**A INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL, REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZA
ÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE COTIA - SÃO PAULO.**

MARIE AZUMA RODRIGUES

Dissertação de Mestrado apresentada
à Faculdade de Saúde Pública da Uni
versidade de São Paulo, Departamen
to de Prática de Saúde Pública, pa
ra obtenção do título de "Mestre em
Saúde Pública".

Orientadora: Prof.^a Dra. Nilce Piva Adami

**SÃO PAULO
1986**

AGRADECIMENTOS

A Prof.^a Dra. Nilce Piva Adami, pela orientação e amizade.

A Prof.^a Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, pelas facilidades concedidas, críticas e sugestões.

Ao Dr. Saulo de Tarso Cardoso, pelas informações, críticas e sugestões.

As enfermeiras Neide Miyako Hasegawa, Helena Akemi Wada e Olívia Teruko Nisie, pelas valiosas informações.

A colega e amiga Cleide Lavieri Martins pela colaboração e incentivo.

Ao pessoal do Projeto Cotia que com o seu trabalho permitiu desenvolver este tema.

SUMARIO

PÁGINA

LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
RESUMO	x
SUMMARY	xi
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	04
3. METODOLOGIA	06
4. PROPOSTA DE EXTENSÃO DA COBERTURA	13
4.1. Antecedentes	14
4.2. Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA)	16
4.3. Regionalização dos serviços de saúde	31
4.4. Hierarquização dos serviços de saúde	52
5. O PROJETO COTIA	69
5.1. Histórico.	70
5.2. Características.	72
5.2.1. Objetivos	72
5.2.2. Programas conveniados	74
5.3. Área de Atuação.	77
5.3.1. Características do assentamento das ati- vidades	77
5.3.2. Características demográficas.	81
5.3.3. Equipamento urbano e serviços públicos.	85
5.3.4. Recursos de saúde e sua distribuição es- pacial.	87
5.3.5. A situação de saúde	87

PÁGINA

5.4. Organização e recursos	95
5.4.1. Estrutura organizacional	95
5.4.2. Recursos técnicos.	101
5.4.3. Recursos humanos	101
5.4.4. Recursos financeiros	102
5.5. Características dos serviços e atividades	105
5.6. O Programa IDA no Projeto Cotia	108
5.6.1. Descrição do Programa	108
5.6.2. Avaliação crítica do Programa IDA em Co tia.	121
5.7. Regionalização e hierarquização no Projeto Co- tia	131
5.7.1. O sistema de saúde e o Projeto Cotia	131
5.7.2. Regionalização	141
5.7.2.1. Pressupostos adotados para a re gionalização em Cotia	141
5.7.2.2. Caracterização regional	145
5.7.2.3. Apreciação da sistemática adota da.	155
5.7.3. Hierarquização	157
5.7.3.1. Requisitos operacionais	157
5.7.3.2. Caracterização da hierarquiza- ção dos serviços.	161
5.7.4. Funcionalidade dos serviços prestados.	166
6. REPRODUTIBILIDADE DO PROJETO COTIA	179
6.1. Características da reprodutibilidade.	180
6.2. O Projeto IDA de Itapeçerica da Serra	181
6.3. O Projeto IDA de Itapeçerica da Serra e o PMS	189
6.4. O CPMS e a Secretaria de Estado da Saúde.	194
6.5. Condições de reprodutibilidade.	199
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	204

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE TABELAS

PÁGINA

1 - Distribuição da população e taxa de urbanização, Cotia e Vargem Grande Paulista, 1970 e 1980. . .	78
2 - Distribuição da população economicamente ativa e razão de dependência, Cotia e Vargem Grande <u>Paulista</u> , 1970 e 1980	82
3 - Alguns indicadores de saúde, Cotia e Vargem <u>Grande</u> de Paulista, 1970 a 1982	91
4 - Coeficientes de mortalidade por causa <u>específica</u> , para menores de um ano, Cotia e Vargem <u>Grande</u> de Paulista, 1970, 1976, 1980 e 1982	94
5 - Coeficientes de mortalidade por causa <u>específica</u> , para 50 anos e mais, Cotia e Vargem Grande <u>Paulista</u> , 1970, 1976, 1980 e 1982	96
6 - Distribuição da população, segundo setores <u>do</u> Projeto Cotia, 1980 e 1983	154

LISTA DE QUADROS

PÁGINA

1 - Serviços locais de saúde nos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1985.	88
2 - Necessidades e disponibilidades de recursos técnicos do Projeto Cotia, 1985.	100
3 - Recursos econômicos - fontes e usos, Projeto Cotia, 1983 a 1985.	103

LISTA DE FIGURAS

	PÁGINA
1 - Localização e divisão político-administrativa .	80
2 - Crescimento vegetativo, migratório e total de Cotia, 1975 a 1980.	83
3 - Pirâmide populacional, por sexo e faixa etária, Cotia, 1970 e 1980.	84
4 - Recursos públicos de saúde nos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1985.	90
5 - Estrutura organizacional da AHC, 1985	98
6 - Sistema nacional de saúde: prestação de serviços	136
7 - Projeto Cotia no sistema de prestação de serviços	138
8 - Projeto Cotia: administração de conflitos. . .	140
9 - Regionalização no Projeto Cotia	150
10 - Organograma do Projeto IDA de Itapequerica da Serra	184

RESUMO

Com o objetivo de reconhecer as conceituações fundamentais da Integração Docente-Assistencial, da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde que estão interrelacionados, pesquisou-se a literatura pertinente, não só aquela que abordasse teoricamente o assunto, mas também a que relacionasse as experiências já desenvolvidas.

O reconhecimento da experiência do Projeto Cotia, que desenvolve os três aspectos acima mencionados, foi efetuado tendo por base dados disponíveis e, principalmente os depoimentos dos que vivem o dia a dia desse trabalho.

Os dados significativos coletados foram analisados à luz dos conhecimentos adquiridos através da literatura e das opiniões expressas, frutos da reflexão, do conjunto de pessoas envolvidas no trabalho do Projeto Cotia.

O aspecto conceitual dos assuntos apresenta uma lógica consolidada, já comprovada em algumas experiências; a sua operacionalização porém, apresenta dificuldades peculiares. Estas foram consideradas na descrição e análise da reprodutibilidade do modelo, que já é fato concreto na Região Metropolitana de São Paulo.

SUMMARY

In order to recognize the fundamental concepts of the Articulation of Teaching and Service (ATS), the regionalization and the hierarchization of health services, that are interrelated, the pertinent literature was examined, not only that related to theoretical matters but the one related to the already implemented experiences as well.

The recognition of Cotia Project experience, which develops the three above mentioned aspects was done taking as a basis the available data, and mainly the testimony of the people involved in that work.

The significant collected data were analyzed through the knowledge acquired by literature and statements expressed by people involved in the Project.

The conceptual aspect of the subject presents a consolidated logic, already confirmed in some experiences; its operation, however, presents some peculiar difficulties that were considered in the description and analysis of the model reproducibility, a concrete event in the Metropolitan Region of São Paulo.

1 - INTRODUÇÃO

Sob a denominação genérica de Programas de Extensão da Cobertura, apresentam-se várias modalidades de programas de saúde, cada um deles caracterizado por especificidades quanto a objetivos, âmbito de atuação, apoio institucional e, conseqüentemente, recursos que os diferenciam. Porém, há um conjunto de componentes operacionais que os caracterizam sob o denominador comum "extensão da cobertura", a exemplo de: assistência primária à saúde, uso de tecnologia apropriada, uso de profissionais generalistas e auxiliares, integração das ações e outros.

Dentre estes componentes, destacam-se a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde que, em cada um dos programas, principalmente naqueles que desenvolvem a Integração Docente-Assistencial (IDA), se apresentam com uma lógica e estrutura peculiar, cujo significado e contribuição para a efetividade dos objetivos de um programa pretendem-se reconhecer.

As articulações das funções e relacionamentos, as responsabilidades dos agentes, suas qualificações e a forma como interagem para resultar num processo dinâmico continuado e reprodutível, são conhecidas pelo estudo da realidade configurada em um dado momento. Propôs-se verificar o grau da aplicabilidade dos conceitos, as proposições e modelos prescritivos contidos na bibliografia selecionada, como sendo interpretativos dessa realidade.

A facilidade da integração docente-assistencial

do Projeto Cotia, no qual participa a Faculdade de Saúde Pública da USP, foi fator para a escolha desta área como campo de estudo do tema acima pleiteado.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estudar os elementos fundamentais da estratégia do Programa IDA, da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde em correlação com as características básicas de sua operacionalidade, tomadas de uma experiência em desenvolvimento, e reconhecer a problemática relativa à inserção desta experiência nesta fase de modificações do setor saúde.

Objetivos específicos

1. Estudar os componentes conceituais de IDA, a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.
2. Caracterizar as formas gerais de sua operacionalização.
3. Verificar o grau de aplicabilidade dos conceitos, proposições e modelos teóricos prescritivos, na realidade conhecida.
4. Destacar a operacionalidade do Programa IDA, da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e as condições necessárias para a sua reprodução.

3. METODOLOGIA

Forma de abordagem

Pretendeu-se formular duas interpretações - teórica e de sua aplicação - e, pela comparação entre as mesmas, analisar os problemas e a viabilidade de sua reprodução. Tomou-se como dadas duas situações: a situação vigente tradicional e a situação alternativa, inovadora, as quais, em princípio, a apresentam estruturas organizacionais e operacionalidades diferenciadas.

Por um lado, o modelo teórico que se pretendeu caracterizar está voltado basicamente para a definição dos elementos conceituais e estruturais que especifiquem a situação alternativa como reflexo ou resposta à situação vigente. Por outro lado, o modelo de sua aplicação seria tomado de uma experiência específica.

Pela comparação entre os dois modelos - teórico e pragmático - objetivou-se captar os elementos de adequação, evolução ou mesmo involução, de forma a poder traduzi-los em uma proposição de viabilidade de sua reprodução.

Área de estudo

A área de estudo foi constituída pelos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, na periferia da Grande São Paulo.

O universo objeto de análise foi o Projeto Cotia, desenvolvido pela Associação Hospital de Cotia (AHC) em convênio com outras instituições, que está desenvolvendo um Progra-

ma IDA, operando a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, cujo processo pode ser considerado como consolidado, dado o período de tempo que está em funcionamento.

Variáveis e instrumentos de análise

Dois agrupamentos básicos de variáveis foram definidos: estudo das proposições teóricas e das estruturas organizacionais e funcionais da experiência em desenvolvimento.

Para cada um destes agrupamentos de variáveis selecionaram-se os seguintes instrumentos de análise:

- a) construção teórica mediante pesquisa bibliográfica;
- b) estudo das estruturas organizacionais e funcionais - objetivos, finalidades, princípios, estratégias, organogramas, fluxograma, normas, regulamentos, rotinas e procedimentos, formais ou informais, descritos ou não; quantificação, qualificação dos serviços e dos profissionais envolvidos, fontes de recursos econômicos e das suas formas de financiamento e outros - mediante consulta aos documentos, relatórios, trabalhos publicados, estatísticas e registros; entrevistas selecionadas com pessoas-chave para obtenção de depoimentos e observação sistematizada in loco dos serviços.

Tratamento das informações

Após a coleta e registro de dados e observações, procurou-se estruturá-los com descrição e diagramações das relações funcionais que conformem as análises das hipóteses e configurem a estruturação das duas situações - a teórica e a pragmática.

Análise das hipóteses

Na comparação entre os dois modelos, procurou-se equacionar as hipóteses aventadas e analisar o grau de eficiência do modelo pragmático com relação ao teórico.

Nesse sentido, a convergência ou divergência da formulação teórica em relação à observação de uma realidade permite aquilatar o hiato entre as duas formulações e questionar as condições para se reproduzir uma ou outra dessas proposições.

Trata-se de uma situação típica de estudo de caso, como forma de investigação e reconhecimento da realidade e do alcance dos propósitos.

Consistiu na observação de uma situação singular para o tratamento de um problema específico - a extensão da cobertura de serviços de saúde à população que, no caso particular, reveste-se das funções correlatas de um programa IDA - voltada para a verificação das circunstâncias e condições que permitam a sua reprodução.

A técnica utilizada para a coleta e tratamento das informações fundamentou-se na forma como elas se encontram registradas ou disponíveis. Para retratar o caso de forma mais representativa e completa possível, adotou-se a seguinte sistemática:

- levantamento histórico do Projeto, mediante a consulta dos relatórios anuais e entrevistas com pessoas que dele participaram ou participam de forma significativa; como resultado, obtiveram-se informações quanto à temporalidade dos fatos significativos, desde a fundação a AHC até hoje, e expectativas ao seu futuro imediato;

- levantamento dos recursos técnicos, humanos, econômicos e institucionais, caracterizando-se sua qualidade e forma de atuação;
- levantamento e registro da organização e forma de alocação e gestão dos recursos, segundo sua origem, o que implicou na necessidade de se estudar convênios, legislações específicas e demais disposições regulamentadoras do projeto; e
- análise e descrição dos fluxos do sistema de informação formal e informal, e seu registro sob forma sistêmica.

Desse modo, as informações se fundamentaram em entrevistas com participantes atuais e passados, que tiveram ou têm influência decisiva na concepção e atuação do projeto Co-tia.

No decorrer dos trabalhos, muitas informações exigiram retorno e complementações, além de múltiplas verificações, mediante o confronto de opiniões de vários entrevistados. Ao mesmo tempo, fatos novos ou inesperados exigiram a ampliação do campo de investigação e o aprofundamento das análises de forma a se manter a consistência dos informes.

Assim, o roteiro previamente estabelecido foi sofrendo modificações e complementações, à medida que o conhecimento da realidade e das condições de sua reprodutibilidade o exigiam.

A abordagem sistêmica foi adotada como técnica para a aferição dos resultados e a identificação da totalidade das relações e conflitos interinstitucionais presentes, a fim de se evitar falhas no seqüenciamento e entrelaçamento das decisões presentes e atuantes, de forma significativa para o conhecimento do projeto, suas nuances e peculiaridades.

Em função da metodologia adotada, foi necessário também reconhecer as condições e recursos disponíveis e necessários do campo selecionado para a sua reprodução - no caso a Região Metropolitana de São Paulo. De modo peculiar, entrevistas e levantamento de informes e disposições quanto à atuação das instituições correlatas tiveram que ser obtidos, analisados e conferidos.

A mesma abordagem sistêmica que serviu como parâmetro para a definição do escopo e delimitação do esforço necessário para a configuração da área e do Projeto, foi utilizada na definição do campo de reprodução, método este que conferiu consistência às análises e correlações efetuadas.

Registram-se informações e situações ocorridas até dezembro de 1985. Alterações ocorridas, posteriores a esta data, não foram objeto de registro e análise a fim de que se estabelecesse com rigor o período da realidade em estudo.

Este trabalho foi desenvolvido no decorrer de abril de 1985 a março de 1986, sem prejuízo das funções docentes, o que implicou na elaboração em várias etapas, dificultando o estabelecimento com precisão do tempo dispendido.

Devido às dificuldades da coleta de dados, conforme descrito acima, pode-se presumir que tenha sido gasto um período equivalente a de 6 meses, aproximadamente.

Apresentação dos resultados

No capítulo 4, registrou-se o resultado do levantamento bibliográfico realizado pertinente ao tema proposto.

O capítulo 5 constou de:

- descrição das características principais do Projeto Cotia, sua área de atuação e análise de alguns aspectos, com a finalidade de reconhecer a situação na qual opera o Projeto;
- descrição dos serviços e atividades desenvolvidas, obedecendo a ordem de complexidade crescente das unidades operacionais ;
- descrição e análise da peculiaridade do Programa IDA desenvolvido;
- configuração da atuação das entidades que prestam assistência à saúde na região, sob o enfoque sistêmico, e a inserção do Projeto nesta conjuntura; e
- descrição e análise da operacionalidade da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

No último capítulo levantaram-se as possibilidades de reprodução do modelo numa dimensão maior, as suas dificuldades e as implicações que tal reprodução pode provocar, considerando a dinâmica atual da instituição onde ela ocorrerá.

4. A PROPOSTA DE EXTENSÃO DA COBERTURA

4.1. Antecedentes

Nos países europeus, a expressão "medicina comunitária" é utilizada onde prevalece a medicina estatal e socializada, indicando a saúde pública avançada que necessita dos conhecimentos de disciplinas como sociologia, ecologia, psicologia, etc. Alguns vêem a medicina comunitária como a realização de medicina integral, onde as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde são realizadas por uma equipe multidisciplinar^{62 63}.

A medicina comunitária originou-se nos Estados Unidos, na década de 60, identificando-se com os propósitos dos Programas de Ação Comunitária destinados às populações pobres, urbanas e rurais, e seguindo a orientação da prática social que responde às tensões sociais surgidas com os movimentos dos direitos civis e conflitos sociais¹⁹. Ela atende às necessidades de saúde dos grupos sociais e é executada por agências voluntárias ou organismos estatais, preenchendo os vazios deixados pela medicina de empresa, a pública ou a articulada às escolas médicas⁶².

Tem como características principais⁶²:

- desenvolver-se como trabalho mult institucional e multiprofissional;
- apoiar o desenvolvimento de formas simplificadas de atendimento comunitário;
- incluir a participação comunitária no planejamento, execução e administração;

- buscar a expansão da rede de serviços, principalmente a extensão da cobertura; e
- buscar a mobilização dos recursos locais e a utilização racional dos recursos disponíveis da medicina institucionalizada.

Com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), na década de 70, propaga-se para a América Latina, como prática alternativa paralela à organização dominante de assistência médica¹⁹.

No Brasil, difunde-se, inicialmente nas universidades, originando alguns projetos-piloto, financiados por fundações estrangeiras, tais como: Rockefeller, Kellogg e Ford⁸, tendo como objetivo principal estender a cobertura assistencial à saúde e, secundariamente, a formação de recursos humanos.

Nesse processo de transposição, os programas de medicina comunitária perdem algumas de suas particularidades originais, principalmente aquele caráter restrito de atuação. Diferencia-se pela extensão do universo a ser trabalhado. Assim, de um programa complementar passa a constituir programas de extensão da cobertura de caráter mais amplo⁷⁷, que são incorporados pelos organismos oficiais como o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Afirma MENDES⁴⁷ que os elementos estruturais da medicina comunitária, na dinâmica de sua interação, determinam a configuração teórica e operacional desse paradigma.

A finalidade é racionalizadora, "exclui o ambiente mediato no processo saúde-doença, onde se dá a sua determinação social, e incorpora à sua prática o ambiente imediato, procurando atuar nele, principalmente, através de ações simpli

ficadas"⁴⁷.

No processo de adaptação, agrega-se às linhas gerais da proposta "a idéia de racionalização, que supõe, em quase todas as propostas de saúde comunitária transplantadas, fundamentalmente, uma redivisão administrativa, a regionalização segundo um critério de cobertura, e a hierarquização das ações em níveis de complexidade crescente"⁴⁸. A organização institucional introduz a lógica do funcionamento do sistema econômico, critérios objetivos de decisão, análise do custo-benefício, controle da produtividade e uma política racional de investimentos.

Como variante dos programas de extensão da cobertura, aquelas experiências-piloto, principalmente de natureza acadêmica, isoladas, constituem os Programas IDA, ao lado de outros que estão sendo desenvolvidos baseados no modelo teórico de medicina comunitária.

4.2. Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA)

Os programas IDA, sempre apoiados no ensino universitário, mantêm as características da medicina comunitária, inclusive no sentido de dirigir as ações assistenciais para grupos populacionais limitados em áreas rurais ou urbanas e, especialmente, metropolitanas^{15 75}.

Mediante a aplicação da política de extensão da cobertura no Brasil, foram implantados em regiões extensas, programas de iniciativa estatal, baseados no conteúdo e forma organizacional da medicina comunitária, abrangendo principalmente áreas rurais. Para operar estes sistemas ficou evidente a

necessidade de se preparar novos tipos de recursos humanos, em quantidade e em curto espaço de tempo^{1 75}, de forma a suprir a insuficiência ou inadequação técnica dos profissionais existentes.

Estes programas surgem a partir de 1974, com o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas Gerais^{83 90}; em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)⁷⁷, cobrindo a região nordeste do país.

Na área de preparação de recursos humanos, em convênio com o OPAS, os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura criaram em 1975 o Programa de Preparação Estratégia de Pessoal de Saúde (PPREPS)⁴². O principal programa de extensão da cobertura com o qual o PPREPS cooperou foi o PIASS⁴².

O PPREPS teve três objetivos principais⁴²:

- preparar o pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar para suprir os déficits existentes e previstos, incluindo a educação continuada dos quadros existentes;
- apoiar a constituição, implantação e funcionamento das regiões docente-assistenciais e criar mecanismos de articulação e integração estrutural e funcional entre os sistemas de saúde e educação; e
- apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, integrados no planejamento setorial de cada Estado, mediante ações complementares e instrumentais.

Uma relação dos projetos que, a partir de 1970, estiveram ou estão sendo desenvolvidos na América Latina e no Caribe, é apresentada por CHAVES¹⁵, em 1982. Nesta relação consu

tam 23 Universidades e 2 Fundações brasileiras. Apesar de ser parcial, pois se refere apenas àqueles que receberam a colaboração direta ou indireta da Fundação Kellogg, mostra o grau de adesão das universidades brasileiras ao movimento IDA.

Um dos projetos do PPREPS, que também recebeu colaboração da Fundação Kellogg, foi o de Tecnologia e Desenvolvimento Educacional, para apoio ao desenvolvimento dos projetos docente-assistenciais, realizado pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde e o Centro Latino-americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/CLATES), mantidos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e OPAS^{15 42}. O NUTES/CLATES é considerado um centro de movimento de modernização pedagógica, que traz como parte integrante o desenvolvimento da tecnologia instrucional¹⁵.

O IDA pode ser conceituado como "...reunião de esforços em um processo de crescente articulação, entre instituições de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino"¹²⁶.

Segundo MENDES⁴⁷, foram criados dois projetos pedagógicos baseados na concepção de medicina comunitária: o NUTES/CLATES e o IDA. O NUTES/CLATES contribui apresentando efeitos modernizantes no processo de ensino, sem implicar na mudança educacional real. Parte da hipótese de que os problemas educacionais são de natureza metodológica e a sua preocupação é a eficiência e a produtividade no ensino. O IDA, da forma como foi incorporado pelas escolas, em geral pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, não afetou a entidade educacio -

nal como um todo, tornando-se num projeto de valor limitado por que se localizava num departamento, constituindo uma extensão do curso em ambientes extramurais, paralela ao curso intramural. O autor considera que o IDA não pode continuar como um segmento dual com o do ensino de medicina científica tradicional. Reconhece também que essa proposta não se realiza aprioristicamente, mas é recriada constantemente num processo de entrelaçamento de interesses, de formas de influências e pressões políticas. Que o processo pode configurar num processo de transição em busca de uma real integração de docência e serviço.

Seus programas definem normas para adequar e estender a rede de serviços de saúde como modelo de prestação de assistência, de ensino e de pesquisa.

Neste sentido, os serviços de saúde passam a ser utilizados como campo de prática e ensino, com o objetivo de formar recursos humanos para prestação de melhores serviços, significando um compromisso compartilhado entre instituições formadoras e utilizadoras. Quanto à pesquisa, tradicionalmente restrita ao ambiente acadêmico, passa a ter participação do pessoal do serviço de saúde. Dessa forma, a apropriação e divulgação do conhecimento produzido beneficia os profissionais que fazem parte do processo²⁶.

A partir da estruturação da prática de medicina comunitária, o modelo de educação em saúde terá, entre seus elementos, a mudança das funções educacionais, com docência, serviço e pesquisa, totalmente integrados⁴⁷.

Para a concretização dessa mudança, MENDES⁴⁷ parte do princípio de que é necessária a reformulação do conceito

do pesquisador e do locus da pesquisa. Tradicionalmente, o pesquisador é aquele "expert" de alto nível de conhecimento que trabalha em institutos ou universidades e tem o apoio de equipamentos de alta densidade de capital. O limite de espaço de produção de pesquisas deve ser ampliado, abrangendo também os serviços e desmistificando o trabalho científico. Este deverá ser desenvolvido por trabalhadores de quaisquer níveis e não somente por pequeno grupo de cientistas. Para que esta situação se torne realidade, toda a equipe de saúde deve ter um preparo básico em pesquisa científica.

A articulação docente-assistencial pode se dar "em três graus de intimidade no relacionamento: a cooperação, a coordenação e a integração. A cooperação seria o grau menor, em que o serviço cede ou permite o uso deste ou daquele hospital, desta ou daquela unidade, para este ou aquele fim, em resposta a pedidos específicos. A coordenação representa um grau intermediário, em que cada instituição mantém a sua identidade própria, as suas responsabilidades, e as duas entram em acordo sobre atividades a serem desenvolvidas colaborativa e continuamente na área. A integração é um passo além; implica em comando único, ...ou transferência de responsabilidade de uma instituição para outra...; a forma que mais atende às necessidades das instituições participantes e da sociedade é a coordenação"¹⁵.

Recomenda-se que o relacionamento entre as instituições participantes ocorra sob a forma de coordenação ou integração^{15 26 51}, não se limitando à simples utilização do serviço, competindo às escolas proporcionarem, além da educação formal, o exercício permanente de ensino de forma continuada na prática, constituindo uma interação permanente dos dois sis

temas e de suas responsabilidades⁵¹.

Nos hospitais de ensino, a aprendizagem fica restrita à unidade hospitalar e ao mesmo profissional, faltando a integração inter-profissional; a tendência desses hospitais, de estenderem o campo de ação a uma atuação comunitária com benefícios para a população de uma área programática pré-determinada, é recente¹⁶. As universidades há muito tempo utilizam os serviços locais de saúde cedidos cooperativamente, sem reconhecimento oficial por parte das instituições, por um período de tempo determinado, para a prática de assistência, sem muita preocupação em aproximar a formação dos profissionais de uma realidade sócio-sanitária mais objetiva⁷⁵, mantendo um distanciamento entre o ensino acadêmico e a realidade da prestação de assistência. O objetivo do IDA, seja a nível de graduação ou de pós-graduação, é adequar a formação dos profissionais às reais necessidades da saúde da população. Por meio de contato de profissionais e técnicos de saúde com alunos e docentes, promove o aperfeiçoamento dos padrões de assistência das unidades en-volvidas, ampliando a capacidade de cobertura desses serviços¹⁶.

Apesar de alguns projetos objetivarem, principalmente, a formação de médicos generalistas, é enfatizado o tra-balho interdisciplinar, com constituição de equipes multipro-fissionais de composições diferentes, não se restringindo à determinadas categorias profissionais e que seja efetivado em todos os níveis de formação e de todos os níveis do sistema de prestação de serviços^{15 16 51}.

A proposta IDA apresenta duas dimensões muito discutidas: a racionalizadora e a inovadora.

Como é tradição das escolas deter recursos e instalações - laboratórios, hospitais e unidades de saúde - próprios, duplicando, onerando e limitando a capacidade de expansão do ensino, o IDA seria a racionalidade requerida para diminuir os custos de ensino da área de saúde* e dar um papel mais utilitarista e imediatista à escola. A integração serviço e ensino é, na proposta original, uma estratégia eminentemente racionalizadora de custos, e portanto propulsora de extensão da cobertura às populações a preços mais acessíveis. Essa dimensão é realçada por CHAVES¹⁵ quando coloca que "...a nossa responsabilidade é a de participar em sua orientação com vistas à racionalização do sistema, otimizando-o sob o ponto de vista do custo-benefício, dentro do atual 'estado de arte' e dos recursos disponíveis".

O papel inovador é conferido ao IDA, por CHAVES¹⁵, da seguinte forma: "estimularmos o desenvolvimento sincrônico de dois processos: o de modernização administrativa do setor saúde e o de inovação educacional na área das profissões de saúde"¹⁴; "a área docente-assistencial é uma área singular, em que podem ser testadas... duas propostas de mudança: a de um 'modelo de serviço' e a de um 'modelo de ensino', ambas com um potencial de influência recíproca,..."; e "a relação docente-assistencial é uma relação dialética, havendo momentos em que o agente de mudança é o serviço, que retroalimenta mudanças curriculares, e outros momentos em que se adianta o ensino,..., induzindo a mudança nos serviços por seus achados, demonstra -

* 5,20% da Proposta Orçamentária do Ministério da Educação e Cultura (MEC), para o ano de 1986, é destinada à Residência Médica e Hospitais Universitários.

ções e trabalho na área"¹⁵.

O documento do MEC⁵¹ questiona a pretensão dos programas IDA de atuarem como agentes transformadores da realidade e classifica-os como extensão de ensino em ambiente extramural da escola. Segundo o mesmo, a reformulação dos currículos "deve ser construída por um pensamento crítico-dialético em face à realidade da prática".

Os fatores que determinam a formação de recursos humanos em saúde são amplamente discutidos no trabalho de RODRIGUES NETO⁷⁵. ABATH¹, baseado em vários autores, chega à conclusão de que o mercado de trabalho e as pressões econômicas reinantes no mercado é que exercem a função hegemônica e norteadora na formação de recursos humanos.

Os instrumentos que efetivam a integração institucional podem ser acordos ou convênios^{16 51}, que explicitam os objetivos e as funções de cada instituição. São complementados por planos de ação conjunta para melhor articulação entre os responsáveis pelas atividades docentes e de assistência⁵¹. Os critérios para a forma de relacionamento devem ser estabelecidos por comissões conjuntas confrontando o desempenho real com a assistência ideal pretendida, programas de educação continuada e outros²⁶.

A forma padrão de participação de cada instituição e as funções integradas são especificadas a seguir⁵¹.

A Universidade deve participar em dois níveis:

- a nível de sistema como um todo, em sua organização, planejamento, apoio técnico e avaliação; e

- a nível das práticas ou da prestação de serviços, em supervisão, capacitação permanente e realização eventual dos serviços.

Os serviços de saúde assumem uma responsabilide concreta em relação às atividades de ensino, particularmente por meio de:

- provisão de campo de prática real, em todos os níveis de complexidade e no contexto das realidades sociais da região;
- orientação do aprendiz no exercício de uma prática geral;
- definição das necessidades e, em função delas, das características dos recursos humanos necessários, que servirão de base ao planejamento educacional das entidades de ensino; e
- desempenho de papel complementar no planejamento educacional e na formação direta de recursos humanos (elementar e médio).

Ambos os setores Educação e Saúde, de forma integrada e cooperativa, desenvolvem as seguintes funções:

- identificação de necessidades de saúde, organização e desenvolvimento dos serviços;
- identificação de necessidades de recursos humanos (quantidade e qualidade);
- planejamento educacional, programação de ensino e a preparação desses recursos; e
- atualização e reciclagem de pessoal através de programas de educação continuada.

No Seminário Subregional sobre IDA em Saúde, realizado na Colombia (1983), foi recomendado que:

- os docentes das universidades façam parte integrante da estrutu

- tura administrativa e assistencial dos serviços de saúde; e
- os profissionais de serviço que desempenham função docente sejam reconhecidos no escalão acadêmico, tenham acesso aos privilégios que beneficiam os docentes e participem dos comitês acadêmicos²⁷.

No Brasil, operacionaliza-se o IDA integrando as escolas aos pequenos sistemas regionalizados de assistência primária e secundária, tendo como referência especializada do nível terciário o hospital universitário^{15 16}. Quase todos os programas trazem junto as noções de assistência primária à saúde, a regionalização docente-assistencial e a hierarquização dos serviços de saúde. O programa procura a coordenação das instituições que prestam serviços no setor saúde baseando-se na Lei nº 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, dando ênfase à execução efetiva local da Política Nacional de Saúde^{16 51 75}.

A viabilidade destes projetos depende das modificações conceituais, estruturais, estratégicas e operacionais profundas da Universidade, assim como da adaptação ou criação da infraestrutura assistencial, como pode ser observado nas experiências do norte de Minas Gerais e de Londrina, no Paraná, descritos por STRALEN⁹⁰ e ALMEIDA³, respectivamente. O ensino profissional, na área de saúde, está condicionado à existência de bons serviços assistenciais.

BARBOSA⁷, partindo da consideração de que existe maior ênfase dada pelo governo para o setor educação, dotando-o de maiores recursos e, em face das tendências da modificação no sistem atual de ensino, compara a situação do ensino tradicional com a do IDA. Tece vários comentários e dentre eles destacam-se:

- a integração é examinada "sob o ângulo sociológico com implicações de ordem política e social";
- as grandes divisões didáticas deverão ser aquelas que correspondam aos níveis de assistência à saúde, em equipes inter - profissionais, da menor para a maior complexidade;
- os currículos deverão ser flexíveis e dinâmicos e os conteú-dos desenvolvidos em torno das vivências práticas;
- o Distrito Docente-Assistencial será o "substrato físico funcional-administrativo do processo educacional";
- a educação continuada será "uma função permanente que se de-verá cumprir no exercício da prática real, específica de saúde ou social";
- "a educação deve projetar-se para o futuro, comprometida com a atividade social, aceitando os 'serviços' em seu sentido mais abrangente, atendendo aos interesses, às aspirações e aos anseios da sociedade";
- reclassificar todas as profissões de saúde, implicando isso no conhecimento das tarefas que são desenvolvidas pelos a - tuais profissionais;
- levantar os tipos de profissionais necessários com os novos perfis profissionais;
- propugnar mudanças estruturais e não apenas instrumentais;
- os profissionais, dentro de seu nível de competência, devem estar comprometidos com a praxis social coletiva em seu sentido mais amplo, etc.

Das dificuldades enfrentadas menciona o fato de hospitais universitários, que são melhores equipados e servi-dos, serem deficientes e deficitários e funcionarem geralmente sem nenhum relacionamento efetivo e, muito menos afetivo, com

o sistema local de saúde. Lamenta a duração efêmera dos programas inovadores por "falta de compreensão e estímulo das universidades onde foram implantados" e outros "sem comprometimento institucional".

O IDA como extensionismo é apontado por vários autores^{7 48 79}. É um projeto de reforma do serviço. SALGADO⁷⁹ recomenda cautela em adotar um compromisso que a instituição não possa sustentar. Neste particular, externa sua preocupação quanto aos serviços arcarem com a responsabilidade pedagógica. Relata a experiência de Minas Gerais, onde o Programa de Regionalização Docente-Assistencial é estendido para todas as profissões de saúde, apoiado na integração da Secretaria de Saúde com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e outras escolas. Nestas condições, o autor expressa uma perspectiva de consolidar-se como uma vanguarda nas experiências do IDA.

Embora atualmente o movimento IDA integre muitas escolas de odontologia, nutrição, enfermagem e outras, a adesão inicial foi das escolas médicas, principalmente através dos Departamentos de Medicina Social e Preventiva, para formação de estudantes em regime de internato e médicos residentes na área de Saúde Coletiva.

Devido à sua expressão no programa IDA, procurar-se-á, a seguir, melhor conceituar e entender a forma como se constituiu e evoluiu o Internato e a Residência Médica em Saúde Pública.

Ao analisar o Internato, ROSA⁷⁶ considera o IDA como solução para o desenvolvimento de recursos humanos em ações integradas de saúde, a nível de graduação. Propõe que o

Planejamento do Internato tenha por base a organização em serviços e não a estrutura departamental.

A escolha das áreas para treinamento seletivo no último período, pela escola, pode basear-se no programa "Perfil profissional dos especialistas nas áreas básicas" elaborado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o qual objetiva definir as competências e a estratégia de formação dos especialistas em Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Tocoginecologia. A participação dos alunos e dos docentes nos níveis primário, secundário e terciário, com o hospital de ensino integrado à rede de serviços, amplia e diversifica o treinamento dos estudantes.

A autora cita as duas definições de Garcia com relação ao Internato:

- período no qual o estudante exerce, sob supervisão, atividades de um médico; ou
- período de transição entre a condição de aluno e a de médico.

Segundo a autora, a fixação precoce e contínua do aluno nos serviços, com atribuições definidas, torna "excludente os esforços quanto ao aperfeiçoamento do Internato e ao processo do IDA", e parafraseando a expressão do Coordenador do Programa de Pessoal da Saúde da OPAS afirma: "ou se faz um, ou se faz outro".

Em relação à formação de recursos humanos médicos na área de Saúde Coletiva, a análise histórica feita por PAIM⁶⁴, pode-se resumir no seguinte:

- a formação de recursos humanos em saúde coletiva até a década de 60, baseava-se no modelo clássico de Saúde Pública;

- a criação de núcleos, cátedras ou departamentos de Medicina Preventiva, nas escolas médicas, ocorreu no final da década de 50 e durante os anos de 60 quando se criou o Programa de Residência baseado nos princípios de medicina integral (Ribeirão Preto - SP) e outros programas, incorporando as idéias de medicina preventiva;
- instituição de cursos de Mestrado e cursos de Especialização em Planejamento de Saúde (OPAS e Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE) concomitantemente à formação especializada (Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP e a então Faculdade de Higiene da Universidade de São Paulo - USP);
- inclusão de Medicina Preventiva no currículo mínimo do curso médico em 1968 (Reforma Universitária) com o fim de formar médico com uma nova atitude - preventiva e social;
- incorporação do movimento de medicina comunitária pelos Departamentos de Medicina Preventiva, no início da década de 70, articulado a experiências em organização de serviços de saúde;
- criação de cursos de especialização regionalizados de saúde pública, a partir de 1975, para as Secretarias Estaduais de Saúde, influenciando na operacionalização das redes básicas dos serviços de saúde e nos programas de extensão da cobertura, inclusive IDA;
- desenvolvimento dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social, a partir de 1980, com a aprovação da Resolução nº 08/79, pelo MEC, ampliando o espaço para pós-graduação lato sensu;
- desenvolvimento dos Programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária, a partir de 1981, com incorporação de reforma médica denominada Medicina de Família (Resolução nº 07/81); e
- aprovação da Resolução nº 16/81, revogando a de nº 08/79, cri

ando a Residência em Saúde Coletiva, como uma alternativa à Medicina Geral Comunitária.

A experiência da AHC, que desenvolve a assistência primária à saúde e regionalização docente - assistencial, tem como um dos objetivos a formação de profissional em medicina geral / familiar¹⁵.

PAIM⁶⁴ ressalta o caráter racionalizador dessas mudanças como preocupação do Estado, o que pode ser verificado na criação de cursos de especialização em planejamento em saúde, com a inclusão da disciplina - Organização e Administração Sanitária - no currículo médico, e implantação das Residências nas áreas de saúde coletiva, como resposta às necessidades de pessoal qualificado para desenvolver a proposta de extensão da cobertura. Tal iniciativa buscava reverter os problemas referentes à organização dos serviços de saúde que, até então, apresentavam "baixa cobertura, pouco impacto e altos custos das ações de saúde - características que se convencionou chamar de 'crise' do setor saúde".

