensa sua influência sobre esses indicadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

As considerações finais e sugestões que o autor deseja fazer, tem como objetivo, à partir dos aspectos mais relevantes observados no estudo de caso, contribuir para a reflexão de outros sistemas locais e em especial de proposta de viabilização do Sistema Único de Saúde em curso no Brasil.

Os aspectos mais relevantes observados pelo autor na experiência de Cotia que merecem esse tratamento, podem ser assim caracterizados:

- a nova relação público-privado estabelecida pelo projeto sugere como proposta alternativa a possibilidade de incorporação das instituições filantrópicas" (Santas Casas) no sistema único vislumbrando outro tipo de inserção social para estas instituições frente ao Sistema Único de Saúde.

- a efetividade de uma instância gerencial do sistema local de caráter técnico-operacional desenvolvida pelo projeto, sugere uma reflexão sobre as estratégias do processo de municipalização dos serviços em curso.

- o desenvolvimento de um centro de treinamento e capacitação como parte integrante das estruturas de viabilização e qualificação dos sistemas locais, definindo perfis de profissionais mais adequados ao modelo assistencial e à integralidade das ações de saúde.

- o sistema de informação gestado pelo projeto, à partir do núcleo de vigilância epidemiológica sugere, a formalização e extensão nesse nível, de uma unidade assessora de planejamento e investigação capaz de manter uma retro-alimentação para as decisões e definições das ações programáticas para o espaço local.

Quanto ao primeiro aspecto, a experiência pode ser vista como única. A relação público-privada encontra em Cotia um grau de otimização dos recursos dado pela característica privada de sua forma de administração e sua estreita vinculação ao caráter público de serviço de saúde, no seu sentido mais amplo.

A experiência pensa a idéia de filantropia enquanto instituição incorporando uma visão moderna de direito à saúde e de universalização do atendimento.

Nesse sentido estender a redefinição do papel das Santas Casas frente ao sistema único, dentro dessa lógica, vai depender de estratégias efetivas pelo setor público. Os pontos que o autor vê como fundamentais para a extensão desse tipo de proposta estão ligadas a:

- revisão das atuais formas de financiamento do setor para fazer frente ao desenvolvimento dos sistemas locais;

- a incorporação pelas instituições filantrópicas existentes de uma visão mais coletiva e social de seu novo papel

frente ao sistema único;

- fortalecimento gerencial e técnico com estratégia deliberada do sistema único.

Quanto ao segundo aspecto o autor vê como fundamental a definição de uma instância de gerência única, capaz de conduzir técnica-operacionalmente o sistema local de saúde.

Essa visão leva em consideração a capacidade de absorção real das concepções do sistema único e de estruturas mais complexas como o hospital, dentro do contexto político administrativo do espaço local.

O vazio criado na proposta atual entre a instância regional, que assume mais os aspectos técnicos-administrativos e as secretarias municipais ou departamentos de saúde ao nível local, não tem encontrado respostas nas comissões inter-institucionais do sistema.

O processo de municipalização de serviços torna-se um processo de "prefeiturização" de serviços, estabelecendo uma lógica mais clientelista e assistencialista às propostas de intervenção do sistema único.

As dificuldades de compatibilização de interesses das instituições e de incorporação das atuais propostas do sistema único tem gerado a nível das instâncias locais (CIMS), conflitos e impasses na maioria das vezes de difícil solução a nível do contexto local.

A existência dessas dificuldades não devem caminhar no sentido de restringir a participação das estruturas locais mas devem ser vista como elementos importantes no estabelecimento de estratégias mais adequadas para a viabilização desse processo de municipalização. O caso de Cotia demonstra a necessidade frente ao contexto local da criação desta instância técnica-operacional, definindo uma direção única nos serviços no espaço local.

O terceiro aspecto relativo a constituição de um núcleo de treinamento e capacitação como parte integrante da estrutura de serviço, como demonstra a experiência de Cotia, viabiliza uma política de recursos humanos para a implementação dos sistemas locais.

Esta alternativa vai a favor de uma visão descentralizada da formação e capacitação dos recursos humanos. A visão centralista das atuais políticas públicas nessa área não tem conseguido dar resposta às demandas do setor. Esta centralização além de deslocar os perfis e necessidades de formação de profissionais de saúde tem limitado a experiência a nível local, restringindo novas formas de conceber tanto a assistência como a educação em serviço.

Na área de profissionais universitários isto fica mais claro

através da formação destes, em serviços ligados à universidade, a maioria de nível terciário, gerando, cada vez mais, expectativas negativas quanto às propostas de um modelo assistencial local.

O caminho experimentado pelo projeto, permite ainda afirmar que este núcleo integrado de ensino contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento de uma cultura institucional mais aberta ao enfoque coletivo e às propostas do sistema único de saúde.

Por último o autor gostaria de considerar e propor a nível da experiência de Cotia, a formalização de uma estrutura de planejamento e investigação que pudesse desenvolver uma melhor coordenação técnica do sistema de informação e vigilância epidemiológica no sistema local de saúde.