A Residência Médica iniciada na década de 40 no Brasil é considerada uma modalidade de pós-graduação já consolidada para formação de especialistas na área profissional de medicina. Desde o início da década de 70, existe um esforço no sentido de regulamentar a concessão de título de Mestre aos que concluírem a Residência, mediante a complementação de alguns créditos e a elaboração de dissertação para preservar a sua filosofia pedagógica e permitir o ingresso na carreira de magistério²².

A Comissão Nacional da Residência Médica, do MEC, adotou como estratégia para o biênio 1984-1985, a concentração

de esforços para criar programas nas regiões Norte e Nordeste priorizando as especialidades básicas de clínica médica, cirurgia geral, medicina preventiva e social, obstetrícia e ginecologia, e pediatria⁸⁸.

4.3. Regionalização dos serviços de saúde

A regionalização dos serviços de saúde surgiu em função da necessidade de se diminuir os custos operacionais, por meio de racionalização na distribuição dos serviços, e de aumentar a sua eficácia global por meio de reformas administrativas. Propugnava levar em consideração as conjunturas regionais tendo seus objetivos, finalidades e estrutura executiva adaptados em função das características regionais²¹.

As três idéias básicas contidas na regionalização são: a descentralização do poder de decisão; a desconcentração de recursos e atividades para as regiões; e a hierarquização dos serviços com integração de recursos existentes em uma determinada área sócio-econômica e geográfica^{46 89}.

A regionalização em saúde é vista sob vários ângulos pelos diversos autores:

- como organização de todos os recursos de saúde de uma área geográfica determinada, para operar um único sistema de assistência à saúde⁶;
- desconcentração de recursos com a hierarquização dos serviços de saúde^{46 72};
- descentralização administrativa e financeira para facilitar trâmites burocráticos e o manejo dos recursos da região¹⁰;

- um complexo mecanismo de descentralização técnica, administrativa, orçamentária e de criação de níveis de assistência^{10 37};
- supõe enquadrar os serviços de saúde pública em consonância com a vida econômica, social e cultural da região, delimitada, com ações coordenadas e integradas entre as instituições; a organização e coordenação de todos os recursos e serviços sanitários de um setor, para manter o nível máximo possível de assistência médica e ajustar o programa sanitário completo às características e necessidades do setor⁵⁹;
- um processo funcional para racionalizar a prestação de serviços de saúde⁵⁹;
- do ponto de vista administrativo, impõe-se como pré-condição para a descentralização dos processos de planejamento, execução e controle da política de saúde⁸³;
- implica não apenas na decisão técnica de descentralização administrativa dos processos de planejamento, execução e controle, mas numa redistribuição efetiva do poder organizacional⁹⁰;
- em termos amplos, tem sido empregada como forma de descentralizar, mediante o ordenamento e a organização dos serviços de uma determinada área territorial, à qual se proporcionam os mecanismos para o exercício da autonomia administrativa⁴¹; e
- um instrumento administrativo que possibilita a consolidação do programa regional e o nível intermediário para facilitar sua implantação a nível local⁶⁵.

Ao analisar os conceitos acima relacionados e aqueles levantados por PASSOS⁶⁷, pode-se salientar alguns elementos mais comuns tais como:

- demarcação territorial para planificação econômica e social coordenada;
- processo de reestruturação das instituições de assistência à

saúde com alocação, distribuição e uso dos recursos e a maximização de produção;

- processo de descentralização técnica, administrativa e orçamentária que possibilite a consolidação do programa regional e do nível intermediário, para facilitar sua implantação a nível local;
- desenvolvimento de ações coordenadas e integradas entre as instituições e a organização e coordenação de todos os recursos e serviços de um setor; e
- estabelecimento de níveis de assistência.

Ao se proceder à regionalização, faz-se necessário um estudo preliminar destinado a delimitar as regiões sob uma base administrativa e técnica⁶, como por exemplo, a disponibilidade de recursos humanos e sua correspondência às necessidades regionais³⁷.

O tamanho da região pode ser estabelecida utilizando-se critérios geográficos, administrativos, de comunicações e a dimensão da população^{10 37}.

O conceito de área geográfica com certas características homogêneas é consideração base para o planejamento econômico e social coordenado^{46 67 73}.

"Uma região econômico-social se caracteriza porque existe comunidade de interesses no que se refere a produção de bens, sua distribuição e mercado. Estes interesses comuns determinam que os habitantes se concentrem ao redor dos centros de produção (industrial ou agrícola) e se desloquem por vias de comunicação, como um fluxo normal para suas atividades"^{10 37}.

A correspondência dos limites de uma região de saúde com os limites geográficos das circunscrições políticas e administrativas, facilita os procedimentos administrativos, a justando-se aos de outros serviços públicos. Pelo critério econômico-social, limita-se a região considerando a concentração da população ao redor dos centros de produção com vias de comunicação determinadas, derivadas de sua vida na comunidade³⁷.

Considerando o caráter operativo, as regiões devem ter os limites geográficos das divisões político-adminis - trativas coincidindo com as áreas de desenvolvimento social e econômico³⁷. Facilita a coordenação de programas de saúde com outras atividades do setor social e os procedimentos administratrativos, simplificando o intercâmbio de informação estatística³⁷.

O tamanho da região pode variar dependendo, por exemplo, da grande concentração industrial ou dispersão agrícola, densidade demográfica e população total. Considera-se que uma região possa ter de 100.000 a 1.500.000 habitantes³⁷ ou de 100.000 a 1.000.000 habitantes¹⁰. O importante é considerar a distância média da residência da população ao serviço de saúde, em tempo de transporte, que não seja superior a 20 ou 30 minutos. Deve-se considerar o transporte em função de qualidade e oportunidade^{10 37 46}.

A OMS⁵⁹ sugere critérios baseados em características físicas (fatores geográficos), em recursos agrícolas ou de outra índole (regiões de recursos), em circunstâncias econômicas (regiões funcionais), no grau de urbanização (regiões urbanas), nos planos de desenvolvimento (regiões de planejamento) e outros.

No Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas⁸³, optou-se por critério de divisão das regiões que expressasse uma divisão funcional. Partiu-se de um estudo de centralidade hospitalar, no qual se procurou descrever quantitativamente a movimentação ou fluxo da população em busca de assistência hospitalar. Em termos mais específicos, procurou-se determinar as cidades que são os maiores centros de procura dessa população ou "cidade polo" bem como aquelas cidades que enviam mais pacientes para cada um desses centros, ou seja, o "domínio de atração" de cada polo. A esta variável de centralidade hospitalar agregaram-se outras, tomadas do sistema de comunicações.

A conotação geográfica na regionalização em saúde pode assumir feição secundária, uma vez que o objetivo da regionalização é a organização estratificada de serviços segundo níveis, isto é, visa a distribuição espacial ótima dos serviços⁷³.

As regiões podem ser macrorregiões como os Estados ou microrregiões como os Municípios.

Alguns autores recomendam a setorização da assistência direta, isto é, a região deve sofrer subdivisões menores, em setores, cada um dos quais tendo um centro de saúde^{37 47}.

A constituição de um sistema único operativo e a finalidade de extensão da cobertura implicam na universalização da assistência à saúde, eliminando qualquer distinção de classe de usuários e melhoria da acessibilidade dos serviços, tanto em termos de localização espacial, quanto da estrutura e articulação dos serviços.

A acessibilidade não se restringe somente ao fácil alcance da população, da distância medida em tempo de locomoção conforme o meio disponível de comunicação e transporte, mas também a possibilidade das atividades dinâmicas da Unidade atingirem com facilidade a população, como por exemplo, a visita domiciliária⁶⁷.

O princípio de acessibilidade implica na existência do serviço, amplitude do mesmo e disponibilidade em quantidade e qualidade apropriadas para satisfazer as necessidades⁷³. O início e a continuidade devem estar garantidos e implicam na redefinição de políticas institucionais e de organização das ações. A avaliação da acessibilidade pode ser feita pelo uso do serviço⁷⁴.

A coexistência do setor privado e do setor público evidencia a acessibilidade econômica diferenciada, assim como a concentração de serviços mais complexos nos centros urbanos evidencia uma acessibilidade geográfica diferencial¹³.

Uma das características da região de saúde é a sua autosuficiência, a capacidade de garantir a acessibilidade e continuidade de assistência dentro de uma organização regional^{6 37 38 73}. Uma região extensa deve ter todas as especialidades; nas regiões menores, os hospitais regionais são limitados e a alta especialidade reservada para os grandes centros. Neste último caso, a suficiência da região é relativa¹⁰.

Cada região pressupõe a existência de um grau de autosuficiência em função do tamanho e densidade da população, tipo de assistência oferecida - preventiva, curativa e de reabilitação⁻⁶, e de módulo mínimo em termos de uma unidade local;

dependendo do centro que sedia essa unidade local, superpõem-se nessa mesma sede uma ou mais unidades de nível hierárquico superior: distrital, sub-regional, metropolitano etc.

Segundo PASSOS⁶⁷, a região é autosuficiente quando os serviços estão capacitados para resolver a maioria dos problemas que afetam a respectiva população e encaminhem uma quantidade de casos que requeiram assistência mais especializada a outras regiões.

Uma condição para cumprir a autosuficiência é a integralidade territorial. A região deve abranger os setores urbano, suburbano e rural. O serviço rural não será capaz de proporcionar a assistência total e a especializada, oferecida nos hospitais regionais localizados nas grandes cidades. Estes hospitais devem estar à disposição de centros suburbanos e rurais, dentro de um sistema de referência de pacientes^{10 37}.

A organização de todos os serviços de saúde de uma área geográfica em um único sistema pressupõe a eliminação de áreas de ações concomitantes, tornando complementares as ações de diferentes agentes. Portanto, a regionalização dos serviços de saúde deve apresentar, como característica, a centralização das políticas, das diretrizes e da planificação das metas prioritárias, sendo descentralizado o controle das operações⁶.

A descentralização do sistema de saúde é postulada, no plano estatal, através da transferência das tarefas para os Estados ou Municípios, com regionalização e municipalização⁴⁴.

O documento da OMS⁵⁹ coloca que a administração

sanitária regional pode ser centralizada ou descentralizada.

Alguns autores vêm como características da regionalização dos serviços de saúde:

- a desconcentração da prestação de serviços e de funções administrativas³⁸;
- a descentralização, que delega autoridade para manejar os serviços de regionais de saúde, isto é, autoridade para administrar os recursos financeiros, e o pessoal para planejar operações regionais^{6 59}; e
- a descentralização, que representa simplificação da estrutura burocrática das organizações de larga escala com o objetivo estratégico de aproximar o processo de tomada de decisão dos locais onde as ações são produzidas, encarando como dispersão geográfica da administração⁴¹.

Estreitamente vinculada ao conceito de região, a descentralização "é um processo tendente a dar uma distribuição equilibrada, em termos regionais, às ações públicas, assim como a elevar a participação das autoridades locais nas mesmas"⁴⁵.

Um estudo sobre os problemas de administração pública nos EE.UU. menciona, entre quatro elementos principais de análise, a tendência à descentralização "que considerava a devolução de várias funções governamentais aos órgãos de governo mais próximos das comunidades". Os esforços nesse sentido têm-se registrado, principalmente nos setores de prestação de serviços³⁵.

MASSIEU⁴⁵ identifica três modalidades básicas de descentralização:

- a delegação regional, que é o estabelecimento de órgãos re-

vestidos de faculdades, a fim de que sejam exercidas em determinada circunscrição e sob o poder hierárquico do delegante, este podendo exercer essas faculdades quando achar conveniente;

- a desconcentração regional, que é o estabelecimento de órgãos administrativos desconcentrados que possuem autonomia técnica para o uso, em determinada circunscrição, das faculdades que foram conferidas pelo superior; o poder hierárquico mitiga-se e o superior não pode exercer diretamente as faculdades desconcentradas; e
- a descentralização no sentido estrito, que consiste em transferir à administração pública local, faculdades e com elas programas e recursos, que são exercidas sob a tutela do órgão que transpassa; o órgão que recebe as faculdades (estado, município) possui a sua própria personalidade e patrimônio, assim como autonomia política e não se faz sob o controle hierárquico do transmissor.

A unidade programática visa a distribuição adequada dos recursos e facilidade de coordenação. Os estabelecimentos de saúde da região participam com os seus recursos na programação, administração e execução dos programas locais de saúde⁶⁷. A distribuição do trabalho e da responsabilidade, uma vez assumida, é o que tornará viável o sistema regionalizado²³.

VERONELLI⁹⁴, ao estudar os diferentes aspectos da transformação dos sistemas nacionais de serviços de saúde na América Latina, detém-se sobre o aspecto da descentralização. Dada a relação que existe entre a regionalização e a descentralização, resumem-se a seguir algumas considerações feitas pelo autor.

O progresso tecnológico é um fator que favorece a concentração do poder e multiplica o perigo de suas conse-

quências. Centralização ou descentralização são palavras que se aplicam à ação e ao efeito de levar até ao centro ou até à períferia a capacidade de decidir. Quando o processo ocorre entre as unidades políticas (nação, estado, município), fala-se de centralização ou descentralização política, e quando se realiza dentro de um aparelho administrativo, dentro de uma estrutura organizacional, chama-se centralização ou descentralização administrativa. Estas últimas têm duas variedades:

- a institucional, na qual a estrutura organizacional integra (centralização) ou diferencia (descentralização) um componente autônomo para atuar em um âmbito temático definido (Instituto Nacional de Saúde Infantil, de Saúde Mental, etc.); e
- a territorial, na qual o vértice organizacional readquire (centralização) ou outorga (descentralização) capacidade de decisão de (ou a) uma instância na qual se reúne o problema e a atividade de organização em uma porção definida do território.

"A ausência de um sistema para designar a dimensão centralização-descentralização favorece posições polares. Frequentemente relaciona-se a centralização com o autoritarismo totalitário e a descentralização com a democracia, ainda que tais relações distem muito de ser absolutas".

Um sistema consolidado de serviços de saúde, com ampla aceitação social, cujo pessoal tem modelado seus padrões de comportamento dentro das normas e as estruturas do sistema, ganha agilidade em suas respostas ao descentralizar-se. Por outro lado, um sistema incipiente, pode desbaratar-se por uma descentralização excessiva ao seu alcance.

A saúde é um fenômeno local. As decisões que adequam o serviço a essas condições locais devem ser tomadas lo -

calmente.

A distribuição de recursos entre as diferentes localidades e regiões depende de decisões de níveis mais centrais: em geral a equidade requer certo grau de centralização. Caso contrário, a participação da comunidade na organização e funcionamento só é possível quando existe certo grau de descentralização.

A descentralização administrativa permite que: a anomalia que representa a concentração de tomada de decisões somente no nível central de uma organização seja corrigida; diferentes decisões sejam tomadas em diferentes níveis (desde a periferia até o centro); vários desses níveis constituam pontos focais de integração e que cada momento evolutivo do sistema requeira uma diferente concentração de decisões centrais ou periféricas e uma integração dos setores nas unidades territoriais com a estrutura de governos locais.

A descentralização política requer a sanção ou modificação de preceitos constitucionais ou instrumentais legais e sua revisão é ainda mais complexa e difícil.

O sistema público de serviços de saúde tem surgido de progressivas centralizações institucionais e territoriais feitas sobre a base da necessidade (que se mantém) de uniformizar a prática da saúde.

A descentralização política, importantíssima peça do sistema de liberdades, deve produzir-se em saúde, mas não necessariamente iniciar-se em saúde.

Não há estruturas boas ou más per se, mas estruturas melhor ou pior adaptadas a uma determinada tarefa⁹⁴.

Ao analisar os órgãos que atuam no setor saúde, no Estado de São Paulo, JUNQUEIRA³¹ analisa o movimento de descentralização neste setor.

Segundo o autor, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é caracterizada como de administração centralizada, pela forma jurídica de organização. Nos serviços que desenvolvem as ações de assistência médica e sanitária ou assistência geral, bem como o controle e erradicação de doenças transmissíveis, predominam a administração centralizada e autarquia. Esta reproduz a maior parte das características do regime jurídico dos órgãos centrais e é das que menos se afasta da sistemática da administração centralizada.

Referindo-se ao caso da criação da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP (1973) diz que "mudando as condições de produção e operação desses serviços, por força de um desenvolvimento mais amplo do setor produtivo, procura-se estabelecer novas formas de organização capazes de abarcar essa mudança". Afirma que "o processo de criação de órgãos descentralizados, não significa a abertura de novos campos de intervenção da Administração Pública, mas apenas o desdobramento da atuação estatal já realizada".

Em relação ao movimento de descentralização, comenta que "pode, eventualmente, provocar alterações, em termos de agilização do serviço público, notadamente em determinados aspectos operacionais que, por sinal, são os mais ressaltados no discurso dos que implantam e analisam esse processo de constituição. Esse processo engloba condições para compra de equipamentos, contratação de serviços, e estabelecimento de convênios e muitas outras, derivadas das instituições de direito pri

vado, no caso de descentralização não autárquica. No entanto, isso não determina necessariamente uma alteração substancial no desempenho das atividades ou na lógica de atuação desses órgãos. Os elementos com que se pretende agilizar o serviço público podem apenas estar servindo para melhor viabilizar as negociações externas, sem alterar a sua própria racionalidade, em termos de estrutura de poder e das estratégias adotadas".

Em termos de dificuldades enfrentadas na descentralização levanta o seguinte: "a efetivação das ações de saúde, em sentido estrito, depende de soluções que são desenvolvidas em outros segmentos da Administração, bem como de polos de decisórios situados fora dos órgãos que levam adiante essas ações. Como exemplo, coloca-se o problema de recursos humanos, em relação aos quais a SES, enquanto principal órgão estadual em termos de atuação no campo de saúde pública, não apresenta autonomia decisória, dependendo de outras instâncias que normalizam os procedimentos relativos aos servidores públicos". Observa também "a ausência de uma instância de articulação entre essas ações, ponto fundamental no processo de planejamento, tendo em vista o estabelecimento de uma política para o setor"³¹.

Ao elaborar o estudo sobre a administração pública, KISIL³² observa que "os grandes sistemas burocráticos tem perdido consenso e carecem de responsabilidade, tanto para com seus empregados como para com o público em geral". Toma como exemplo os hospitais universitários da América Latina que, quando crescem em complexidade, perdem sua flexibilidade administrativa. Com respeito à responsabilidade interna, cita os seguintes: expansão física sem evolução funcional, os departamentos que não mantêm qualidade uniforme, a sua utilização como

instrumento político por parte do governo, a depreciação dos re cursos que pode provocar conflitos e deterioração das relações entre empregados e a administração, contradições entre os inte resses pessoais e os objetivos e necessidades de um hospital es cola. Estes fatos repercutem de forma negativa na sua respon sabilidade externa. Os episódios dos conflitos internos existentes, através das publicações, forma a opinião pública que chega a desacreditar a qualidade e quantidade da assistência.

Afirma MASSIEU⁴⁵, com razão, que "a descentralização, no caso particular dos serviços de saúde, dirige-se para os objetivos muito claros:

- reverter o processo de centralização nacional que se manifesta em graves desigualdades regionais, quando se refere aos níveis de saúde e a localização da infra-estrutura;
- reinvidicar o caráter concorrente da matéria sanitária através da unificação técnica e a assunção progressiva, por parte dos governos locais, dos serviços que lhes correspondem;
- dar uso mais racional aos recursos que se destinam aos servi ços, por meio de uma organização e funcionamento mais idôneos; e
- avançar com maior celeridade na cobertura dos serviços e no melhoramento de sua qualidade para dar efetividade crescente ao direito constitucional à proteção da saúde".

Como base para a coordenação, a integração dos três níveis do governo (o federal, o estadual e o municipal) é um processo que tende a favorecer o funcionamento dos serviços de saúde de diferentes instituições com objetivos comuns. A in tegração pode ser de acordo com duas modalidades:

- orgânica ou estrutural, que consiste em unir as instituições

transferindo recursos humanos, instalações, e bens financeiros que se colocam sob uma só autoridade; e

- programática ou funcional, que é uma forma em que as instituições formulam seus programas de comum acordo e estabelecem convênios específicos para sua operação.

A primeira modalidade apresenta dificuldades de caráter jurídico (regimes diferentes de trabalho), administrativo (capacidade relativa de cada instituição) e financeiro. Na integração funcional implantam-se os mecanismos para obter uma setorização institucional mais eficiente e uma descentralização mais efetiva⁸⁷.

A integração, segundo ROSS⁷⁸, pode ser:

- vertical, desenvolvida entre os organismos envolvidos em diferentes estágios da prestação de assistência; e
- horizontal, desenvolvida entre as instituições que desenvolvem ações no mesmo estágio.

Existem barreiras, principalmente se a integração envolve os setores públicos e privados, tais como:

- diferença de objetivos (atitude), quando o governo assume a função de regulador do sistema de assistência privada;
- diferença no financiamento, uma vez que o setor privado tem interesse na assistência voltada para os grupos mais favorecidos;
- competição pelos pacientes; e
- burocracia inerente à estrutura de grandes agências governamentais assim como ao setor privado.

A integração tem que ocorrer nos vários níveis:

no nível do setor público e privado, no das instituições, no dos serviços e no das atividades de assistência à saúde (de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação).

A descentralização dá enfoque aos interesses locais; está relacionada com a integração dos serviços, supõe uma extensão horizontal da assistência, e demanda acordos em cada um dos níveis de funcionamento dos serviços. É uma integração que se alcança normativamente mas se concretiza através do processo político⁴⁹.

Para que se efetive a integração ou articulação entre as unidades competentes do sistema regionalizado, pressupõe-se que se disponha de uma unidade de doutrina e comando nos vários níveis do sistema e a existência de uma rede básica de serviços, municipalizada, no interior, e distritalizada nas grandes cidades e área metropolitana⁴¹.

A colocação acima implica na alteração da política de prioridade do setor saúde, no que diz respeito aos cuidados hospitalares e especializados, e prioridade no financiamento da rede básica, alocando aos estados e municípios recursos para propiciar condições de operacionalidade de atividades de caráter local⁷².

A facilidade de implantação do sistema regionalizado depende dos serviços pertencerem ou não à mesma instituição. O pluralismo institucional dificulta o estabelecimento do sistema realmente unificado e operativo, atingindo-se uma regionalização parcial, apenas dos serviços que formam parte de uma só instituição. Torna-se necessária a adoção de medidas complementares como a uniformização dos métodos administrativos e

de informação e de nomenclatura estatística, assim como o estabelecimento de programas conjuntos de treinamento do pessoal diretivo e executivo das instituições participantes^{10 38}.

Quanto à forma de financiamento, deve haver repasse de recursos através de convênios globais de modo a dar autonomia gerencial às regiões⁶⁵. A complementação orçamentária interinstitucional e a sua consolidação quanto a sua descentralização a nível regional não somente simplifica os trâmites burocráticos e facilita o manejo dos recursos, como também permite a sua utilização eficaz na solução dos problemas regionais³⁷. Esta situação torna-se viável a partir de uma redefinição do poder político e econômico de cada região para a organização dos serviços.

A coordenação é considerada transcendental quando o sistema é pluralista. Neste, os regimes legais, as estruturas administrativas, as escalas de remuneração e os benefícios sociais para o pessoal são diferentes. A coordenação compreende: a organização e programação integral do trabalho técnico; a complementação e consolidação dos recursos financeiros provenientes de diferentes instituições; a definição de campos de ação e responsabilidades; a disseminação de informações completa e adequada ao pessoal; o estabelecimento de meios de comunicação; e a promoção de participação informada do pessoal de saúde e população¹⁰.

Uma condição prévia para a coordenação é a existência a nível regional de um organismo político-administrativo com autoridade executiva e coordenadora sobre os serviços regionais. É necessário adotar também uma decisão política firme, respaldada pela legislação correspondente.

Conforme BROWN¹² adverte, "só a solidez da coordenação da funcionalidade direta dará solidez à pirâmide dos níveis de assistência "em que se fundamenta a regionalização dos serviços de saúde. A coordenação do hospital geral e dos serviços de assistência primária é considerada fundamental⁶⁵.

BREEMER ter STEGE¹¹ acrescenta às considerações anteriores que a coordenação implica em contatos institucionalizados bilateral e multilateral para estabelecer a política e o planejamento, assim como para a alocação de especialistas e equipamentos e utilização comum de laboratórios.

No estudo feito sobre a experiência de Londrina (PR), ALMEIDA³ considerando que a regionalização implica em transformações técnicas e administrativas e que ela surge para cumprir uma função sócio-política (de satisfação das necessidades de saúde), com integração de instituições e mesmo intersectorial, sugere que a coordenação interinstitucional seja feita com a colaboração de uma espécie de Conselho Municipal de Saúde.

Na estruturação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas⁸³, para coordenação interinstitucional criaram-se: Conselho Regional de Saúde, Grupo Técnico-Administrativo e Fundo Regional de Saúde (regional); Conselho de Saúde de Área Programática (área programática); e Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde (município), multinstitucional.

Num estudo realizado no EE.UU., relatado por KISSIL³⁵, o futuro administrador público terá as seguintes funções:

- de coordenador - pelo maior grau de instrução dos empregados, a maior especialização e o aumento da autoridade baseada nos

conhecimentos teóricos e técnicos;

- mediador - em função da crescente variedade de especialidades que se relacionam entre si e que são necessárias para efetuar uma tarefa concreta;
- negociador e político - por estar submetido a pressões políticas e grupos de pressão da população; e
- agente impulsor - pelo ritmo de mudanças, a complexidade crescente dos mecanismos institucionais e desaparecimento da hierarquia tradicional que exige adaptação e atualização.

KISIL³⁴ citando SCHOTT, diz que a administração pública no Brasil está a cargo de profissionais administradores, em vez de administradores profissionais, isto é, de pessoas contratadas inicialmente por sua competência profissional e técnica e que têm passado a desempenhar postos administrativos no setor público. Segundo CHARLESWORTH, é a segunda profissão do funcionário público³⁴. Diz MERCER⁴⁹ que a tarefa de integração, por exemplo, é para técnicos-políticos.

O sistema regional de saúde deve estar preparado também para o ensino, não só nos estabelecimentos de nível regional e central, mas em todas as instalações do sistema. A descentralização das funções docentes hospitalares, com elaboração de programas de saúde no campo de saúde pública, não só amplia a capacidade docente das escolas, mas coloca o estudante em contato com os problemas sociais e epidemiológicos que caracterizam o exercício profissional na comunidade^{10 37}.

Algumas dificuldades são enumeradas pelos autores na implantação da regionalização dos serviços de saúde, baseadas ou não nas experiências, tais como:

- a existência de diferentes sistemas de regionalização em cada nível do governo e em cada instituição, com características e finalidades diversas, criando obstáculo para a unificação do planejamento e execução de serviços⁷²;
- mudança de funções do pessoal do nível central, de uma organização altamente centralizada, de mando, para consulta ou assessoramento, criando resistências ou mesmo rupturas⁶;
- a carência de qualificação do pessoal do nível regional para participar na elaboração da política oficial estabelecida pelo governo⁶;
- deficiência quanti-qualitativa de pessoal e distorções na sua distribuição^{6 7};
- influências políticas que podem levar o pessoal dos níveis executivos a adotar uma conduta mais política do que técnico-administrativa^{6 7}; e
- extensão territorial e deficiências de transportes e comunicações^{6 7}.

Como diz BREEMER ter STEGE¹¹, o conceito de regionalização existe há muitos anos, muito foi escrito a respeito, mas só se torna realidade quando a situação da saúde coletiva é afetada pelo impacto da situação sócio-econômica.

PASSOS^{6 7}, ao descrever a origem histórica da regionalização como instrumento de organização e administração de serviços de saúde, começa citando a Lei dos Pobres ditada na Inglaterra em 1601. Em sequência, cita o Informe Dawson (1920) como marco de regionalização inglesa, o Sistema Nacional de Saude (1948) na Grã-Bretanha, o Plano Nacional de Hospitais (1960) e a unificação do setor e divisão do país em Distritos Sanitários pela Secretaria de Estado para a Saúde e Previdência Social inglesa, em 1971. Como outras experiências, menciona: regu-

lamentação de regiões hospitalares (1933) e criação do Serviço Nacional de Saúde (1952); criação de sistema hospitalar no Estado de Maine, EE.UU., (1936); e regionalização em 4 níveis na Venezuela (1946).

No Brasil, com a Lei nº 6.229/75, que regulamenta a organização regional, surge a experiência de Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde de Norte de Minas que implanta o sistema regionalizado (1976), além de outros programas de cunho regionalizado, tais como: PIASS e Plano de Localização de Unidades Sanitárias (PLUS)⁶⁷.

Retornando à citação de BREEMER ter STEGE¹¹, a ênfase dada à regionalização como instrumento administrativo racionalizador é também uma resposta a uma situação político-econômica e social enfrentada pelo país. AGUDELO², ao analisar a correlação crise econômica e político-social atual, e a saúde na América Latina, refere-se à situação precária de saúde no Brasil; também WOODWARD⁹⁸, ao relacionar a assistência médica com a recessão econômica no Brasil, demonstra a repercussão das dificuldades econômicas no bem estar social, e especificamente, na saúde da população.

VIEIRA⁹⁶ afirma com razão que a política de saúde ultrapassa os limites do setor específico, que as ações de saúde têm que ser multisetoriais e que o resultado delas não depende apenas dos determinantes suscetíveis de intervenção técnica própria da saúde. Coloca também que as mudanças organizacionais não pode ser contidas dentro de marcos apenas técnico-administrativos; são políticas enquanto envolvem conflitos de interesse dentro das instituições de saúde.

A regionalização, a municipalização ou distritalização podem ter papel significativo na organização social, na política administrativa e produtiva e na qualidade de vida da população⁸⁰. Para tanto, reinvidica-se: dar maior autonomia de cisória e financeira às regiões administrativas; promover es - forços para que os serviços, programas e atividades, a cargo do nível federal, sejam absorvidos pelos níveis estaduais e municipais; reformular a política tributária para viabilizar o fortalecimento das estruturas estaduais e principalmente, municipais; repassar recursos financeiros, através de convênios globais, para aquelas prefeituras que evidenciem capacidade gerencial⁷².

E por fim, é necessário uma base legislativa para uma mudança estrutural, com o governo oferecendo maior prioridade e controle sobre o sistema.

4.4. Hierarquização dos serviços de saúde

Estreitamente ligado à regionalização do sistema de saúde, o conceito de hierarquização constitui um pré-requisito para a organização racional do sistema. Este, por sua vez, tem sua produtividade diretamente relacionada com sua capacidade de reter os pacientes em níveis inferiores, tendo como parâmetro a qualidade de atendimento prestado.

A respeito da hierarquização, LIMA⁴¹ expressa o seguinte: "a idéia é de que um sistema de saúde deveria estar organizado em níveis, desde a periferia, até os centros de influência e referência político-econômico-cultural, tendo como determinante a articulação funcional entre os vários níveis, de

modo a que se atendam, tanto a imperiosidade de racionalidade econômica como as necessidades fundamentais da coletividade".

Enquanto assentamento geográfico, a hierarquização converge com a regionalização, onde o fator de localização se associa ao nível polarizador dos equipamentos e serviços ofertados e ao aspecto difuso da demanda da população-alvo. Neste sentido, ambos os conceitos se articulam com o objetivo único de aproximar, sob uma forma organizacional, a oferta e a demanda dos serviços de saúde. Refletem, portanto, a racionalidade da organização na procura para facilitar e atender o direito de toda a população a receber os benefícios da assistência à saúde.

Enquanto racionalidade econômica, a organização hierárquica dos serviços reflete a escala de utilização ótima dos recursos técnicos e humanos, segundo um grau de crescente complexidade / dificuldade / raridade de ocorrência, na medida em que se passa de uma periferia rarefeita para o centro, com maior densidade demográfica e com maior concentração de facilidades. Dessa forma, aos níveis crescentes da qualificação tecnológica dos serviços e especialidades, se associam graus de complexidades crescentes em termos de dificuldade, rarefação da ocorrência e ônus econômico e, conseqüentemente, uma área geográfica de maior abrangência, como é o caso da assistência terciária à saúde. O raio de influência deste nível, delimita a área onde se assentam os níveis de assistência secundária, os quais passam a ser dimensionados na escala específica ao seu grau de complexidade relativa. E assim, subseqüentemente, os níveis de assistência primária, de menor complexidade, se difundem em todo o espaço delimitado pelos níveis superiores, respeitando porém, a área do nível secundário à qual se subordinam.

Essa subordinação reflete por sua vez, a autoridade e a responsabilidade administrativa e funcional de cada nível. Os menores riscos e qualificações do nível de assistência primária permitem uma assistência rápida, eficiente e de elevada produtividade, com tecnologia simplificada e a baixo custo, exigindo menores responsabilidades das autorizações delegadas.

Ao se atingir o limite de capacidade de solução da assistência demandada, atinge-se também o limite de competência técnica, administrativa e financeira, exigindo que se encaminhe o paciente para o nível imediatamente superior ou, quando suficientemente diagnosticado, ao respectivo nível de especialização da assistência terciária.

Tal fluxo ascendente, introduz um aspecto dinâmico à hierarquização, exigindo que se adicione ao processo de comunicação a sistemática de referência (encaminhamento) e contra-referência (alta e retorno) do paciente.

A organização de serviços hierarquizados pode então ser baseada nos seguintes princípios⁷⁴:

- epidemiológicos, identificando as diferentes morbidades a que a população está submetida;
- tecnológicos, selecionados com base na complexidade dos casos a atender, distribuídos nos níveis do sistema;
- organizacionais, que uma vez hierarquizados os problemas, riscos e tecnologias, é um problema gerencial de distribuição dos serviços de saúde sob a forma de níveis de complexidade crescente para a prestação de assistência.

Dessa forma, denominam-se níveis de assistência

os agrupamentos de diferentes tipos de assistência com base em certos critérios:

- indicar o maior ou menor grau de especialização médica requerido ou utilizado para a prestação de serviços⁷⁴;
- designar os estratos de prestação de serviços (local, distrital ou regional)^{6 37 47 67};
- indicar a localização das unidades operativas do sistema de saúde (rural, distrital ou intermediário e central)^{37 67};
- indicar o grau de diferenciação das atividades desenvolvidas (primário, secundário e terciário)^{37 67};
- designar os tipos de serviços de acordo com a maior ou menor concentração de recursos e qualidade dos serviços^{10 37}; e
- indicar a organização funilar de custos crescentes à medida que se especializa a assistência.

O conceito de níveis relaciona a necessidade de assistência à saúde da população e serviços com menor ou maior complexidade de conteúdo tecnológico para satisfazer àquela necessidade. A complexidade dos níveis não está necessariamente relacionada com as características físicas ou com o tipo de estabelecimento, mas com a função que executa^{70 73}.

A conformação clássica em três níveis é^{74 87}:

- primário, de menor complexidade, constituindo o ponto de contato do sistema institucionalizado;
- secundário e terciário, com serviços especializados de complexidade tecnológica maior, que atuam, em geral, sobre a base de referência dos indivíduos e situações de saúde geradas no nível primário.

A seleção e sistematização dos tipos de unidades ficam condicionadas aos níveis e os estabelecimentos podem desenvolver mais de um nível de assistência⁷⁴.

Segundo KLECZKOWSKI e PIBOULEAU³⁷, a porta de entrada do sistema regional será o nível melhor equipado para prestar os serviços que uma pessoa necessita.

LIMA⁴¹ caracteriza os níveis da seguinte forma:

- o nível central, com funções normativas e controladoras;
- o terceiro e o segundo nível, administrados pelas Unidades Federativas, com a delegação expressa de autoridade e responsabilidade executiva, operando as unidades dentro de suas jurisdições;
- o primeiro nível, de assistência primária, inclusive as de penetração rural, administrado e operado pelos municípios sob a forma de rede básica de saúde.

Salienta o progressivo privilegiamento da atuação do governo na prestação de serviços de saúde.

A colocação acima foi reforçado pelo grupo de discussão na 7ª. conferência Nacional de Saúde⁷². O grupo propôs a reorganização das secretarias estaduais para coordenar e planejar, integradas com outras instituições do setor público e representação comunitária, e a reorganização dos serviços de saúde, baseando-se na capacidade instalada e complexidade de assistência necessária por regionais de saúde. Recomendou também que os setores públicos e universitários mantivessem serviços próprios, com tecnologia assistencial "de ponta", ocupando o vértice da pirâmide assistencial.

No Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas⁸³, foram adotados os níveis segundo distribuição espacial: local, que corresponde a um município e dividido em subníveis rural, periurbano e urbano; área programática, que corresponde a um agregado de municípios; e região, correspondente a toda região mineira do Polígono das Secas.

Nesse Sistema, os níveis incorporam, em ordem de complexidade crescente: unidades auxiliares, unidades ambulatoriais gerais, unidades ambulatoriais especializadas e unidades hospitalares, estas últimas subdivididas em hospitais locais, distritais e regional, agrupadas em módulos.

ROBAYO⁷⁴ afirma que a "organização dos serviços de saúde na modalidade regionalizada é a expressão técnico-administrativa das interrelações dos níveis de assistência".

A definição de níveis, implica, sob o ponto de vista administrativo e de organização, em estabelecer uma ordem de decisões, tais como⁷⁴:

- atribuição das atividades, funções e responsabilidades a cada nível e, baseado nesta, determinar o tipo de pessoal, necessidades físicas e de equipamento;
- estabelecimento da interrelação dos níveis, isto é, os mecanismos de relação que permitam a referência e contra-referência de pacientes de um nível a outro, a mobilidade de pessoal, o intercâmbio de informação, o apoio técnico-administrativo e a supervisão.

Para a fixação dos limites de complexidade dos níveis de assistência, existem alguns critérios, a exemplo do que estabelece a Resolução CIPLAN nº 3/81-MS⁵³ que, entre outros itens, discrimina os tipos de estabelecimento segundo as

atividades desenvolvidas, recursos humanos e materiais, além de articulação funcional entre os estabelecimentos.

A determinação dos níveis de complexidade fundamenta-se no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um dos níveis estabelecidos: primário, secundário e terciário⁵³.

O primário caracteriza-se por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, a nível ambulatorial, desenvolvidas basicamente por pessoal de nível elementar e médio, médicos generalistas, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Os estabelecimentos instalados neste nível de assistência são os Postos e Centros de Saúde. As atividades inerentes a este nível se agrupam em 3 áreas: Saúde, Saneamento e Apoio Diagnóstico. A área de saúde engloba as ações de: controle de doenças transmissíveis, vigilância epidemiológica, educação em saúde, alimentação e nutrição, imunizações, saúde materno-infantil, atendimento odontológico, diagnóstico e tratamento de afecções simples e primeiro atendimento aos agravos de saúde. A área de saneamento considera basicamente a manutenção e melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, dejetos e lixo. A área de laboratório prevê apenas o de patologia clínica; nas situações peculiares dos centros urbanos onde há regionalização dos laboratórios de patologia clínica, não se cogita a sua instalação⁵³.

A assistência integral à população, seja a nível ambulatorial ou a domicílio, nas áreas urbanas, suburbanas e rurais é a função que caracteriza o nível primário. A unidade rural pode ter pequeno número de leitos para assistência ao parto e para observações curtas, para pacientes que aguardam trans

porte para outros níveis de assistência. Para esta finalidade, a unidade deve estar munida de sistema de comunicação e transporte³⁷.