Este aspecto para o autor se constitui num dos principais pontos para a estratégia de vinculação das ações programáticas ao perfil epidemiológico e social do espaço local.

A experiência de Cotia mostra a existência de um embrião deste núcleo, trabalhando ainda de maneira artesanal estas questões. Talvez aí a ligação com a Faculdade de Saúde Pública do projeto possa encontrar um apoio mais efetivo para sua estruturação e organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- NOVAES, H. M. - Contribuição ao estudo de ações integradas em serviços de saúde. São Paulo 1989 -[Tese Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública da USP]
- 2- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. XL Reunión do Comité Regional OPAS/OMS - Washington ,DC, 1989 [mimeografado]
- 3- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília,DF, Imprensa Oficial do Estado ,1988.
- 4- ALMEIDA, C.M. - Os Atalhos da Mudança na Saúde do Brasil. Serviços em nível local. 9 estudos de caso, Uma análise comparativa. OPS/OMS, Brasil,1989.
- 5- ANDRE, M.E.D.A.- Estudo de caso: seu potencial na educação. Cad. Pesq., (49): 51-54 , 1984
- 6- RODRIGUES, M.A. - A integração docente assistencial, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. A experiência de Cotia- São Paulo,1986. [Dissertação de mestrado -Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 7- LOGIODICE,M.R.-et al - Estudo de Caso Cotia , São Paulo, 1988,[mimeografado].
- 8- BANCO MUNDIAL - Apraisal- projeto da Região Metropolitana de São Paulo ,São Paulo,1984.
- 9- ADELMAN, et al,1976 Apud , Estudo de Caso, seu potencial na Educação, Cad. Pesq., (49) 51- 54, 1984.
- 10-GOODDE, J. W.& HATT, P. K . Métodos de pesquisa social.7a. ed. São Paulo,Ed. Nacional, 1979.
- 11-CASTRO, C. M. Prática de pesquisa.São Paulo,Mc Graw Hill do Brasil,1978
- 12-ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD : Sistemas locales de salud. El proceso de autoevaluacion de um sistema local.Resolucion XV del XXXIII Consejo Directivo. Washington D.C.,1990 [mimeografado].
- 13-COHEN,E.& Franco,R. Evaluación de projetos sociales.1a. ed. ILPES/ONU, Washington, D.C., 1978.
- 14-FERRARA, M.& Zincone, G. La salute che noi pensiamo,Bologna, Società Editrice Malino, 1986.

- 15-AZEVEDO, A.C. Contribuição a metodologia de análise de hospitais complexos, São Paulo, 1989, [Tese de Livre Docência Faculdade de Saúde Pública da USP]
- 16-FOSTER, C. L. Overview of Hospital. Journal of the Medical Association of Georgia Apud Azevedo, A.C. Contribuição a metodologia de análise de Hospitais complexos. São Paulo, 1989 [Tese Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública USP]
- 17-MURESAN, P. Aspectos internacionais de economia sanitária. Rio de Janeiro, 1984, PESSI, PEPPE.
- 18-NAVARRO, V. Ideologia y ciencia : el caso de la medicina. Rev. Tranción 17: 24-29, 1980.
- 19-TIMIO, M. Clases sociales y enfermedades, introducción a una epidemiología diferencial. Mexico, Ed Nueva Uimagen, 1979.
- 20-HART, J.T. The inverse care law, Lancet. 1:405-412- 1971
- 21-MENDES, E.V. Sistemas locais de saúde, Brasília, OPS,
- 22-FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canadá, E.U.A., Carnigie Foundation for Advancement of Teaching, 1910.
- 23-DOWSON, B. Informe sobre el futuro de los servicios médicos e afines, 1920. and Novaes, A.M. Contribuição ao estudo de ações integradas em serviços de saúde. São Paulo, 1989 [Tese de Livre Docência] 1989. [mimeografado]
- 24-FOX, D.M. & Flexneris, A. Unpublished Report : Foundations and Medical education, 1909 1928. Bull Hist Med 54:475-482, and Novaes, A.M. Contribuição ao estudo de ações integradas em serviços de saúde. São Paulo, 1980 [Tese Livre Docência].
- 25-NAVARRO, V. The crisis of western system of medicine in contemporary capitalism. Int. J. Health, 8:179-211, 1978.
- 26-MENDES, E.V. Evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG/ FINEP, 1984.
- 27-MACEDO, C.G. La Universidad y Salud para todos en el año 2000. Bol. Ofici. sanit. panamer. 99: 209-216, 1985
- 28-RAMOS, R. Integração sanitária. doutrina e prática. São Paulo, 1972 [Tese Livre Docência Faculdade de Saúde Pública da USP.]
- 29-WORLD BANK, Health sector policy paper, Washington, D.C., 1975