O nível secundário caracteriza-se por desenvolver, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas (com especialistas): clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica e especialidades estratégicas, na modalidade de assistência ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Os estabelecimentos característicos deste nível são: as unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais. As atividades de apoio diagnóstico instaladas no nível secundário compreendem as de laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico, e eventualmente de traçados gráficos. Os estabelecimentos do nível secundário devem reservar uma proporção suficiente de sua capacidade ambulatorial de internação e de serviços de apoio, para o atendimento de casos referidos pelo nível primário⁵³.

Nesse nível, internam-se pacientes que habitualmente requerem poucos dias de internamento: pneumonias, desidratações, diarréias severas, apendicites, hérnias, amigdalectomias, partos eutócicos e cesáreas. Eventualmente pode contar com especialistas de apoio em oftalmologia, otorrinolaringologia, saúde mental¹², fisioterapia, fonoaudiologia etc.

O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência. Os estabelecimentos instalados neste nível são os ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e os hospitais de

especialidades⁵³. Estes são classificados por CHAVES¹⁴ como sendo de nível quaternário.

O hospital universitário é o centro onde se praticam todas as especialidades, o ensino e a pesquisa científica e, normalmente, é o local onde ocorre uma grande concentração de recursos.

O nível terciário, vértice da pirâmide, recebe referências do nível secundário e, em algumas ocasiões, de forma direta, do nível primário. São pacientes possuidores de doenças graves, complicadas, de diagnóstico difícil, que requerem especialistas e equipamentos de diagnóstico de alto investimento como cateterismo cardíaco, medicina nuclear, anatomopatologia, oncologia integral, tomografia axial computadorizada e ecografia¹².

Ao questionar a utilização do ambulatório de hospital, PARADISO⁶⁶ propõe um modelo de assistência primária, de orientação generalista, com ações integradas, semelhantes às das unidades de saúde, no ambulatório dentro da estrutura hospitalar.

Os três níveis de complexidade proporcionam atendimento, coordenado entre si, estruturado em dois tipos de módulos⁵³:

- no primeiro, para área de grande densidade demográfica (municípios com mais de 20.000 habitantes), o módulo será constituído de centros de saúde e hospitais locais; e
- no segundo, onde o maior agrupamento não ultrapassa 20.000 habitantes, o módulo, além dos centros de saúde, incorpora os postos de saúde (assistência primária) e unidades mistas (assistência secundária).

O modelo de medicina comunitária é caracterizado por ser integral, contínuo, ambulatorial, multidisciplinar, interdisciplinar e comunitário. Esta concepção permeia todo o sistema de saúde onde o serviço é hierarquizado, "que, se bem possa exercer-se em três níveis de assistência em que se divide, é no primeiro nível onde se encontra sua máxima expressão e onde a sua prática conseqüente pode e deve ser a base para a aplicação útil nos níveis restantes"²⁵.

A preocupação em racionalizar as atividades de atendimento e uso de recursos para aumentar a eficiência implica em adotar a padronização de condutas, de medicamentos e equipamentos, além de bom sistema de abastecimento visando o funcionamento eficiente de todo o sistema³⁸.

A demanda pode apresentar necessidades simples ou aquelas que exigem alta tecnologia⁸⁹. Este tipo de organização, com base ampla de entrada, propõe facilitar o início e condicionar a continuidade do atendimento de um modo seletivo para regular a utilização de outros níveis⁷⁴.

O nível primário não poderia subsistir por si só sem o apoio técnico dos níveis superiores³⁷. Deve manter uma correlação com outros níveis, constituindo uma rede. Um centro de saúde do nível primário, na maioria das vezes, tem muito pouca representatividade técnica e política para assumir a coordenação com outros níveis ou setores⁵⁶. É reconhecido que o PIASS, estruturado em módulos e considerado programa de "segmento rural" desenvolvendo ações de nível primário, está "implantado a partir do nível central, sem o necessário suporte da comunidade e com um insuficiente grau de coordenação institucional"⁶⁸; enfrenta dificuldades pelo fato de não estar suficientemente

articulado a outros níveis de apoio técnico e administrativo.

A distribuição das instalações em níveis é proposta para eliminar desigualdades do acesso da população à assistência à saúde.

MUSGROVE⁵⁷ entende a equidade como a igualdade na provisão de serviços de saúde que pode ser medida por oferta per capita dos serviços. Reconhece que é uma forma de eliminar a desigualdade, mas também apresenta a deficiência no sentido de considerar que as necessidades de saúde não são iguais entre os grupos quanto a critério sócio-econômico, não leva em conta as diferenças de riscos, variáveis como a renda, e não distingue os diferentes problemas de saúde e nem mesmo a distância entre o usuário e o serviço.

Em relação à participação comunitária no sistema, esta é considerada por todos os autores como um pré-requisito para o bom funcionamento, como por exemplo, cooperando na utilização correta dos serviços⁶, disciplinando o uso de recursos, identificando problemas^{7 2}, etc.

No entanto, a participação comunitária só se efetiva em determinadas condições, tais como^{7 2}:

- considerando a efetiva participação comunitária como sinônimo de ampla democratização dos instrumentos do poder (desde a concepção ao controle dos programas), esta participação só se concretiza na medida em que a população tiver acesso a todos os níveis de poder; é o reconhecimento do direito de escolher aqueles que representem a comunidade junto ao poder central, ou seja, a ampla participação no nível de decisão através do voto popular;
- "ocorre quando a população desperta para a necessidade, sen-

te-se responsável, confia na instituição, pode interferir no processo, sente-se respeitada e apropria-se dos conhecimentos da realidade";

- "trata-se de participar não apenas no equacionamento dos problemas de saúde, mas de ter direito a voz e ação na resolução de certos problemas, direta ou indiretamente relaciona - dos com a saúde e o bem-estar da coletividade;
- ocorre quando a comunidade assimila e aceita a política, participa nas decisões e funciona como recurso humano adicional indispensável, principalmente na identificação dos problemas e na observância do funcionamento do sistema.

As atividades pulverizadas em serviços descoordenados, caráter autoritário (do serviço e dos profissionais) e burocratização excessiva institucional, são obstáculos para a participação. A participação refere-se também ao pessoal subordinado que trabalha na instituição. As condições (canais) de informação e aprendizagem devem ser criadas como um elemento de organização do sistema hierarquizado.

Um estudo realizado nos EE.UU., abordando entre outros aspectos a participação popular no serviço público, diz o seguinte: "a participação popular é o ideal da sociedade democrática... e que vai muito além da simples votação. Os serviços públicos têm que fazer frente a grupos de pressão, à intervenção dos meios de comunicação de massas, às influências que exercem os poderes executivos e legislativos e também às decisões dos tribunais em caso de pleito, como por exemplo, o da igualdade de direitos. A sindicalização entre os funcionários e o ativismo entre os cidadãos que são clientes de órgãos públicos, impulsos que se reforçam mutuamente, vêm politizar o processo administrativo público"^{3 5}.

Entre as expressões racionalizadoras que caracterizam a hierarquização, destaca-se a racionalidade na seleção e uso da tecnologia.

Segundo ROBAYO⁷⁴, tecnologia apropriada é aquela que combina qualidade de eficiência e possibilidades de aplicação na situação particular em que utiliza, variando em termos de custos. Engloba pessoal, medicamento, instalação, material, instrumento, equipamento e métodos e procedimentos de assistência; o autor chama a atenção para o superdimensionamento que costuma ocorrer nos serviços.

Aceitam-se como tecnologia apropriada as "técnicas de saúde", as "técnicas administrativas" e "técnicas de capacitação"⁴⁸ e MAHLER, citado por VILAÇA⁴⁸, diz que existe tecnologia que é fundamental, que tem impacto real na saúde; a tecnologia placebo, que não afeta substancialmente a saúde; e a tecnologia paliativa que é intermediária entre as duas.

O problema da tecnologia não implica somente na simplificação ou na adequação, mas também, na criação. Quando VILAÇA⁴⁸ afirma que a utilização de medicina informal ocorre "sem respeitar a identidade e autonomia e sem preocupação em criar e desenvolver cientificamente essa prática alternativa", critica a "natureza cooptativa desse processo de inclusão".

Ao estabelecer os níveis na hierarquização, os serviços desses níveis articulam-se de maneira funcional e escalonada, sendo a interligação feita por meio de um sistema eficiente de referência e contra-referência, supervisão, educação continuada, avaliação, apoio técnico e logístico e de comunicações.

O sistema de referência e contra-referência envolve não apenas o encaminhamento dos clientes e seu retorno ao nível de origem, mas supõe um intercâmbio de informações apropriadas e instruções necessárias para a continuidade de assistência⁶¹. Dentro de uma região deve existir um fluxo fluido de clientes, pessoal e equipe entre os níveis, em duas direções, de acordo com as funções, responsabilidades e limitações estabelecidas para cada nível. O envio de clientes, visitas periódicas de especialistas ou empréstimo de equipamento, ocorrem em função da incidência de casos de maior complexidade diagnóstica e terapêutica. O pessoal técnico e profissional que pertence à equipe regional ou à equipe local, deve ter fácil acesso a outros níveis, principalmente às comunicações científicas, reuniões clínico-patológicas e informações estatísticas disponíveis nos centros mais especializados da região³⁷.

A definição operativa de supervisão, segundo VIDAL⁹⁵, pressupõe-na princípio básico mais eficiente para o desenvolvimento do pessoal. Tem implícito todo o processo de investigação operativa visando desenvolver o pessoal no manejo de um conjunto de técnicas e conhecimentos para inserí-lo na dinâmica de mudança da situação. Inclui, portanto, assessoramento, incentivo à direção participante e avaliação formativa.

A supervisão como um meio incentivador e um processo pedagógico participativo, é uma atividade inserida em todos os níveis.

Há os que defendem ser a supervisão uma atividade e função de todos os que trabalham numa instituição, em qualquer dos níveis. Assumindo um cargo, o supervisor hipertrofia-se e distancia-se do serviço e de seu contato diário com tare-

fas comuns. Sugere-se que tenha menos elementos no cargo de su pervisão exclusiva e mais trabalhadores inseridos no dia a dia do serviço aos quais se acrescenta a atividade de supervisio - nar. Propõe-se que o supervisor tenha poder decisório para re- solver os problemas trazidos a ele e que, antes de tudo, parti- cipe das decisões a serem tomadas⁷².

A educação continuada suplementa e complementa a supervisão no sentido de formar, treinar e manter atualizado o pessoal de saúde⁹⁵. A instituição deve criar os programas de educação continuada, cabendo às escolas articuladas ao serviço, um papel importante no desenvolvimento do processo. Segundo AR BONA⁶, a educação continuada preserva o sistema regional e a- brange não só os profissionais, técnicos e auxiliares, como também a população.

Os funcionários, em todos os níveis, têm a maior preocupação pela aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos, o que não é difícil de ser constatada.

O sistema hierarquizado deve possuir um sistema de informação unificado, transinstitucional, que atenda não só as funções administrativas de planejamento, programação, super- visão, controle e avaliação, como também deve constituir-se no núcleo de dados estatísticos e atender ao acompanhamento do pa- ciente ao longo do processo de referência e contra-referência.

A avaliação tem como objetivo "melhorar os pro- gramas de saúde e a infraestrutura sanitária para sua execução e orientar a distribuição dos recursos entre as atividades já empreendidas ou que possam vir a empreender no futuro"⁶⁰.

A avaliação abrange vários aspectos do programa,

desde as atividades realizadas, até à eficácia, relevância, impacto dos mesmos na saúde, o comportamento da comunidade e a eficiência das instituições, pela comunidade. Porém, uma avaliação que indique que a hierarquização como uma estratégia organizativa é realmente eficiente, é a avaliação da capacidade resolutiva.

A deficiência da capacidade resolutive que gera demanda nos níveis superiores além da necessária, pelo processo da participação direta da população a outros níveis, exige uma solução de caráter organizacional³⁸.

A organização da assistência à saúde, segundo níveis de complexidade crescente, deve partir de uma análise cuidadosa da realidade e ser submetida a revisões periódicas. O estudo dos níveis de assistência estabelecidos e da capacidade resolutive da morbilidade que têm esses níveis, pode favorecer uma base para a eficiência da organização. A localização dos estabelecimentos e a sua organização baseiam-se na distribuição temporal-espacial da demanda e na distribuição da morbilidade. O grau de complexidade dos recursos humanos, físicos e tecnológicos deve resolver qualitativamente os problemas demandados⁸⁶.

A capacidade resolutive pode ser caracterizada pela capacidade que apresenta um profissional de saúde, um estabelecimento de saúde ou um nível de assistência em atender às necessidades da demanda.

Até o momento, já se dispõem de alguns parâmetros de grau de resolutive, tais como⁸⁰:

- OMS - 90% da demanda básica recebe assistência terminal no primeiro nível (60% por pessoal auxiliar e 30% por médicos ge

rais), 8% dos pacientes são referidos para serviços de baixa especialidade e 2% para os de alta especialidade;

- Londrina (PR) - 92,1% são solucionados nos Postos de Saúde (78,8% pelos atendentes e 13,3% pelos médicos gerais) e 7,9% são referidos para ambulatorios especializados e hospitalização.

SOBERON⁸⁷ relata os dados obtidos no México: 80 a 90% da demanda recebe assistência terminal no nível primário, 10 a 15% no secundário e apenas 3% no nível terciário.

Outro estudo, baseou-se no número de consulta por idade e sexo, tratamento sem exames complementares e com exames complementares, referência a especialistas ou internação e número de consultas e problemas por grupo etário²⁰.

A regionalização e hierarquização nas regiões metropolitanas possuem problemáticas próprias, às quais não se aplicam certas recomendações, pois considera-se que nestas áreas se localiza um dos pontos mais críticos do sistema de saúde, exigindo soluções diferenciadas.

Muitos problemas técnicos relacionados com a implantação de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, por um lado, provavelmente, serão superados somente no curso do seu desenvolvimento. Por outro lado, no decorrer do tempo, o conceito operativo pode distanciar-se do teórico devido às reinterpretações sucessivas e adaptações por parte dos responsáveis pela execução.

Tais pressupostos serão demonstrados no decorrer das análises posteriores.

5. O PROJETO COTIA

5.1. Histórico

A Associação Hospital de Cotia (AHC) é uma sociedade civil de natureza filantrópica fundada em 1968, tendo como área de atuação os Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista (ex-Distrito de Raposo Tavares, emancipado em 1982). É mantida mediante a contribuição de sócios, doações, convênios e auxílios provenientes do governo estadual através das Secretarias da Saúde e da Promoção Social.

Dentre seus objetivos estatutários, destacam-se: prestar assistência médico-hospitalar à população urbana e rural; desenvolver atividades de assistência social, ações de saúde pública e educação para a saúde; e, oferecer um campo de ensino aos diferentes profissionais da área de saúde.

Desde sua fundação até 1974, dedicou-se à construção da Unidade Integrada (UI)*, à qual incorporou os dois Centros de Saúde até então existentes no Município, mediante convênio firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Competia à primeira o provimento dos recursos necessários e a prestação de assistência técnica; à segunda, a programação de atividades. Em 1975, a parte ambulatorial da UI passou a funcionar como Centro de Saúde - Escola (CSE) de Co - tia. Em 1976, teve início a assistência hospitalar, sendo aber

* Constituída por Hospital Local, Pronto Atendimento e Centro de Saúde, corresponde à Unidade Mista, categoria esta adotada pelo Ministério da Saúde⁵⁵.

tos os primeiros 54 leitos e o Serviço de Pronto Atendimento, por meio de convênio específico firmado com a Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH) da SES e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

Configura-se então o Projeto Cotia, o qual vai integrando, em sucessivos convênios, as seguintes unidades periféricas:

- em 1976, o Centro de Saúde (CS) de Caucaia do Alto da SES;
- em 1977, o atual Posto de Atendimento de Saúde (PAS)* da Assistência Social Santo Antonio (ASSA), (entidade filantrópica);
- em 1979, o PAS de Vargem Grande Paulista, atual CSII de Vargem Grande Paulista;
- em 1981, o Posto de Vacinação de Tijuco Preto, o atual PAS de Tijuco Preto, criado pela respectiva Sociedade Amigos de Bairro, com o auxílio da equipe técnica da UI; e
- em 1984, o Posto de Vacinação de Capelinha, localizado em instalações cedidas por moradores locais.

Destaca-se também nesse Projeto a contribuição da Fundação W. K. Kellogg, iniciada em 1979, mediante a dotação de recursos financeiros para aplicações especificadas em convênio vigente por três anos sucessivos.

* Apesar de não fazer parte da rede de serviços da SES, por desenvolver atividades semelhantes, adotou-se a denominação de PAS.

5.2. Características

O Projeto Cotia, integrado pelos serviços anteriormente relacionados, constitui um módulo assistencial regionalizado e hierarquizado a nível municipal, visando a extensão da cobertura e o desenvolvimento de assistência primária à saúde da população de Cotia e Vargem Grande Paulista.

Sua viabilidade técnica, econômica e operacional deve-se a um conjunto de convênios firmados com várias instituições, formando uma organização complexa.

A postulação dos princípios gerais da extensão da cobertura, apoiada na assistência ambulatorial em todos os serviços, integrada a um hospital local, constitui-se na estrutura dorsal da organização; foi a estratégia para a sustentação dos convênios firmados, devido principalmente ao fato da AHC ser uma associação filantrópica, sem objetivo de lucro, surgida por iniciativa da própria comunidade.

A situação do Município de Cotia, periférico mas integrante da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), com uma população numerosa, de baixa renda e carente de assistência à saúde, torna-a um alvo de destaque para as instituições e agentes de saúde, permitindo articular uma experiência pouco comum entre o poder público e a comunidade, dada a insuficiência dos recursos municipais.

5.2.1. Objetivos

A visão de seus sócios fundadores com relação ao conceito de saúde pública está caracterizada nos estatutos da

AHC, ao definir suas finalidades (artigo 1º dos Estatutos e artigo 2º do Regulamento do Hospital de Cotia), as que se resume a seguir:

- manter, administrar e desenvolver atividades médico-hospitalares e para-hospitalares, que venham a criar ou assumir em doação ou comodato, dispensando assistência a enfermos ou acidentados, gratuitamente ou não;
- desenvolver atividades de assistência social;
- contribuir para o ensino, formação e treinamento de pessoal dedicado à Saúde Pública;
- oferecer campo de treinamento para o desenvolvimento da educação sanitária;
- oferecer campo para pesquisas nos setores de suas atividades;
- manter leitos e serviços hospitalares para o público, gratuito, respeitadas as proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos em vigor.

À medida que se consolida o Projeto Cotia, vão-se definindo os princípios que norteiam suas atividades, os quais podem ser resumidos nos seguintes pontos:

- criação de um sistema de assistência regionalizado e hierarquizado, visando garantir a extensão da cobertura de saúde à população, com ênfase nos cuidados primários e secundários de saúde;
- integração das ações promocionais, preventivas e recuperativas da saúde;
- coordenação dos recursos mult institucionais para execução dos programas;
- participação da comunidade nos diferentes níveis de decisão; e

- universalização dos serviços de saúde, visando facilitar o acesso da população aos diferentes níveis do sistema.

5.2.2. Programas conveniados

Um conjunto sucessivo de convênios marca a atuação da AHC, amplia o seu campo de abrangência e congrega recursos para o suporte de suas crescentes responsabilidades. Tais compromissos destacam o Projeto Cotia em uma posição sui generis em toda RMSP, envolvendo relacionamentos múltiplos e superpondo funções filantrópicas com assistência hospitalar-ambulatorial de retaguarda para a promoção de assistência primária a uma população alvo pré-determinada.

Segundo a ordem cronológica, apresentam-se a seguir os convênios firmados até o final de 1985, cabendo assinalar que apenas o com a Fundação W. K. Kellogg está ultrapassado.

a) Convênio com SES e FSP/USP

Firmado em 1973, sofreu sucessivas complementações: 1975 - implantação do CSE; 1980 - atividades docente-assistenciais; e 1982 - incorporação do Município de Vargem Grande Paulista. Este convênio marca, praticamente o início do Projeto Cotia.

Além de afirmar as finalidades a que se propunha a AHC, a UI passava a se subordinar técnica e administrativa - mente ao Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP e, por se integrar à rede de unidades sanitárias estaduais, seus serviços coordenavam-se aos demais serviços de saúde da SES, devendo cumprir suas normas técnicas e submeter-se à supervisão

de um Conselho Diretor.

Os compromissos iniciais da FSP/USP, compreendiam:

- um levantamento sócio-econômico-cultural, epidemiológico e sanitário do município e o planejamento de programas a serem desenvolvidos segundo as prioridades reconhecidas; e
- a realização de pesquisas aplicadas à saúde pública e a avaliação periódica da programação desenvolvida.

A participação da SES far-se-ia no sentido de consignar no seu orçamento anual, os recursos necessários para o custeio da UI (pessoal, material, medicamentos, equipamentos e sua manutenção) e prestar assessoria técnica às entidades conveniadas.

A AHC competia:

- propiciar condições para o treinamento dos alunos e pessoal da FSP/USP; e
- desenvolver os programas planejados pela FSP/USP através da participação de alunos, pessoal da AHC e da comunidade.

Pelos termos de ratificação, aditamento e suplementação de verba firmado em 1980, a FSP/USP obrigava-se a:

- proporcionar a colaboração, no CSE, de seu corpo docente e discente, necessária ao perfeito cumprimento de suas finalidades; e
- organizar e ministrar cursos de atualização, de treinamento e estágios práticos de adestramento quando solicitado pela SES.

Com a emancipação política do Distrito de Raposo Tavares como Município de Vargem Grande Paulista, em 1982, es-

te se integra ao convênio com AHC/FSP/SES, apenas remunerando a assistência médica hospitalar prestada pela AHC.

b) Convênio com a Fundação W. K. Kellogg

De 1979 a 1982, a AHC passou a contar com apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg para o desenvolvimento de um projeto de expansão da rede primária, formação de pessoal de nível auxiliar e participação na formação de médicos generalistas.

c) Convênio com INAMPS

Enquanto os convênios anteriores caracterizaram-se pela qualificação da assistência preventiva à saúde, a participação do INAMPS consolida sua atuação médico-hospitalar-ambulatorial na assistência individual à saúde da população do Município de Cotia (1976) e, posteriormente, do Município de Vargem Grande Paulista (1982).

Ampliam-se os serviços e a população de baixa renda passa a contar com a assistência médica integral aos beneficiários urbanos e rurais (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL) do INAMPS. Além da integração aos programas de saúde traçados a nível nacional, dentro de um sistema regionalizado de serviços, e da articulação com o Hospital Universitário (HU), a partir de 1981, passa a participar como centro de referência em saúde pública e de acidentes de trabalho, com definições de ações prioritárias e atribuições específicas das instituições que integram o Sistema Nacional de Saúde.

Em que pesem os compromissos adicionais assumi-

dos, em contra-partida, a participação do INAMPS, implica no pagamento de despesas de assistência dos segurados e a possibilidade do mesmo ser estendido a todo o atendimento efetuado mesmo àqueles que não são segurados. Destaca-se a reformulação havida em 1981, passando para a modalidade de convênio global universitário.

d) Outros convênios

Além de convênio com a Prefeitura de Vargem Grande Paulista (extensão do atendimento à população daquele Município) destacam-se:

- ASSA, desde 1977;
- Instituto de Assistência Médica ao Servidor do Estado de São Paulo (IAMSP);
- Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que, do início do Projeto até 1984, manteve articulação com a AHC;
- Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP e Hospital Universitário (em entendimentos); e
- Banco de Sangue do Hospital das Clínicas da USP.

5.3. Área de atuação

5.3.1. Características do assentamento das atividades

Desde sua implantação (1975) até 1985, o Projeto Cotia mantém como área de atuação a delimitação original do Município de Cotia. Isto significa que, atualmente, incorpora também o Município de Vargem Grande Paulista, emancipado em

1982. Em razão dos informes estatísticos passados não terem ainda sido desagregados pela Fundação Estadual de Análise de Dados (SEADE), optou-se pela análise dos dados conjuntos dos dois Municípios, como se o segundo ainda pertencesse à jurisdição administrativa do primeiro, uma vez que tal tratamento em nada prejudica a análise da área geográfica de atuação do Projeto.

O Município de Cotia* é integrante da Sub-região Oeste da RMSP, numa extensão de 356 km² (excluindo os 29 km² de Vargem Grande Paulista). Em 1980, segundo a Fundação SEADE, a população total residente em Cotia era de 62.952 hab. (Tabela 1) resultando em uma densidade global de 163,5 hab./km². Estimativas mais recentes, indicam uma população urbana de 85.474 hab. em 1985.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO E TAXA DE URBANIZAÇÃO, COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1970 e 1980.

Núcleos Urbanos	1970				1980			
	Total	Urbana	Rural	Taxa de Urban.%	Total	Urbana	Rural	Taxa de Urban.%
Cotia	21.293	20.013	1.280	94,0	47.505	45.414	2.091	95,6
Caucaia do Alto	4.576	4.576	-	100,0	5.670	4.797	873	84,6
Vargem Grande Paulista*	5.088	5.088	-	100,0	9.777	9.777	-	100,0
TOTAL	30.957	29.677	1.280	95,8	62.952	59.988	2.964	95,3

Fonte: SEADE - Censos de 1970 e 1980

* Distrito de Raposo Tavares

* Passa-se doravante a denominá-lo apenas Cotia, evitando-se chamá-lo de Município, uma vez que Vargem Grande Paulista também é Município.

Em função de suas características de bairro-dormitório, da RMSP, desde a década de 50 vem apresentando um processo de acelerada urbanização. Em 1980, a taxa de urbanização atingiu 95,3%, com deslocamento paulatino da atividade agrícola, que nos últimos 30 anos, caracterizava Cotia (assim como a Sub-região Oeste da RMSP) como integrante do "cinturão verde".*

Em razão de ser cortada, em toda a sua extensão leste-oeste pela Rodovia Raposo Tavares (SP-270), esta via comportou-se como vetor de indução do assentamento populacional. Devido a esse fato, os núcleos urbanos desenvolveram-se ao longo da Rodovia, conformando um colar de aglomerados ou bairros urbanos (Figura 1), a saber:

- a cidade de Cotia (sede municipal) que se subdivide em três núcleos:
 - Cotia Antiga, entre os quilômetros 29,5 e 32, com área urbana de 334 ha;
 - Bairro de Portão, entre os quilômetros 32 e 34,5, com área urbana de 58 ha;
 - Bigareli, entre os quilômetros 2 e 3,5 da Estrada do Morro Grande, com área urbana de 20 ha;
- a vila Granja Viana, entre os quilômetros 21 e 25 dessa Rodovia com área urbana de 15 ha (de mais recente implantação, mas em rápida expansão);
- a cidade de Vargem Grande Paulista (sede municipal), na altura do quilômetro 45 da Rodovia Raposo Tavares, com aproximadamente 25 ha de área urbana; e

* O "cinturão verde" da RMSP era constituído predominantemente pela produção hortifruticultura, voltada para o abastecimento metropolitano. Hoje, limita-se a poucos municípios da RMSP que ainda dispõem de área agrícola significativa.

- a vila de Caucaia do Alto (Distrito de Caucaia do Alto), com área urbana de 15 ha, situada ao sul de Vargem Grande Paulista.

O parque industrial ocupa uma área de aproximadamente 70 ha, distribuída ao longo da Rodovia Raposo Tavares, desde a Granja Viana a Cotia, localizando-se preferencialmente na faixa norte do Município. Segundo a Prefeitura local, em 1984, as 115 indústrias empregavam 8.400 industriários, com uma área edificada de 270.000 m², sendo representada por indústrias mecânicas, químicas, têxteis e pequenas metalúrgicas.

A área rural de Cotia (30.000 ha), embora relativamente extensa quando comparada com a urbana, apresenta a singularidade de dispor da reserva florestal de Caucaia, tombada pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico, Arqueológico e Turístico (CONDEPHAAT). Esta reserva ocupa 60% da área rural (aproximadamente 17.000 ha). A área restante, apesar de acidentada, tem uma ocupação agrícola caracterizada por pequenas propriedades rurais produtivas (hortifruticultura, granjas e rosas), clubes e chácaras de recreio (em especial em Granja Viana). Nas imediações dos sítios urbanos de Cotia, a ocupação está bastante comprometida, com os usos residencial e industrial sofrendo o impacto de loteamentos regulares e mesmo clandestinos que adentram a Área de Proteção de Mananciais da RMSP.

5.3.2. Características demográficas.

Em razão da situação suburbana e de sua função de bairro-dormitório, a população residente é tipicamente de classe média e operária, com uma forte contribuição do componente

migratório, em especial até 1977 (Figura 2). Segundo a Fundação SEADE, a taxa de crescimento geométrico anual da população se acentuou a partir de 1960, sendo de 7,94% ao ano no período intercensitário de 60/70 e de 7,37% ao ano de 70/80*.

Trata-se de uma população jovem. Conforme se observa nas pirâmides etárias de 1970 e 1980 (Figura 3), a faixa etária de 0 a 19 anos representava, respectivamente, 52% e 47% da população total. Como consequência, a razão de dependência ainda é bastante acentuada.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA E RAZÃO DE DEPENDÊNCIA, COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1970 e 1980.

	1970			1980		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
População Total	30.957	16.149	14.808	62.952	32.120	30.832
Pop. Econ. Ativa (PEA)	9.994	8.065	1.929	24.551	17.834	4.717
Razão de Dependência	1:3,1	(1:3,8)	(1:16,0)	1:2,6	(1:3,5)	(1:13,3)
PEA/Pop. Total (%)	32,2	49,9	13,0	39,0	55,5	15,3

Fonte: IBGE - Censos de 1970 e 1980

Segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população economicamente ativa (Tabela 2) representava 32,2% da população total, em 1970

* Para o período 1980/85, a Fundação SEADE estimou uma taxa anual de crescimento geométrico de 6,1% ao ano.

FIGURA 2

Crescimento Vegetativo, Migratório e Total de Cotia de 1975 a 1980

FIGURA 3

A) PIRÂMIDE POPULACIONAL POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

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

FONTE: CENSO 1970 - F IBGE

ESCALA: 1/400

B) PIRÂMIDE POPULACIONAL POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

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

FONTE: CENSO 1980 - F IBGE

ESCALA: 1/800

(razão 1:3,1) e de 39% em 1980 (razão 1:2,6).

Em que pese o fato de parcela significativa de sua população trabalhar fora da localidade onde reside, o imposto sobre a Circulação de Mercadorias (ICM), em 1984, segundo a Prefeitura de Cotia, representou 47% da Receita Municipal. Tal fato reflete a existência de um parque industrial relativamente expressivo, embora não representativo a nível metropolitano. Porém, implica na dependência de tributos de residentes (em geral de baixa renda), repercutindo-se nas deficiências dos equipamentos de infra-estrutura urbana e na precariedade dos serviços públicos, dada a demanda exacerbada, fruto da elevada dinâmica demográfica.

5.3.3. Equipamento urbano e serviços públicos

De um total de 15.000 residências, registrava a Prefeitura de Cotia, em 1984:

- 9.500 ligações de água encanada (63%);
- 600 ligações de esgotos (4%);
- 15.000 ligações elétricas domiciliares (100%);
- 3.500 terminais telefônicos residenciais (23% ou 1t./18 hab.);
- 921.100 m² de área edificada residencial (± 14 m²/hab.);
- 6.500 veículos (1v./10 hab.);
- 60 km de ruas iluminadas (70% de um total de 85 km de ruas);
- 205 loteamentos cadastrados;
- 82 estabelecimentos de ensino de 1º e 2º Graus;
- 2 hospitais;
- 54 leitos de assistência hospitalar geral (0,63 leitos/1.000 hab.);
- 140 leitos hospitalares para crônicos (hospital de retaguarda).

Como se observa, as piores condições estão nos serviços de saneamento básico. A área praticamente não dispõe de sistema de coleta de esgotos. Os efluentes (assim como o lixo nas áreas não coletadas) são lançados ou carreados para pequenos cursos de água ou em fossas, na maioria negra. O comprometimento do lençol freático, por sua vez, leva à contaminação dos poços de água, utilizados por 37% da população. Mesmo parte da população abastecida por rede pública, mantém seus poços domiciliares como abastecimento complementar.

O lixo coletado, por sua vez, tem seu destino final em valas provocadas por erosão, sem qualquer preocupação quanto à construção de aterros sanitários. Conseqüentemente, agrava-se a degradação da qualidade das águas superficiais, e tem-se o assoreamento do leito dos córregos, provocando inundações em fundos de valas, dada as dificuldades decorrentes para o escoamento natural das águas.

Apesar do atrativo da merenda escolar segundo o funcionário da Prefeitura, observa-se um aumento da evasão escolar, no período de 1982 a 1984, não somente no 2º Grau, como principalmente no 1º Grau. Tal fato, genérico ao ensino, e não apenas localizado, vem sendo atribuído, por um lado, à queda do nível e condições de ensino básico. Mas, por outro lado à redução das condições de vida da população assalariada, registrada no pós-1981, vem exigindo que maior número de pessoas da família contribuam para o aumento da renda familiar. Este fato leva à precocidade no assalariamento do menor, maior participação da mulher no trabalho extra-doméstico e no aumento do sub-emprego ou do emprego disfarçado.

5.3.4. Recursos da Saúde e sua distribuição espacial

Na área da saúde registraram-se em 1985 os recursos técnicos descritos no Quadro 1, os quais podem ser organizados segundo as entidades mantenedoras.

A distribuição espacial dos recursos públicos de saúde pode ser vista na Figura 4.

5.3.5. A situação de saúde

Em razão da situação suburbana de Cotia, os indicadores de saúde a representam similares às condições das populações residentes na periferia da Capital, com coeficientes em valores ligeiramente superiores à média do Estado de São Paulo.

De um modo geral, as condições sanitárias do meio ambiente urbano, aliadas à forte participação de migrantes (em especial no período anterior a 1975) são responsáveis pela expressão relativamente elevada desses indicadores do nível de saúde. Adentra-se em um círculo vicioso, quando a esses fatores se adicionam a realção entre a baixa renda familiar e per capita da população residente em Cotia e altas taxas de natalidade geral que está em torno de 28 por mil habitantes.

Pela análise dos indicadores apresentados na Tabela 3, observa-se, a partir de 1976, uma acentuada redução dos coeficientes de mortalidade, tanto geral quanto infantil. Segundo LAURENTI⁴⁰, "à medida que, em uma área, melhoram as condições de vida e saúde de sua população, paulatinamente, vai diminuindo a mortalidade infantil. A morte de menores de um ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nu-

QUADRO 1 - SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1985

Localização	Entidades Mantenedoras	Observações
Cotia	<u>DE INTERESSE PÚBLICO</u>	
	- CSE "Paulo César de Azevedo Antunes"	O CSE e o Hospital formam a UI mantida pela AHC.
	- Hospital "Dr. Odair Pacheco Pedroso"	O Hospital local possui 54 leitos em funcionamento e Pronto Atendimento.
	<u>MUNICIPAL</u>	
	- Ambulatório Médico	Pronto Socorro para emergência (com ambulância); conta com 6 médicos, 2 cirurgiões dentista, 1 assistente social, 6 atendentes e 3 serventes.
	<u>PARTICULAR</u>	
	- Hospital das Graças	Filantrópico, de retaguarda para doentes crônicos; convênio com INAMPS, com 140 leitos.
	- 1 Policlínica	Clínica médica, cardiologia, gineco-obstetrícia, pediatria e oftalmologia.
	- 6 Consultórios Médicos	
	- 15 Consultórios odontológicos	
	- 3 Casas de repouso	
	- 2 Laboratórios de análises clínicas	1 laboratório do Hospital das Graças
	- Ambulatórios Médicos de empresa	
	- 3 Ambulatórios de medicina de grupo	HEALTH, MECA E SAMS
	- 1 Clínica de fisioterapia	
	- 16 farmácias	
	- 1 Centro de Tratamento de Dependência Química	Tratamento ambulatorial de dependente químico (álcool e droga) por assistente social, médico, psicólogo, conselheiro, etc; retaguarda de Hospital no Rio de Janeiro.

Continuação

Localização	Entidades Mantenedoras	Observações
Vargem Grande Paulista	<u>DE INTERESSE PÚBLICO</u>	
	- CS II de Vargem Grande Paulista	Integrado ao Projeto Cotia, através de convênio AHC/Prefeitura/SES.
	- PAS de Tijuco Preto	Integrado ao Projeto Cotia, mantido pela Prefeitura de Vargem Grande Paulista e SES.
	<u>PARTICULAR</u>	
	- 2 Consultórios Médicos	Vacinação, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica médica.
	- 4 Consultórios odontológicos	
Caucaia do Alto	- 4 farmácias	
	<u>DE INTERESSE PÚBLICO</u>	
	- CS III de Caucaia do Alto	Integrado ao Projeto Cotia, através do Convênio AHC/SES.
	- Posto de Vacinação de Capelinha	Trabalho de extensão na comunidade do CS III de Caucaia do Alto.
	<u>MUNICIPAL</u>	
	- Ambulatório Médico	Com 1 médico e plantão de enfermagem (2 auxiliares e 1 atendente de enfermagem) Atendimento médico e referência (com ambulância).
	<u>PARTICULAR</u>	
	- 1 Consultório Médico	
	- 1 Consultório Odontológico	
	- 1 Farmácia	
Granja Viana	<u>DE INTERESSE PÚBLICO</u>	
	- PAS da ASSA	Filantrópico, integrado ao Projeto Cotia através de convênio AHC/ASSA.
	<u>MUNICIPAL</u>	
	- Ambulatório Médico	Pronto Atendimento com 1 médico e 1 atendente.
	<u>PARTICULAR</u>	
	- 3 Consultórios odontológicos	
	- 2 Farmácias	
	- 1 casa de repouso

FIGURA 4

Recursos Públicos de Saúde

TABELA 3 - ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE, COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1970-1982

Indica- dores Ano	C O E F I C I E N T E S						
	Mortalidade Geral ‰ hab.	Mortalidade Infantil ‰ NV	Mortalidade Neo - Natal ‰ NV	Mortalidade Inf. Tardia ‰ NV	Natimorta- lidade ‰ NV+NM	Mortalidade Perinatal ‰ NV+NM	Natalidade ‰ hab.
1970	10,8	116,6	50,6	66,0	24,1	50,6	27,6
1971	11,2	148,9	60,9	88,0	36,6	70,1	28,3
1972	10,5	142,7	59,7	83,0	39,3	70,1	26,1
1973	11,3	137,6	51,0	86,6	33,7	56,6	31,9
1974	10,5	100,4	44,3	56,1	40,3	59,3	32,3
1975	9,9	105,0	34,5	70,5	21,6	36,6	33,5
1976	9,9	94,4	32,1	62,3	25,3	45,2	36,8
1977	8,5	64,5	25,9	38,6	17,5	34,4	35,5
1978	9,0	59,0	25,2	33,8	13,1	32,9	43,0
1979	8,4	62,2	27,4	34,8	23,9	43,8	39,7
1980	7,6	54,4	24,3	30,1	16,6	34,5	35,9
1981	7,7	64,5	30,9	33,6	11,5	33,2	37,7
1982	6,9	45,1	22,7	22,4	13,6	30,3	36,7

FONTE: SEADE (dados brutos)

trição, educação, habitação, assistência pré-natal e ao parto".

Tem-se que em um período relativamente curto (1970/82), o coeficiente de mortalidade infantil manteve-se extremamente alto no período 70/75, decaindo de 76 em diante, para um nível que se classificaria ainda como alto, mas típico das áreas suburbanas/periféricas da capital paulista, fruto das condições de vida urbana anteriormente descritas.

Sua partição em mortalidade neonatal e infantil tardia, mostra, por sua vez, uma redução relativa das causas perinatais, aproximando-se em proporção iguais às da infantil tardia. Tal ocorrência indica uma melhoria na assistência à mulher no decorrer da gestação e parto embora permaneçam ainda ôbitos por doenças que dependem do meio ambiente e ações assistenciais, como a vacinação (infecciosas), mais freqüentes na infância.

Afirma LAURENTI⁴⁰: "quando o coeficiente de mortalidade infantil é baixo, ele é quase totalmente representado pela mortalidade neonatal (60 - 80%), e quando é alto, observa-se o inverso". Completa mais adiante: "à medida que as condições ambientais vão permitindo reduzir a mortalidade infantil (melhor saneamento, melhor nutrição, vacinação, etc.), verifica-se que essa redução se faz às custas da infantil tardia; mais tardiamente é que se consegue reduzir a neonatal, atuando em condições pré-natais, assistência ao parto e pós-natal imediato".

Ora, tais circunstâncias ocorrem em Cotia; na realidade, ambos os componentes se reduzem, sendo que a infantil tardia a um ritmo mais acelerado do que a neonatal. Tal fato pode indicar que, além das razões acima citadas, a assistência

está sendo mais eficaz tanto na infância tardia quanto no ciclo gravídico-puerperal, pela melhor distribuição e utilização dos serviços de saúde.

Atestam essas possibilidades de ocorrência, a evolução dos coeficientes de natimortalidade e mortalidade perinatal, no pós-75; a redução de ambos os coeficientes é associada principalmente à redução de óbitos por causas perinatais, sendo que a natimortalidade reduz-se, principalmente, em decorrência da implantação dos serviços de assistência pré-natal; uma vez que na área de estudo, dada a baixa renda familiar, são precárias as condições de saúde e nutrição maternas.

Em termos de mortalidade infantil segundo a causa, os coeficientes específicos apresentam, de um modo geral, uma tendência declinante (Tabela 4), no período de 1970 a 1982. Apenas a causa "lesões ao nascer e partos distócicos" mantém coeficientes elevados, sendo que o de 1982 excedeu em 20% o de 1970. De causa situada em 5º lugar, salta para o 1º lugar. Por um lado, esse comportamento pode ser atribuído à melhoria do diagnóstico da causa básica de morte (o que atinge todas as demais causas) e aprimoramento da qualidade do preenchimento do atestado de óbito; mas tal fato, por outro lado, reforça a incidência desta causa perinatal.

A persistência de "pneumonias", "enterites e outras doenças diarreicas" nas primeiras posições, conjugados com a incidência de "avitaminoses", "meningites" e "demais doenças infecciosas e parasitárias", reforçam as observações feitas quanto à baixa qualidade de vida (saneamento e alimentação) da população local.

TABELA 4 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA, PARA MENORES DE UM ANO, COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1970, 1976, 1980 E 1982.

Ano Causas	1970		1976		1980		1982	
	Clas.	Coef. ‰ NV	Clas.	Coef. ‰ NV	Clas.	Coef. ‰ NV	Clas.	Coef. ‰ NV
Enterites e outras doenças diarrêicas	2º	21,20	1º	26,54	3º	8,69	3º	5,30
Pneumonias	1º	22,37	2º	20,37	1º	12,59	2º	10,99
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	4º	17,66	3º	9,87	8º	1,34	7º	1,13
Outras causas de mortalidade perinatal	3º	18,84	4º	8,64	4º	7,64	4º	4,17
Lesões ao nascer e partos distócicos	5º	10,60	5º	7,40	2º	8,99	1º	12,13
Avitaminoses	6º	5,88	6º	6,17	5º	4,94	6º	1,51
Anomalias congênicas	7º	3,53	7º	5,55	6º	2,24	6º	1,51
Demais doenças infecciosas e parasitárias	8º	2,35	8º	3,08	9º	0,89	5º	1,89
Obstrução intestinal e hérnias	-	-	9º	1,23	-	-	8º	0,37
Meningites	7º	3,53	10º	0,61	7º	1,79	8º	0,37

FONTE: Trabalho executado pelos alunos de Curso de Especialização em Saúde Pública (FSP/USP), em 1985, com base nos informes do SEADE

No outro extremo do período vital (Tabela 5), têm-se os coeficientes de mortalidade para maiores de cinquenta anos de idade, segundo a causa específica. Há uma estabilidade generalizada no valor desses coeficientes, sendo o destaque dado para os que mais crescem (causas referidas ao sistema cardio-vascular), típicos do estilo de vida urbana, sedentária, dieta alimentar, etc.

Os "acidentes de veículo a motor" que em 1976 classificavam-se em 10º, a partir de 1980 passam a ocupar o 6º lugar começando-se destacar entre as causas de morte.

Na faixa etária entre os 19 e 49 anos, os "acidentes de veículo a motor" ocupam o 1º lugar.

5.4. Organização e recursos

5.4.1. Estrutura organizacional

Embora seja um complexo de instituições voltadas para o atendimento da população dos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, em função dos convênios, a AHC administra o conjunto como se fosse uma única organização. Na realidade, a expressiva dimensão da UI (Hospital e CSE), de propriedade da AHC, faz com que as unidades das demais entidades públicas e privadas que integram o Projeto Cotia, se subordinem administrativamente a ela.

Portanto, a dificuldade não está em administrar, operar e manter as unidades, sob direção unificada da AHC; como se verá no decurso do trabalho, os problemas surgem em razão da superposição, em uma única organização, de múltiplas fun

TABELA 5 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA, PARA 50 ANOS E MAIS, COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, 1970, 1976, 1980 E 1982.

Causas	1970		1976		1980		1982	
	Clas.	Coef. ‰ hab.	Clas.	Coef. ‰ hab.	Clas.	Coef. ‰ hab.	Clas.	Coef. ‰ hab.
Doenças cerebrovasculares	2º	5,82	1º	6,35	1º	7,77	2º	5,97
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	5º	4,20	4º	3,69	8º	1,45	7º	0,87
Tumores malignos	3º	5,49	5º	3,48	3º	5,18	4º	4,80
Doenças isquêmicas do coração	4º	4,52	3º	4,47	4º	4,37	1º	8,30
Outras formas de doenças do coração	1º	10,67	6º	2,05	5º	2,91	5º	4,07
Pneumonias	7º	0,97	7º	1,64	7º	1,62	7º	0,87
Tuberculose pulmonar	10º	0,16	8º	1,23	12º	0,32	-	-
Bronquite, enfisema e asma	7º	0,97	9º	1,02	10º	0,81	10º	0,43
Doenças hipertensivas	-	-	9º	1,02	9º	1,13	8º	0,72
Diabetes mellitus	9º	0,32	10º	0,41	11º	0,64	7º	0,87
Acidentes de veículos a motor	9º	0,32	10º	0,41	6º	1,70	6º	1,16
Demais acidentes	6º	1,94	11º	0,20	12º	0,32	9º	0,58
Cirrose hepática	8º	0,64	11º	0,20	10º	0,81	7º	0,87
Demais causas	4º	4,52	2º	5,33	2º	6,48	3º	5,83

FONTE: Trabalho executado pelos alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública (FSP/USP), em 1985, com base nos dados do SEADE.

ções - extensão da cobertura, assistência à saúde e ensino - e da articulação e conjugação de interesses e resultados quanto à saúde da população.

A estrutura organizacional é funcional - linear - "staff", conforme se pode visualizar na Figura 5. Sob o aspecto linear, destacam-se três Diretorias: Clínica, de Enfermagem e Administrativa, todas subordinadas à Diretoria da AHC.

As composições departamentais das Diretorias Clínica e de Enfermagem - responsáveis pelas atividades-fim - são similares quanto às funções ambulatoriais (CSE) e de Internação (Hospital de Cotia); porém a Diretoria Clínica se responsabiliza também pelas Unidades de Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento e Serviços Técnicos Auxiliares.

Quanto à Diretoria Administrativa, responsável pelas atividades-meio, tem como atribuições, as funções departamentais convencionais-contábeis, econômico-financeiras e de relações industriais - assim como os serviços de apoio à UI (Hospital e CSE). As Diretorias são responsáveis também pelas unidades sanitárias.

Quanto aos órgãos "staff", todos subordinados à Diretoria Geral, têm-se dois tipos de unidades estatutárias: Conselhos e Comissões. Estas últimas se caracterizam como temporárias e permanentes (de Ensino, de Prontuários, de Ética e de Programação). O Conselho Diretor do CSE, órgão colegiado resultante dos convênios com Prefeituras, SES e FSP/USP e o Conselho Técnico-Administrativo, apesar da lógica de sua criação, para a implantação de um Projeto de caráter multistitucional como o de Cotia, não funcionou desde o início do Projeto.

FIGURA 5 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA A.H.C.
- 1985.

As competências e as atribuições dos mesmos ficam diluídas entre as Diretorias e as instituições. A Diretoria da AHC, em reuniões mensais, delibera sobre todos os atos administrativos, acolhendo sugestões e procurando manter as ligações políticas essenciais à organização.

5.4.2. Recursos técnicos

Caso se tomem como referência os indicadores gerais recomendados pelas autoridades sanitárias, observa-se substancial insuficiência dos recursos técnicos - edificações, instalações, equipamentos e materiais - necessários à prestação da assistência à saúde. Para uma população total de 85.474 hab. em 1985 (dos quais 3.500 hab. situados na área rural) admitida como sendo a demanda potencial pelos serviços prestados pelo Projeto Cotia, têm-se as necessidades e disponibilidades indicadas no Quadro 2.

A dificuldade em se definir déficit de equipamento está na suficiência técnica, qualidade e diversidade do atendimento, elementos que ultrapassam o objetivo do presente estudo. Na realidade, há uma correlação bi-unívoca entre equipamento e equipe técnica; deficiências técnicas, muitas vezes, são superadas pelo maior rendimento instrumental de cada tipo de assistência e especialidade.

No caso específico do Projeto Cotia, ter-se-ia que considerar três segmentos não incorporados:

- população com maior poder aquisitivo que recorre às clínicas particulares;

QUADRO 2 - NECESSIDADES E DISPONIBILIDADES DE RECURSOS TÉCNICOS DO PROJETO COTIA, 1985

Discriminação	Quantidade	Necessidades	Disponibilidades	Déficits
Leitos Gerais (AHC)	54	3/1.000 hab. (1)	0,6/1.000 hab.	2,4/1.000 hab.
Projeto de Ampliação	150	2,4/1.000 hab.	1,8/1.000 hab.	0,6/1.000 hab.
Posto de Atendimento	1	1/2.000 a 5.000 hab. (2)	Atendimento:	de um mínimo de
Centro de Saúde	3	1/5.000 a 10.000 hab. (2)	de 27.000 hab. a	30.000 hab. a um
Unidade Integrada	1	1/10.000 a 20.000 hab. (2)	um máximo de	máximo de 60.000
			54.000 hab.	hab. podem não
				estar atendidos

FONTE: (1)- Política de atendimento sanitário em áreas metropolitanas⁶⁹
(2)- MS. Normas e padrões de construções e instalações de Saúde⁵⁴

- funcionários e dependentes atendidos por serviços de saúde ocupacional mantidos por empresas;
- apoio da rede metropolitana, em especial para o atendimento secundário (Ambulatórios de Especialidades) e terciário (Hospital de Base e Especializados).

Observa-se porém, em função da análise do Quadro 2 que há uma deficiência generalizada em todas as unidades o que, per se, constitui uma insuficiência técnica considerável de instalações e equipamentos, já a nível primário de assistência à saúde.

No entanto a deficiência sentida pelos técnicos refere-se somente aos leitos hospitalares. Em relação às unidades sanitárias com os seus Pronto Atendimentos têm assistido toda a população que demanda aos serviços. Este fato pode indicar o superdimensionamento dos parâmetros estabelecidos pelo MS ou que os mesmos não se aplicam a situação de Cotia pela sua peculiaridade.

5.4.3. Recursos humanos

A contribuição do Projeto Cotia em termos de recursos humanos é bastante significativa, como pode ser observado no Anexo 2 - Recursos Humanos do Projeto Cotia.

O pessoal que atua tanto no CSE como no Hospital foi incluído no Anexo 2 como se fosse do Hospital, separando-se somente aquele que trabalha no CSE.

O regime de trabalho dos funcionários conforme a instituição que pertence, é o seguinte:

- SES - efetivo e temporário; e
- AHC, ASSA e Prefeitura - CLT

O horário cumprido é o seguinte:

- profissionais com nível universitário - 40 h./semana;
- visitador sanitário da SES - 40 h./semana;
- escriturário - 44 h./semana; e
- todos os demais - 48 h./semana.

Segundo os técnicos, o Projeto necessita, de imediato, admitir:

- 1 obstetra, 1 ortopedista, 1 médico do trabalho, 3 clínicos gerais, 3 enfermeiros, 10 atendentes e 4 auxiliares visitantes.

5.4.4. Recursos financeiros

Os recursos financeiros mais significativos provêm do INAMPS - Convênio Universitário - e da SES. Porém, no triênio 1983/85, segundo a comparação entre Fontes e Usos, Quadro 3, manteve-se um déficit persistente. Esse déficit agrava-se em 1984, mas observa-se sua redução significativa em 1985, decorrente, principalmente do aumento real dos recursos conveniados com a SES, o INAMPS e Medicina de Grupo, com destaque para estes dois últimos.

Na formação da receita, há uma sistemática redução dos Auxílios Manutenção, com tendência a se extinguirem as campanhas, donativos de particulares e as contribuições dos sócios da AHC. Nota-se também uma redução do atendimento de pacientes particulares, que sempre foi pouco significativo, centrando-se a assistência aos pacientes conveniados ou atendidos às

QUADRO 3 - RECURSOS ECONÔMICOS - FONTES E USOS - PROJETO COTIA, 1983 A 1985

Discriminação	1 9 8 3		1 9 8 4		1 9 8 5	
	ORTN	%	ORTN	%	ORTN	%
<u>FONTES</u>	<u>79.190</u>	<u>100,0</u>	<u>80.294</u>	<u>100,0</u>	<u>100.103</u>	<u>100,0</u>
1. Auxílio Manutenção	<u>3.807</u>	<u>4,8</u>	<u>7.960</u>	<u>9,9</u>	<u>4.176</u>	<u>4,2</u>
*CEAS	519	0,6	3.619	4,5	3.442	3,4
Donativos	398	0,5	1.825	2,3	145	0,2
Campanhas	1.416	1,8	1.944	2,4	578	0,6
Donativos de Particulares	615	0,8	-	-	-	-
Contribuições dos Sócios da AHC	859	1,1	572	0,7	11	0,0
2. Prestação de Serviços	<u>68.670</u>	<u>86,7</u>	<u>58.054</u>	<u>72,3</u>	<u>90.526</u>	<u>90,4</u>
INAMPS	34.706	43,8	31.255	38,9	55.405	55,3
Secretaria de Estado da Saúde	32.474	41,0	26.009	32,4	31.718	31,7
Convênios - Medicina de Grupo	1.278	1,6	699	0,9	3.356	3,4
Pacientes Particulares	212	0,3	91	0,1	47	0,0
3. Déficit	<u>6.713</u>	<u>8,5</u>	<u>14.280</u>	<u>17,8</u>	<u>5.401</u>	<u>5,4</u>
<u>USOS</u>	<u>79.190</u>	<u>100,0</u>	<u>80.294</u>	<u>100,0</u>	<u>100.103</u>	<u>100,0</u>
Salários e Encargos Sociais	55.941	70,5	55.925	69,7	57.432	57,4
Material de Consumo	18.881	23,9	19.048	23,7	33.730	33,7
Despesas Financeiras	1.471	1,9	3.156	3,9	5.288	5,3
Despesas Administrativas	2.897	3,7	2.165	2,7	3.653	3,6

*CEAS - Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções

FONTE: Anexo 3, convertendo-se em ORTN de agosto do ano a saber: 1983 = 4.963,91; 1984 = 14.619,9; 1985 = 49.396,88

expensas do governo do Estado. Na realidade, porém, a SES vem reduzindo suas dotações, em valores reais, compensada pelo substancial aumento dos recursos provenientes do INAMPS e pelo crescimento dos Convênios com Empresas (Medicina de Grupo).

Com relação às despesas, observa-se que as Despesas com Pessoal cresceram ligeiramente em 1985 (constantes em 1983 e 1984), o mesmo acontecendo com as Despesas Administrativas (apresentaram ligeira queda real em 1984). Porém, as Despesas Financeiras e as com Material de Consumo, têm um substancial incremento ao longo do triênio. Enquanto o crescimento das Despesas Financeiras decorrem da elevação do custo do dinheiro nesse período de inflação galopante, as Despesas com Material de Consumo podem resultar da crescente expressão do atendimento prestado à população. Tal fato, por um lado, resultou em maior produtividade (pelo menos aparente) assistencial e administrativa (custos praticamente constantes), mas, por outro lado, implicou no substancial crescimento da remuneração paga pelo INAMPS.

Não se procurou aprofundar os elementos de custo uma vez que esse conhecimento extrapola o âmbito do trabalho. Porém, segundo opinião de entrevistados, as despesas com internações de previdenciários não são totalmente cobertas pelo INAMPS.

Referencia-se que, em dezembro de 1985, o custo diário de internação era de Cr\$ 257.000,00; dada uma permanência média de 3,8 dias/paciente, resultava em um custo total de Cr\$ 976.600,00. Porém o INAMPS pagava apenas Cr\$ 453.000,00/paciente. No momento é pequeno o número de leitos. Mas, por ocasião da ampliação do Hospital, previsto para 1986, o déficit poderá atingir um montante bem mais significativo do que o obser

vado no triênio 1983/85.

Quanto aos não contribuintes, a verba que o Estado destina através da SES está muito aquém do necessário para cobrir os custos da assistência prestada àquela população.

A Prefeitura de Vargem Grande Paulista recebe verbas das Ações Integradas de Saúde (AIS) repassadas pela SES, mas são limitadas e restritivas.

O estabelecimento unilateral do critério do reajuste sem a participação das entidades conveniadas, feito em função das disponibilidades de caixa do INAMPS ou SES, reajustes que não acompanham a evolução dos custos reais, são fatores que dificultam a continuidade das atividades. Empréstimos bancários e solicitações de pagamento freqüentes e insistentes são feitos para não provocar atraso no pagamento dos funcionários e fornecedores, para não perder a credibilidade.

5.5. Características dos serviços e das atividades

As características de cada serviço desde o Posto de Vacinação de Capelinha até o Hospital são relacionadas da seguinte forma: características técnicas (instalações), administrativas, do serviço e de atendimento, pessoal e situação funcional e das atividades básicas (Anexo 4). O programa de atendimento ao escolar pela sua peculiaridade será descrito a seguir.

Sistema Integrado de Assistência Médica aos Escolares - SIAME

A equipe técnica do Projeto vinha desenvolvendo algumas atividades junto aos escolares, como por exemplo a a-

plicação de vacina (Dupla adulto) e tratamento de escabiose e pediculose, até a implantação do SIAME, em 1980. As atividades do SIAME, inicialmente, abrangeram as áreas de Caucaia do Alto e Vargem Grande Paulista. Ao expandir sua esfera de ação, o SIAME introduziu uma programação experimental preconizada pela área de saúde escolar da Secretaria Estadual de Educação, institucionalizando o programa por meio de convênio entre as Secretarias de Estado da Educação e Saúde. Ambos propõem, com a coordenação dos serviços locais e a participação de todas as instituições, manter um sistema de encaminhamento organizado de escolares para proporcionar assistência primária e especializada - saúde mental e oftalmológica.

A coordenação do Sistema coube à Diretoria Clínica da UI, que estabeleceu coordenadorias para as quatro áreas do Projeto. Participam na coordenação local: representante médico, de Enfermagem, de Saúde Mental, de Educação e cirurgia dentista (coordenador).

A atividade principal visa detectar as doenças mais freqüentes nos escolares, fornecimento de equipamento de primeiros socorros e preparação dos professores para detectar e orientar os principais problemas de saúde da área, que afetam os escolares. Os problemas mais prevalentes levantados, foram: hérnia umbilical, criptorquidia, fimose e verminose.

As atividades iniciais constituíam-se de:

- exame clínico e encaminhamento às unidades de saúde ou tratamento nas escolas, dos problemas apresentados pelos alunos e familiares (principalmente pediculose e escabiose que apresentavam comportamento epidêmico em 70% das escolas);

- vacinação anti-diftérica e tetânica em 90% dos escolares da 1.^a série; e
- campanha educativa sobre vacinação para a população.

O programa ampliou-se no decorrer dos anos, com a participação da Associação de Pais e Mestres e familiares no trabalho educativo, encaminhamento de urgência e problemas detectados pelos professores, e assistência especializada (odontologia, oftalmologia e saúde mental).

A assistência odontológica é realizada por meio de triagem para encaminhamento à UI onde as crianças recebem atendimento individualizado, priorizando a faixa etária de 7 a 8 anos (execução de restaurações, extrações e tratamento dos problemas de gengiva). Nas escolas, é desenvolvido o Programa de Revelação de Placa Bacteriana, para diminuição de cáries e problemas gengivais mediante o teste de fucsina e orientação de higiene. Estas atividades já cobrem 26 escolas, num total de 33 e são executadas pelos professores sob supervisão dos médicos residentes e cirurgião dentista. Os bochechos com flúor foram introduzidos em duas escolas.

A equipe de Saúde Mental participa do SIAME atendendo crianças encaminhadas pelos professores, por meio da ludoterapia, terapia familiar e grupo de orientação de pais de crianças internadas.

O exame clínico é realizado por médicos residentes na totalidade das escolas, priorizando os alunos da 1.^a série do 1.^o Grau. Os alunos que necessitam de assistência mais complexa são encaminhados às unidades de referência de cada setor.

A enfermagem realiza palestras e orientações para orientadores de saúde, vacinação (Dupla adulto); e em casos de epidemia, por exemplo, de pediculose, fornece orientação em grupo para alunos.

A função dos orientadores de saúde relaciona-se a encaminhamento dos problemas detectados pelos mesmos e comunicação aos serviços, das ocorrências de problemas de saúde, nos casos de epidemia de pediculose, surto de meningite e outros.

5.6. O Programa IDA no Projeto Cotia

5.6.1. Descrição do Programa

Desde a fundação da AHC, um dos objetivos preconizados pelo Projeto Cotia, refere-se à área de ensino.

As atividades relacionadas com a formação e capacitação do pessoal da localidade, com envolvimento de membros da população da área, são realizadas através de cursos e treinamento de pessoal auxiliar (visitadoras) e elementar (atendentes) de enfermagem nos próprios serviços e, especificamente de professores das escolas, com o fim de estender as ações de educação em saúde.

Já em 1976, foi iniciado um curso de preparo de visitadoras sanitárias com programas para habilitação teórico-prática, com carga horária em torno de 580 horas. O pessoal assim treinado era absorvido pelos serviços do Projeto e também pela área distrital da SES:

Os "cursos" para atendentes de enfermagem, inicial

mente com carga teórico-prática de 150 horas, tanto para as unidades de saúde quanto para o hospital, são atualmente ministrados em 192 horas (28 dias úteis), sendo 1/3 de teoria e o restante, de prática, supervisionada. Suprem as necessidades dos serviços do Projeto.

Os instrutores e supervisores para estes cursos são enfermeiras com a colaboração dos médicos e uma docente da área de enfermagem da FSP/USP.

O contingente de pessoal da região que procura esses "cursos" apesar de se exigir no mínimo a 4.^a série do 1.^o Grau muitas vezes não possui nenhuma vocação ou tradição em atividades de saúde. Recebe treinamento relativamente curto para exercer atividades que exigem responsabilidades. Porém, não é somente esta razão que dificulta a função de supervisora das enfermeiras, mas também a alta rotatividade do pessoal. Principalmente na Unidade Hospitalar, esse pessoal abandona facilmente o emprego trocando-o pelos oferecidos nas indústrias e outros setores. Para este fato, especificamente contribuem também o baixo salário, o horário da mudança de turno e conseqüentes problemas de transporte etc. A escassa qualificação pode refletir diretamente na qualidade de assistência prestada e na credibilidade que a população confere às atividades desenvolvidas por esse pessoal. A racionalidade ou a eficiência pretendida nem sempre coaduna-se com os objetivos finais pretendidos. A existência de enfermeiros nos serviços é imprescindível (técnica e legalmente) não só para a administração - treinamento e supervisão dos auxiliares - mas em especial, na prestação de assistência mais qualificada para a qual são formados.

Para a formação de profissionais* da área de saúde, os serviços do Projeto Cotia, ao longo de todos estes anos, têm servido como campo de estágio para estudantes de graduação e de pós-graduação lato sensu. A infraestrutura é utilizada para prática em planejamento, desenvolvimento de projetos, execução de atividades e avaliação dos programas em desenvolvimento. O sistema, com serviços hierarquizados, oferece oportunidades para atividades de campo visando a aquisição de experiência nos serviços de diferentes complexidades. A responsabilidade pela formulação dos programas docentes, em geral, é das respectivas instituições que os utilizam, na medida do possível, reforçando a infra-estrutura assistencial existente, e procurando não ocasionar transtornos à programação assistencial.

O Projeto Cotia tem colaborado, sistemática ou intermitentemente, com diversas instituições de ensino superior e de serviços, recebendo alunos de graduação ou pós-graduação, sob várias modalidades de trabalho:

- internato opcional para sextanista de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia;
- sextanistas de qualquer Faculdade de Medicina, inclusive de outros Estados, desde que sejam aprovados na seleção;
- residentes médicos do Hospital Emílio Ribas;
- estágio dos médicos do DS de Itapequerica da Serra;
- estágio em Saúde Mental, de psicólogos da FSP/USP;

* É senso comum denominar enfermeiros de "profissionais de enfermagem"; visitadoras sanitárias, auxiliares e atendentes de enfermagem, de "ocupacionais de enfermagem".

- estágio para grupo multiprofissional do Curso de Especialização em Saúde Pública da FSP/USP, composto por médicos, enfermeiros, educadores, administradores hospitalares, engenheiros, etc.;
- estágio em Medicina Preventiva e Social da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;
- estágio multiprofissional em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, para médicos, enfermeiros e assistentes sociais;
- estágio para Curso de Administração Hospitalar da FSP/USP;
- estágio para Curso de Nutrição da FSP/USP;
- estágio da Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da FSP/USP;
- estágio em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da USP;
- estágio de observação dos alunos da Escola de Enfermagem de Taubaté;
- estágio da Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba;
- estágio para o grupo de Aprimoramento em Enfermagem da CAH da SES;
- estágio específico, como por exemplo o da enfermeira do Hospital das Clínicas de Mirandópolis;
- treinamento das enfermeiras concursadas e admitidas para a área do DS de Itapequerica da Serra; e
- estágio profissional de Serviço Social da Faculdade Metropolitanas Unidas.

Os estágios acima relacionados variam em número de alunos, tempo de duração, objetivos, programação e período do ano. Há dificuldades em receber estagiários com programações

as mais variadas e, muitas vezes, as solicitações vão além das possibilidades que o campo comporta em termos de infra-estrutura, ocasionando uma sobrecarga para o pessoal profissional. Nem todos os estágios têm como objetivo a atuação no sistema todo; a maioria deles é desenvolvida nas unidades de saúde, alguns na área hospitalar e outros em alguns programas específicos.

As vantagens resultantes dessas atividades de ensino apresentam-se, principalmente, sob dois aspectos:

- o fato do Projeto considerar que a qualidade das ações assistenciais constitui pré-requisito fundamental das atividades de docência e treinamento; por esta razão, as melhorias necessárias da rede assistencial têm prioridade sobre a introdução de atividade docente específica; e
- a exigência constante que os profissionais sentem em corresponder às solicitações dos alunos, que serve de estímulo para a atualização dos conhecimentos e melhoria da qualidade das atividades assistenciais.

O Projeto Cotia, dentro de uma sistemática IDA, desenvolve ainda um programa de residência médica que passou por várias fases: na área de medicina social, pediatria social, posteriormente nas quatro áreas básicas, e atualmente, na área de medicina geral comunitária.

Especificamente para a Residência em Medicina Geral Comunitária, o Projeto Cotia objetiva proporcionar base para a formação de médico geral, em contato com áreas clínicas diferentes de sua especialidade, a fim de proporcionar: visão integrada do paciente, família e comunidade quanto aos aspectos integrados das ações de saúde; noções básicas de adminis

tração em saúde e epidemiologia; e trabalho em equipe multiprofissional com a participação de pessoal auxiliar.

Desde 1975, por convênio celebrado com a Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, o Projeto recebe residentes nas áreas de Pediatria Social e de Medicina Social que estagiam durante três meses no CSE e Hospital da UI.

Considerada como um dos aspectos mais representativos do Projeto, a formação regular de médico geral por meio de residência, a partir de 1979, adquiriu característica mais sistematizada com o reconhecimento e a participação da Fundação W.K. Kellogg.

Dessa forma, em 1979, os residentes começaram a fazer o primeiro ano de residência, nas quatro áreas básicas, sob supervisão do corpo clínico de Cotia, cumprindo o segundo ano na Santa Casa. Em 1980, os residentes, apesar de fazerem o segundo ano na Santa Casa, cumpriam plantões noturnos em Cotia. Esta segunda modalidade trouxe problemas devido, principalmente às diferenças existentes entre os tipos de serviços - hospital de nível secundário e hospital universitário de nível terciário - gerando conflito para os residentes. Segundo a informação de um técnico do Projeto, estes questionavam a qualidade da assistência e da docência e as condições de trabalho, provocando problemas administrativos tais como faltas e omissões de socorro.

Neste ano também foi inaugurado o alojamento para os residentes médicos estagiários.

Em 1982, com a aprovação da Resolução nº 7/81⁵⁰, da Comissão Nacional de Residência Médica, da Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que regulamenta o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, os dois anos de formação passam a ser cumpridos em Co^otia, com exceção da parte teórica de Saúde Pública ministrada pelo Departamento de Medicina Social da Santa Casa, por falta de condições técnicas locais. Os residentes selecionados pelo Projeto, residem e cumprem o currículo e a assistência, programados conforme a necessidade da população.

A partir de 1984, toda a responsabilidade pela formação dos residentes é assumida pelo corpo clínico do Projeto, com a colaboração dos médicos sanitaristas do DS de Itapererica da Serra.

Através do credenciamento, o certificado emitido pela AHC, reconhecido pelo MEC, confere o título de Residente em Medicina Geral Comunitária. Para efeito de concursos para a SES, equivale ao título de sanitarista.

As financiadoras das bolsas têm variado no decorrer destes anos: Santa Casa de Misericórdia, AHC, Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), Fundação Kellogg e principalmente o INAMPS.

Apesar dos convênios firmados com duas Faculdades - Santa Casa e Saúde Pública* - não há participação dos docen-

* A NUTES/CLATES tem prestado assessoria na área pedagógica para equipe multiprofissional visando sistematizar a programação de ensino.

tes destas escolas na formação dos residentes, o que é considerado pelos técnicos do Projeto como "uma situação precária, pois pode acentuar a deficiência existente de um lado e do outro. A integração é dificultada por instituições formadoras, por não reconhecerem a estrutura docente existente no nível local. O controle de qualidade da formação também é precário". A falta de atuação efetiva das escolas é considerada transitória pelos responsáveis pelo programa.

Em relação à absorção dos residentes formados, 10 (80%) dos 12 que ingressaram em 1982 e 9 (75%) em 1983, estão atuando na rede de serviços de saúde pública do Estado.

A Residência em Medicina Geral Comunitária, a nível de pós-graduação lato sensu pode ser considerada como uma nova especialidade ou uma forma de completar a formação do médico graduado dentro do atual currículo, conforme a concepção e atitudes dos docentes e das autoridades do ensino médico.

O Programa baseado na Resolução nº 7/81⁵⁰, onde a formação faz-se dentro da perspectiva geral e comunitária com ênfase na assistência primária, pode ser sintetizado nos seguintes principais itens^{1 50 51}:

- treinar médicos que utilizem métodos clínicos, epidemiológicos, administrativos e sociais com o fim de proporcionar cuidados personalizados, integrais e contínuos à saúde física, mental e social de indivíduos em comunidade definidas, de maneira que instituições federais, estaduais e municipais, ligadas ao setor saúde, possam aproveitar estes modelos de assistência;
- atuar nos cuidados primários de saúde que constituem o núcleo básico do perfil ocupacional, exercendo a função de membro da

equipe multiprofissional (constituída por enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, auxiliares de saúde e outros auxiliares, variando o número e a categoria dos integrantes da equipe, de acordo com o porte e a complexidade da unidade de saúde e os recursos humanos disponíveis);

- prestar assistência primária integral e contínua no contexto mais amplo de sistema regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde, não interrompida nem mesmo quando for necessário encaminhar o paciente a outros níveis de assistência para esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Ela é chamada de primária por ser o primeiro contato, nem sempre correspondendo a problemas mais simples, mais prevalentes ou menos complexos, incluindo também a urgência;
- exigir na programação da carga horária total, que um mínimo de 40% do tempo deva ser ocupado em atividades de assistência primária e apenas 10% em atividades de cuidados secundários e terciários (conforme as peculiaridades locais não há treinamento ou apenas ligeiras incursões no nível terciário), e o restante para as atividades de administração, aulas, seminários, pesquisa etc.

A Residência confere o título de especialista a nível de pós-graduação lato sensu, conforme a Lei nº 6932 (1981), que a considera, em qualquer área, como "modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por treinamento em serviço". As contribuições que esse tipo de ensino podem oferecer são:

- formar docentes e pesquisadores que possam contribuir para modificar os cursos de graduação; e
- organizar e manter unidades que possam servir como base de treinamento para estudantes de graduação¹.

No caso específico do Projeto Cotia, a regulamentação da Residência em Medicina Geral Comunitária e a concessão

de bolsas pelo INAMPS foi considerada pelo pessoal do Projeto da seguinte forma:

- "criou um novo espaço para consolidar a experiência de ensino nesta área, o que constitua um dos objetivos básicos do Projeto";
- a Residência em Medicina Geral Comunitária veio ao encontro dos objetivos do serviço e anseios da equipe técnica, produzindo mecanismos de incentivo e promoção de integração dentro do corpo clínico;
- o Programa visa capacitar tais médicos a executar ações clínicas e cirúrgicas nas quatro áreas de especialização médica (Cirurgia, Clínica Médica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia); a nível de assistência primária, em Centros de Saúde, e secundária em hospital. Além disso, capacita-os a executar ações em Saúde Pública como Administração Geral e Sanitária, Vigilância Epidemiológica, através de curso teórico e prático".

A residência médica, modalidade de formação caracterizada por treinamento em serviço, praticada desde o início da década de 40 no Brasil, já passou por vários períodos e tem uma experiência consolidada. A Comissão Nacional de Residência Médica, criada em 1977, regulamenta que a formação pode ocorrer sem estar necessariamente dentro de uma instituição universitária de saúde. O credenciamento de um serviço exige que os profissionais médicos possuam boa qualificação profissional e ética. O credenciamento independe da vinculação a uma escola médica.

O fato do Projeto Cotia ser credenciado para esta função significa que o sistema possui pré-requisito para tanto e o corpo clínico, constituído pelos preceptores, demonstra

grande envolvimento no desempenho da função assistencial e do docente. A formação dos residentes é o fator incentivador para que o sistema todo tenha um ritmo de trabalho diferenciado dos demais serviços públicos que, de uma forma geral, demonstram não ser eficientes.

O Projeto Cotia considera o ensino e a pesquisa como atividades inerentes e complementares das atividades assistenciais.

As pesquisas desenvolvidas ou em desenvolvimento, até o momento, são as seguintes:

- "Avaliação do atendimento prestado à criança dos Postos de Saúde periféricos da Unidade Integrada de Cotia - S.P.", 1983, realizada por enfermeira do serviço;
- "Caracterização social dos pacientes que demandam o CSE de Cotia", realizada por assistente social do serviço;
- "Diagnóstico de saúde do Município de Cotia e avaliação da opinião da população sobre os serviços da Associação Hospital de Cotia", em desenvolvimento pelos médicos residentes de Medicina Geral Comunitária;
- "Classificação dos motivos de consulta", executada pelos docentes do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP e com financiamento da OPAS/OMS;
- "Estudo da morbidade perinatal", realizada por docente da FSP/USP;
- "Desempenho organizacional; avaliação comunitária", realizada por docente da FSP/USP (1981),
- "Estudo da demanda de doenças crônicas degenerativas na Unidade Integrada de Cotia e elaboração de modelo de abordagem multiprofissional para o Programa de Adultos", em andamento, pelos profissionais do serviço;

- * "Padronização de atendimento de enfermagem para gestantes e menores de um ano de idade e avaliação da opinião da população sobre tais atendimentos", em desenvolvimento pelo pessoal de enfermagem;
- "Estudo dos fatores de risco associado à mortalidade infantil nos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista", em andamento, por docente da FSP/USP;
- "Avaliação da assistência de enfermagem prestada durante o pré-natal", projeto a ser desenvolvido pelas enfermeiras estagiárias da CAH da SES;
- "Caracterização da distribuição e fatores de risco de desnutrição em Caucaia do Alto", em andamento, realizada por docente da FSP/USP;
- "Avaliação de acidentes de trabalho em Cotia", projeto a ser desenvolvido pelos residentes médicos e preceptor;
- "Caracterização epidemiológica do câncer ginecológico em Cotia", em andamento, pelos residentes médicos e preceptor;
- "Hemangiopericitoma hepático: descrição de caso", realizado pelo médico do serviço;
- "A saúde materna e a nutrição da gestante como fatores de risco peri-natal", em andamento, pela docente da FSP/USP;
- "Hipovitaminose A", realizado por docente da FSP/USP, com financiamento do INAN;
- "Diagnóstico de saúde e avaliação do serviço do Projeto Cotia", projeto a ser desenvolvido pelos residentes médicos e preceptor;
- "Impacto da aceitação da assistência do Projeto Cotia", estudo de um profissional do Projeto.