- 30-DONANGELLO,M.C.F., Medicina e Sociedade,São Paulo, Pioneira, 1975 .
- 31-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atención primaria de la salud,Alma Ata, Ginebra, 1978
- 32-TESTA,M.P.Pensamiento estratégico y lógica de programación, el caso de salud. Buenos Aires, 1988.
- 33-CAPOTE,R. O processo de organização e a regionalização dos serviços, OPAS, Washington DC, 1987. (mimeografado)
- 34-VILLAR,H., Marco Conceptual y metodologia para la programación de los SILOS.,Montevideo ,1988 [mimeografado].
- 35-PRADA,H.A. The basic hospital ,Its role in programs for extending health service coverage, Bull. Panamer. Health Org., 13, 325-141, 1979
- 36-OLIVEIRA,V.B., Sistema local de saúde, Washington,D.C.,OPAS,1988 [Série Desarrollo de Servicios de Salud no. 59]
- 37-MINISTERIO DA SAÚDE,Divisão Nacional de Organização de Sistemas de Saúde, Normas e padrões de construção e instalações de serviços de saúde, 2a. ed., Brasília , 1983
- 38-CORDERA,P.A.,Modelos de sistemas de atención medica. Salud publ., Mexico, 28 : 230-41, 1986.
- 39-CARVALHO,L.F. Hospital: unidade nucleadora numa estratégia de cuidados primários de saúde, Rev. paul. Hosp., 33 (11/12):268-71, 1985.
- 40-BRAVO,A.L., Planificación Regional de las Instalaciones de Salud. Parte 1 In:KLECKOWSKI,B.M.& PIBOLEAUIRI Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en países en desarrollo,Washington, D.C. OPAS, 1979, p 9-28.
- 41-RIOS MAZURE,J., Planificación regional de las instalaciones de salud. Punto de Vista del Arquitecto. Parte II,In:KLECKOWSKI,B.M.& PIBOLEAU,R. Criterios de Planificación y Diseño de Instalaciones de atención de la salud en países en desarrollo,Washington,D.C.,OPAS,1979,v.1.29-26
- 42-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Report of the Who Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level,Genabra,1985,[WHO/SHS/EC/85/WP/II.A.3.(a).]
- 43-LEE, T., P.et al, Impact of Interphysician Communication on the Effectiveness of Medical Consultations.Amer.J Med., 74: 106-112,1983.

- 44-GENTILE,C.M., O sistema de saúde em crise, São Paulo,CEBES , Hucitec, 1981.
- 45-CAPOTE,R.M., La dispensarization: concepto, principio y procesos de aplicacion. Washington,D.C., 1986, anexo A,[mimeografado],
- 46-ROUX,B.et al, Participacion social en los sistemas locales de salud. Washington,D.C.,OPS,1988, [Serie Desarrollo de Servicios de Salud. 35]
- 47-OSLACK,D.et al, Descentralização de serviços de saúde de Buenos Aires, 1988 [mimeografado]
- 48-DRAIBE,S.M,O welfare. State no Brasil. características e perspectivas,Campinas, 1988 [Trabalho apresentado no XII Encontro Dinal de ANPOCS]
- 49-O Donnell, G., O estado burocrático autoritário,São Paulo,1987, Editora Vozes.
- 50-PROGRAMA DE AÇÃO DO GOVERNO, Setor Saúde , Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves, 1984,[mimeografado]
- 51-CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE,8a.,Brasília, D.F.,1988
- 52-FABIANI,E.et.al,São Paulo,IESP,FUNDAP,1986 Recessão e financiamento das políticas sociais.
- 53-COUTINHO,M.& Salm.C,Previdencia social, In:Bacho,E.L.& Klein,H.B.,org. A transição incompleta,Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976
- 54-VIANNA.S.M., Papel do orçamento Fiscal no Financiamento do Sistema Unico de Saúde,apresentado no Seminario sobre Financiamento do SUDS- Sec.Saude São Paulo ,São Paulo, 1988 [mimeografado].
- 55-CORDEIRO, H.,Financiamento do SUS. Perspectivas para consolidar a unificação e a descentralização,apresentado no "Seminario sobre Financiamento dos SUDS"- Sec.Saude São Paulo,São Paulo,1988,[mimeografado]
- 56-MINISTERIO DA SAUDE, Lei 6229,DRASILIA,1975
- 57-MINISTERIO DA SAUDE,Considerações sobre de saúde no Brasil, [apresentado no 1o. Congresso de Saúde Pública] São Paulo,1977.
- 59-SILVA,P.L. Atenção a saúde como politica governamental, São Paulo,[Dissertação de Mestrado,Faculdade de Ciências Sociais, UNICAMP],1980

- 60-INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA E PREVIDENCIA SOCIAL
R. Janeiro/ INAMPS em dados, 1978-1982, Brasília, 1982
Depto. de Informatica.
- 60-SANTOS, N.R., Aspectos de organização e implantação do PIASS.
IV Congresso Brasileiro de Higiene e I Congresso Paulista
de Saúde Pública. SP. Outubro/77-
- 61-CIPLAN , Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Prev
Saúde - Brasília 1950.
- 62-MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL, Movimentação da
Assistência a Saúde no âmbito da Prev. social 2. ed.
Brasília, D.C. 1982.
- 63-MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL, MINISTERIO DA
SAÚDE, MINISTERIO DA EDUCACAO E CULTURA . Ações Integradas
de Saúde , Brasília, 1984.
- 64-MERCADANTE, O., Modelo assistencial: conceito e
operacionalização, São Paulo, 1987 [mimeografado]
- 65-SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SÃO PAULO, Reforma
administrativa, São Paulo, 1968.
- 66-SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SÃO PAULO, Documento sobre o
Sistema Estadual de Saúde, São Paulo, 1978 [mimeografado]
- 67-SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SÃO PAULO, Programa
Metropolitano de Saúde , São Paulo, 1984 [mimeografado]
- 68-SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SÃO PAULO, Relatorio de
Atividades SUDS Regional, 1988, São Paulo, 1988.
- 69-GERAIGES DE LEMOS, A.I., Cotia e sua participação no
conjunto da faixa periférica da Metrópole Paulistana, São
Paulo, 1972 [Dissertação Tese de Mestrado], Faculdade de
Filosofia Ciência e Letras-USP.
- 70-GERAIGES DE LEMOS, A.I., O processo de metropolização da cidade
de São Paulo e a transformação de seus arredores: o exemplo
do município de Cotia -São Paulo, 1986
- 71-VIOTTI, E.C., " Cotia e Itapeverica da Serra, Subúrbios
Agrícolas". Em A cidade de São Paulo - estudo da geografia
urbana , Ed. Wae. São Paulo, 1958.
- 72-BAFILE, P. et al, No caminho da cidade , São
Paulo, 1986, [mimeografado]
- 73-MARQUES, F.A., As Ferrovias de São Paulo, 1870-1940, São
Paulo, Hucitec. INL .MEC, 1981. [Coleção de Estudos
Historicos]

- 74-MORAES,R.B.; Contribuições para a historia do povoamento em São Paulo até fins do século XVIII. Em Geografia, Ano I, no.1, São Paulo, 1935, p. 79.
- 75-SAITO,H. Cooperativismo na região de Cotia, Editora Soc. e Pol., São Paulo, 1956.
- 76-PETRONE,P.,O povoamento antigo e a circulação In A Baixada Santista, Aspectos Geograficos, São Paulo, Ed. USP, 1965.
- 77-FUNDAÇÃO IBGE.Censo Demografico,Resultados Preliminares:São Paulo, Rio de Janeiro,1982, v.1. t.3,n.4.[9o. Recenseamento Geral do Brasil,1980]
- 78-LANGENBUCH,J.R.,A Estruturação da Grande São Paulo - Estudo de Geografia Urbana ,Rio de Janeiro, Fundação IBGE, 1971.
- 79-FALCÃO,P. Coronelismo de Estado, Folha de São Paulo , 1987.p.3
- 80-PREFEITURA MUNICIPAL DE COTIA,Relatório de Atividades Gestão,1956
- 81-PRADO,E.J.A.,Investigação sobre o surto de varíola no município de Cotia - Xerox, 1926.
- 82-SANTOS,I. Inspeção Sanitaria de Cotia - Inst. de Higiene de São Paulo, 1928.
- 83-MUNICIPIO DE COTIA,Faculdade de Saude Publica- USP , 1968 [Trabalho de Campo multi profissional].
- 84-PEDROSO,O.P., Coordenacao das atividades de assistencia hospitalar, Anais do primeiro Congresso Nacional de Hospi-
- 85-BRIDGMAN,R.F. Hospital Rural, sua estrutura e organização. Associação dos Hospitais de M.B., 1970 - [Tradução de WHO - Monograph Series no. 21, Genebra 1955.]
- 86-MASCARENHAS,R. & Castro, P.C. - Coordenacao das atividades dos órgãos locais de Saúde Pública e assistencia hospitalar- Anais do 1o. Congresso Nac. de Hospitais. I vol. pp.305-312- ABH (RJ, 1955).
- 87-PEDROSO, O.P.- Hospital Dona Carolina,São Paulo,1959, [Tese para Catedra,Faculdade de Higiene e Saude Publica da USP]
- 88-YUNES,J. Evolução da mortalidade infantil e mortalidade proporcional no Brasil - São Paulo, 1981.
- 89-JATENE,A.D. Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. São Paulo, 1980 [mimeografado]

- 90-BUEDES, J.S. et al- Assistência a saúde na região metropolitana de S.Paulo., Brasil, 1981.
- 91-WORLD BANK, Relatório 4.447 A BR - Programa de Saúde na Região Metropolitana de S.P., 1984.
- 92-PROJETO ITAPECERICA DA SERRA, Distrito Docente Assistencial, Faculdade de Saúde Pública da USP - Fundação Kellogg, 1985.
- 93-SECRETARIA DA SAÚDE, 1983/1984- Programa Metropolitano de Saúde, primeira fase SP - 2 vol. + mapas (doc. técnico, 1/84).
- 94-DUARTE, M.C.R., Os espaços flexíveis da residência médica em Cotia. Projeto Itapequerica da Serra FSP/USP, mimeo 1984.
- 95-ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA, Residência médica em Cotia: uma reflexão sobre sua história e perspectivas para o futuro, [mimeografado]
- 96-JEAVON, R., The financing and provision of Health Care in the United Kingdom - in Seminário sobre financiamento do SUDS - Secretaria da Saúde - São Paulo, Agosto 1988 pg 19-65.
- 97-VIANNA, S.M., O papel do Orçamento fiscal no financiamento do Sistema Único de Saúde" in Seminário sobre financiamento do SUDS - São Paulo, Agosto 1988. pg 185-208.