Esta relação é provavelmente incompleta assim como os títulos dos trabalhos podem não estar corretos, uma vez que no Projeto não existe um registro sistematizado das pesquisas

realizadas ou em andamento, Tal fato causa dificuldade não só para a obtenção de dados sobre os mesmos como também, percebe-se que um dos objetivos da pesquisa, que é a divulgação dos resultados ou conhecimento dos mesmos pelo pessoal que faz parte do Projeto, não está ocorrendo. Não existindo um acervo organizado, o acesso também é dificultado. A aplicabilidade dos resultados ou a contribuição das pesquisas para a melhoria do serviço é uma decorrência da acessibilidade e divulgação dos mesmos.

A criação de um sistema organizado de educação continuada para os trabalhadores de saúde visando preservar o sistema, é reconhecido por vários autores^{6 69 97}.

No Projeto Cotia, não existe um sistema organizado de educação continuada para os profissionais. Alguns deles estão freqüentando cursos, a nível de especialização (Saúde Pública, Administração Hospitalar), no período noturno, e portanto, fora do seu horário de trabalho. Um médico cursa a pós-graduação a nível de mestrado. De um modo geral, o pessoal procura participar de cursos, seminários, reuniões, viagens de observação e outros meios de atualização promovidos por escolas ou associações de várias naturezas e existe grande interesse pela leitura de textos e discussão como parte integrante de suas atividades assistenciais e de ensino.

Para o pessoal auxiliar de enfermagem existe uma programação de educação continuada, baseada no levantamento de necessidades identificadas durante as supervisões, priorizadas de acordo com alguns critérios. Como o regime de trabalho do pessoal auxiliar é de 40, 44 e 48 horas semanais, os cursos são

ministrados aos sábados, pelas enfermeiras, com a colaboração de outros profissionais. No momento, os conteúdos dos cursos desenvolvidos estão relacionados com técnicas básicas de enfermagem para os atendentes de enfermagem da área hospitalar; procedimentos na pré e pós-consulta médica para atendentes das unidades de saúde e execução de atendimento de enfermagem para as visitadoras sanitárias.

A avaliação das atividades de ensino é feita semanalmente pela Comissão de Ensino e anualmente, nas reuniões de avaliação.

Os critérios para avaliação são sumariados da seguinte forma:

- grau de aceitação do programa pelos estudantes de medicina e estagiários de saúde pública;
- incorporação dos estudantes em atividades das instituições assistenciais da área;
- conhecimentos adquiridos e atitudes novas desenvolvidas durante o estágio;
- participação do corpo docente no desenvolvimento dos programas de ensino em serviços da comunidade; e
- participação dos alunos nos estudos e levantamentos realizados na área programática.

5.6.2. Avaliação crítica do Programa IDA em Cotia

No caso do Projeto Cotia, destaca-se a necessidade de criação de um órgão colegiado com poder suficiente para assegurar a coordenação do Programa.

O Conselho Técnico-Administrativo formado inicialmente no Projeto, do qual faziam parte a AHC, SES, Municipalidade, FSP e Santa Casa, não funcionou efetivamente. No momento as decisões são tomadas a nível das Diretorias executivas. Apesar dos convênios com as duas Faculdades terem explícitos as responsabilidades, não ocorreu uma participação efetiva dessas Unidades. Os objetivos amplos foram formulados pelos participantes. Porém, faltaram os mecanismos ou os instrumentos legais que assegurassem a articulação dessas instituições. No caso do Projeto, apesar do respaldo formal da FSP, de uma forma global, não houve a busca de mecanismos integradores, ficando muito reduzidas as atividades conjuntas.

A inexistência de mecanismos claros de integração criam sentimentos de ingerência ou mesmo de concorrência entre o pessoal da instituição de ensino e o do serviço. Em relação à ingerência, os docentes rejeitam a participação do pessoal do serviço nos assuntos acadêmicos, não reconhecendo a função docente do pessoal técnico-administrativo do serviço; os do serviço, sentem que há interferência na prestação de serviço, por considerarem-na como sendo de seu domínio exclusivo.

O convênio estabelecido com departamentos das Faculdades não tem vinculação com o respectivo plano global de atividades; estas ficam por conta da iniciativa e responsabilidade de grupos ou simplesmente de alguns docentes; sem envolvimento do departamento como um todo. Restringem-se a acordos pessoais ou de pequenos grupos. Para as faculdades, o IDA é um aspecto parcial, uma experiência - piloto de alguns docentes ou de um departamento isolado, não constituindo um processo

mais global para a formação de pessoal. Essas escolas continuam desenvolvendo seus cursos com formação intramuro, com estágios dentro do enfoque tradicional, enquanto que o serviço empenha-se na formação de profissionais com enfoque eminentemente prático, através de Residência, seja para médico, seja para enfermeiros. Dado esse distanciamento, surge o aspecto de concorrência, uma vez que o título fornecido pelo serviço é legitimado, quando o pessoal do serviço assume a formação, fato que ocorre sem a participação dos docentes das Faculdades.

Considerando, especificamente, a Residência em Medicina Geral Comunitária como formação de especialistas, entre as razões enumeradas por ABATH¹, destacam-se:

- incentivar mudanças curriculares nos cursos de graduação em Medicina e outras áreas afins;
- criar modelos de médicos gerais comunitários que sirvam de estímulo a opções de graduandos pela Medicina Geral Comunitária;
- superar a dificuldade de formar, a curto prazo, nos atuais cursos de graduação em Medicina, esse profissional que as comunidades necessitam.

Os argumentos apresentados justificam o Programa e fazem parte dos objetivos da formação de pessoal de saúde, sendo assumido por instituições de ensino e de prestação de serviços, dentro dos princípios básicos conhecidos, fundamentais do IDA, enunciados, por exemplo, no documento do PPREPS^{4 2}.

Tradicionalmente, a escola e o serviço na área de saúde têm funcionado como unidades separadas, autosuficientes. A Universidade tende a criar seus serviços próprios e os serviços, a criar sistemas de docência próprios. Assim como o Serviço

ço forma o seu próprio pessoal e a Universidade mantém seus ser
viços - hospitais e serviços de saúde pública - tais fatos
constituem uma contradição.

Quantidades significativas dos recursos alocados
na área de educação são destinados à manutenção de hospitais e
residências médicas, onde é dada ênfase à formação de especia
listas, desviando-se das finalidades próprias e prioritárias da
área. Concomitantemente ao almejado aumento de recursos destinado
dos recentemente para o setor de Educação, deve haver uma revi
são da destinação destes recursos, assim como, por parte dos
serviços de saúde, a não repetição das contradições existentes
na área de ensino. Superar as barreiras constituídas e integrar
estruturas já existentes exige muito daqueles que participam do
processo, uma vez que tanto a Universidade quanto os Serviços
são estruturas que funcionam dentro de uma prática social de
saúde.

Além do ceticismo de alguns e daqueles que considera
ram a proposta como politicamente desinteressante, ainda existe
muita desinformação em relação ao IDA e, principalmente, descon
hecimento das formas de superar algumas dificuldades técni
co-administrativas que surgem na sua operacionalização.

A dupla função dos docentes e do pessoal técni
co-administrativo e o problema decorrente de ordem administrativa
ou trabalhista, segundo RODRIGUES NETO⁷⁵, passa pelo desconhecime
nto do fato, pelo pagamento de incentivo e até pelo duplo víncu
lo empregatício. A função docente é compartilhada pelo profis
sional do serviço, assim como o docente está envolvido com o
serviço, executando eventualmente função assistencial. Para a

função adicional de docente, aos profissionais devem ser proporcionadas condições e facilidades para atualização e aperfeiçoamento, com o reconhecimento oficial de seu papel docente pela instituição educadora.

No IDA as atividades dos estudantes diferem das atividades daqueles que utilizam o serviço apenas para desenvolver a parte prática de determinada disciplina. O aluno passa a fazer parte da equipe, onde se programam, executam e avaliam as atividades conjuntamente. O papel profissional que ele exerce e o reconhecimento de sua função como prestador de serviço, com seus direitos e responsabilidades, com vínculos legais na instituição, é um aspecto que está recebendo tratamento variado. No Programa IDA desenvolvido pela Escola de Enfermagem da UFMG e SES/MG, os alunos recebem bolsas da Fundação da Universidade, alojamento custeado pelas Prefeituras onde se localiza o serviço e efetuam contrato com SES, sendo registrados na carteira profissional como estagiários bolsistas. Em relação a absorção, após o término do curso, no exemplo acima citado, na maioria das vezes, o profissional acaba permanecendo no local. Entretanto, em muitos programas IDA, este problema não tem sido solucionado⁵⁸.

No caso específico de Residência em Medicina Geral Comunitária o INAMPS distribui a maioria das bolsas e recentemente começou a programar a residência em enfermagem. Mas conforme ABATH¹, o INAMPS continua mantendo as portas fechadas para o profissional especializado dentro desta modalidade.

A escassez de profissionais qualificados, de recursos materiais de apoio e financeiros que não vêm sempre com con

tinuidade assegurada pela mesma fonte, sendo muitas vezes transitórios, dificulta o desenvolvimento normal dos programas de formação de pessoal.

Com as mudanças na estrutura sócio-econômica, as necessidades de saúde manifestam-se de forma mais aguda na procura de assistência à morbidade. O plano global de atendimento que responde a esta pressão reflete diretamente na política de empregos e salários. Retorna-se o papel máximo conferido às consultas médicas de morbidade e observa-se o uso intensivo de atendentes (cerca de 70% das atividades são executadas por atendentes).

Os atendentes apesar de não constituírem uma categoria profissional frente à legislação de exercício profissional e não receberem preparo específico (suas atribuições dependem das instituições que os utilizam), têm as suas funções de limitadas por um documento do Ministério da Saúde*.

Na área de saúde pública está sendo utilizada uma categoria de pessoal auxiliar com denominação e perfil profissional que variam conforme a instituição, o nível e as regiões em que atua. Quanto à denominação, são chamados de atendente, auxiliar de saúde, agente de saúde, etc. Quanto ao perfil profissional, nas organizações mais complexas onde é exigida a presença de várias profissões e existe a divisão de trabalho entre a equipe que se responsabiliza por subespecialidades, as atividades por ele exercidas restringem-se às de menor completo

*Ministério da Saúde. Fundação Instituto Oswaldo Cruz - Departamento de Recursos Humanos para a Saúde (1972).

xidade dentro da subespecialidade; a nível do Posto de Saúde, onde toda a demanda é atendida por estes auxiliares, o seu rol de atividades confere-lhes a característica de polivalência²⁰. Portanto, dependendo da situação, o seu perfil profissional a aproxima-se de um visitador sanitário e algumas vezes do de um atendente.

O treinamento recebido, que varia conforme a instituição empregadora, não é legitimado e não fornece títulos com validade no sistema formal de ensino.

Especificamente em relação aos cursos de atendentes, os mesmos não estão sujeitos à fiscalização de Secretarias e do MEC, por serem considerados cursos livres. Estes cursos têm-se multiplicado, formando um contingente de mão-de-obra não formal e não sujeito à fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, que por salários mais baixos, exercem atividades acima de suas qualificações. Estes atendentes criam problemas aos profissionais e contribuem para o nivelamento por baixo dos salários⁹.

Outro aspecto a ser considerado é a proporcionalidade entre a categoria profissional e o elemento não profissional - entre as de nível médio e as de nível elementar, e entre ambas e o pessoal universitário. Tal proporcionalidade requer uma padronização do ponto de equilíbrio, segundo suas habilitações e conforme os níveis de assistência à saúde, visando a integração das ações e trabalho multiprofissional efetivo. Quando o mercado de trabalho dispõe de pessoal melhor qualificado, conforme o nível de desenvolvimento atingido pela região e quando a mesma já dispõe de sistema formal de ensino ou as ins

tituições têm condições de capacitar e absorver pessoal de nível médio (que de acordo com os dispositivos legais existentes faz parte das habilitações de 2º Grau), na formação de pessoal devem ser considerados alguns fatores, tais como: agrupamento de atividades numa única denominação visando maior racionalidade e facilidade de controle, mecanismo legal que confira a necessária identidade profissional e título que permita a ascensão a outras habilitações da área de enfermagem.

Em relação à melhoria da qualificação desse contingente de pessoal que já trabalha, a Comissão de Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS, através do Parecer nº 184/83, do Conselho Federal de Educação, instituiu a formação do visitador sanitário, a nível de 1º Grau. É uma alternativa à suplência que objetiva, a longo prazo, eliminar dos quadros de pessoal essa categoria não legitimada, fornecendo títulos de validade regional ou nacional. Dessa forma proporciona oportunidade para o desenvolvimento intelectual, principalmente quanto aos aspectos relacionados com a educação geral e as formas mais conscientes, ou menos mecanizadas, de atuação em serviço. Esta forma de capacitação já está sendo operacionalizada em vários Estados tais como: MG, PI, RO, RN e AL⁷¹.

A Comissão de Ensino do Projeto Cotia que era composta inicialmente por médicos, conta atualmente com 4 médicos, e representantes de R1 e R2^{*} e uma enfermeira como seus membros. Surgiu a fim de coordenar a Residência Médica, estãgios em medicina, e a sua atuação prioritária está ainda con

^{*}R1 e R2 - Denominação dada aos residentes do 1º e do 2º ano.

centrada nessas 2 áreas. Mas o Projeto recebe um contingente grande de estagiários de enfermagem, além dos da área de nutrição e dos do serviço social. Além disso os estágios de enfermagem, quase sempre além da capacidade que o serviço comporta, assim como a formação dos atendentes e a educação continuada, mereceriam ser discutidos a nível de Comissão de Ensino ampliada e multiprofissional. A diversidade do tipo de estágios de enfermagem, a inexistência de definição clara da contribuição que o estágio pode proporcionar, pode dificultar a função da Comissão. No entanto, a boa inter-relação entre os profissionais, assim como um trabalho interdisciplinar, podem ser postos em prática a nível dessa Comissão também.

Quase sempre as instituições de pesquisa são julgadas pelo que conseguem apresentar por escrito. No entanto, sabe-se que muitos resultados de trabalhos, inovações tecnológicas, da prática de saúde, não se materializam em trabalhos escritos e não poderão ser divulgados e avaliados, como a pesquisa convencional efetuada no ambiente acadêmico ou em instituições de pesquisa, mas somente pelo seu impacto em termos de resultados obtidos.

Teoricamente, com o IDA, a compartimentalização existente entre a assistência e pesquisa (esta cumprida pelos pesquisadores acadêmicos ou em instituições de pesquisa) recebe um tratamento novo: "vincula a pesquisa de forma mais direta às necessidades derivadas da prática social e de saúde"⁵¹.

A necessidade da realização de pesquisas por pessoal diretamente envolvido na assistência, não só beneficia diretamente o serviço, mas também aperfeiçoa esse pessoal. Esse

pesquisador pode então realizar investigações científicas sobre os aspectos prioritários relacionados com sua prática e dominar o instrumental metodológico adequado para realizá-las. Nesse sentido a participação, ou realização conjunta de pesquisas com os docentes da Faculdade, considerando as prioridades definidas, desde alguns problemas específicos até pesquisas operacionais mais gerais facilitaria todo esse processo.

A divulgação dos resultados deve ocorrer principalmente entre aqueles que se beneficiariam com sua aplicação, não se restringindo a publicação nos periódicos especializados de circulação sempre limitada. Trabalhos realizados visando apenas a necessidade do pesquisador podem não constituir uma prioridade naquele momento.

Finalizando, a proposta do Programa IDA contempla um esforço para recuperar a articulação e a integração das atividades de ensino e pesquisa com atividades próprias do setor assistencial⁴³. Se no momento, o movimento ainda se constitui de experiências isoladas ou de difícil reprodução ou generalização na sua integralidade conceitual, existe a possibilidade de aplicação de alguns de seus elementos.

Os detalhes não explícitos na proposta exigirão na prática soluções e com os conhecimentos assim adquiridos, os aspectos pouco esclarecidos ou problemas de difícil solução levarão a facilidade do processo de sua operacionalização.

Dentro dos objetivos amplos, a flexibilidade na operacionalização permitirá reformulações conseqüentes da experiência vivenciada, que esclarecerão as necessidades ainda não identificadas.

"O eixo em torno do qual se desenvolve o processo de IDA deve ser a prestação de serviços, e neste sentido, o substrato indispensável ao seu desenvolvimento é a organização de um sistema regionalizado de serviços de saúde"⁵¹.

A definição da área, a estrutura de prestação de serviços de saúde, tanto física quanto funcional, com níveis de assistência bem delimitados e os tipos de assistência correspondentes, dando ênfase ao desenvolvimento de serviços básicos de saúde, são requisitos que podem modificar tanto a administração quanto o ensino, constituindo-se de departamentos não mais por grupos de disciplinas afins, mas por níveis de assistência que também servirão de base para vários estágios de formação acadêmica⁵¹.

5.7. Regionalização e hierarquização dos serviços no Projeto Cotia

5.7.1. O Sistema de Saúde e o Projeto Cotia

O sistema de assistência à saúde requer um mecanismo que estenda a cobertura aos que necessitam desses serviços. Este mecanismo não pode atuar unicamente no interior dos serviços de saúde, pois esperar passivamente que os necessitados a eles recorram não resolverá o complexo problema de saúde pública. Há necessidade de se estabelecer estreito contato entre o pessoal de saúde com a população, a fim de se instituir o mecanismo mais adequado para se atender, com eficiência e eficácia, às necessidades de saúde⁸⁴.

Em nosso meio, o setor saúde é mult institucional. Nele atuam o governo em suas respectivas esferas federal,

estaduais e municipais, seja através dos órgãos de administração direta, seja mediante a ação dos organismos e instituições da administração indireta. Coexistem, de forma articulada ou autônoma do governo, entidades filantrópicas e beneficentes, em presas privadas assistenciais, de medicina de grupo ou a medicina de trabalho nas empresas públicas e privadas, além de profissionais liberais.

De um modo geral, esse conjunto prima pela descon^{II}ordenação e, em consequência, pela ausência de planejamento, tanto na organização racional dos trabalhos, quanto pela sua indisciplinada distribuição geográfica.

Se a otimização das partes não implica necessariamente na otimização do todo, em contrapartida, a otimização do todo também não implica na eficiência das partes componentes, embora seja esta última uma condição necessária e mínima, embora não suficiente.

Neste sentido, o Sistema Nacional da Saúde pauta-se pela segunda afirmação, ou seja, traz em seu bojo uma estratégia para definir e legislar disposições gerais buscando a articulação do todo, mantendo espaço de manobra suficiente para não descaracterizar as motivações das instituições governamentais - o interesse público - e das organizações privadas - o lucro.

Como sistema, exige uma organização das entidades participantes, em suas respectivas esferas de atuação, uma hierarquização dos serviços e uma regionalização da assistência à saúde. Enquanto organização, a responsabilidade é delegada pela União, através de seus órgãos normalizadores, éticos e gestores das ações em saúde, de forma a coexistir a esfera privada com a

esfera pública. Esta, porém, estrutura-se em níveis hierárquicos de governo, adequando funções e responsabilidades associados a cada nível do governo.

Em função de suas especificidades sócio-geográficas, a assistência à população é dispensada de forma regionalizada, segundo a organização político-administrativa da nação. A resposta de cada unidade de governo, resulta de sua capacidade organizacional, de seus recursos públicos e privados e da forma como articula as instituições e respectivos recursos para solver problemas de saúde, respeitadas as normas vigentes emanadas da União.

Assim, a partir de sua unidade mais simples, o Município (ou grupo de municípios), o Estado se organiza de forma supletiva e a União sob o ângulo complementar ou compensatório. Mas, neste sistema, destaca-se um organismo, o INAMPS, cuja força de sua presença e expressão de seus recursos e responsabilidades dá, a nível da União, uma atuação que supera todos os demais, além de, por decorrência de sua ação assistencial ao trabalhador, dispor de condições para se impor também sobre a atuação privada, sob a forma de convênios,

Em essência, é um elemento perturbador do sistema, a não ser que se considere o INAMPS como sendo o agente de saúde da União.

Pode-se afirmar ser o Município a molécula desse organismo, ou seja, o módulo mínimo, geograficamente delimitado, que mantém a identidade do sistema, onde estão presentes e atuantes todos os agentes do Sistema de Saúde, com suas afirmações, contradições e conflitos, conforme pode ser visualizado

na Figura 6. Nesta Figura representam-se as quatro esferas básicas de atuação dos agentes: Privado (P), Municipal (M), Estadual (E) e Federal (F), todos atuantes no espaço municipal. Como o conjunto dos espaços municipais configura o espaço do Sistema Nacional de Saúde, tem-se que as referidas quatro esferas, a nível municipal, comportam-se como um sistema aberto.

Os agentes dessas esferas, ao se afirmarem, através da prestação dos serviços de saúde, por atuarem sobre a mesma população, geram cinco áreas de conflitos (os que estão assinalados simbolicamente na Figura 6), a saber:

- Conflito P/M: entre os agentes Privados e Municipais;
- Conflito E/M: entre os agentes do Estado e Municipais;
- Conflito F/E: entre os agentes da União e do Estado;
- Conflito F/P: entre os agentes Privados e da União; e
- Conflito P/E: entre os agentes Privados e do Estado.

Não se registram conflitos entre os agentes da União e os do Municípios, por duas razões:

- embora a gestão do Sistema Nacional de Saúde (SNS) seja de responsabilidade do Governo Federal, este não atua diretamente no Município através de seus organismos de administração direta (Ministérios) e sim, mediante a intermediação do Estado*;

*A União, ao transferir autoridade e responsabilidade às outras esferas, abstém-se de conflitos no âmbito assistência à saúde, embora os mantenha em termos do jogo de interesses, em especial com a esfera privada.

FIGURA 6

Sistema Nacional de Saúde (Prestação de Serviços)

ÁREAS DE CONFLITO: F/P, F/E, E/P, P/M e E/M

ADMINISTRAÇÃO DE CONFLITOS: LEGISLAÇÃO DE COMPETÊNCIA

-LEI DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (Nº 6229/76)

RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA E TIPOS DE CONSTITUIÇÕES

- mesmo o INAMPS, organismo federal de administração indireta, ao atuar como agente da União, tem sua atuação delimitada pe la assistência ao trabalhador vinculado ao Contrato pela Legislação Trabalhista, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que, em última essência, caracteriza-se um campo es pecífico da assistência à saúde*.

Para o melhor entendimento desses conflitos, sem pretender exaurir o assunto, têm-se alguns exemplos de ocorrências a nível de municípios:

- conflitos P/M, P/E e P/F: decorrem, fundamentalmente da con tradição entre os objetivos lucro por parte da atividade par ticular e interesse público, por parte da atividade governamental. Em princípio, o agente particular somente se dispõe a atender a demanda solvável, isto é, a representada pelos indivíduos que estão economicamente capacitados e dispostos a remunerar diretamente o agente, pelos serviços prestados. Mas os serviços de saúde, de interesse público, são presta - dos pelos agentes governamentais, também em princípio, a qual quer indivíduo, cidadão ou não, desde que necessitado, independentemente de sua qualificação econômica;
- conflitos F/E: decorrem da forma de se praticar a política de saúde e da desigualdade na distribuição da renda tributária, as quais se refletem nos programas e recursos disponíveis. Com relação aos programas, em razão da multiplicidade (necessidades regionais diferenciadas) e amplitude dos serviços de saúde (necessidades médicas, alimentares, de higiene e sa neamento, de educação etc.), as prioridades traçadas pela U - nião, nem sempre condizem com aquelas propugnadas pelos Esta dos. Quanto aos recursos alocados (quantitativa e qualitativa

* Caso a atuação do INAMPS tivesse caráter preventivo (como o que se observa na Fundação Serviços de Saúde Pública (SESP), no Norte/Nordeste), poder-se-ia admitir uma área de possí - vel conflito. Porém, por só praticar ainda a medicina indi vidual para o trabalhador e seus dependentes, adquire uma função paralela, não conflitante com a assistência à saúde coletiva prestada pelo Município.

mente) tanto pelos Estados quanto pela União, em suas diferentes formas-técnicos, humanos, econômico-financeiros e institucionais - nem sempre são mobilizados de forma adequada e suficiente, seja para a formulação das políticas e dos programas diferenciados, seja para cumprimento das metas objetivadas; e

- conflitos E/M: embora de menor expressão pela excessiva desigualdade e dependência tributária dos municípios em relação aos Estados, boa parte decorre de problemas localizados no âmbito municipal. Pelo fato do Estado traçar suas diretrizes gerais, segundo o princípio da universalidade dos problemas (mesmo que admitida sua regionalização), sempre há diferenças de enfoque ou de necessidades. É importante assinalar que as fronteiras geográficas não coincidem necessariamente com as fronteiras econômica e social; em saúde pública, essas delimitações não condizem com a distribuição geográfica das necessidades de saúde da população.

Refletindo essa problemática, nos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, se desenvolve, no mesmo nível geral apresentado, o módulo municipal anteriormente descrito. Porém, introduz-se um novo agente - o Projeto Cotia - ou mais especificamente a AHC.

Teoricamente, conforme se pode visualizar na Figura 7, os conflitos deveriam se multiplicar, gerando o que se poderia denominar subconflitos, oriundos da perturbação ocasionada pelo novo agente (esfera "C").

Porém na realidade, tais subconflitos não ocorrem, uma vez que, por força dos convênios bilaterais firmados entre a AHC, os três níveis de governo (União/INAMPS/Estado/SES e Município) e algumas empresas (medicina de grupo), estes delegam à primeira toda a responsabilidade e autoridade de exercer a função de assistência à saúde da área.

FIGURA 7

PROJETO COTIA

MULTIPLICAM-SE AS ÁREAS DE CONFLITOS (DE 6 → 14)

PRIMÁRIOS - NÃO CONFLITOS: P/C, F/C, M/C, E/C

SECUNDÁRIOS - NÃO CONFLITOS MÚLTIPLOS: F/P/C, F/E/C, E/P/C, E/M/C

Pelo contrário, a representatividade assumida pela AHC a nível de assistência primária e secundária à saúde da população, reduz a possibilidade de surgimento de muitos dos conflitos assinalados, sendo que praticamente elimina o conflito E/P, conforme pode ser visualizado na Figura 8.

Em contrapartida, da assunção das funções do Estado e conseqüente eliminação do conflito E/P, surge um novo conflito potencial: P/C. Corresponde ao choque de interesse na disputa dos pacientes que poderiam se socorrer dos serviços prestados pelos profissionais autônomos, mas que podem procurar a assistência prestada pela AHC*.

Porém sua dimensão é minimizada à medida que se afirma a eficiência da AHC no cumprimento de suas finalidades sociais.

A seguir procura-se aquilatar, essa eficiência, mediante a análise de dois quesitos básicos do sistema - regionalização e hierarquização dos serviços - no Projeto Cotia, uma vez que a organização e os tipos de assistência prestados já foram objetos de análise nos itens anteriores.

Por último, há que salientar a estreita inter-relação que existe entre a eficiência e a qualidade de assistência prestada e o Programa IDA, não se podendo dissociar o segundo do primeiro, assim como o efeito abafador dos conflitos que o IDA desempenha no sistema.

* Este tipo de conflito é inevitável na sociedade brasileira, em razão seja por questão de confiança, seja pela dependência médico/paciente, seja pelo efeito-demonstração de se dispor de um "médico particular". É evidente que existem conflitos tipo P/C com Clínicas e Laboratórios, cuja discussão extrapola o âmbito deste trabalho.

FIGURA 8

Sistema Projeto Cotia Administração de Conflitos

SÓ CONVÊNIOS BILATERAIS
-NÃO EXISTEM CONVÊNIOS MÚLTIPLOS
OLIMPIADA-DE OS CONFLITOS (EXCETO P/C POTENCIAL)

5.7.2. Regionalização

5.7.2.1. Pressupostos adotados para a regionalização em Cotia

A área de atuação do Projeto, apesar de constituir uma microrregião em termos administrativos, foi dividida em setores, com o objetivo de facilitar a gerência, controle e avaliação dos serviços de assistência à saúde. Introduziu-se uma nova forma organizativa, a fim de imprimir maior eficiência aos serviços, permitindo a aplicação de uma lógica para o controle e avaliação da assistência prestada. Considerando a relação custo-benefício, a prestação de assistência é mais eficiente num serviço localizado; aproximando-se a prestação dos serviços da clientela potencial, amplia-se a cobertura, reduz-se a dificuldade de acesso ao serviço (antes centralizado) pelo menor deslocamento para obter a assistência necessária. Em relação às ações desenvolvidas resulta um esforço no sentido de sua adequação às prioridades locais levando em consideração as condições físicas e estruturais específicas.

Como afirma GONZÁLES²³, a total descentralização com delegação de função só é possível quando existem recursos humanos em quantidade e qualidade capazes de assumir a função. Também é válida a colocação feita por WHITE e colaboradores⁹⁷, de que a regionalização que tem como um dos objetivos a descentralização do poder de decisão é importante e eficiente quando "os elementos a controlar pela coordenação executiva superam suas possibilidades lógicas de controle". Nesta afirmação, a idéia de descentralização geográfica está bem relacionada com contro

le eficiente.

A organização de todos os serviços de saúde em um único sistema ou a aplicação de princípio administrativo básico numa regionalização, visando a criação de um único organismo administrativo para a totalidade da área, a fim de desenvolver uma função especial (no caso a assistência à saúde), parece uma tarefa difícil de ser concretizada. Apesar da lei existente e da lógica da proposição, o paralelismo continua a existir, uma vez que os objetivos, os princípios e a gama de interesse envolvidos são diferentes. Uma iniciativa de integração a nível local, apesar dos esforços de um grupo, não ocorre em Cotia e Caucaia do Alto, onde não se concretiza um trabalho integrado ou mesmo complementar com os Ambulatórios Médicos da Prefeitura apesar de ambos serem públicos. Existem, no momento, interesses múltiplos, desde políticos (das autoridades municipais), até os do funcionário da Prefeitura, que é o de carrear a clientela para sua clínica particular. As exceções são raras.

O funcionamento concomitante dos serviços não coordenados criou um certo antagonismo entre os grupos devido à distância entre os objetivos e princípios doutrinários que orientam as instituições.

Essa falta de unificação dos serviços, no entanto, parece pouco ou nada influir na efetividade da assistência, mesmo na região de Cotia onde se concentra o maior número de serviços locais de saúde.

A estruturação dos serviços em níveis de complexidade facilita o entendimento da distribuição de funções e res

responsabilidades de cada serviço. Cabe ao nível central constituído pela UI, a centralização da política, das diretrizes e das programações. Neste nível são elaborados os princípios doutrinários do Projeto, a adaptação da política de saúde ao Projeto e a elaboração de programas para os diferentes serviços, incluindo normalização, avaliação e controle das ações. A responsabilidade local é de participar na programação e avaliação, implantação da política e operacionalização da sua função própria, como o controle, que é descentralizado. Neste nível também ocorre a integração da divisão política municipal.

As programações básicas seguem as disposições da SES que definem as atividades e as suas normas (concentração, cobertura, rendimento instrumental, etc.) com algumas adaptações, ordenando as principais atividades comuns a todas as unidades.

Com base na política regional definida como marco referencial, a programação das ações é feita por unidades locais. Esta função é considerada como unificadora do sistema e da equipe e a unidade programática, "o elemento medular da regionalização"²³. Constitui-se também o instrumento de coordenação.

A programação descentralizada fundamenta-se no estudo sócio-econômico efetuado em 1979, para conhecer o número de habitantes e outras variáveis próprias da população. Serviu de base para a organização racional das relações entre a oferta e a demanda, fixação da quantidade de recursos necessários tanto humanos quanto materiais e decisão quanto à expansão do serviço em cada setor, podendo servir para determinar o custo operativo. Programações feitas sobre dados reais in

cluem a subutilização e a demanda anteriormente reprimida, que oneravam os custos operativos e influíam na eficácia da assistência prestada. Mas o despertar dessa demanda afeta o Hospital da UI, cujas instalações (número de leitos) estão bem aquém do necessário. É um ponto de estrangulamento sentido pela equipe, mas não solucionada até o momento por falta de recursos financeiros para a sua expansão.

O critério de classificação dos programas por patologias, grupos de idade ou ações, dificulta a integração das atividades promocionais, preventivas e recuperativas e o propósito de prestar "assistência integral, ao longo de todas as fases do ciclo vital". Como exemplo, o saneamento, atividade que é desenvolvida no CSE apesar de ser considerado um componente importante das atividades desenvolvidas a nível primário, parece estar descuidado em relação à programação, execução e integração no serviço. Desenvolvido por funcionários alocados pelo Estado, apesar do propósito inicial do Projeto prever inclusive a montagem de uma ótima infra-estrutura para essa atividade, não apresenta resultado satisfatório e ainda constitui um problema para a direção. Uma das causas dessa situação, provavelmente esteja relacionada com a qualidade do pessoal e falta de supervisão, ocorrendo o que MONTEIRO⁵⁶ menciona como "objetivo derivado", isto é, tiram benefícios da função que ocupam apoiados em seus próprios objetivos.

O financiamento das ações, considerado como recurso básico num sistema regionalizado, é obtido em quase a sua totalidade por meio de convênios firmados com instituições das esferas federal, estadual e municipal e serve de base também para regulamentar o mecanismo de coordenação e controle.

Algumas fontes são estáveis e outras temporárias e a busca dessas fontes para assegurar a continuidade da assistência necessária, inclusive aqueles que não são contribuintes da Previdência Social, parece ser uma preocupação constante da direção do Projeto. Para ilustrar, segundo dados estatísticos levantados pelo Serviço Social, em 1984, a situação previdenciária das famílias matriculadas na Unidade Ambulatorial da UI era a seguinte: INPS (72,4%), IAMSP (2,6%), Militar (0,2%), FUNRURAL (4,3%) e não previdenciários (20,5%). A dificuldade em obter financiamento suficiente, contínuo e oportuno pode criar uma situação de falta de estabilidade ao processo, apesar dos recursos humanos de bom nível e boa organização do sistema²³. Articulações com diferentes Instituições, assim como revisões e renovações já existentes, é o que garante a autonomia financeira do Projeto para manutenção de sua operacionalidade. Isto exige por parte de quem coordena, habilidades para captar recursos em função dos objetivos, administração e operatividade do sistema.

5.7.2.2 . Caracterização regional

Com a implantação do Projeto Cotia, foi criado um sistema regionalizado dos serviços com ênfase na assistência integral da população, contribuindo ao mesmo tempo para a boa formação de pessoal de saúde pública, de médicos generalistas e de pessoal auxiliar.

Dentro da sistemática de regionalização docente-assistencial a proposta de trabalho tem como enfoque o reforço e a adequação da rede assistencial, para que possa atender às ne

cessidades de saúde da população de sua área programática. Para sua consecução, tal proposta enfatiza o desenvolvimento de uma tecnologia assistencial adequada, além de capacitar pessoal auxiliar para execução de atividades assistenciais ao nível primário e secundário e formar profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e outros, servindo-lhes de campo de treinamento.

As atividades preconizadas para viabilizar a primeira proposta referem-se ao estudo de normas e condutas existentes nos serviços, considerando os recursos disponíveis, os problemas de saúde prioritários, as políticas e metas nacionais, o reforço da assistência primária e a racionalização dos procedimentos para o aumento da cobertura.

Considera-se prioritária a utilização de critérios simples para medir os níveis de risco em grupos vulneráveis e para referência de pacientes, estudos operacionais voltados para resolução quantitativa e qualitativa dos problemas prioritários adequados aos recursos disponíveis. A difusão dos resultados dessas atividades poderia ocorrer através de comunicações periódicas, intercâmbio técnico, treinamento etc.

Os recursos de saúde existentes, anteriores à implantação do Projeto Cotia, apesar de geograficamente bem distribuídos no Município, trabalhavam de forma descoordenadas sem nenhuma vinculação aos programas mínimos de saúde (Imunização e Assistência Materno-Infantil).

Os casos mais graves de pediatria e obstetrícia não contavam com retaguarda da área hospitalar e os casos encaminhados aos municípios mais próximos, além de não terem garan

tida a internação, também não tinham mecanismo de contra-referência.

O Projeto Cotia, considerando os recursos de saúde existentes, dentro de uma política de coordenação e integração de recursos mult institucionais, visando a ampliar a cobertura, procurou implantar um sistema regionalizado e hierarquizado de serviços.

A divisão do Município de Cotia em 4 setores e sua delimitação foi feita levando-se em consideração as características geográficas de cada setor, sua identidade dentro do Município e o acesso da população a recursos existentes.

Como características geográficas considerou-se a concentração urbana, a atividade econômica (agrícola - industrial), a acessibilidade (os meios de transporte existentes), a vida social (rural, urbana, metropolitana) e a divisão administrativa do Município em Distritos de Paz.

Os serviços existentes por ocasião da divisão eram:

- dois CS estaduais e um Ambulatório Médico da Prefeitura, localizados no Distrito de Cotia;
- um CS estadual no Distrito de Caucaia do Alto;
- um PAS localizado no Distrito de Raposo Tavares (atual Município de Vargem Grande Paulista); e
- um Ambulatório Médico particular da ASSA localizado no km 24 da Rodovia Raposo Tavares.

Os CS estaduais trabalhavam sem nenhuma programação definida de saúde e os Ambulatórios Médicos Municipais a-

tendiam pequenas urgências e efetuavam encaminhamentos dos pa
cientes mais graves, após a triagem médica, para São Paulo ou
para São Roque. Não foi possível levantar os recursos financei
ros investidos nesse tipo de atividade mas é reconhecido que
grande parte do gasto é destinado a compra e manutenção de am
bulâncias e segundo algumas informações a quantia gasta em
transporte de pacientes equivale ao da manutenção de um peque
no hospital local. É também observado que ocorre uso inadequaa
do da ambulância por parte da população e do serviço.

Com o objetivo de coordenar melhor os recursos de
saúde, mediante regionalização da área, hierarquização, descentr
alização e integração dos serviços, Cotia foi dividido em
quatro setores com perímetros geográficos relativamente peque
nos:

- Cotia 1 (C1) abrangendo a área entre o km 21 e 29 da Rodovia
Raposos Tavares, onde se localiza a ASSA;
- Cotia 2 (C2) abrangendo a área localizada entre o km 30 e 39
da Rodovia;
- Cotia 3 (C3) correspondente ao ex-Distrito de Raposo Tavares
atual Município de Vargem Grande Paulista, situado en
tre o km 40 e 46 da Rodovia; e
- Cotia 4 (C4) cujos limites são os mesmos do Distrito de Cauca
ia do Alto.

Em 1979, com a colaboração da população, foi fei
to o estudo dos núcleos populacionais de 2.000 a 5.000 habitantes
com o objetivo de implantar unidades de saúde capazes de i
niciar as atividades de assistência primária, detectar o grau
de organização desses bairros e núcleos e motivar a participação
da população.

Os resultados estão descritos a seguir, cujo apoio cartográfico pode ser visualizado na Figura 9.