ANEXOS

300

TABELA 6

POPULACAO TOTAL POR INSTITUICOES E FAIXA ETARIA - COTIA, MARGEM G. PAULISTA E CAUCAIA DO ALTO DE 1970 A 1989.

ANO	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
POPULACAO TOTAL	30924	33146	35543	38127	40915	43923	47169	50671	54451	58531	62952	66225	69225	72482	75940	79608	82101	84733	87500	90444
DISTRITO DE PAZ COTIA	21270	23057	24984	27073	29336	31709	34446	37326	40447	43828	47505	50600	52265	54724	57335	60104	61986	63973	66069	68285
SEDE	13050	14087	16240	17590	19069	20663	22390	24262	26290	28400	30670	32500	33972	35571	37268	39068	40291	41583	42948	44385
EM 21-29	7420	8070	8745	9476	10268	11126	12056	13064	14156	15340	16627	17500	18293	19153	20067	21036	21695	22391	23124	23900
DIST. DE PAZ C. DO ALTO	4564	4664	4766	4870	4977	5086	5198	5311	5428	5547	5670	5997	6321	6606	7065	7475	7709	8113	8461	8821
DIST. DE PAZ V.B.P.	5002	5426	5792	6184	6602	7048	7525	8033	8576	9156	9777	10228	10639	11072	11540	12029	12326	12647	12970	13330
SEDE																				
até 1 ano	429	465	503	546	591	641	694	752	815	883	957	1007	1053	1103	1155	1211	1249	1289	1331	1376
- 4 anos	1671	1830	1983	2149	2320	2523	2734	2962	3210	3478	3770	3960	4148	4343	4550	4770	4920	5077	5244	5419
- 14 anos	3720	4034	4372	4737	5133	5562	6027	6531	7077	7669	8312	8749	9145	9576	10032	10517	10846	11194	11561	11949
- 49 anos	6597	7130	7738	8380	9062	9842	10664	11556	12522	13549	14787	15480	16181	16942	17751	18600	19191	19866	20454	21141
50 + anos	1404	1520	1647	1784	1934	2095	2270	2460	2666	2889	3131	3295	3445	3607	3779	3961	4086	4216	4355	4501
TAL	13050	14087	16240	17590	19069	20663	22390	24262	26290	28400	30670	32500	33972	35571	37268	39068	40291	41583	42948	44385
EM 21-29																				
até 1 ano	230	250	271	294	318	345	374	405	439	476	515	542	567	594	622	652	673	694	717	741
- 4 anos	907	985	1068	1157	1254	1358	1472	1595	1728	1873	2030	2137	2234	2339	2450	2569	2649	2734	2823	2910
- 14 anos	2000	2172	2354	2551	2764	2995	3246	3517	3811	4129	4476	4711	4924	5156	5402	5663	5840	6020	6225	6434
- 49 anos	3530	3844	4165	4513	4891	5299	5742	6222	6743	7306	7919	8335	8713	9123	9550	10020	10333	10665	11014	11383
50 + anos	753	810	887	961	1041	1120	1223	1325	1435	1555	1686	1774	1855	1942	2035	2133	2200	2270	2345	2423
TAL	7420	8070	8745	9476	10268	11126	12056	13064	14156	15340	16627	17500	18293	19153	20067	21036	21695	22391	23124	23900
CAUCAIA																				
até 1 ano	141	145	148	151	154	158	161	165	168	172	176	186	196	207	219	232	241	251	262	273
- 4 anos	557	569	582	595	608	621	635	649	663	677	692	732	772	816	863	913	951	991	1033	1077
- 14 anos	1229	1256	1283	1311	1340	1369	1399	1430	1461	1493	1524	1614	1702	1800	1902	2012	2097	2184	2278	2375
- 49 anos	2174	2221	2270	2320	2371	2423	2476	2530	2585	2642	2701	2854	3011	3185	3365	3560	3710	3864	4030	4201
50 + anos	463	473	483	494	505	516	527	539	550	562	575	600	641	670	716	750	790	823	858	894
TAL	4564	4664	4766	4870	4977	5086	5198	5311	5428	5547	5670	5997	6321	6606	7065	7475	7709	8113	8461	8821
V.B. PAULISTA																				
até 1 ano	150	160	180	192	205	218	233	249	266	284	320	310	317	315	315	313	305	298	290	284
- 4 anos	621	662	707	755	806	861	919	981	1047	1118	1329	1323	1317	1311	1306	1299	1268	1237	1206	1177
- 14 anos	1360	1461	1559	1665	1777	1897	2026	2163	2309	2465	2357	2469	2587	2709	2839	2975	3044	3116	3191	3272
- 49 anos	2421	2584	2759	2945	3144	3357	3584	3826	4085	4361	4930	5171	5422	4608	5973	6277	6483	6701	6944	7164
50 + anos	515	550	587	627	669	715	763	815	870	928	901	947	996	1051	1107	1165	1226	1295	1364	1441
TAL	5002	5426	5792	6184	6602	7048	7525	8033	8576	9156	9777	10228	10639	11072	11540	12029	12326	12647	12970	13330
TOTAL																				
até 1 ano	959	1020	1102	1182	1260	1362	1462	1571	1688	1814	1968	2054	2133	2219	2311	2408	2468	2533	2600	2674
- 4 anos	3776	4047	4310	4635	4996	5363	5759	6187	6648	7147	7822	8160	8470	8809	9169	9550	9788	10039	10304	10592
- 14 anos	8325	8923	9560	10264	11014	11824	12698	13641	14658	15756	16672	17543	18358	19241	20175	21167	21827	22522	23254	24029
- 49 anos	14729	15780	16929	18160	19480	20921	22466	24135	25935	27870	30265	31842	33327	33850	36447	38445	39717	41036	41305	43090
50 + anos	3136	3361	3604	3866	4149	4454	4783	5130	5521	5935	6293	6625	6937	7278	7637	8018	8391	8685	8921	9260
TAL	17845	19149	20533	22026	23637	25374	27249	29273	31456	33813	36350	38467	40263	41136	42284	44482	46618	49640	52226	53149
TAL	30924	33146	35543	38127	40915	43923	47169	50671	54451	58531	62952	66225	69225	71404	75940	79608	82101	84733	86387	90444

ANEXO 1 - FONTES DE RECEITA DA ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA. VALORES NOMINAIS EM MOEDA CORRENTE, 1975 A 1988.

FONTES DE RECEITA	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
I. DOACOES	254169	1745737	4442753	2955600	8945396	12841195	18815492	15832259	8815231	107953852	609646584	4152971	10394727	33746939
1.Publico(Fed.,Est.e Mun.)	0	779382	3792000	2850000	3139904	4723395	7408263	10348690	2578110	72910000	170000000	900000	0	2800000
2.Associados	14169	0	144904	0	176000	377371	598896	1517239	4262635	8361320	15826242	48423	70040	203150
3.Fundacoes Privadas (Kellogg's)	0	0	0	0	4105225	7244589	9467579	3082123	0	0	308185359	3123548	10168485	2494388
4.Particulares(Campanhas de Fundos+Donativos)	240000	966355	585849	905600	1529787	495840	1408754	92278	1974486	26682532	35720983	1000	355482	29049401
II. OPERACAO DOS SERVICOS	280584	1717089	6087857	4458646	10071259	25414131	61539496	169244689	247260454	880712476	3827845892	14733148	64824581	323221548
1.Particulares	0	0	63600	0	107746	202016	408584	877285	1052264	1330268	2341838	3287	1000	816842
2.Convenios Estado	232584	739382	1973197	1763197	5128251	9023312	29538339	66728216	163568567	390465400	1500577338	4216179	23833394	45974443
.CSC	232584	739382	1973197	1763197	4319151	7975776	28125543	64551456	161198799	380244592	1566774384	3914838	23833394	45974443
.CAH	0	0	0	0	809100	1047536	1412796	2176760	4361768	10218000	13802946	302149	0	0
3.Inamps	0	768107	3726060	2224068	5443652	13763564	25361407	92966542	172279550	456942159	2035338299	9943163	46776509	265781521
4.Convenio com Empresas	0	0	0	183381	191710	1744489	5889614	6485925	6342741	24420768	165765915	498245	1996187	10485221
5.Funrural	40000	209600	325000	360000	(n)	678750	1061550	480000	0	0	0	0	0	0
6.Acid.de Trabalho	0	0	0	0	0	0	0	1566001	2833332	7353801	19952599	68832	217491	163521
7.Inssae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23877911	11442	0	0
III.RECEITAS FINANCEIRAS E DIVERSOS				196567	556927	3533791	7465330	7251224	22151535	28425039	903084997	467932	4941773	266690990
TOTAL	534753	3462826	10530610	7602821	20373882	41789117	87820318	191528263	378235220	1017091367	5340576673	19354051	82361081	623659477

(n) - A receita foi computada juntamente com o INAMPS.

FONTE - Balanco financeiro e registro contabeis da A.H.C.

QUADRO 2 - FONTES DE RECEITA DA ASSOCIACAO HOSPITAL DE COTIA EM VALORES A PREÇOS REAIS DE 1980, DE 1975 A 1988.