C1 - Granja Viana

Com sede no Bairro de Granja Viana, tem como referência básica a Rodovia Raposo Tavares, do km 21 ao km 29. É o setor de mais fácil acesso a São Paulo. Nesta área implantou-se a maior parte das indústrias e, relativamente, tinha o crescimento migratório mais intenso, com o assentamento de bairros e vilas onde a maioria da população residia há menos de 5 anos no Município. Outro fato importante é a presença de famílias da classe alta e média oriundas de São Paulo, em loteamentos extensos, formando conglomerados sociais de características diversas do restante do Município. Nesse setor a estimativa da população, baseada nos dados e no levantamento realizado em 1975, é de aproximadamente 18.000 habitantes. Os recursos de saúde existentes na área são o PAS da ASSA que mantém programa vinculado ao Projeto Cotia e Ambulatório Médico da Prefeitura. Somente o Bairro Granja Viana dispunha de abastecimento de água, sendo que os demais bairros utilizavam água de poço, representando cerca de 80% da população. A rede de esgoto era inexistente, a maioria da população utilizava-se de fossas negras. O lixo, em alguns bairros, era recolhido uma vez por semana, e ficava acumulado em terrenos baldios a céu aberto. Cerca de 80% da população encontrava-se na faixa de analfabetos, primário incompleto ou com Movimentos de Alfabetização de Adultos (MOBRAL) (incluindo 22% sem escolaridade). A maioria da população era empregada nas indústrias, como mão-de-obra não qualificada. O estudo deste setor resultou na definição de 7 núcleos populacionais, que

FIGURA 9

PROJETO COTIA Regionalização

têm em comum, no m[inimo, uma escola pública, um local para atividades associativas, religiosas ou culturais e centro comercial de gêneros alimentícios (açougues e vendas). Alguns dos núcleos possuem somente farmácias, funcionando as mesmas com pequeno estoque de medicamentos e sem profissional responsável para dirigí-las.

Cabe ressaltar que apesar de todos necessitarem do desenvolvimento das atividades primárias de saúde, a prioridade - pelo volume de população e grau de organização - seria: núcleo 1 (Jardim Santa Ângela); núcleo 5 (Jardim Torino e Água Rasa); núcleo 7 (Jardim Cláudio e Rio Cotia); núcleo 4 (Granja Viana), sede do Posto; e os de maior expressão populacional: núcleo 3 (Renoir); núcleo 6 (S.F. Golf Club); e núcleo 2 (Jardim Barbacena). O Bairro de Rio Cotia era o de maior concentração populacional.

A via de acesso principal de todos os núcleos aos serviços de saúde é a Rodovia Raposo Tavares, não havendo transportes coletivos que circulem nos bairros. A distância média entre os núcleos e a Rodovia é de aproximadamente 5 km, por estrada de terra.

C2 - Cotia

Compreende a sede do Município, tem como referência a Rodovia Raposo Tavares, do km 30 ao km 39. Era a área do Município mais urbanizada e que apresentava maior densidade demográfica. A população estimada para esta área foi da ordem de 32.000 habitantes.

Este setor concentrava as atividades comerciais e

de prestação de serviço. Grande parte da população era migrante, mas o setor concentrava a maior parte da população natural de Cotia, predominantemente de camadas médias.

Cerca de 60% da população era abastecida por rede pública de água, sendo que os restantes utilizavam poços. A rede de esgoto não havia sido instalada ainda, existindo um percentual elevado de fossas sépticas e um melhor destino dos dejetos. O lixo era recolhido pelo serviço municipal, diariamente, nos bairros centrais e, nos mais afastados, duas vezes por semana.

Os bairros de maior concentração populacional localizavam-se em morros, com habitações coletivas precárias e em lotamentos semi-clandestinos. Este setor foi dividido em 6 núcleos populacionais, sendo que apenas 4 seriam prioritários para implantação de unidades primárias, pois o Jardim Ipê (núcleo 1) dispunha de acesso fácil a serviços já existentes. O núcleo 2 era formado pelo Jardim Nova Coimbra, o núcleo 3 pelo Centro do Município, o núcleo 4 pelo Bairro de Lajeado, o núcleo 5 pelos Bairros de Atalaia e Bigareli e o núcleo 6 pelo Bairro de Morro Grande. O bairro de maior concentração populacional era o Jardim Coimbra.

C3 - Vargem Grande Paulista

A sede é o Município de Vargem Grande Paulista e tem como referência a Rodovia Raposo Tavares, do km 40 ao km 46, e a Via Bandeirantes, até o km 50. Do ponto de vista econômico, o que caracterizava esse setor era a atividade rural. Havia um núcleo urbano no km 45, onde estava sendo instalado o novo posto de saúde e os demais bairros apresentavam população dispersa com

moradia do tipo rural.

A população foi estimada em 10.000 habitantes. O abastecimento de água era feito exclusivamente por poços; a rede de esgoto inexistente; o lixo era somente recolhido na sede, e nos demais bairros lançado a céu aberto.

Das regiões do Município, esta, juntamente com Caucaia, era a que apresentava menor taxa de crescimento, com uma população composta por pessoas que residiam no Município há mais de 10 anos ou que ali nasceram. Os núcleos populacionais desta região obedeciam à distribuição das escolas, o que delimitava o raio de dispersão desses núcleos. Os núcleos, em número de 4, incluindo a sede, foram assim identificados: o núcleo 1, localizado no km 40, constituído pela Vila dos Camargos; o núcleo 2, pelo Bairro do Portão Vermelho; o núcleo 3, pela sede do Distrito mais os Bairros de Jardim Hermínia e Bela Vista; e o núcleo 4, pelo Bairro de Aguassai. O acesso, em alguns núcleos, como Aguassai e Portão Vermelho era mais difícil. Todo transporte ainda era feito pela Rodovia, sendo que as casas ficam distantes da estrada, de difícil acesso. O núcleo 2, de Portão Vermelho apresentava a maior concentração populacional.

C4 - Caucaia do Alto

Tem como sede o Distrito de Paz de Caucaia do Alto. Este setor é ligado à Rodovia por uma estrada própria, numa extensão de 9 km. Apresentava características predominantemente rurais; quase toda a população trabalhava na terra e possuía habitação do tipo rural. A população foi estimada em 11.000 habitantes, na sua maioria nascidos em Caucaia.

Os núcleos populacionais distam aproximadamente 7 km do centro de Caucaia, com acesso difícil, tendo em vista que os transportes coletivos funcionam em apenas 3 horários diários.

Somente a sede dispunha de água fornecida por rede de abastecimento público; o sistema de esgoto ainda inexistia e o lixo era recolhido somente na sede. Os núcleos populacionais são em número de 5: núcleo 1 - Tijuco Preto, núcleo 2 - sede, núcleo 3 - Água Espraiada, núcleo 4 - Capelinha e Grilos, e núcleo 5 - Cachoeira. Água Espraiada possuía a maior concentração populacional e o transporte coletivo mais deficiente.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO SETORES DO PROJETO COTIA - 1980 e 1983.

SETOR	1980		1983	
	%	Habitantes	%	Habitantes
C1 - Granja Viana	26,01	16.302	22,50	18.000
C2 - Cotia	45,10	28.286	40,00	32.000
C3 - V.G. Paulista	13,72	8.600	22,50	18.000
C4 - C. do Alto	15,17	9.510	15,00	12.000
TOTAL	100,00	62,698	100,00	80.000

Fonte: 1980 - Censo do IBGE.

1983 - SAME - AHC.

Os dados demográficos para os setores foram projetados do Censo de 1980, utilizando-se os percentuais para cada setor, levantados no estudo de 1975, executado pelo Projeto. Se

gundo os técnicos do Projeto houve crescimento desigual da população e a hipótese de aumento de 10% ao ano utilizado pelo Grupo Executivo da Grande São Paulo (GEGRAP) é superestimado, acreditando-se que o acréscimo esteja em torno de 8% ao ano. Em 1982, houve modificações nos limites geográficos dos setores, a exemplo de C1, cujo núcleo central é o Bairro de Granja Viana; por razão de transporte e reivindicação popular, os Bairros de Rio Cotia e Vila Belizário, situado à altura do km 29, foram incorporados ao C2. O núcleo de Tijuco Preto, inicialmente pertencente ao C4 passou a pertencer ao C3, pois faz parte do Município de Vargem Grande Paulista.

5.7.2.3. Apreciação da sistemática adotada

A regionalização dos serviços de saúde apresenta determinadas características e uma delas refer-se à delimitação dos setores e núcleos. Por um lado, parece não haver definições precisas para a conceituação fisiográfica e demográfica da região a ser trabalhada. Recomenda-se a conveniência de abranger populações desde 100.000 a 1.000.000 ou 500.000 até 5.000.000 de habitantes conforme os autores^{23 28}. Por outro lado, considerando-se que a regionalização de equipamentos urbanos de saúde tem demonstrado a existência de maior complexidade, esses parâmetros recomendados não são passíveis de serem aplicados a regiões que pertencem à área metropolitana. Existem recomendações no sentido de dividir a região, se necessário, em sub-regiões homogêneas, sempre que possível, dos pontos de vista físico e social, englobando mais de um município ou correspondendo apenas a uma porção de um município, quando exigida pelas circunstâncias⁶⁹.

Se o objetivo da regionalização da área de atuação do Projeto foi dotá-la de serviços para operar o sistema da melhor forma distribuindo-os equitativamente, e prover serviços de qualidade que se traduz em facilidade de acesso a práticas preventivas, de diagnóstico e tratamento, o objetivo foi atingido. Os três setores, C1, C3 e C4, são providos de Unidades que desenvolvem atividades de nível primário com retaguarda do CSE, hospital e laboratório localizados no setor C2. Devido à reduzida dimensão dos setores o acesso é facilitado a esse nível. O Projeto não desenvolve atividades de nível terciário uma vez que a zona central do Município de São Paulo onde se localiza um verdadeiro "parque hospitalar"* pode ser atingido em menos de uma hora, constituindo-se em uma retaguarda da hierarquização e conferindo autosuficiência ao sistema.

Pode-se deduzir que o tamanho do setor depende do grau de autosuficiência pretendida levando em consideração o acesso da população a todos os níveis de assistência.

A acessibilidade da população aos serviços é facilitada não somente pela distância entre as residências da população e os serviços de saúde instalados, mas também pelo tempo de transporte para o deslocamento oportuno dos pacientes até os hospitais. O horário do atendimento das Unidades leva em consideração os horários de transporte que a população de cada núcleo utiliza para poder chegar até a Unidade.

* Na área central do Município de São Paulo, em 1981, viviam 1.100.000 habitantes e existiam 53 hospitais com 13.312 leitos, o que dá um coeficiente de 12,2 leitos por mil habitantes²⁹, configurando-se uma verdadeira "inflação assistencial".

A reduzida área de atuação do Projeto confere a sua organização um dinamismo que é difícil de ser atingido por operações de larga escala, onde a inércia organizacional parece ser inerente.

BREMER ter STEGE¹¹ indica regiões experimentais em qualquer lugar onde os serviços de saúde estejam aptos a se adaptar funcionalmente, de acordo com os princípios básicos de regionalização.

Uma vez que cada nível de assistência tem capacidade para encaminhar o paciente a outros níveis capazes de solucionar seus problemas, dando-lhe continuidade de assistência, pode-se considerar que as regiões são autosuficientes.

5.7.3. Hierarquização no Projeto Cotia

5.7.3.1. Requisitos operacionais

Para operacionalizar o sistema regionalizado o requisito básico é a hierarquização dos serviços segundo a escala de demanda. O Projeto Cotia como um todo, forma um módulo de assistência integrado por: PAS, CS, e CSE e Hospital local (UI) que, além das ações de nível primário, desenvolvem atividades de nível secundário, mantendo especialidades de referência, internação nas quatro áreas básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia e cirurgia) com atendimento de urgência e recursos para exames laboratoriais e serviços complementares.

Quanto à tipologia de unidades, o Projeto é integrado por:

- Posto de Vacinação de Capelinha, onde atua o pessoal auxiliar;
- PAS com atendimento médico intermitente e atividades de enfermagem, articulados com o CS, de quem recebe apoio e super

visão;

- CS com atendimento médico permanente nas quatro especialidades básicas por médicos generalistas; e outras atividades por outros profissionais;
- UI composta por CSE com assistência promocional, preventiva, de recuperação e reabilitação, odontológica e de algumas especialidades de apoio e um Hospital Local destinado a prestar assistência em regime de internação e urgência, nas quatro especialidades básicas.

O Posto de Vacinação desenvolve atividade de promoção e de prevenção. Os PAS, CS e CSE desenvolvem atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e Pronto Atendimento (PA).

Em relação à distribuição espacial das unidades hierarquizam-se em:

- periférica, vinculada ao nível local, situada em núcleos em pequena comunidade, prestando assistência primária de forma permanente;
- local, situada nos setores cuja demanda fica restrita ao âmbito distrital de cada Município, encaminhando a um centro maior os clientes que apresentam determinadas necessidades de saúde; e
- central, que representa a direção do sistema, de apoio geral, tanto administrativo como técnico.

As unidades periféricas recebem uma vez por semana, como apoio complementar, um especialista em Pediatria, um em Clínica Médica, um em Obstetrícia para o atendimento dos Pacientes de risco e um cirurgião a cada 15 dias para supervisão de pacientes com alta médica.

Cada um dos três níveis constitui-se de unidade de complexidade crescente, do periférico ao local e ao central.

Segundo PASSOS⁶⁷, a organização dos serviços é um problema gerencial que tem como base o conhecimento epidemiológico da distribuição das doenças e o conhecimento tecnológico para enfrentá-las. Neste sentido, a hierarquização coloca-se como uma estratégia organizacional que permite associar a oferta de serviços à localização da demanda, promovendo a concentração progressiva de especialidades na medida em que vão se rareando as ocorrências de necessidades para atendimento mais complexo. Sua associação com a regionalização é decorrente, conformando vários níveis, a saber:

- assistência primária, para a maior demanda e com menores exigências técnicas, difusa em núcleos;
- assistência intermediária, de menor densidade de ocorrência, porém exigindo cuidados e recursos relativamente mais qualificados, concentrados a nível setorial;
- assistência secundária, de maior complexidade técnico-operacional, porém com demanda mais difusa, concentrada a nível microrregional; e
- assistência terciária, com serviços de especialidades, com menores ocorrências, concentrada a nível regional.

Assim os serviços prestados nos diferentes níveis articulam-se de maneira funcional e escalonada e a interligação é feita por vários meios.

Exige-se uma integração entre as unidades do próprio sistema, que são interdependentes, devido ao fluxo da clientela que necessita de complementação de assistência com o

uso de facilidades laboratoriais ou internações.

Os portadores de doenças crônicas e agudas detectadas em qualquer nível, uma vez tratados a níveis que oferecem a assistência necessária, retomam ao nível de origem para controle e vigilância.

Toda a literatura pertinente enfatiza a necessidade de um sistema formal de referência e contra-referência, com uma definição clara das atividades a serem desenvolvidas a cada nível, bem como da complexidade dos atos. Os pacientes referidos e contra-referidos devem estar acompanhados de documentação adequada com informações e instruções necessárias.

Nos serviços do Projeto não existe um sistema formal de referência e contra-referência apesar do intenso fluxo de pacientes entre os níveis intra-sistema e em melhor intensidade (3%), extra-sistema. Os pacientes são encaminhados acompanhados por cartas, guias de encaminhamentos, receituário ou comunicação verbal. Por necessidade sentida pela Enfermagem, foi implantado o envio de fichas de notificação de nascimentos para cada Unidade, com anotações de orientações dadas, baseado no livro de registro de pacientes internados conforme o local de moradia.

Apesar de não existirem guias e normas elaboradas estabelecendo o atendimento das doenças por níveis, existem algumas regras que norteiam o desenvolvimento das atividades, a seguir especificadas:

- a referência da CS para o PA do Hospital deve ocorrer nos casos de fraturas, hemorragias intensas de qualquer natureza, mordeduras ou picadas por animais peçonhentos, mau estado geral

à observação;

- a referência do PAS para o PA do Hospital ou CS com o qual se articula, quando se trata de casos que necessitem de atendimento de urgência, que fogem do âmbito das atividades delegadas ou quando haja dúvidas quanto aos procedimentos; e
- todas as demais unidades encaminham aqueles pacientes cujo atendimento é desenvolvido somente na UI.

As condutas terapêuticas padronizadas e delegas ao pessoal auxiliar referem-se aos problemas infantis tais como: assadura, impetigo, monilíase oral, pediculose, escabiose, cólica de lactente, diarréia aguda, alimentação (papas, dieta para diarréia), dermatite seborréica e amoniaca, piodermite, granuloma umbilical, obstipação intestinal e resfriado comum.

Com os hospitais do nível terciário, a referência do paciente é feita por meio de contato pessoal e individual. As especialidades - tisiologia, hanseníase e de psiquiatria-não são atendidas no Hospital da UI, sendo encaminhadas para hospitais especializados da rede da SES.

O fato de não existir um sistema formal e também não se considerar que a elaboração do mesmo seja uma atividade prioritária, pode ser decorrente da boa comunicação existente entre as equipes. Este relacionamento dá-se não somente nas reuniões periódicas como também diariamente, na UI, estabelecendo-se um modo rápido e efetivo de comunicação informal.

5.7.3.2. Caracterização da hierarquização dos serviços

Ao lado da distribuição geográfica dos recurços, um sistema coordenado de saúde implica na ótima distribuição de

pe^{so}al, onde o conjunto de recursos humanos deve constituir u ma equipe, ainda que o pessoal tenha vínculos empregatícios com diferentes entidades. A unicidade da equipe é tão importante quanto a unidade programática²³.

A UI é a sede de trabalho de toda a equipe de pro fissionais. O pessoal auxiliar é recrutado junto à própria comu nidade, treinado e fixado nas respectivas unidades.

Quanto aos médicos que permanecem na UI, formam u ma equipe única que acompanha a internação e efetua o seguimen to no CSE. A continuidade das atividades do CSE com as de inter nação é facilitada devido à direção única das duas unidades e à sua localização no mesmo ambiente físico. Os que prestam assis tência nas demais unidades reúnem-se na UI e junto com os resi dentes, deslocam-se para os locais de trabalho. As equipes das áreas clínicas responsáveis pela assistência, cabe também a fun ção de docência, supervisionando os residentes. A localização do alojamento dos residentes junto à UI (devido à disponibilidade de transporte e à distância reduzida) possibilita o desloca mento diário dos técnicos. Os médicos apesar de serem contrata dos por diferentes instituições, tal fato não tem constituído problema para a administração de pessoal e para isso deve con tribuir o fato de haver equiparação salarial entre os contrata dos pela SES e os contratados pela AHC.

A oportunidade de se reunirem na UI ao final do ex pediente, apesar da sistemática de cada equipe permanecer fixa durante pelo menos 6 meses em cada unidade, permite que os médi cos do primeiro nível possam seguir a evolução hospitalar e de diagnóstico dos pacientes referidos, consolidando a experiência clínica.

Um aspecto a ser destacado é a hipótese dos médicos receberem treinamento para realizar exames elementares de laboratório, permitindo a resolução rápida de alguns problemas no nível primário e propor terapêutica específica bem fundamentada. Um grupo, enquanto residente, recebeu este treinamento; a aqueles que permaneceram no serviço, apesar de até este momento não praticarem têm melhor compreensão do trabalho executado no laboratório: a rotina, o tempo para a realização do exame, etc.

A fixação dos médicos e enfermeiras nos Centros de Saúde, por um determinado período, tem como objetivo ampliar os conhecimentos sobre as diferentes realidades das áreas abrangidas pelo Projeto.

Dentro da equipe, no entanto, percebe-se a existência de um certo conflito entre o pessoal ligado às atividades-meio (serviços administrativos) e aos serviços técnicos. Como exemplo, pode-se mencionar a inflexibilidade na aplicação de normas administrativas para a retirada de prontuários, que terá que ser solicitada com antecedência, o que nem sempre atende às necessidades do serviço ou do ensino.

Nos serviços de apoio há normas bem definidas que, via de regra, são seguidas e cobradas dos funcionários da área administrativa. Estes, algumas vezes, interferem na boa execução das atividades de assistência, burocratizando-as ou dificultando-as. Como exemplo, têm-se as atividades de campo de ensino onde o rendimento é diferente quando há participação de alunos. A flexibilidade necessária para o trabalho participativo pode causar impressão de desorganização ou falta de eficiência, provocando certa resistência da área administrativa.

Fator de resistência comumente citado é a discriminação do pessoal de apoio na composição das denominadas "equipes técnicas" destinadas a solucionar problemas administrativos. Considera-se geralmente que uma "equipe técnica" corresponde à equipe de médicos, o que nem sempre é válido para as solicitações administrativas. No caso, ambos os tipos de profissionais devem ter participação, uma vez que a resultante, quase sempre, é uma solução integrada, de interesse comum a todas as equipes, inclusive a de enfermagem.

As enfermeiras, os assistentes sociais, os psicólogos, a cirurgiã-dentista e, as recentemente admitidas fisioterapeuta e fonoaudiólogas, assim como o pessoal de nível técnico, auxiliar e elementar, compõem esta equipe técnica, atuando com intensidades diversas em diferentes níveis do sistema.

Os fatores que permitem o trabalho eficiente da equipe do Projeto, são: o regime de trabalho em período integral, a crença no Projeto e a docência, uma vez que é exigido dos técnicos o exercício da função dentro de princípios éticos e técnicos, com ênfase na qualidade da assistência prestada.

Uma outra forma de articulação técnica é efetuada sob forma de supervisão realizada em todas as unidades, pela área médica, de enfermagem, serviço social e administração, por meio de reuniões da equipe técnica, observação das ações executadas, análise dos prontuários, exame dos fichários e análise dos boletins de produção. Em situações extraordinárias, convidam-se especialistas para casos não solúveis por médicos generalistas ou utilizam-se de seminários, ambos para debates dos problemas.

No caso das atividades desenvolvidas por médicos e residentes, a supervisão fica a cargo de um dos médicos, que acumula as funções assistencial e docente.

Em relação à enfermagem, que é desenvolvida por várias categorias de pessoal como enfermeiras, visitadoras sanitárias, auxiliares visitadoras, auxiliares de enfermagem e atendentes, a supervisão contínua objetiva a melhoria quantitativa da assistência de enfermagem. É indispensável a permanência de enfermeiras nos Centros de Saúde e a nível central, proporcionando supervisão adequada para a correta execução das atividades assim como para a recepção dos estagiários em serviços de todos os níveis.

As dificuldades encontradas, relatadas pelas enfermeiras, na supervisão relacionam-se com:

- insuficiência numérica e rotatividade das enfermeiras;
- insuficiência de medicamentos e de material;
- contínua rotatividade do pessoal auxiliar, principalmente de atendentes no Hospital, decorrente do horário de trabalho e salário;
- número insuficiente de atendentes, principalmente no CSE e ASSA, exigindo deslocamento de visitadoras para realizarem atividades de atendentes;
- carência de instalações físicas para execução das atividades, principalmente em Vargem Grande; e
- capacitação insuficiente das visitadoras para prestar assistência adequada.

A supervisão na UI abrange o CSE e a Internação o que exige do enfermeiro capacitação para esta função, multipli

cidade esta que não é transmitida de forma integrada na formação acadêmica. Os currículos dos cursos de graduação não são suficientemente genéricos para abarcar o conhecimento das múltiplas solicitações de uma UI similar à do Projeto Cotia.

O problema da formação do médico generalista a nível de graduação é compartilhado também pela enfermagem uma vez que as competências desejáveis ao perfil profissional não estão sendo proporcionadas pelo atual currículo, com algumas exceções.

5.7.4. Funcionalidade dos serviços prestados

Uma vez analisada a regionalização e a hierarquização como instrumentos de organização dos serviços, procurar-se-á reconhecer como se operacionalizam as ações do Projeto Cotia.

Para tanto, ordenam-se as ações segundo os níveis convencionais de atendimento - primário e secundário - que caracterizam as funções da AHC.

A mensuração dessa funcionalidade poderia ser feita através do reconhecimento do grau de resolutividade em termos de eficiência e suficiência dos serviços prestados, sua coordenação e avaliação contínua dos resultados alcançados.

No entanto, por carência de dados além da pequena sistematização dos mesmos, sua medida será comentada em linhas bem gerais.

Um aspecto essencial na organização dos serviços de

saúde é a inter-relação que se estabelece entre os serviços de nível primário e os ambulatoriais mais especializados e hospitais do nível secundário e terciário, que constituem os elementos de apoio e complementação das ações do primeiro nível e proporcionam o grau de autosuficiência a uma região.

A assistência primária desenvolvida nas unidades do Projeto Cotia, pode ser caracterizada de uma forma semelhante àquela sumariada por ABATH¹, expressa nos seguintes termos: é um cuidado integral e contínuo ao indivíduo, família e comunidade; primária, por ser o primeiro e principal contato da clientela, seja com o pessoal auxiliar ou profissional de saúde; ou então, quando nem sempre os problemas são simples ou mais prevalentes, tudo que se possa fazer a nível ambulatorial com o mínimo de tecnologia e o máximo de conhecimento, com poder de resolução de 80 a 90% dos casos; compreende também o atendimento de urgência; e, que assistência primária exige talento e uma boa formação daqueles que a praticam.

A universalidade do atendimento, não estabelecendo distinção entre os usuários, é uma prática, uma vez que toda a demanda é atendida independentemente da situação previdenciária, estendendo-se a cobertura a toda a população até então não atendida ou subatendida. Tal fato não significa que tal cobertura abranja toda a população, pois é reconhecido que uma parcela da população beneficia-se da assistência tradicional prestada nos consultórios e hospitais particulares.

VIEIRA⁹⁶ observa com razão que a assistência primária já existe no nosso meio e que a sua teorização parece que apresenta uma característica inovadora. No entanto, essa

forma de prestação de serviços, em muitas circunstâncias, carece de organização e racionalização. Por outro lado, fica claro também que ela não é um elemento exclusivo da prestação da assistência na área rural, mas uma estratégia para organizar o conjunto de ações nas áreas periféricas das cidades e áreas urbanas, adequando-se às suas peculiaridades.

Outros aspectos relacionados com o conceito de assistência primária, tais como a utilização da tecnologia apropriada de baixo custo, acessível àquela população, a participação da população, constituem preocupação para o pessoal do Projeto. Pode-se mencionar, a título de exemplo, a confecção e utilização de dispositivo intra-uterino (DIU) ou utilização de meio simplificado de cauterização.

A participação comunitária é muitas vezes conceituada de forma abstrata, trazendo imprecisões, tais como: substrato educativo, modificações de atitudes e comportamentos, criação de possibilidades de desenvolvimento de práticas ou autocuidado, representação dos "consumidores" nos níveis decisórios, etc. Além de vários sentidos e significados a ela atribuídos, é comum a participação comunitária ser interpretada como uma colaboração ou como a utilização da comunidade para atingir os objetivos estabelecidos pelas instituições. Como afirma TENTORI⁹¹, a participação da comunidade não deve ser encarada como sendo a canalização deliberada das ações dos indivíduos, grupos, instituições comunitárias para a expansão e fortalecimento dos serviços de saúde. Pelo contrário, a comunidade deve ser orientada até o seu desenvolvimento integral, no qual o programa de saúde é um componente ou elemento de apoio para outras atividades extra-setoriais. A participação comunitária num

serviço de saúde constitui a "ponta de lança" para o desenvolvimento global da comunidade.

O aspecto da participação popular no Projeto iniciou-se quando a AHC surgiu por iniciativa da própria comunidade. Ao pretender a expansão da rede com implantação das unidades periféricas e ao efetuar um estudo dos núcleos populacionais de Cotia, a AHC contou com a participação das professoras de escolas de 1º Grau e lideranças locais de alguns bairros. Este estudo "também procurou detectar o grau de organização desses bairros e núcleos no sentido de manter ou participar da organização de uma assistência primária". Na discussão dos problemas com a população foi levantada "a dificuldade de agrupar a população em seus bairros para que ela tomasse consciência desses problemas" e "a necessidade de criar um movimento comunitário, que não só abordasse aspectos de saúde, mas que pudesse começar por eles, foi um consenso". Foi discutida "a formação - através das escolas e dos próprios moradores - de centros comunitários ou Sociedades Amigos de Bairros, que pudessem criar a nível local, um mínimo de organização ...".

A equipe do Projeto realizou cursos na região da ASSA, na região central, participou na organização da Semana da Criança em comemoração ao Ano Internacional da Criança e na criação da Sociedade Amigos de Bairro, no setor 4, Bairro de Tijuco Preto, que participa hoje da manutenção e administração do PAS.

Apesar do objetivo inicial buscar a participação popular para extensão das ações de saúde, com a promoção de cursos sobre saúde e discussões, a equipe do Projeto parece ter

conseguido não somente a compreensão dos problemas de saúde como também a necessidade de enfrentar coletivamente alguns problemas (como a criação do Posto em Tijuco Preto) e encaminhar as suas reivindicações como a solução do problema de saneamento básico.

Conforme BOHADANA⁸, as discussões e os cursos podem servir como instrumento para a formação de grupos especificamente relacionados com a assistência à saúde, como também para fomentar ações reivindicatórias em questões mais gerais.

No sistema operado pela AHC, o hospital desempenha um papel relevante, confirmando a explícita indicação de que a assistência primária é o primeiro nível, pressupondo outros níveis (secundário, terciário) que requerem reformas no sentido de integrar um sistema organizado de saúde.

O hospital local desempenhando função de promoção e apoio à prestação de assistência primária, transforma-se em uma unidade de recurso do serviço de saúde pública, com uma área de atuação e influência bem definida, abandonando a sua autosuficiência e isolamento. Assume novas funções, atividades e serviços hospitalares, revendo inclusive os métodos, técnicas, equipamentos e medicamentos^{8 5}.

No hospital local, a assistência adquire seu primeiro grau de complexidade. É a unidade assistencial que exige maior flexibilidade de estrutura e organização, porque sua função está condicionada às necessidades de sua região de influência e ao tipo e grau de desenvolvimento da região correspondente^{7 0}.

O hospital da UI do Projeto, integrado aos demais serviços existentes, em função do atendimento das referências das unidades de saúde e assistência à população da área, desempenha o papel de articulador do sistema, influenciando no fluxo dos pacientes nos dois sentidos e proporcionando a autosuficiência necessária àquela área.

A mudança do "comportamento" do hospital ocorre em decorrência de sua total integração no sistema com direção única; a utilização máxima de sua capacidade indica a importância dessa unidade no conjunto dos serviços.

Na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, uma das funções administrativas fundamentais é a coordenação. Deve existir uma organização que coordene a totalidade ou uma parte da oferta que permita criar condições para cobrir a demanda com assistência de qualidade a custos localmente acessíveis.

A coordenação única da funcionalidade dos diferentes níveis do sistema, garantindo uma hierarquia de ações, requer contatos bilaterais ou multilaterais com instituições de saúde, tanto da área local como de outras áreas, como ocorre no caso do Projeto, onde o nível terciário não faz parte do sistema. Isso implica em coordenar diferentes níveis de complexidade para resolução dos problemas ou referência no tempo útil de que dispõe para fazê-lo, assegurando o acesso da população a todas as atividades e recursos.

Uma vez que a melhoria da situação de saúde não depende somente da oferta de serviços de saúde, mas da contribuição de todos os outros setores sociais, a coordenação intra

-setorial terá que ser complementada por uma ação intersectorial, considerando os interesses de outros importantes setores, tais como a educação, o saneamento básico, o trabalho, e outros. A assistência aos escolares, por exemplo, torna-se viável e bem sucedida por meio de ações coordenadas com o setor de educação.

Assegurar a fonte de financiamento para o Projeto exige coordenação multissetorial, principalmente, com a Previdência Social, SES e Prefeitura Municipal. O Projeto, pela sua característica - de IDA -, necessita de coordenação com as escolas da área de saúde.

Em decorrência de integração de recursos humanos contratados por várias entidades - Estado, Prefeitura, ASSA e AHC -, os funcionários regidos pela CLT e os de regime estatutário ou temporário, percebem salários desiguais, cumprem jornadas de trabalho diferentes - 40, 44 e 48 horas semanais -, e algumas regalias que beneficiam os funcionários estaduais, geram insatisfação; estes fatos criam problemas para a coordenação. A equiparação salarial concedida aos médicos não foi estendida ao pessoal auxiliar, até o momento.

Para avaliar os efeitos causados pela ação dos serviços na área, pode-se recorrer aos indicadores de saúde, apesar da sua relatividade, pois os fatores que influenciam o estado da saúde estão mais relacionados aos determinantes econômico-sociais e ambientais do que à eficiência dos serviços de saúde.

Para medir o objetivo global que é o de se atin-

gir um grau aceitável da saúde, ALVIM⁵ relaciona alguns indicadores, como os de sobrevivência (indicadores básicos), os de estado de saúde; e indicadores sociais para a qualidade da vida.

Os indicadores de nível técnico-administrativo que medem a assistência prestada, permitem avaliar as metas dos programas formulados e a estrutura sanitária disponível⁵. No entanto, para se avaliar não somente a quantidade mas também a qualidade da assistência prestada, ter-se-ia que realizar uma pesquisa junto à população, para verificar o grau de satisfação das suas necessidades e expectativas em relação aos serviços e se o modelo de organização é melhor, avaliando-se o grau de resolutividade dos diferentes níveis.

Outro aspecto a ser medido refere-se ao dispêndio, uma vez que a racionalidade introduzida visa reduzir os custos operacionais do sistema.

No Projeto Cotia, objetivamente são medidos os aspectos quantitativos das atividades realizadas, tais como: cobertura, número de atendimento por período, concentração, total de doses de vacinas aplicadas, número de altas, número de partos realizados, etc., recorrendo-se a registros e boletins de produção disponíveis.

Pelos registros e informações existentes é possível realizar estas avaliações básicas que permitam orientar o planejamento e a programação.

Os dados de cobertura mais facilmente calculadas referem-se aos relacionados com a assistência materno-infantil. A assistência prestada é dominada pela problemática materno-infantil. A consideração feita pelo pessoal do serviço prende-se

ao horário de atendimento; favorece o atendimento de mulheres, crianças e idosos, dificulta-se a sua extensão aos adultos em idade produtiva. Estes, provavelmente recorrem ao serviço médico da empresa, com exceção do PA.

Alguns dados de cobertura registrados pelo serviço, disponíveis em 1983, mostram o seguinte:

- Assistência para menores de 1 ano 99%
- Assistência à gestante 80%
- Doses completadas de vacinas para população de
até 1 ano 103%

Segundo observações do pessoal do serviço "os cuidados preventivos em crianças são melhor aceitos além de as mães estarem mais sujeitas a infecções" e também "o cálculo da população de gestantes baseado na taxa de natalidade de 3,0% terá que ser revisto, uma vez que estudos realizados mostram quedas acentuadas nas taxas de fertilidade e conseqüentemente de natalidade, no período de 1982 a 1984". Com respeito a cobertura vacinal, os dados podem indicar que a população foi subestimada ou então que as pessoas de outras áreas tenham procurado os serviços. Um fato notado nos dados de 1983 é que apenas 54% das gestantes inscritas no pré-natal internaram-se para o parto no hospital da UI. Segundo informação, muitas gestantes procuram a maternidade de São Roque, onde a laqueadura é feita sem nenhum critério.

Quanto ao rendimento instrumental, deve-se considerar que os serviços são utilizados para o ensino. O incremento das atividades de ensino pode acarretar diminuição de rendimento por consultório. O mesmo pode ser dito em relação às atividades de enfermagem.

A demanda é mais acentuada no PA. Segundo os técnicos é "devido ao imediatismo dos problemas apresentados (caráter agudo da doença) e por se tratar de maior porta de entrada de todo o sistema". Para ilustrar, segundo dados de 1983, do total de 97.763 consultas médicas realizadas, 46.351 foram para adultos, no PA. Somando-se o número de consultas de crianças entre 2 e 14 anos, estas ultrapassam de longe a metade das consultas médicas realizadas. Em todas as unidades, a demanda no PA ultrapassa o total das demandas de consultas médicas de rotina e eventuais. Estes fatos indicam que os adultos procuram os serviços para tratamento de doenças e, no caso de Cotia, por se tratar de CSE integrado ao hospital, onde a capacidade resolutive é maior, a própria população reforça a procura. Mas nem toda a demanda do PA pode ser caracterizado como de urgência. Existem índices elaborados para se estimar a urgência dos casos que se apresentam nos serviços ou para classificar os usuários de tais serviços segundo o tipo de relação que mantêm com o serviço⁸⁴. As referências são atendidas no PA; o aumento da cobertura na região reflete-se também no número no pacientes encaminhados para internação ou complementação diagnóstica.

Para a descentralização das atividades, parece essencial a aceitação e a cooperação da população no sentido de aprender a demandar os serviços de nível local⁶.

Segundo o conceito de instensidade de uso, uma vez que uma pessoa utiliza um dado serviço, é provável que recorra novamente ao mesmo; mas, segundo o índice de utilização, não se espera que, num serviço que atenda casos de urgência especializados ou complicados, se repitam muitas visitas dos mesmos pacientes⁸⁴. A extensão do serviço pode-se limitar pelo uso repetido

dos mesmos pelos mesmos pacientes. A intensidade limita a extensão; assim a relação cobertura e concentração deve ser avaliada para se evitar uma imagem distorcida da cobertura.

Os níveis de assistência têm sido estabelecidos com base em estudos realizados em outros países e algumas experiências nacionais, sobre o grau de resolutividade apresentado por um profissional de saúde, um serviço de saúde, ou um nível de assistência, para atender à necessidade da demanda. Assim, a capacidade resolutiva é mais uma idéia global e não um parâmetro fixo que possa ser tomado como referência.

Um estudo realizado num Centro de Saúde do Projeto, em 1981, na área de Saúde da Criança, caracteriza o tipo e a porcentagem de problemas apresentados pela demanda (225 crianças - 100%): resfriado comum (24,0%), diarreia (18,2%), problema de pele (16,0%), verminose (13,4%), controle de peso (6,7%), vômitos (6,2%), estados febris (3,6%), conjuntivite (3,1%), problema alimentar (3,1%), cólicas de lactentes (2,2%), obstipação intestinal (2,2%) e dores de ouvido (1,3%).

Dos 2.231 atendimentos de enfermagem realizados pela visitadora, apenas 161 (7,2%) foram encaminhados a outra unidade.

Segundo os técnicos do Projeto, a referência para o nível terciário tem sido em torno de 3% do total da demanda, confirmado pelos dados estatísticos. A análise de problemas mais frequentemente apresentados evidencia a não exigência de tecnologia sofisticada ou de conhecimentos especializados, quer para diagnóstico, quer para o manejo destas condições.

No Projeto, é importante o processo de avaliação

pela população que utiliza os serviços como também por toda a equipe. Para esta, a avaliação tem uma função docente.

Informalmente, nas discussões gerais realizadas semestralmente e nas reuniões mensais dos profissionais nas Unidades, são levantados os aspectos que permitem avaliar tanto a qualidade quanto a eficiência e efetividade da assistência prestada. Há evidências de que os serviços estão sendo melhor utilizados e aceitos pelos usuários; no entanto, por falta de dados concretos, torna-se difícil a confirmação de tais observações.