FONTES DE RECEITA	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
I. DOACOES	14035	71257	128366	61293	120438	86443	68329	24653	5688	21696	37641	105847	83129	33747
1.Publico(Fed.,Est.e Mun.)	0	31813	109564	42513	42274	31796	23728	16939	1661	14653	10496	24977	0	2000
2.Associados	628	0	4187	0	2298	2540	1920	2488	2747	1680	977	1234	556	203
3.Fundacoes Privadas (Kellog's)	0	0	0	0	35270	48768	30164	5035	0	0	23963	79610	79785	2494
4.Particulares(Campanhas de Fundos+Donativos)	14036	39444	14666	18780	28596	3238	4517	151	1272	5363	2285	25	2789	29049
II. OPERACAO DOS SERVICOS	16398	70087	175899	92297	146365	171080	197310	277560	223735	177004	236340	375304	524323	223222
1.Particulares	0	0	1838	0	1451	1260	1567	1439	678	267	145	84	0	817
2.Convenios Estado	13588	30180	57012	26565	69044	68742	94711	109434	106675	78475	97589	167458	187003	45974
.CSC	13393	30180	57012	26565	58150	53691	90181	105844	103865	76421	96736	99757	187003	45974
.CAH	0	0	0	0	10893	7052	4530	3578	2860	2054	852	7701	0	0
3.Irreiros	0	21352	167458	46123	73290	92652	81318	152465	111004	91835	125666	253421	319943	265782
4.Convenio com Empresas	0	0	0	2144	2581	11757	16319	10963	4087	4948	10235	12495	15663	10485
5.Funeral	2085	8335	9390	7466	0	4569	3404	787	0	0	0	0	0	0
6.Acid.de Trabalho	0	0	0	0	0	0	0	2471	5380	1478	1232	1754	1706	164
7.Iansae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1474	292	0	0
III.RECEITAS FINANCEIRAS E DIVERSOS				4876	7498	23788	23937	11892	14873	5713	5579	11926	38774	266691
TOTAL	31253	141344	304265	159667	274362	281312	281505	314165	243767	284413	329740	493277	646227	623659

FONTE - Balanco financeiro da A.H.C.

DBS - Valores a preços reais de 1980 em R\$1,00

QUADRO 3 - DESPESAS EFETIVADAS POR CATEGORIA DE GASTOS EM VALORES NOMINAIS, 1974 A 1988.

DESPESAS	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
I - INVESTIMENTO	1.289.539	823.187	1.844.650	955.314	2.394.588	2.938.521	1.300.185	2.724.768	4.352.819	13.184.154	7.937.810	241.845.646	185.752	4.249.453	18.647.477
1. Imóveis	1.104.441	478.983	244.490	505.122	2.289.991	2.763.139	1.165.622	2.071.722	3.138.652	7.750.250	7.387.810	221.588.438	152.323	187.956	6.191.144
2. Veículos	0	0	59.746	58.888	12.496	0	0	492.766	0	0	0	200.000	0	198.000	0
3. Equipamentos	0	0	1.139.870	193.918	25.886	38.613	118.367	13.529	17.546	1.650.176	0	19.037.216	1.289	3.684.119	8.492.840
4. Outros	185.098	344.204	398.544	197.386	65.178	136.789	16.116	146.752	1.203.851	3.783.728	430.000	1.046.000	31.289	267.378	3.964.293
II - CUSTEIO			2.384.439	6.586.422	11.157.218	19.775.065	40.725.782	92.450.342	191.390.544	426.551.742	1.173.896.483	4.717.482.312	15.641.190	64.731.389	468.486.473
1. Pessoal			1.943.526	5.252.139	8.445.562	15.401.659	28.021.271	65.661.451	131.982.712	311.145.696	817.614.859	3.419.993.088	12.129.123	42.824.753	371.862.142
2. Insumos			336.532	877.536	2.163.609	4.093.095	9.675.396	28.277.949	43.219.325	93.724.395	278.478.711	1.088.342.783	3.315.546	21.528.750	95.512.322
3. Desp. Fin. + Taxas e Impostos + Administração			104.381	376.747	548.046	280.311	3.629.035	6.510.982	16.248.588	21.681.650	77.882.913	209.145.729	216.529	585.886	1.112.009
TOTAL	1.289.539	823.187	4.249.097	7.461.736	13.551.709	23.713.586	42.825.867	95.175.162	195.742.563	439.735.896	1.181.834.293	4.959.347.938	15.846.958	68.988.842	487.133.950

FONTE - Balanço financeiro da A.N.C.

QUADRO 4 - DESPESAS EFETIVADAS PELA A.N.C. POR CATEGORIA DE GASTOS EM VALORES A PREÇOS REAIS DE 1980, 1975 A 1980.

DESPESAS	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
I - INVESTIMENTO	88.847	48.110	76.111	27.682	49.638	53.826	8.752	8.737	7.137	8.495	1.595	14.938	4.734	33.342	18.647
1. Imoveis	81.145	27.993	10.878	14.595	47.490	50.645	7.847	6.643	5.134	4.994	1.589	12.681	3.988	1.475	6.191
2. Veiculos	0	0	2.439	1.781	280	0	0	1.580	0	0	0	12	0	1.491	0
3. Equipamentos	0	0	44.527	5.683	537	520	797	43	29	1.043	0	1.175	31	28.279	8.492
4. Outros	7.722	20.116	16.268	5.783	1.352	1.841	108	471	1.974	2.438	84	64	796	2.098	3.964
II - CUSTEIO			97.327	187.992	231.378	264.240	274.153	296.438	313.879	274.839	235.927	291.289	399.157	507.899	448.486
1. Pessoal			79.330	151.752	175.144	207.359	188.631	210.535	216.320	200.400	164.322	211.539	309.135	336.614	371.842
2. Total Insumos			13.736	25.355	44.869	55.187	61.893	65.819	70.879	64.389	35.948	67.197	84.583	167.288	95.512
3. Dep. Fin. + Taxas e Impostos + Administracao			4.261	10.885	11.365	3.774	24.438	20.877	26.680	13.970	15.637	12.913	5.519	4.597	1.112
TOTAL	88.847	48.110	173.438	215.975	281.036	219.266	282.905	305.167	321.017	283.334	237.522	384.282	483.891	541.242	487.134

FDNTE - Balanco financeiro da A.N.C.

QBS - Valores a preços reais de 1980 em R\$ 1,00.

TABELA 13

DESPESAS TOTAIS E DE SAÚDE POR CATEGORIAS INVESTIMENTOS E CUSTEIO EFETUADAS NO MUNICÍPIO DE COTIA DE 1975 A 1988 EM VALORES NOMINAIS

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
PREFEITURA DE COTIA														
DESPESAS TOTAIS	24974204	58163496	63966620	93462872	130674844	433779305	326302205	1651455112	3374557710	10236819500	43624330514	164886214	584758793	3084491131
DESPESAS DE SAÚDE	1735004	137924	3378337	4760953	8120278	34256369	34256369	83472648	158186390	475392504	1405308278	5043361	15004661	142623786
INVESTIMENTO	200306	-	345184	15921	-	-	-	-	1172950	24652906	500000000	22785	1941117	15684295
CUSTEIO	1455498	-	3033153	4753832	-	-	-	-	140733440	458740590	905308278	5020576	13140544	126937491

FONTE: BALANÇO PREFEITURA DE COTIA

TABELA 14

DESPESAS TOTAIS E DE SAUDE POR CATEGORIAS INVESTIMENTOS E CUSTEIO EFETUADAS NO MUNICIPIO DE COTIA DE 1975 A 1988 EM VALORES REAIS DE 80

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
PREFEITURA DE COTIA														
DESPESAS TOTAIS	1459578	2371646	1848211	1930351	1759328	2920073	1046246	2708376	2174319	2057373	2693472	4202454	4588170	3804491
DESPESAS DE SAUDE	101446	5630	97612	98898	109327	230604	109839	136895	96718	93544	91707	128540	118358	142624
INVESTIMENTO	16382	0	9974	330	0	0	0	0	756	4935	30871	381	15254	15684
CUSTEIO	85064	0	87638	98568	0	0	0	0	95962	90589	60835	127939	103104	126939

FONTE: BALANCO PREFEITURA DE COTIA

TABELA 19

DESPESAS TOTAIS DE SAUDE POR INSTITUICOES EFETUADAS NO SISTEMA LOCAL DE SAUDE DE 1975 A 1988 EM VALORES NOMINAIS

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
DESPESAS TOTAIS EM SAUDE	2558992	4387021	10040073	18320722	31833844	76282176	129431471	279215211	621637376	1787213193	6928816024	22949238	91812900	736722075
PREFEITURA DE COTIA	1735805	137924	3378337	4768953	8120278	34256369	34256369	83472640	150106390	475393504	1485308278	5043321	15084661	142623786
PREFEITURA DE V.GRANDE P.	-	-	-	-	-	-	-	-	31795090	129985356	404159788	2058927	6947397	106964339
ASSOCIACAO H. COTIA	823187	4249097	7461736	13551769	23713586	42825807	95175182	195742563	439773896	1181834293	4959347958	15846950	68980042	487133950

FONTE: BALANCO FINANCEIRO PREFEITURAS DE COTIA, VARGEM G. PAULISTA E A.H.C.

TABELA 20

DESPESAS TOTAIS DE SAUDE POR INSTITUICOES EFETUADAS NO SISTEMA LOCAL DE SAUDE DE 1975 A 1988 EM VALORES REAIS DE 1988

ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
DESPESAS TOTAIS EM SAUDE	149556	179068	313206	379935	428592	513509	415005	457911	400538	359190	427802	584907	714111	736722
PREFEITURA DE COTIA	101446	5630	97612	98898	109327	230604	109839	136895	96718	95544	91707	128540	118358	142624
PREFEITURA DE V.GRANDE P.	0	0	0	0	0	0	0	0	20486	26124	29893	52476	54511	106964
ASSOCIACAO H. COTIA	48110	173438	215595	281036	319266	282905	305167	321017	283334	237522	306202	403891	541242	487134

FONTE: BALANCO FINANCEIRO PREFEITURAS DE COTIA, VARGEM G. PAULISTA E A.H.C.