Entretanto, com base na produção de atividades e observação do desenvolvimento das mesmas, pode-se deduzir que houve melhora quanti-qualitativa. Dentro do conceito do modelo como uma "hipótese de trabalho que se modifica de acordo com os seus resultados e cuja validade depende não de uma revelação de verdade, mas pelo fato de funcionar"³⁹; o Projeto Cotia pode ser tomado como um modelo de prestação de serviços que pode ser reproduzido, beneficiando principalmente os setores públicos onde a inércia prevalece, onde o serviço é menos dinâmico e de maior custo que o privado. Constitui também um modelo de IDA cujos mecanismos operacionais irão se esclarecendo e também contribuindo para o estabelecimento das linhas prioritárias das pesquisas operacionais.

O Projeto Cotia é uma experiência de regionalização na área metropolitana, baseado nos conceitos aplicados numa microrregião. Tem uma lógica interna própria, pois proporciona assistência à população necleada, principalmente em pequenos centros urbanos com reduzido número de população dispersa. A extensão do Projeto aumentando a capacidade instalada, ampli

ando a rede primária, recuperando e remodelando as instalações existentes com um aumento de capacidade operativa, não só exige um processo trabalhoso afetado por variáveis intra e extra-sistema como também flexibilidade para êxito final.

6. REPRODUTIVIDADE DO PROJETO COTIA

6.1. Características da reprodutibilidade

A expansão da experiência do Projeto Cotia, no sentido de abranger uma área maior, já era uma idéia concreta em 1981. Não restavam dúvidas quanto à eficiência do Projeto na solução local da assistência à saúde da população mediante os serviços básicos de saúde que englobam os níveis primário e secundário de assistência. A questão era (e ainda permanece) reconhecer se o modelo aplicado no Projeto Cotia poderia ser reproduzido, e de que forma reproduzi-lo. Algumas alternativas são aventadas:

- como repetição da experiência a nível local, isto é, no âmbito de um município ou consórcio de municípios, a exemplo de Cotia e Vargem Grande Paulista;
- por expansão da área do Projeto Cotia, passando, em um primeiro estágio, a um módulo maior; em um segundo estágio, repetindo-se em toda a RMSP; e, em um terceiro estágio, reproduzindo-se em outras regiões metropolitanas.

Enquanto repetição da experiência a nível local, pode-se associá-la às iniciativas do Projeto São Mateus e Distrito Escola de Freguesia do Ó, por exemplo. Destes, apenas o último desenvolve o Projeto IDA. Até certo ponto são iniciativas isoladas que têm interesses comuns e, em consequência, os técnicos trocam idéias de suas experiências, embora de forma assistemática.

Enquanto expansão da área e do modelo do Projeto Cotia, tem-se, de forma implícita ou não reconhecida, uma real ocorrência na RMSP. Esta alternativa é a que se aborda sob o

enfoque de reprodutibilidade do Projeto Cotia. Por comparação entre o modelo Cotia e o modelo do Módulo de Itapecerica da Serra do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que a seguir se descreve, procurar-se-á destacar as condições que propiciarão a sua reprodutibilidade.

Como expansão, atinge a área do DS de Itapecerica da Serra, da DRS1.5 - Osasco, da qual faz parte a partir de 1981. O estudo do Distrito para o estabelecimento como uma área docente - assistencial decorreu, principalmente, da pequena dimensão e expressão do Projeto Cotia para as necessidades docentes-assistencial em perspectiva.

Nesta proposta, o Projeto integra-se numa área que incorpora, além dos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, os de Embu, Embu-Guaçu, Juquitiba, Itapecerica da Serra (sede do DS) e Taboão da Serra. Com uma extensão total de 1.491 km² e 350.000 habitantes, em 1980, a área tem como vias de acesso, a Rodovia Régis Bittencourt (BR-116) e Rodovia Raposo Tavares (BR-270); o Município mais distante, a 60 km da Capital é o de Juquitiba levando-se 40 minutos para atingi-lo, de carro.

6.2. O Projeto IDA de Itapecerica da Serra

O Projeto IDA de Itapecerica da Serra, formalizado através do convênio entre SES/FSP/AHC, em 21/01/85, tem três objetivos principais:

- desenvolver o modelo distrital para a organização dos serviços de saúde da SES;
- desenvolver programas de ensino e pesquisa, tendo como substrato o modelo de serviços propostos pela AHC, FSP e outras

instituições acadêmicas; e

- formação de recursos humanos.

As atribuições dos órgãos conveniados especificam-se da seguinte forma:

SES

- coordenar o IDA com diferentes órgãos da SES;
- assessorar técnica e administrativamente;
- manter e/ou aumentar os recursos humanos, materiais e equipamentos;
- ajudar financeiramente;
- autorizar afastamento de funcionários para cursos, estágios e outras atividades na Faculdade; e
- facilitar recursos para reprodução, publicação e divulgação do material.

FSP

- estabelecer políticas de ensino e pesquisa;
- coordenar a implantação;
- indicar docente para coordenador geral;
- coordenar e executar atividades de ensino e pesquisa;
- indicar docente para coordenar ensino e pesquisa;
- facilitar a participação dos docentes e pessoal técnico-administrativo;
- orientar os cursos; e
- indicar os representantes da Faculdade para o Conselho Diretor.

AHC

- prestar assistência médico-hospitalar;
- colocar à disposição, os profissionais para função de treinamento, ensino e supervisão;

- colocar à disposição, as instalações para cursos e estágios;
e
- colaborar, sob a orientação da Faculdade, na realização de cursos, treinamentos e educação continuada.

A estrutura organizacional vigente pode ser visualizada na Figura 10. A direção cabe à FSP, ouvido o Conselho Diretor composto por 2 representantes da FSP, 1 da SES e 1 da AHC, tendo função deliberativa, com as seguintes atribuições:

- propor política de saúde;
- estabelecer diretrizes gerais;
- dirigir o Projeto;
- designar o Coordenador Geral, Diretor do Centro de Treinamento e Coordenadores;
- indicar profissionais como técnicos e como docentes;
- apreciar planos, programas, projetos e disponibilidades de recursos; e
- apreciar acordos, relatórios e prestação de contas.

O Coordenador Geral tem função executiva com a assessoria do Conselho de Programação. O Sub-Projeto Gerencial do Distrito cabe ao Diretor do DS e está sediado no atual DS. Os Sub-Projetos Docente e de Pesquisa, dirigidos por docentes da FSP estão sediados na FSP e o Sub-Projeto do Centro de Treinamento, dirigido por um profissional pertencente ao Projeto Cotia é sediado em Cotia por razões de ordem técnica, tais como facilidade de alojamento e suporte para atividades didáticas.

Em decorrência de sua função IDA, o Projeto tem como objetivos desenvolver:

- diagnósticos de saúde e dos serviços;

FIGURA 10 - ORGANOGRAMA - PROJETO INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL DE ITAPECERICA DA SERRA

NOTA: F.S.P./USP - Faculdade de Saúde Pública da USP
A.H.C. - Associação Hospital de Cotia
S.E.S. - Secretaria da Saúde
E.E./USP - Escola de Enfermagem da USP

H.U. - Hospital Universitário
E.P.M. - Escola Paulista de Medicina
Sta. Casa - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Fonte: Projeto Integração Docente-Assistencial de Itapequerica da Serra

- programações integradas e normalizadas;
- sistema de referência e contra-referência;
- participação comunitária na definição e no desenvolvimento dos programas;
- educação continuada;
- capacitação, treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da SES e outros;
- mecanismos para propiciar estágios;
- novos modelos e métodos de assistência;
- linhas de investigação em Saúde Pública;
- sistema de vigilância epidemiológica; e
- avaliação dos resultados obtidos pelo programa e seus custos operacionais.

Os Programas IDA já elaborados ou em processo de elaboração são de:

- desenvolvimento de micro-modelos de serviços de assistência: Educação em Saúde, Saúde Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde Oral, Saúde Ocupacional, Nutrição e Suplementação Alimentar e de Enfermagem;
- apoio: sistema de informação, gerenciamento, avaliação tecnológica e formação de recursos humanos; e
- disseminação de micro-modelos: unidade de apoio pedagógico, publicações, cursos, seminários, etc.

No decorrer da implantação do Projeto IDA de Itapecerica da Serra, tem havido esforços de persuasão e arregimentação, num processo permanente de mobilização dos docentes das Faculdades, a fim de se conseguir uma participação mais efetiva na proposta. A estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços, a programação IDA e a autonomia financeira

regional são pré-requisitos para a implantação efetiva do Projeto, servindo também como mecanismos motivadores do pessoal que já está comprometido com a Idéia.

O Projeto IDA de Itapecerica da Serra constitui um modelo sub-regional de direção técnico-administrativa com funções de planejamento, comando, coordenação e controle. Os serviços de saúde existentes na área serão regionalizados e hierarquizados com a participação comunitária. Seus recursos são de origem federal, estadual, municipal e de outras instituições, inclusive filantrópicas. A formação de pessoal será multiprofissional e incorporará a prática de investigação científica às atividades rotineiras dos profissionais de saúde.

O sistema de informação para a tomada de decisão basear-se-á na monitoria e avaliação do modelo de serviço e do programa acadêmico, criando uma unidade de apoio pedagógico e de documentação.

Os recursos humanos, técnicos e financeiros adicionais estão assim preconizados. O Projeto contratará os médicos supervisores e outros, que serão absorvidos pela SES, e o pessoal para aumentar o corpo docente, que será absorvido pela FSP e AHC. O Projeto deverá ser ampliado por meio da construção de 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS)* para 20.000 habitantes, 15 UBS para 10.000 habitantes, 12 PAS para menos de 10.000 habitantes e 3 Hospitais Gerais de 150 leitos. Os serviços de saúde serão hierarquizados, passando dos PAS para as UBS, das

* Prestará assistência médica e desenvolverá programas de saúde coletiva dividindo-se em 2 tipos: para 10.000 habitantes e para 20.000 habitantes.

simples às mais complexas, atingindo os Hospitais Gerais e o Hospital Universitário. Receberá verbas da SES, repassadas através da AHC; do Banco Internacional de Reconstrução de Desenvolvimento (BIRD), por estar incorporado ao PMS; das Prefeituras e da Fundação W. K. Kellogg que suplementará os recursos para compra de equipamentos, material, veículos, contratação de pessoal, isto é, para montagem da infra-estrutura mínima.

As escolas participantes do Projeto terão a responsabilidade de desenvolver, avaliar e disseminar um modelo de serviços dentro dos atuais princípios de regionalização e hierarquização das ações de saúde e extensão da cobertura mediante a prestação de assistência primária e secundária à população da área.

O Projeto Cotia contribuirá na organização dos serviços servindo-se da experiência adquirida e consolidada das práticas e técnicas utilizadas.

No Seminário sobre o IDA promovido pelo Projeto IDA de Itapecerica da Serra, em agosto de 1985, tendo como participantes representantes da FSP/EE/SES/AHC, destacam-se alguns aspectos questionados, que devem ser levados em consideração para sua implantação:

- a preservação da iniciativa política dos municípios na área de saúde;
- a rearticulação da rede de serviços de saúde que está ocorrendo neste momento político;
- a escassez de recursos institucionais; e
- a descontinuidade de direções regionais.

Entre outros aspectos discutidos destacam-se também:

- o IDA como "relações entre iguais", um trabalho conjunto, alterando uma situação negativa onde os serviços de saúde são apresentados como "incapazes" de produzir um saber próprio;
- o IDA como um relacionamento que diminui a distância ensino-prática, reduz seus antagonismos e permite a troca de experiências;
- o IDA como campo de ampliação da função social da pesquisa;
- a resistência dos docentes em compartilharem o saber e o poder, em ceder recursos humanos e financeiros, e em expor-se a crítica externa em termos de pesquisa e ensino;
- a dificuldade do pessoal do campo em desenvolver atividades de docência e pesquisa sem receber as condições de trabalho e "status" correspondentes, e em discutir políticas de serviços com o órgão formador; e "necessitar de um certo 'voluntarismo'", ao exercer a função docente;
- a inadequação da grade curricular e as dificuldades para sua adaptação ao IDA;
- os alunos desenvolvem bem a assistência individual, porém não conseguem ter uma visão do coletivo; e
- conflitos gerados por diversidades salariais.

Outras dificuldades enfrentadas na implantação do Projeto são decorrentes do fato do DS de Itapecerica da Serra estar inserido na estrutura da SES. Em consequência constituíram-se algumas barreiras, a saber:

- dissociação das atividades de coordenação a nível regional;
- horizontalização apenas das ações básicas executadas nas uni

dades sanitárias;

- verticalização e centralização das outras ações; e
- por ser o DS um órgão sub-regional (instância intermediária), sem identidade enquanto estrutura técnico-administrativa e direção, constituindo apenas um nível burocrático.

A viabilidade do Projeto está em parte, condicionada pela superação desses problemas, mediante a formulação de estratégias que levem em consideração uma nova dimensão de trabalho mult institucional destacando-se o envolvimento do PMS e das Faculdades.

6.3. O Projeto IDA de Itapequerica da Serra e o PMS

A concepção do PMS data de 1980 e teve como finalidade expandir a rede de serviços básicos de saúde à RMSP. A sua implantação dependia de financiamento externo. A negociação com o BIRD iniciada em 1980, foi concluída somente em 1984, com vigência de 4 anos (1989), devido a uma série de barreiras, principalmente de ordem burocrática.

O PMS, conforme o Decreto nº 23.195 de 02/01/85¹⁷, surge como uma proposta da Comissão Especial de Programa Metropolitano, criada em 29/12/83, com o objetivo de suprir as deficiências operacionais dos DRS da Grande São Paulo. Ainda, de acordo com o Decreto¹⁷, 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 o Convênio nº 7/83, entre MPAS/MS/Governo do Estado, para implantação de AIS, no Estado de São Paulo e de acordo com o Documento BIRD - Relatório nº 4.447A-BR, relativo ao PMS;
- 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 por base os seguintes critérios⁸²:

- gerência única;
- estruturação de sistema de informação (gerencial, operacional e custos) e de outros apoios;
- produção de assistência integral à saúde;
- avaliação dos 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 10/01/86¹⁸, retifica o de nº 23.195¹⁷, de 02/01/85, no que diz respeito ao Módulo de Cotia, que é incorporado e substituído pelo Módulo de Itapequerica da Serra.

^{*} Composta pelo Secretário da Saúde, Técnico da SES, Superintendente do INAMPS, Delegado Federal do MS; tem como função o planejamento e a gerência do sistema de saúde a nível de Unidade Federada.

O Coordenador do PMS é membro do Conselho Técnico-Administrativo da SES e as diretorias das UBS são específicas de médico sanitário¹⁷.

A programação da implantação dos Módulos de Saúde ocorrerá conforme disponibilidades orçamentárias e financeiras e de acordo com critérios de prioridade estabelecidos baseados no diagnóstico efetuado. O Módulo de Itapeverica da Serra, com o Projeto Cotia, constitui uma exceção uma vez que foi considerado prioritário com a função de servir como modelo. Os técnicos do BIRD, por indicação da SES, quando visitaram o Projeto Cotia, deram parecer favorável à apresentação deste como representativo de uma proposta alternativa a ser estendida a outras áreas metropolitanas.

Os CS recebem a denominação de UBS e transferem-se da CSC para CPMS e os ambulatoriais e hospitais de saúde mental, da Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) para CPMS, extinguindo-se o DS.

O modelo gerencial é definido conforme a proposta da CPMS, onde se ressalta o fato dos Módulos constituírem-se em Unidades de Despesa, conferindo agilidade aos procedimentos operacionais. Quanto à questão da instituição que gerencia os Módulos, parece existir consenso de que não haverá homogeneidade; alguns terão a Prefeitura exercendo esta função e outros, o Estado, e outros ainda instituições particulares. Como exemplo pode-se mencionar os Módulos de Itaquera e de Nossa Senhora do Ó que serão gerenciados pela Prefeitura e os de Mauá e Caieiras, pelo Estado.

A disponibilidade de recursos financeiros que os

Módulos possuem poderão dar-lhes autonomia para contratar e demitir funcionários; organizar o seu sistema de treinamento, supervisão e controle técnico. Porém, até o momento, a estrutura administrativa do Estado não foi modificada, centralizando as decisões, tais como as de: contratação de pessoal, compra de material, etc., criando conflitos a nível dos Módulos e burocratizando todos esses processos.

A participação ativa da equipe do Projeto 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; elaboração do modelo de prontuário para a UBS, que se baseou na Ficha Família de Cotia; levantamento de equipamentos, móveis e utensílios para os Hospitais Gerais, etc.

A suplementação de recursos financeiros e seus mecanismos de efetivação estão ocorrendo através de AIS, Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), BIRD e, no Módulo de Itapecerica da Serra, devido ao IDA a ser desenvolvido, participa também a Fundação W. K. Kellogg.

O PMS, ainda em implantação, não esvazia o Projeto IDA de Itapecerica da Serra; pelo contrário vem ao encontro dos ideais prevaletentes, incorporando-os em toda a sua expressão, principalmente em função do componente docente nele desenvolvido - IDA em Cotia e Embu, este último com o envolvimento da Escola Paulista de Medicina.

A função do Projeto IDA de Itapecerica da Serra

no PMS caracteriza-se pela contribuição que dará com o seu componente docente e articula-se com a proposta do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que resultou no convênio firmado entre SES/MS/INAMPS, para a implantação de AIS, na área metropolitana de São Paulo. Esta proposta preconiza como estratégia básica a descentralização dos níveis executivos e decisórios para conferir maior agilidade e flexibilidade aos órgãos de assistência à saúde. O convênio estabelecido entre SES/FSP/AHC, segue as diretrizes de AIS e do PMS.

Em síntese, a reprodutibilidade do Projeto Cotia ocorre nesta primeira etapa, em dois níveis: por extensão, integrando uma área maior, e por generalização, oferecendo elementos que proporcionem subsídios para a organização de outros Módulos.

O IDA de Itapecerica da Serra e o PMS são duas iniciativas para as quais, mesmo que tal não seja reconhecido, o Projeto Cotia serviu de padrão de referência.

Para alcançar os objetivos traçados, a CPMS enfrenta certas dificuldades de ordem geral, intra e interinstitucional. Mencionam-se as seguintes^{8 2}:

- a coexistência dos modelos público e privado que dependem mais das variáveis políticas;
- a integração dos diferentes órgãos públicos e dos problemas existentes no interior das próprias instituições;
- carência de técnicos tanto em quantidade como em qualidade;
- mecanismos de coordenação interna a CPMS, no interior da SES e com Secretaria de Higiene e Saúde do Município (SHS);

- resistência à mudança;
- diversas concepções prevalecentes, no âmbito da SES, que consideram o PMS como: plano de obras, programa experimental com recursos extra SES ("corpo estranho com abundante recurso"), modelo centralizado em hospitais e modelo que propõe somente a assistência médica;
- a carência de habilidades dos técnicos em lidar com instrumentos jurídicos como por exemplo convênios, contratos, etc.; e
- a centralização das decisões administrativas pelo Estado e a descontinuidade das administrações públicas.

6.4. O CPMS e a Secretaria de Estado da Saúde

A Reforma Administrativa da SES (1969) preconizou entre seus princípios: a integração do serviço a nível local; descentralização executiva, mediante regionalização; continuidade administrativa garantida pelo Conselho Estadual de Saúde; criação de carreiras específicas, entre outros.

Conforme estes princípios, a RMSP foi dividida em 5 Departamentos e estes em DS que correspondem a Distritos e Subdistritos de Paz dos Municípios.

No entanto, a regionalização aplicada na Grande São Paulo executou a divisão formal das áreas e a descentralização executiva mas não ocorreu a função decorrente da transferência à administração desses níveis, a faculdade e com ela programas e recursos assim como autonomia política. Isto provocou o esvaziamento da função efetiva dos DRS e DS que se tornaram numa instância burocrática com reduzida atuação.

A integração do serviço a nível local teve muitas entraves e quanto a criação de carreiras específicas efetivou-se apenas a de médico sanitaria.

As dificuldades enfrentadas pela SES em termos de organização relacionavam-se com²⁹:

- a descoordenação das instituições (federal, estadual e municipal);
- a organização que não permitia atender e coordenar as diversas instituições;
- a não integração das Coordenadorias a nível central;
- a incapacidade gerencial, em termos de supervisão, treinamento e controle das ações integrais e integradas de saúde; e
- a incapacidade de prover o mínimo de infra-estrutura de serviços públicos para atender toda a população.

A Lei nº 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁵⁴, promulgada em 1975 pelo governo federal, delegou às Secretarias Estaduais as funções de coordenação e integração por meio de planejamento regional integrado de saúde.

Para a regulamentação desta disposição foram criados instrumentos legais, a nível estadual, tais como³⁰:

- a LEI nº 8.594, de 15/08/77, que estabeleceu uma Comissão para estudar a interrelação técnica e o planejamento integrado entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a SES;
- o Decreto nº 14.032 de 27/09/79 que criou a Comissão Permanente de Trabalho para instituir o Planejamento Integrado de Saúde do Estado composto por representantes do SES/MS/INAMPS; e
- o Decreto nº 14.533, de 23/12/79, que criou o Conselho de Orientação do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) integrado pelos representantes da SES/INAMPS/MS.

Dois organismos federais de política setorial foram implantados³⁰:

- Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), instrumento político, composto pelos Ministérios da área social; e
- FAS, instrumento para captar recursos financeiros, geridos pela Caixa Econômica Federal, provenientes da Loteria Federal e Esportiva.

A situação crítica de saúde da região metropolitana levou os técnicos da SES a elaborarem, em 1981, o Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, como plano global de assistência à saúde, baseando-se na metodologia utilizada no projeto-piloto de São Mateus e outros. A concepção de que o DS deve ser a unidade básica no planejamento surgiu desta experiência; o DS seria o núcleo mínimo organizado e hierarquizado³⁰.

O Projeto acima mencionado seria financiado pelo INAMPS, mediante um Convênio Global, com recursos transferidos para o FUNDES, para atendimento de nível secundário e terciário³⁰. Aprovado pelo CDS, foi encaminhado ao BIRD, a fim de obter financiamento e assim originou-se a CPMS.

A integração da SES com o INAMPS embora de maneira restrita começou com o Centro de Integração de Atividades Médicas (CIAM), proporcionando atendimento aos previdenciários em recursos físicos do Estado.

O CONASP que teve como função propor soluções para o setor de despesas compressíveis da Previdência Social, quanto à assistência médica, elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social⁵². Este

foi aprovado pela Portaria MPAS nº 3.062, em 23/08/83, e teve como Programa executivo a AIS⁴⁶.

O convênio INAMPS/SES/Município para a implantação da AIS passou a ocorrer a partir de 1983, sendo consolidado em 1985, para toda a RMSP. O Plano Trienal de Ações Integradas de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo (1985 - 1988) explicita as ações a serem desenvolvidas em São Paulo.

Algumas críticas são dirigidas a AIS, tais como^{*}: o percentual irrisório destinado ao Programa em relação ao orçamento global do INAMPS; as prioridades e restrições impostas pelos seus interesses; processo burocrático complexo; programa de atendimento da demanda espontânea de assistência médica não levando em consideração o impacto epidemiológico-social das ações; e a programação vertical devido à sua forma de organização.

Porém a AIS trouxe alguns avanços, a saber:

- melhora no mecanismo de processo de co-gestão;
- universalização do atendimento, ainda que restrita ao nível ambulatorial;
- expansão da rede pública e sua modernização;
- incorporação da rede própria do INAMPS ao sistema público de assistência;
- impacto positivo na produção e produtividade dos serviços; etc.

Como afirma MENDES⁴⁷, o locus normalizador pas-

* Ministério da Saúde - "O Ministério da Saúde e as 'Ações Integradas de Saúde'", agosto de 1985. (documento interno).

sou do MS para o da Previdência e Assistência Social, ou seja, "do lugar de direito para o lugar de fato". Considerando a implantação da AIS em Minas Gerais, ele reconhece a adesão dos responsáveis regionais pelas instituições públicas e finaliza "que o momento é para uma adesão efetiva à integração dos serviços, que significa a ocupação de um espaço maior pelo setor público no sentido de caminhar para o sistema unificado de saúde. A rejeição pelos prefeitos da proposta de municipalização dos serviços de saúde, antes que uma reforma tributária recomponha a autonomia decisória do nível local"⁴⁸ ou a "relutância dos hospitais privados em se relacionar com o setor público"^{81 98}, são aspectos que dependem da firme decisão política e da transformação desta decisão em ações concretas de integração. A unificação dos serviços é amplamente debatida e as propostas são apresentadas no sentido de constituir um Sistema Único de Saúde^{92 93}.

A AIS pode fornecer os mecanismos mínimos para a articulação interinstitucional e os convênios garantem o aporte de recursos para o setor público estadual e municipal.

A CPMS, a partir da implantação do modelo, pretende desencadear o processo de reestruturação administrativa da SES, da SHS, com a integração dos CS (SES) e dos PAS e hospitais (SHS). O estudo da "modulação da RMSP" em execução pela Empresa de Planejamento da Grande São Paulo S.A. (EMPLASA), o da "reorganização institucional" em elaboração pela FUNDAP, assim como o Programa de Pesquisas do PMS, gerenciado pelo Instituto da Saúde, visam provocar mudança institucional e estender essa experiência a outras áreas⁸¹.

Outro aspecto objetivado é o de servir de modelo

também para AIS, uma vez que, tendo o CIS como coordenador, po de trazer como consequência a reordenação dos órgãos envolvi - dos e mudanças de concepções nesses órgãos⁸¹.

Vários grupos e comissões, no interior da SES es tão discutindo e encaminhando propostas de mudanças, tais como a concepção dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) substi - tuindo os atuais DRS e DS, abrigando competências que hoje são das Coordenadorias e seguem as diretrizes da CIS.

Até o momento existem controvérsias quanto à ex - tensão geográfica, número dos ERSAs e quanto à incorporação, pa ralelismo ou superposição com o CPMS.

6.5. Condições de reprodutibilidade

Ao se comparar as duas situações - modelo do Pro jeto Cotia com o modelo do Módulo do PMS - no que diz respeito à expansão do Projeto Cotia para o IDA de Itapequerica da Serra, observa-se que:

- mantêm-se a proporcionalidade dos propósitos e objetivos, prin cipalmente pela incorporação do componente IDA;
- repetem-se os princípios da regionalização sendo que se as - sociam os setores do Projeto Cotia aos dos Distritos de Paz dos respectivos municípios integrantes do IDA;
- a hierarquização dos serviços no IDA está estruturada na di - visão de funções e responsabilidades (referência e contra-re - ferência) dos PAS, UBS, Hospitais Gerais e Hospital Universi - tário;
- recursos humanos - da mesma forma que no Projeto Cotia, os a gentes estaduais e municipais contribuem com o pessoal que

se aloca na SES como órgão gestor do IDA (equivalente a AHC);

- recursos técnicos - embora mantida a mesma proporcionalidade, no IDA pretende-se que os recursos técnicos (rede física, equipamento, material, etc.), apresentem-se de forma superior, em quantidade quanto em tecnologia;
- recursos econômicos-financeiros: depreende-se das intenções e convênios firmados que há indicação de uma superioridade destes recursos, não somente devido a maior dimensão do IDA, como também pelo retorno da Fundação W. K. Kellogg e por se constituir num Módulo do PMS, o qual, além das dotações estaduais, também deverá repassar recursos financiados pelo BIRD;
- recursos institucionais - registra-se a presença das mesmas instituições e agentes em ambos os Projetos (Estado, Município, AHC e entidades de ensino), inclusive a União (de forma virtual) através do INAMPS.

Em que pese essa aparente proporcionalidade de recursos, a diferença fundamental reside na forma como se organizam e se gerem os programas e, conseqüentemente, como se sistematizam os respectivos modelos.

No Projeto Cotia, as instituições alocam seus recursos e colocam-nos sob a gestão da instituição menor - a AHC. Tanto a União, quanto o Estado e os Municípios (e mesmo as empresas) se afastam, delegando à AHC autonomia tutelada para exercer em sua plenitude as funções de assistência à saúde da população em geral e do trabalhador (INAMPS). Com isto, desaparecem os conflitos de interesses na área de atuação da AHC, subsistindo apenas as interfaces de caráter político-institucional.

No Projeto IDA, a gestão fica a cargo da SES, através do PMS, administração esta que poderá ter as distorções, deficiências e implicações típicas da administração pública, in

clusive o risco de superdimensionamento e distribuição inadequada de pessoal, instalações e material, com conseqüente queda de produtividade, ociosidade da capacidade instalada e desperdício do material.

A análise feita por HERNANDEZ FILHO²⁴ sobre a problemática que envolve as organizações públicas aos níveis individual, organizacional e social, de uma Secretaria de Estado do Setor Social, repete e reforça as análises e propostas do Professor Paulo Roberto Motta, quais sejam:

- a nível individual, a instabilidade na ocupação de cargos de chefia e direção, a falta de conhecimentos para funções gerenciais geram dificuldades para tomar decisões, bem como para assumir atitudes inovadoras;
- a nível organizacional, por inexistência de uma estrutura de referência para a tomada de decisões, as pessoas não dispõem de informações e conhecimentos que lhes permitam se posicionar na organização, definir em que sentido devem agir e que decisões tomar, sem com isso provocar reações negativas ou se exporem individualmente; por outro lado, inexistem orientações a serem seguidas e objetivos políticos a serem atingidos; e,
- sob o prisma social, deve-se considerar a influência que as sociedades em transição sofrem das sociedades tradicionais e modernas.

Os dois primeiros itens provocam a administração por rotina e crise: desenvolvem-se apenas os procedimentos rotineiros e, perante um problema emergente, adotam-se soluções casuísticas. Assim, não se maximiza a utilização dos recursos organizacionais; a organização deixa de se desenvolver ou modernizar e de se adaptar a novas condições ambientais²⁴.

A montagem dessa estrutura de referência envolve

ria o desenvolvimento do sistema de planejamento, a adoção de normas e procedimentos, o estabelecimento claro de atribuições e competências, o treinamento, a determinação da capacidade que cada um deve ter para definir objetivos segundo os níveis: político, estratégico, programático e operacional; e, finalmente, a possibilidade da organização desenvolver ou assimilar valores organizacionais mais modernos e mais próximos dos valores sociais desejáveis²⁴.

Do ponto de vista processual e estrutural, as organizações (aspectos formais) nas sociedades transicionais tendem, até pela importação de tecnologia, a assumir valores mais modernos²⁴.

Entretanto, os aspectos comportamentais continuam orientados por valores pessoais, características das sociedades tradicionais. Continua imperando a confiança pessoal em detrimento da capacidade técnica e os objetivos individuais ou de grupos se sobrepõem aos objetivos organizacionais. Não havendo alterações nos valores que orientam os comportamentos, a dinâmica organizacional muda pouco. As ações desenvolvem-se in dependentemente das mudanças estruturais ou processuais²⁴.

Fica patente, desta maneira, o porque de grande número de reformas administrativas não surtiram todos os efeitos esperados.

Portanto, na reprodução do modelo, há a necessidade de que a gestão permaneça sob a responsabilidade única de um organismo sem predomínio de determinada instituição, isento das injunções políticas, descontinuidades das mudanças de governo e ingerências típicas da administração pública acima transcritas.

A extensão à RMSP, no modelo PMS, também se res-sentirá dos mesmos problemas, ou seja, gestão autônoma de cada Módulo. Nesse sentido, só se dará a reprodutibilidade do Projeto Cotia, mantidas as alocações de recursos, pela criação ou indicação de um órgão gestor com características próprias.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de sua lógica interna, os Programas IDA é pouco contestado mesmo pelos autores que criticam o conteúdo ideológico embutido na sua concepção original.

Nesse sentido, as dificuldades observadas em sua implantação não se explicam por divergências em relação aos seus objetivos e finalidades, mas sim pelas resistências e omissões por parte das escolas e do pessoal dos serviços, no sentido de modificar a situação atual do ensino e da prática da área de saúde.

A integração efetiva implica em mudanças de atitudes e posturas tradicionais e também no estabelecimento de novas relações de poder dentro da situação vigente.

Conseguindo-se essas mudanças, simplifica-se o problema da sua operacionalização.

Um dos perigos decorrentes da defasagem no ritmo das mudanças é o surgimento do sistema dual de ensino: um na Universidade e outro nos Serviços.

Considerar a regionalização e a hierarquização dos serviços como estratégia administrativa para organização racional dos serviços é perfeitamente justificável, uma vez que sua prática já é antiga e consolidada.

Os aspectos que dificultam a sua efetivação estão relacionados com os elementos fundamentais da regionalização, como por exemplo, a descentralização administrativa, a integração, a interdisciplinalidade, etc.

Quanto à descentralização, sua aplicação é difi

cultada pela situação geral, onde ocorre uma concentração de poder político-econômico acentuado do governo, seja a nível federal, seja estadual. O processo de descentralização pode efetivar-se gradativamente e é antes político que técnico. Mesmo quando se reivindica a descentralização no seu sentido estrito, para objetivos gerais como o de melhorar a situação de saúde da população, ocorrem situações que caracterizam a falta de um mecanismo de articulação daquelas instâncias decisórias centralizadas. Por exemplo, obtêm-se os recursos financeiros que não vêm acompanhados de autonomia para o seu uso. Situações semelhantes burocratizam o processo e prejudicam toda a dinâmica da organização.

Em relação à integração não se pode considerar que os mecanismos bem definidos sejam suficientes para a sua efetivação. Certos conflitos intra e interinstitucionais que interferem na integração terão que ser enfrentados com a finalidade de superar alguns impasses que surgirão.

A interdisciplinalidade predominante nas propostas das escolas e dos técnicos dos serviços, muitas vezes, não ocorre na prática. Pela falta que se tem de uma visão total da responsabilidade a cumprir, não se tem critério expresso para promover tal experiência.

Um exemplo é a utilização do administrador profissional na área de administração de saúde, como ocorre no Projeto Cotia, e não um profissional administrador, que sofre a pressão do interesse inerente à sua categoria. Em termos de qualificação ele pode, muitas vezes, não atender às solicitações de manejo difícil para as quais não está suficientemente habilitado.

Há necessidade de uma visão total e final para que cada disciplina seja vista como uma peça que precisa ocupar o seu lugar único, exclusivo, no funcionamento total do serviço³⁶.

Em relação ao Projeto Cotia, acredita-se que não se pode constituir um paradigma baseando-se numa experiência, mas deve-se refletir sobre os vários elementos desenvolvidos na prática que, conforme a observação, é eficiente e eficaz, como contribuição para outras experiências. CASTRO e HELMON, citados por KISIL³³, dizem que existe uma tendência dos teóricos em reconstruir a experiência humana conforme suas crenças e suposições, omitindo-se a compreensão baseada no sentido comum e na experiência dos práticos. A adoção de um paradigma em sentido estrito tem as suas restrições.

Por último, ressalta-se a contribuição da atividade docente na qualidade do serviço, principalmente pelo fato dessa atividade constituir um estímulo necessário para os profissionais no sentido de se atualizarem, aperfeiçoarem-se e esmerarem-se no exercício da sua profissão.

Na reprodutibilidade da experiência, a ausência do aspecto docente pode conduzir a resultados diferentes daqueles observados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABATH, G.M. Medicina geral comunitária no Brasil. Rev. bras. Educ. méd., 8 (3): 166-76, 1984.
02. AGUDELO, S.F. Crisis y salud em América Latina. Cuad. med. soc., (32): 21-32, 1985.
03. ALMEIDA, M.J. de Organização de serviços de saúde a nível local: registro de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Medicina Social do Centro Brasileiro da UERJ].
04. ALMEIDA FILHO, N. de O que é razão na racionalidade do planejamento de saúde? Rev. baiana Saúde públ., 8 (3/4) : 65-76, 1981.
05. ALVIM, E.J.F. Organização, regionalização e avaliação. [Apresentado no Encontro Nacional de Técnicos da Fundação SESP, Rio de Janeiro, 1981].
06. ARBONA, G. & NINECURT, J. Informe preliminar sobre regionalización de los servicios de atención médica integrada en Puerto Rico. Med. adm., 4 (4): 119-23, 1970.
07. BARBOSA, F.S. Explicando integração docente-assistencial no contexto de mudanças da escola médica. Rev. bras. Educ. méd., 9 (2): 105-11, 1985.
08. BOHADANA, E. Experiências de participação popular nas ações de saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1982. p. 107-28.
09. BOLETIM INFORMATIVO. (Conselho Regional de Enfermagem). São Paulo, 9. 1985.

10. BRAVO, A.L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol. Ofic. sanit. panamer., 77 (3): 231-43 , 1974.
11. BREEMER ter STEGE, C.P.C. & JURKOVICH, R. Hospital response to a changing organizational environment: the regionalization of hospital care in the Netherlands. Soc. Sci. Med., 14A (5): 445-52, 1980.
12. BROWN, F.B. Función de los niveles de atención médica. Salud públ. México. 24 (5): 485-87, 1982.
13. CANTILLANO, E.M.C. Analisis critico de la conceptualización predominante sobre la atención medica primaria. Rev. Cent. Amer. Cien. Salud, 6 (17): 79-98, 1980.
14. CHAVES, M.M. Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. [Apresentado no Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro, Programa Nacional de Treinamento de Executivos, 1975 - mimeografado].
15. CHAVES, M.M. Saúde: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
16. COUTINHO, A. Integração docente-assistencial: uma experiência na Universidade Federal de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17º, Poços de Caldas, 1979. Anais. Rio de Janeiro, ABEM., 1981. p.67-83.
17. DECRETO Nº 23195, de 02 de janeiro de 1985: define a organização básica para a implementação do Programa Metropolitano de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado. Sect. 1, São Paulo, 3 jan. 1985.
18. DECRETO Nº 24633, de 10 de janeiro de 1986: altera dispositivos do Decreto nº 23195, de 02 de janeiro de 1985, que define a organização básica para a implementação do Programa Metropolitano de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado. Sect. 1., São Paulo, 11 de janeiro de 1986.

19. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. 2a. ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
20. FALEIROS, J.J. et al. Alguns dados sobre a prática de Medicina geral. Rev. Ass. Méd. R.G.Sul, 26 (1): 38-40, 1982.
21. FERNANDES, A. O ensino e a assistência de enfermagem face aos programas de extensão de cobertura de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30º, Belém, 1978. Anais, Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1978. p.31-6.
22. FURTADO, T. Residência médica e mestrado na área profissional da medicina. Rev. bras. Educ. méd., 9 (2): 5-6, 1985.
23. GONZALES, A.J. Programación regional. In: SONIS, A. et al. Medicina sanitária y administracion de salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1976. v-2, p. 215-30.
24. HERNANDEZ FILHO, A. Consultoria organizacional: Secretaria de Estado do Setor Social. Cad. FUNDAP, 2 (4): 36-42, 1982.
25. HIDALGO, P.P. Marco teórico y conceptual de la atención médica primaria en Cuba. Rev. Sanid. Hig. públ., 54: 959-1008, 1980.
26. INTEGRAÇÃO docente-assistencial: notícias. Rev. bras. Educ. méd., 6 (3): 189-95, 1982.
27. INTEGRACIÓN docente-assistencial en materia de Salud: notícias. Educ. méd. salud, 18 (2): 214-6, 1984.
28. ITO, A.M. et al. Regionalização dos serviços de saúde: manual de organização e funcionamento de três unidades periféricas integradas de saúde no Município de Londrina - Paraná. In: CONFERÊNCIA PANAMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6a., Rio de Janeiro, 1976. Anais. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 327-64.

29. JATENE, A.D. Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p. 49-55.
30. JATENE, A.D. et al. Assistência à saúde na Região Metropolitana de São Paulo - Brasil. Washington, D.C., 1981. [Trabalho apresentado na Reunião Regional OMS/OPAS sobre Desenvolvimento de Serviços de Saúde nas Grandes Cidades da América Latina].
31. JUNQUEIRA, L.A.P. Organizações públicas que atuam no setor saúde em São Paulo. Cad. FUNDAP, 3 (7): 12-24, 1983.
32. KISIL, M. Administración publica en el sector salud para el decenio 1980-1990. I. Fundamento teórico: elección publica y acción social. Bol. Ofic. sanit. panamer., 92 (3): 248-56, 1982.
33. KISIL, M. Administración publica en el sector salud para el decenio 1980-1990. II. Examen comparado de três paradigmas generales. Bol. Ofic. sanit. panamer., 92(4): 328-36, 1982.
34. KISIL, M. Administración publica en el sector salud para el decenio 1980-1990. III. Profesión o disciplina academica. Bol. Ofic. sanit. panamer., 92 (5): 418-27, 1982.
35. KISIL, M. Administración publica en el sector salud para el decenio 1980-1990. IV. Problemas y tendencias en Estados Unidos de America y en America Latina. Bol. Ofic. sanit. panamer., 92 (6): 520-28, 1982.
36. KLEEMAN, H. Universidade reforma para além da interdisciplinaridade. Ciênc. e Cult., 37 (12): 2036-46, 1985.

37. KLEGZKOWSKI, B. & PIBOULEAU, R. Critérios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979. (OPAS - Publ.cient,393).
38. KWITKO, M. Modelos de servicios básicos e sua articulação com os serviços especializados. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p. 101-3.
39. LAFER, C. Hannah Arendt: pensamento, persuasão e poder . Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
40. LAURENTI, R. Proporções, coeficientes e índices mais usados em estatísticas de saúde. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública - USP, s.d. [Mimeografado].
41. LIMA, M. de A. e Notas sobre a questão saúde e a regionalização de atividades. [Apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Brasília, Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, 1979 - mimeografado].
42. MACEDO, C.G. de et al. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Antologia de experiências en servicio y docencia en enfermeira en América Latina. Washington, D.C., OPAS, 1980. p. 141-53. (OPAS - Publ.cient., 393).
43. MACEDO, C.G. de. A Universidade e "Saúde para todos no ano 2000". Rev. bras. Educ. méd., 8 (3): 177-81, 1984.
44. MARQUES, A.N. A atenção primária à saúde e sua prática. J. Pediat., 56 (6): 415-24, 1984.
45. MASSIEU, J.F.R. La descentralización de los servicios de salud. Salud publ. Mexico, 26 (1): 7-16, 1984.

46. MENDES, E.V. Integração de serviços de saúde no Brasil .
[Apresentado no Seminário realizado na Reunião de Instituições Formadoras e Utilizadoras de Profissionais em Administração e Planejamento de Saúde. OPAS, Brasília , 1983 - mimeografado].
47. MENDES, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG., 1984.
48. MENDES, E.V. As ações integradas de saúde em Minas Gerais.
[Belo Horizonte, Secretaria da Saúde], 1985 [mimeografado].
49. MERCER, H. Integración de servicios de salud, México, 1981-1983. Cuad. med. soc., (31): 33-41, 1985.
50. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 07/81. Diário Oficial da União, Brasília, 17 jun. 1981.
51. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Programa de integração docente-assistencial - IDA. Brasília. MEC/Secretaria de Ensino Superior, 1981. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, nº 03).
52. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília, Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, 1982.
53. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CIPLAN nº 3. 25.03.81 . Normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas. Brasília, 1981, (mimeografado).
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2a. ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. (Série A: Normas e manuais técnicos, nº 3).

55. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terminologia básica em saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1983. (Série B - Textos Básicos de Saúde, 4).
56. MONTEIRO, A. Problemas organizacionais dos centros de saúde. Saúde Brasil, 1 (2): 103-7, 1983.
57. MUSGROVE, P. La equidad del sistema de servicios de salud: conceptos, indicadores e interpretación. Bol. Ofic.sanit. panamer., 95 (6): 525-46, 1983.
58. NASCIMENTO, E.S. & CHOMPÊ, R.R. A integração docente - assistencial e o ensino de enfermagem. [Trabalho apresentado na 36a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, São Paulo, 1984 - mimeografado]
59. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Organización de las Administraciones Locales e Intermedias de Sanidad, Ginebra, 1971. Informe. Ginebra, 1972. (Serv. Inf. técn., 499).
60. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales. Ginebra, 1981.
61. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Glosario de términos empleados en la série "Salud para Todos". Ginebra, 1984.
62. PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. Saúde Deb., (1): 9-12, 1976.
63. PAIM, J.S. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. Saúde Deb., (11): 56-9, 1981.
64. PAIM, J.S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. Rev. bras. Educ. méd., 9 (2): 88-94, 1985.

65. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Study group on the coordination of medical care services of ministries of health, social security institutes, and universities. Washington, D.C., 1970, (OPAS- Scient. publ., 201).
66. PARADISO, J.C. El consultorio externo como unidad docente-assistencial de atención primaria. Medicina, Buenos Aires, 43: 222-26, 1983.
67. PASSOS, L.S. Contribuição ao desenvolvimento do sistema de regionalização em serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Serviço de Supervisão e Avaliação, 1982. [mimeografado].
68. PINTO, V.G. Serviços básicos de saúde: a experiência do PIASS. Saúde Brasil, 1 (2): 74-80, 1983.
69. POLÍTICA de atendimento sanitário em áreas metropolitanas. In: SEMINÁRIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS BRASILEIRAS. São Paulo, 1976. Anais. São Paulo, Ministério da Saúde, 1976. p. 283-92.
70. PRADA, A.H. El hospital básico y su función en los programas de extensión de la cobertura de los servicios de salud. Bol. Ofic. sanit. panamer., 88 (2): 137-45, 1980.
71. RECURSOS HUMANOS para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde; Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Previdência e Assistência Social, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.
72. RELATÓRIO dos grupos de debate. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 7a., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. p. 155-193.

73. ROBAYO, J.C. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol. Ofic. sanit. panamer., 82 (6): 478-91, 1977.
74. ROBAYO, J.C. Enfoques estratégicos regionales para la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Bol. Ofic. sanit. panamer., 90 (3): 245-57, 1981.
75. RODRIGUES NETO, E. Integração docente-assistencial em saúde. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
76. ROSA, A.R. Internato: atualidades e perspectivas. Rev. bras. Educ. méd., 9 (1): 30-6, 1985.
77. ROSAS, E.J. A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS, análise de uma experiência. Brasília, 1981. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz].
78. ROSS, A. & SECORD, M. Ambulatory care opportunities: linking the private and public sectors. J. Ambul. Carl. Manag., 3 (3): 21-32, 1980.
79. SALGADO, J.A. A integração docente-assistencial tem de realizar o que prega: fazer antes e teorizar depois, é a experiência de Minas. Inf. PAPPS, Brasília, 3 (1): 4 - 6, 1985.
80. SANTOS, N.R. dos Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Rev. bras. Educ. méd., 5 (1): 45-52, 1981.
81. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde. Programa Metropolitano de Saúde. São Paulo. s.d. [mimeografado].

82. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde. Relatório de atividades do Grupo de Desenvolvimento Institucional - julho/84 a dez./85 . São Paulo, 1986. [mimeografado].

83. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Sistema integrado de prestação de serviços de saúde do norte de Minas. [Relatório da 1a. Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, Belo Horizonte, 1976].

84. SELWYN, B.J. et al. Serviços de atención medica ambulatoria: se usan en la forma apropiada ¿ Grupo de Trabajo del PRIDES sobre atención medica ambulatoria. Bol. Ofic. sanit. panamer., 10 (5): 388-409, 1981.

85. SILVA, J.M.C. O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. Vida Hosp., 17 (4): 168-74, 1983.

86. SIMEANT, S. Estudio de la capacidad resolutive de la demanda em atención de morbilidad a nivel primario (area urbana). Cuad. med. soc., 24 (4): 156-169, 1983.

87. SOBERON, G. El processo de integración de los servicios de salud. Salud. publ. Mexico, 25 (1): 11-20, 1983.

88. SOUSA, E.G. de Residencia medica en el Brasil: situación actual y perspectivas. Educ. méd. salud, 19 (3): 341-44, 1985.

89. SOUZA, J.A.H. de O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980 . p. 77-99.

90. STRALEN, C.J. van A capitalização do campo e as políticas de saúde: o caso do norte de Minas, Belo Horizonte, Fundação do Desenvolvimento da Pesquisa/Centro Regional de Saúde de Montes Claros, 1980.

91. TENTORI, F.V. Extensión de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos. Bol. Ofic. sanit. panamer., 82: 387-95, 1977.
92. UNIFICAÇÃO em debate. RADIS: Súmula, 2 (12): 1-2, jun.1985.
93. UNIFICAR serviços é nosso objetivo. RADIS: Súmula. 1 (6): 1, abr. 1983.
94. VERONELLI, J.C. Los proyectos de transformación de los sistemas nacionales de servicios de salud en America Latina. Salud publ. Mexico, 27 (2): 97-115, 1985.
95. VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. Educ. méd. salud, 18 (1): 9-33, 1984.
96. VIEIRA, C. A relevância da atenção primaria à saúde para o caso brasileiro. Saúde Brasil, 1 (2): 108-115, 1983.
97. WHITE, K.L. Atención medica. In: FERRARA, F.A. et al Medicina de la comunidad. 2a. ed. Buenos Aires, Inter-médica, 1976. p. 243-324.
98. WOODWARD, R.S. Atención medica en Brasil durante un periodo de recesión economica. Bol. Ofic. sanit. panamer., 98 (2): 107-16, 1985.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1. Levantamento das características básicas do Projeto Cotia:

- histórico;
- origem do Projeto (objetivos e convênios);
- área de atuação (características geográficas, demográficas, situação de saúde e de serviços existentes);
- organização e recursos; e
- serviços e atividades executados.

2. Estudo da operacionalização do Programa IDA:

- característica do IDA em Cotia;
- levantamento das atividades de treinamento de pessoal auxiliar, estágios, internato e residência médica, educação continuada e pesquisa).

3. Estudo da regionalização no Projeto:

- critérios adotados para regionalização;
- características da regionalização (autosuficiência, acessibilidade, integralidade, descentralização, programação).

4. Estudo da hierarquização dos serviços no Projeto:

- níveis existentes;
- formas de articulação dos serviços hierarquizados (supervisão, referência e contra-referência, avaliação, coordenação).

5. Estudo da reprodutibilidade do Projeto:

- IDA de Itapecerica da Serra;
- inserção do Projeto IDA de Itapecerica da Serra na CPMS e suas dificuldades;
- a articulação da CPMS com a SES e suas dificuldades.

Discriminação	Q u a n t i d a d e							Observações
	Total	Hosp.	CSE	VGP	Caucaia	ASSA	T.Preto	
Corpo Clínico								
. Médico sanitaria	¹ 1	1						1. Diretor Clínico
. Médico geral comunitário	5		1	1	1	1	1	
. Clínico geral	² 5	1	1	3				2. Rodizia pelas unidades de VGP, Caucaia do Alto e ASSA
. Cirurgião	^{2,3} 1	1						3. Dois cirurgiões trabalhando meio período cada um
. Obstetra	² 4	2	1	1				
. Pediatria	² 3	1	1	1				
. Psiquiatria	1		1					
. Anestesista	1	1						
Médicos plantonistas								
. Clínico geral	15	⁴ 5	10					4. Inclui os que atendem no Pronto Atendimento
. Obstetra	6	⁴ 6						
. Anestesista	5	⁴ 5						

continuação

Discriminação	Q u a n t i d a d e							Observações
	Total	Hosp.	CSE	VGP	Caucaia	ASSA	T.Preto	
Médicos residentes								
. Residente 1(R1)	9	4 ⁴	2	1	1	1		
. Residente 2(R2)	9	4 ⁴	2	1	1	1		
. Residente do Hospital Emílio Ribas	2		1	1				
Internos	3	2 ⁴	1					
Enfermagem								
. Enfermeira	7 ^{5, 6}	5	1		1			5. Diretora de Enfermagem(1)
. Auxiliar de Enfermagem	11	7		2		2		6. Docente da FSP/USP(1)
. Visitadora sanitária	2		2					
. Auxiliar visitadora	10		5	2	1	1	1	
. Atendente	65	40	8	13	2	1	1	
Laboratório								
. Bioquímico	1	1						
. Auxiliar de laboratório	1	1						
. Atendente de laboratório	2	2						
Nutrição de dietética								
. Nutricionista	1	1						
. Servical	9	9						

continuação

Discriminação	Q u a n t i d a d e							Observações
	Total	Hosp.	CSE	VGP	Caucaia	ASSA	T.Preto	
Psicologia								
. Psicólogo	⁷ 3		3					7.Rodízio uma vez por semana pelas demais unidades de saúde
Serviço Social								
. Assistente social	⁸ 3	1	1			1		8.Meio período por semana nas demais unidades,exceto ASSA
. Escriturário	2		1			1		
Odontologia								
. Cirurgião dentista	2		1	1				
. Atendente odontológico	1		1					
Fisioterapia								
. Fisioterapeuta	1		1					
Fonoaudiologia								
. Fonoaudióloga	2		2					
Saneamento								
. Inspetor de saneamento	1		1					
. Agente de saneamento	1		1					
Radiologia e Traçados Gráficos								
. Técnico	2	2						

continuação

Discriminação	Q u a n t i d a d e							Observações
	Total	Hosp	CSE	VGP	Caucaia	ASSA	T.Preto	
Administração								
. Diretor administrativo	1	1						
SAME								
. Escriturário	18	13		2	1	2		
. Contínuo	1	1						
Pessoal								
. Chefe administrativo	1			1				
. Escriturário	2	2						
Contabilidade								
. Técnico de contabilidade	1	1						
. Contínuo	1	1						
Tesouraria								
. Escriturário	3	3						
Almoxarifado								
. Escriturário	3	3						
Dispensação de medicamentos								
. Escriturário	3	2	1					
Lavanderia e rouparia								
. Serviço	2	2						

continuação

Discriminação	Q u a n t i d a d e							Observações
	Total	Hosp.	CSE	VGP	Caucaia	ASSA	T.Preto	
Zeladoria e Manutenção								
. Pedreiro	1	1						
. Pintor	1	1						
Transporte								
. Motorista	9	4		5				
Limpeza								
. Servical	14	7		3	2	1	1	
T o t a l	258	144	40	48	10	12	4	

ANEXO 3 - RECURSOS ECONÔMICOS - FONTES E USOS - PROJETO COTIA, 1983 A 1985

Discriminação	1 9 8 3		1 9 8 4		1 9 8 5	
	Cruzeiros	%	Cruzeiros	%	Cruzeiros	%
<u>FONTES</u>	<u>393.094.968</u>	<u>100,0</u>	<u>1.173.895.893</u>	<u>100,0</u>	<u>4.944.765.375</u>	<u>100,0</u>
1. Auxílio Manutenção	<u>18.897.750</u>	<u>4,8</u>	<u>116.378.351</u>	<u>9,9</u>	<u>206.295.726</u>	<u>4,2</u>
CEAS	2.578.110	0,6	52.910.000	4,5	170.000.000	3,4
Donativos	1.973.961	0,5	26.682.000	2,3	7.175.240	0,2
Campanhas	7.031.486	1,8	28.425.031	2,4	28.574.743	0,6
Donativos de Particulares	3.051.558	0,8	-	-	-	-
Contribuições dos Sócios da AHC	4.262.635	1,1	8.361.320	0,7	545.743	0,0
2. Prestação de Serviços	<u>340.873.354</u>	<u>86,7</u>	<u>848.737.827</u>	<u>72,3</u>	<u>4.471.691.831</u>	<u>90,4</u>
INAMPS	172.279.550	43,8	456.942.159	38,9	2.736.810.494	55,3
Secretaria de Estado da Saúde	161.198.799	41,0	380.246.592	32,4	1.566.774.384	31,7
Convênios - Medicina de Grupo	6.342.741	1,6	10.218.808	0,9	165.765.915	3,4
Pacientes Particulares	1.052.264	0,3	1.330.268	0,1	2.341.038	0,0
3. Déficit	<u>33.323.864</u>	<u>8,5</u>	<u>208.779.715</u>	<u>17,8</u>	<u>266.777.818</u>	<u>5,4</u>
<u>USOS</u>	<u>393.094.968</u>	<u>100,0</u>	<u>1.173.895.893</u>	<u>100,0</u>	<u>4.944.765.375</u>	<u>100,0</u>
Salários e Encargos Sociais	277.688.922	70,5	817.614.859	69,7	2.836.940.248	57,4
Material de Consumo	93.724.395	23,9	278.478.711	23,7	1.666.175.715	33,7
Despesas Financeiras	7.300.969	1,9	46.146.171	3,9	261.226.015	5,3
Despesas Administrativas	14.380.682	3,7	31.656.152	2,7	180.423.397	3,6

FONTE: Diretor Administrativo da AHC

ANEXO 4 - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DO PROJETO COTIA, DEZEMBRO DE 1985.

1 - PAS de Tijucu Preto

Características Técnicas	Características Administrativas	Característica do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Instalações iniciais</u> <ul style="list-style-type: none"> . Consultório . Enfermagem . Pátio coberto (espera) . Sanitário. - <u>Instalações atuais</u> <ul style="list-style-type: none"> . Consultório . Enfermagem . Vacinação . Sala de espera . Almojarifado . Sanitários (2) . Garagem - <u>Equipamento padrão</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Construído e mantido pela Sociedade Amigos do Bairro, com o auxílio da Prefeitura e em presa particular local. - Subordinado ao CSII de VGP. - Administração: Sociedade Amigos de Bairro, AHC e Conselho de Saúde de VGP. - Manutenção: contribuição dos moradores e Prefeitura de VGP. - Assistência à saúde - equipe da UI de Cotia. - Suprimento de vacinas, medicamentos e material de consumo: SES através da UI de Cotia. 	<p>Potencial para atender até 2.000 habitantes.</p> <p>Horário de atendimento: 7 às 16 horas.</p> <p><u>Programas assistenciais:</u></p> <p>(Programas da SES)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde da Criança, Gestante e Adulto - Imunização - Suplementação Alimentar <p><u>Pronto Atendimento</u></p> <p>Sistema de referência para CS III de Caucaia do Alto ou UI.</p>	<p><u>AHC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar visitadora (1) <p><u>Prefeitura de V.G.P.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico geral comunitário (1) - Atendente (1) - Servçal (1)

Algumas características das atividades básicas.

- Consulta médica de rotina e eventual: intermitente (3 períodos por semana) a crianças, gestantes, adultos, pacientes de tuberculose e Pronto Atendimento.
- Atendimento de Enfermagem de rotina: a criança (com ênfase a menores de 1 ano), gestantes e adultos.
- Atendimento de Enfermagem eventual: patologias mais comuns (gripes, escabiose, verminose, ferimentos, etc.) com condutas padronizadas e delegadas, em crianças de todas as idades.
- Visitas domiciliárias: a recém-nascidos, puérperas. suspeitos e contatos de doenças transmissíveis, assistência aos pacientes com alta hospitalar, aos pacientes com Papanicolau Grau III,
- Vacinação, suplementação alimentar, curativos, aplicação de medicamentos, inalação e terapia de reidratação oral (TRO).
- Colheita de material para exames laboratoriais e esterilização.
- Preparo, pré e pós-consulta.
- Notificação epidemiológica, referência (quando necessário utiliza-se a ambulância da Prefeitura de VGP).
- Matrícula, triagem, agendamentos, mapas diários e boletins mensais de produção.

 Algumas características das atividades básicas

- Reuniões com a população e nas escolas para discutir problemas de saúde.
 - Programa de Assistência ao Adulto que compreende: Sub-programa de Mulher (problema ginecológico, controle de câncer ginecológico e anticoncepção), doenças crônico-degenerativas (controle de hipertensão arterial, diabete, doença pulmonar obstrutiva crônica e cardiovascular) e controle de doenças sexualmente transmissíveis.
 - Programa de Imunização: aplicação de vacinas de rotina.
 - Visita da assistente social do CSE, a cada 15 dias, para triagem de suplementação alimentar e triagem social para laqueadura tubária ou vasectomia.
-

2 - PAS da ASSA.

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
- <u>Instalações físicas</u> . Consultórios (3) . Pequenas cirurgias . Inalação, curativo, coleta de sangue	- Entidade filantrópica sem finalidades lucrativas - Atividades voltadas para a comunidade mas mantida por verbas públicas.	Potencial para atender até 15.000 habitantes Similar a CS II da SES Horário de atendimento: dias úteis, das 8 às 17 horas.	<u>Próprio</u> Assistente Social(1) Auxiliar de Enfermagem(2) Auxiliar Visitadora(1) Atendente(1)

2 - PAS da ASSA.

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
<ul style="list-style-type: none"> . Vacinação . Pré e pós-consulta . Atendimento de enfermagem . Triagem de enfermagem . Sala de estar do médico . Farmácia . Espera . Almoxeiro . Administração . Assistência social . Transportes . 2 ambulâncias . 1 viatura <p><u>Equipamento padrão</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administração, trabalhos de assistência social, creche, de envolvidos pela ASSA. - A equipe médica é do Projeto Cotia, responsável pela assistência, supervisão técnica e referência de clientes, conforme convênio ASSA/AHC. - Supervisão técnica do pessoal de enfermagem pela enfermeira da UI. 	<p><u>Programas assistenciais:</u> (Programas da SES)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde da Criança, Gestante e Adulto. - Imunização - Suplementação alimentar <p><u>Pronto Atendimento</u></p> <p>Sistema de referência para a UI.</p>	<p>Escriturário (3)</p> <p>Serviçal (1)</p> <p>Médico geral comunitário(1)</p> <p><u>AHC</u></p> <p>Médico (rodízio).</p> <p><u>Residentes</u></p> <p>R1</p> <p>R2</p>

 Algumas características das atividades básicas

- Consulta médica de rotina e eventual permanente a crianças, gestantes e adultos.
 - Pequenas cirurgias e supervisão cirúrgica.
 - O pessoal de enfermagem, além das atividades básicas executadas no PAS de Tijuco Preto desenvolvem:
 - . acompanhamento de pequenas cirurgias
 - . educação para saúde com grupos formais e informais.
-

3 - Centro de Saúde (CS) III de Caucaia do Alto (C4)

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
- <u>Instalações físicas</u> <ul style="list-style-type: none"> . Vigilância epidemiológica . Vacinação . Esterilização . Atendimento de enfermagem . Prê-consulta . Pós-consulta . Curativo e aplicação de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Administração, assistência, supervisão técnica pela equipe médica da UI. - Administração, supervisão técnica do pessoal de enfermagem pela enfermeira da UI. - Suprimento de vacinas, medicamentos e material de consumo: SES através da UI. de Cotia. 	Potencial para atender até 15.000 habitantes Horário de atendimento: dias úteis, das 7 às 17 horas. <u>Programas assistenciais:</u> (Programas da SES) - Saúde da Criança, Gestante e Adulto.	<u>AHC</u> Médico geral comunitário(1) Médico(rodízio)(1) Enfermeira (1) Auxiliar visitadora(1) Atendente (2) Escriurário (1) Servçal (1)

3 - Centro de Saúde (CS) III de Caucaia do Alto (C4),

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
<ul style="list-style-type: none"> - Consultórios (3) - SAME - Almoxarifado - Sala de espera - Sanitários públicos(2) - Sanitários funcionários(2) - Sala de reuniões - Copa <p><u>Equipamento padrão</u></p> <p><u>Posto de Vacinação de Capelinha</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacinação - Sala de espera - Sanitário 	<ul style="list-style-type: none"> - Administra o Posto de Vacinação de Capelinha como extensão do CS, desde 1984. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância Epidemiológica - Imunização - Controle de tuberculose - Controle de esquistossomose - Suplementação alimentar. <p><u>Pronto Atendimento</u></p> <p>Sistema de referência para a UI.</p>	<p><u>Residentes</u></p> <p>R1 (1)</p> <p>R2 (1)</p> <p><u>Prefeitura de Cotia</u></p> <p>Serviçal(1)</p>

CS III de Caucaia do Alto (C4).

continuação

Algumas características das atividades básicas

- Similares às do PAS de ASSA mais a Vigilância Epidemiológica.
 - Referência de pacientes: quando necessário recorre-se à ambulância do Posto de Atendimento Municipal (atendimento informal).
 - Sub-programa de Controle de Esquistossomose: detecção e tratamento dos casos, investigação epidemiológica nos clientes procedentes de área endêmica; visita domiciliária aos clientes faltosos e suspeitos.
 - Sub-programa de Controle de Tuberculose: detecção e tratamento dos casos, controle dos comunicantes por meio de atendimento de enfermagem e visita domiciliária aos clientes novos e faltosos.
 - Visita da assistente social do CSE, uma vez por semana, para triagem para suplementação alimentar e triagem social para laqueadura tubária ou vasectomia.
-

4 - Centro de Saúde (CS) II de Vargem Grande Paulista (C3)

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
<u>- Instalações físicas</u> . Consultórios (3) . Vacinação . Pós-consulta . Atendimento de enferma gem . Sala de espera . SAME . Sanitários para públ co(2) <u>- Edícula</u> . Consultório . Esterilização . Curativo, Inalação, Vig lância Epidemiológica . Sanitário para funcioná rio . Garagem e almoxarifado <u>- Transporte</u> . Ambulâncias(3) da Prefei tura e . Viatura da SES. <u>- Equipamento padrão</u>	- Resultou, em 1984, da união do Ambulatório Médico Municipal e do Posto de Atendimento de Saú de de VGP, mediante convênio tripartite: VGP/SES/AHC. - Administrado por Conselho de Saúde: representantes da Pre feitura(2), SES(1) e AHC (1). - Assistência e supervisão sob a responsabilidade da equipe téc nica da AHC. - Admissão de pessoal auxiliar e plantonistas sob a responsabi lidade da Prefeitura.	Potencial para atender 15.000 habitantes Horário de atendimento: 24 horas (das 7 às 23 ho ras com médico e das 23 às 7 horas pela enferma gem) <u>Programas assistenciais:</u> (Programas da SES) - Saúde da Criança, Ges tante e Adulto. - Vigilância Epidemiológi ca. - Imunização. - Controle de Tuberculose. - Controle de Esquistos somoze. - Odontologia Sanitária. - Suplementação alimentar. <u>Pronto Atendimento</u> Sistema de referência pa ra a UI.	<u>AHC</u> Médico geral comunitário (1) Médico (2)(rodízio) Auxiliares visitadoras(2) Escriturário (1) <u>SES(AIS)</u> Clínico geral (3) Auxiliares de enfermagem(2) Chefe administrativo (1) Atendente (6) Motorista (1) Serviçal (1) <u>Prefeitura Municipal</u> Médicos plantonistas (10) Cirurgião Dentista (1) Escriturário (1) Motorista (4) Serviçal (2) Atendente (7) <u>Residentes</u> R1 R2 R do Hospital Emílio Ribas.

CS II de Vargem Grande Paulista (C3).

continuação

Algumas características das atividades básicas

- Similar as atividades do PAS de TP, ASSA e CS II de Caucaia do Alto.
- Odontologia Sanitária atende prioritariamente gestantes e escolares.
- Visita da assistente social, a cada 15 dias, para triagem de suplementação alimentar e triagem social para laqueadura tubária ou vasectomia.
- Controle de utilização das ambulâncias, mesmo para aqueles que não são clientes do CS, uma vez que as ambulâncias executavam esta função quando o controle era feito pela Promoção Social. Utiliza-se para vários fins, por exemplo, transporte de doentes para hemodiálise ou até para solucionar problemas de assistência social

5 - Centro de Saúde Escola (CSE) de Cotia (C2)

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
- <u>Instalações físicas</u> . (23 salas) SAME . Salas: Para médicos e enfermeiras Para atividades assisten_	- Administração da AHC, integrada à UI. - Equipe técnica: responsável pela supervisão e coordenação de todos os programas	Potencial para atender até 34.000 habitantes. Unidade Ambulatorial classificada como CSE	AHC Médico geral comunitário(1) Clínico geral (1) Obstetra(1) Pediatra (1)

5 - Centro de Saúde Escola (CSE) de Cotia (C2).

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
<p>ciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço Social - Dispensação de medicamentos - Epidemiologia - Saneamento - Saúde Mental (2) - Atendimento de enfermagem (2) - Pré e pós-consulta(4) - Vacinação - Curativo - Consultório odontológico - Consultório médico(5) - Atividades de ensino e reunião <p><u>Equipamento padrão</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe administrativa é integrada a UI, (ver convênios). 	<p>Horário de atendimento : das 7 às 17 horas.</p> <p><u>Programas assistenciais</u> (Programas da SES)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde da Criança, Gestante e Adulto - Imunização - Vigilância Epidemiológica - Controle de Tuberculose - Controle de Esquistossomose - Controle de Hanseníase - Odontologia Sanitária - Saneamento <p><u>Programação própria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde Mental - Saúde ocupacional (acidente de trabalho) - Fonoaudiologia - Fisioterapia 	<p>Psiquiatra(1)</p> <p>Cirurgião dentista(1)</p> <p>Assistente social(1)</p> <p>Auxiliar visitadora(5)</p> <p>Atendente odontológico(1)</p> <p>Atendente (6)</p> <p>Escriturário (2)</p> <p><u>SES</u></p> <p>Enfermeira(1)</p> <p>Visitadora sanitária(2)</p> <p>Atendente (2)</p> <p>Fonoaudióloga (2)</p> <p>Inspetor de saneamento(1)</p> <p>Agente de saneamento (1)</p> <p><u>FSP/USP</u></p> <p>Psicólogo (3)</p> <p><u>FM/USP</u></p> <p>Fisioterapeuta (1)</p>

5 - Centro de Saúde Escola (CSE) de Cotia (C2).

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
		<u>Centro de referência para:</u>	<u>Residente</u>
		- Suspeito de tuberculose do PAS da ASSA e Ambulatório Médico Municipal.	R2 (2) R1 (2) R Hospital Emílio Ribas(1)
		- Controle de Hanseníase.	Interno (1)
		- Odontologia Sanitária (com exceção do CS II de VGP).	
		- Saúde Mental.	

Centro de Saúde Escola (CSE) de Cotia (C2)

Algumas características de atividades básicas

- Programa de Assistência à Criança: a prioridade é para a faixa etária de 0 a 2 anos; crianças de 2 a 14 anos não matriculadas ou matriculadas que tiveram o seu último agendamento há mais de 1 ano e urgências tanto desta faixa etária quanto dos adultos, são atendidos no Pronto Atendimento e encaminhados ao Ambulatório para seguimento, quando necessário.
- Sub-Programa de Controle de Hanseníase: centralizado no CSE, por apresentar pequeno número de pacientes em Caucaia do Alto, por não ter visitadora treinada em VGP e por problema estrutural em

Algumas características de atividades básicas

ASSA; detecção e tratamento dos casos; visita domiciliária aos clientes novos e faltosos.

- Sub-Programa de Odontologia Sanitária: são atendidas gestantes com queixas, urgências externas (inclusive os presos da cadeia) e dos funcionários, escolares (SIAME), com ações de exodontia e restauração.
- Sub-Programa de Saúde Mental: centralizado no CSE, não segue a programação da SES; assistência aos portadores de doença mental e egressos de hospital; apoio ao SIAME e abordagem psicossomática dos pacientes, realizando triagem e trabalho com crianças, terapia de grupo para adolescentes, tera pia individual e terapia breve em grupos, para adultos, participação no trabalho de grupos de hansenianos e gestantes; consulta individual para controle de neuróticos, psicóticos e epiléticos.
- Sub-Programa de Vigilância Epidemiológica: centralizado no CSE; as notificações de suspeita de hanseníase de todos os setores, as de doenças transmissíveis dos setores C1 e C2, mesmo aquelas comunicadas pelo Hospital Emílio Ribas; visita domiciliária aos comunicantes dos pacientes internados no Hospital Emílio Ribas.

Centro de Saúde Escolar (CSE) de Cotia (C2),

continuação

Algumas características de atividades básicas

- PPD e Mitsuda realizados somente no CSE.
- Supervisão dos postos de vacinação credenciados.
- Saneamento: fiscaliza comercialização de alimentos, atende reclamações sobre lixo, esgoto etc.; a fiscalização de edificações industriais, comerciais e residenciais é realizada pela Prefeitura.
- Serviço Social: classificação sócio-econômica, orientação sobre Previdência Social, triagem para suplementação alimentar, participação no trabalho de grupo (com mães, de aleitamento, de hansenfase) e Comissão de Ética.
- Sub-Programa de Saúde da Mulher que realiza exame com colposcopia e biopsia.

6 - Hospital "Prof. Odair P. Pedroso" (C2)

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
Hospital de médio porte (54 leitos):	- Administração da AHC, integrado à UI.	- Hospital de referência para a área de atuação do Projeto para as quatro áreas básicas (urgências, internações e exames comple	<u>AHC</u> Clínico geral (1) mais plantonista (5) Cirurgião (1) Obstetra (2) mais plantonista (6)
- Unidade I - 26 leitos para Obstetrícia e 15 para Pediatria	- Equipe técnica responsável pela assistência, supervisão e coordenação de todas as <u>ativ</u>		

6 - Hospital "Prof. Odair P. Pedroso"(C2)

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
<ul style="list-style-type: none"> - Unidade II e III: 13 leitos para Clínica Médica e Cirúrgica de Adultos. - Previsão de ampliação para 150 leitos. - Pronto Atendimento. - Unidades de Serviços Complementares e Diagnóstico e Tratamento <ul style="list-style-type: none"> . Laboratório . Raio X . Eletrocardiografia . Banco de Sangue - Serviço de Nutrição e Dietética. - Unidade de Administração e Apoio. - Dispensação de medicamentos. - Controle de Material 	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades, Integrado aos ambulatórios. - Equipe administrativa integrada com os ambulatórios. (ver convênios). 	<ul style="list-style-type: none"> - mentares), atendidos no Pronto Atendimento, - Referência de casos mais complexos que requeiram assistência terciária para: <ul style="list-style-type: none"> . Hospital Emílio Ribas, Santa Casa de São Paulo, Hospital das Clínicas da USP, Hospital Universitário da USP, Hospital de Fratura da Lapa, Hospital Heliópolis e outros hospitais especializados da SES e INAMPS. - A atividade hospitalar concentra-se na área materno-infantil, existindo demanda reprimida para internações de adultos, levando à alta precoce com acompanhamento ambulatorial. 	<ul style="list-style-type: none"> Pediatra (1) Anestesiologista(1) mais plantonista(5) Bioquímico (1) Enfermeira (3) Nutricionista(1) Assistente social(1) Auxiliar de laboratório(1) Atendente de laboratório (2) Auxiliar de enfermagem (7) Atendente de enfermagem (40) Serviçal para Nutrição e Dietética (9) Escriturário para Serviço Social (1) Técnico para Radiologia e Traçados Gráficos(2) Administrativo (42) Diretor Administrativo (1) Diretora de Enfermagem(1)

6 - Hospital "Prof. Odair P. Pedroso" (C2)

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
- Unidades de Serviços Gerais		- No Pronto Atendimento todos os médicos atuam como generalistas inclusive pediatra, obstetra e cirurgiões.	<u>SES</u> Diretor clínico(1)
. Lavanderia			<u>FSP/USP</u>
. Material		- Atendimento: segurados do INAMPS, Medicina de Grupo (alguns), acidentes de trabalho; particulares(internação e exames laboratoriais).	Enfermeira docente (1)
. Oficina de Manutenção			<u>Residente</u>
- Transporte		- Atendimento: 24 horas/dia.	R1 (4)
. Ambulâncias (2)		- Laboratório executa exames de:	R2 (4)
. Viaturas (3)		. rotina: RSS, Urina I, tipagem ABO-Rh, fezes, hemograma, hematócrito, bilirrubina, glicemia, prognosticon, hemoglobina, Na-K, uréia, creatinina.	<u>Interno</u> (2)
		. para Unidade de internação: prova cruzada, hemograma completo, bilirrubina	

6 - Hospital "Prof. Odair P. Pedroso" (C2)

continuação

Características Técnicas	Características Administrativas	Características do Serviço e Atendimento	Pessoal e Situação Funcional
		na, glicemia, . encaminhamentos para Instituto Adolfo Lutz (ou tros).	
		- Hemoterapia,	
		- Fisioterapia: presta assistência na Clínica Médica, em especial em Acidente Vascular Cerebral (AVC).	
		- Radiologia e Traçados Gráficos.	

Hospital "Prof. Odair P. Pedroso"

continuação

Algumas características das atividades básicas

- Obstetrícia: tratamento das gestantes com patologia, partos eutócicos e cesáreas, seguimentos das puérperas.
- Pediatria: acompanhamento dos recém-nascidos normais, tratamento dos recém-nascidos com patologia; orientações às mães quanto a tratamento e cuidados com os recém-nascidos; tratamento de broncopneumonias, desnutrição grave, desidratação grave, síndromes nefróticas, cirurgias de fimose, hérnias etc.
- Ginecologia: problemas cirúrgicos tais como: perineoplastia, histerectomia e curetagem.
- Adultos: hipertensão descompensada, pneumonia, diabetes e insuficiência cardíaca congestiva.
- No PA, a enfermagem executa a colocação do gesso em pacientes suspeitos ou com fratura sob supervisão do médico.
- Equipe de Saúde Mental, na Unidade de Internação e Emergência (mulheres no período puerperal, pais de crianças internadas, pacientes pré-operatórios).
- Serviço Social: visitas às enfermarias para atendimento de problemas específicos.

Hospital "Prof. Odair P. Pedroso"

continuação

Algumas características das atividades básicas

- Serviço de Enfermagem: conforto e higiene, aplicação de tratamento, assistência pré e pós-operatória, controle de material e medicamentos (entorpecentes),
 - Esterilização de todo o material das Unidades de Internação e dos ambulatórios.
 - Serviço de Nutrição e Dietética: responsável pelas dietas dos pacientes, e refeições dos médicos residentes e funcionários.
 - Orientação e contra-referência a pacientes com alta,
-